第1号様式

本 人 開 示 請 求 書 の 内 容

保険証に記載されている保険者番号及び被保険者番号をご記入してください。

被保険者様の氏名、住所及び日中連絡が可能な連絡先（市外局番からお願いします）をご記入してください。

被保険者本人等欄	保険者番号	3914	被保険者番号	
	フリガナ			
	受診時の氏名			
	受診時の住所	神奈川		
	連絡先	（ ）		
同意欄	私が、「診療報酬報酬明細書を開示請求したこと」について、広域連合が、保険医療機関等へ連絡することに同意します。 署名			

同意する場合は、署名してください。

開示請求する診療報酬明細書の診療年月をご記入してください。

番		酬明細書等区分（○をつけてください。）	保険医療機関名等 所在地（市区町村名までご記入ください。）
1	年 月 診療分	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	
2	年 月 診療分	来 その他	□上記に
3	年 月 診療分	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	□上記に同じ
4	年 月 診療分	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	□上記に同じ
5	年 月 診療分	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	□上記に同じ
6	年 月 診療分	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	□上記に同じ
7	年 月 診療分	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	□上記に同じ
8	年 月 診療分	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	□上記に同じ
9	年 月 診療分	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	□上記に同じ
10	年 月 診療分	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	□上記に同じ

該当する区分に○をしてください。

開示請求する医療機関の名称及び所在地をご記入してください。