

(様式1)

(表面)

診療報酬明細書等開示請求書 (本人用)

年 月 日 提出

キリンビール健康保険組合理事長 殿

受付整理番号 _____

請求者欄	氏名	(フリガナ) _____ 印	男女	_____ 年 _____ 月 _____ 日生
	住所	〒 _____ 都道府県 _____ 郡市区 _____ 町村 _____ (電話) _____ - _____		
	受診者との関係 開示(交付)の方法	1. 本人 2 法定代理人 3 任意代理人 1. 窓口交付を希望 2. 郵送による交付を希望		窓口交付による 開示実施希望日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※「氏名」欄は、必ず請求者本人が署名してください。

なお、本人確認書類に印鑑登録証明書を提出する場合のみ登録されている印を押印してください。(その他の場合は、押印の必要はありません。)

※「住所」欄は、請求者が提示又は提出した書類等に記載された現住所を記入し、また、地番アパート名等まで詳しく記入してください。

個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第28条第1項の規定に基づき、下記のとおり診療報酬明細書等の開示を請求します

受診者欄	氏名	(フリガナ) _____	男女	1 大正. 2 昭和. 3 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
	住所	〒 _____ 都道府県 _____ 郡市区 _____ 町村 _____ (電話) _____ - _____		
	診療時における被保険者証の記号番号	被保険者・被扶養者の別	*	
	*被保険者証の記号番号が不明の場合のみ記入してください	1. 被保険者 2. 被扶養者	氏名:	_____ 年 _____ 月 _____ 日生
	事業所名:	所在地: _____		

※受診当時の氏名を記入してください。

※開示請求者が本人の場合は、「氏名、性別、生年月日及び住所」欄の記入の必要はありません。

※所在地は、市区町村名まで記入してください。

診療年月	診療報酬明細書等区分				
年 月 診療分	1. 医科入院	2. 医科入院外	3. 歯科	4. 調剤	5. その他
保険医療機関等名	(所在地)				
年 月 診療分	1. 医科入院	2. 医科入院外	3. 歯科	4. 調剤	5. その他
保険医療機関等名	(所在地)				
年 月 診療分	1. 医科入院	2. 医科入院外	3. 歯科	4. 調剤	5. その他
保険医療機関等名	(所在地)				
年 月 診療分	1. 医科入院	2. 医科入院外	3. 歯科	4. 調剤	5. その他
保険医療機関等名	(所在地)				

受付日印

受領者(請求者)署名

※受領の際にご記入下さい。

(裏面)

※以下の各欄は記入する必要がありません。

A 依頼者の本人 確認書類	1. 運転免許証 2. 健康保険被保険者証 3. 船員保険被保険者証 4. 国民健康保険被保険者証 5. 共済組合員証 6. 外国人登録証明書 7. 住民基本台帳カード 8. 旅券 (パスポート) 9. 年金手帳 (年金証書) 10. 共済年金証書 11. 恩給証書 12. その他 ()
---------------------	--

B 法定代理人の確 認書類	1. 戸籍謄本 (抄本) 2. 住民票 3. 登記事項証明書 4. 家庭裁判所の証明書 5. その他 ()
---------------------	---

C 任意代理人の確 認書類	1. 被保険者又は被扶養者本人の署名・押印のあるレセプト開示請求にかか る「委任状」 2. 委任状に押印された印の印鑑登録証明書
---------------------	--

* Cの書類は、2点とも必要。

診 療 報 酬 明 細 書 等 摘 要 欄				
整 理 番 号	—	—	—	—
	—	—	—	総枚数 枚

(様式2)

(保険医療機関等)

_____ 殿

年 月 日
受付整理番号 _____

キリンビール健康保険組合理事長 印

診療報酬明細書等の開示について (照会)

平素より、健康保険組合の事業運営にご理解、ご協力賜りありがとうございます。

「個人情報の保護に関する法律」(平成15年法律第57号)第28条第1項の規定により、診療報酬明細書等の開示請求がありましたので、別添の診療報酬明細書等を開示することにより、本人が傷病名等を知った場合に診療上支障が生じるか否かについて、主治医等にご確認いただきたくお願いいたします。

ご回答にあたりましては、別紙「診療報酬明細書等の開示について(回答)」により、
_____年 月 日までにご回答くださいますようよろしくお願いいたします。

回答書中、開示の適否欄については、当該診療報酬明細書等を開示することにより本人の診療上支障が生じない場合については「開示」、診療上支障が生じる部分を伏して開示する場合については「部分開示」、当該診療報酬明細書を開示することにより診療上支障が生ずる場合については「不開示」と区分しております。

部分開示・不開示の場合は、その理由は必ず記入して頂きますようお願いいたします。
また、開示が可能となる時期は可能な限り、記入して頂きますようお願いいたします。

なお、最終的な開示/部分開示/不開示の決定は、当健康保険組合理事長が行うこととなることをご了承下さい。

また、部分開示の場合につきましては、不開示部分をマジック等で消し込んでその写しも送付してください。

なお、回答期日までにご回答(ご連絡)がない場合及びご記入頂いた「開示が可能となる時期」が到来した場合については、診療上問題がないものと判断し、請求者あて当該診療報酬明細書等の写しを交付することを申し添えます。

※ 開示が可能となる時期について事情変更がある場合は、速やかに連絡を頂きますようお願いいたします。

記

受付日	請求者等	請求者名	受診者名
	1. 本人 2. 法定代理人 3. 任意代理人		

診療年月	診療報酬明細書等区分				
年 月診療分	1. 医科入院	2. 医科入院外	3. 歯科	4. 調剤	5. その他
年 月診療分	1. 医科入院	2. 医科入院外	3. 歯科	4. 調剤	5. その他
年 月診療分	1. 医科入院	2. 医科入院外	3. 歯科	4. 調剤	5. その他
年 月診療分	1. 医科入院	2. 医科入院外	3. 歯科	4. 調剤	5. その他

(様式3)

年 月 日

キリンビール健康保険組合 御中

保険医療機関等名 _____

(主治医名 _____)

診療報酬明細書等の開示について (回答)

(受診者)

年 月 日付受付番号 _____ で照会のありました _____ 殿
に係る標記の件について、下記のとおり回答します。

記

診療年月	開示の適否の区分	診療報酬明細書等区分
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他

なお、部分開示の場合には、当該不開示部分を消し込んだ診療報酬明細書等を添付しております。

(年 月診療分)

(部分開示・不開示の理由) ※ 部分開示・不開示の場合必ずご記入下さい。

()

(記入例)

患者に対し、ガンの告知をまだ行っていないため。

(開示が可能となる時期)

年 月 日

(注) 部分開示又は不開示とできるのは、開示することにより患者本人に重大な心理的影響を与え、その後の治療効果等に悪影響を及ぼす恐れがある場合に限定されます。

(様式4)

(保険薬局)

年 月 日

受付整理番号 _____

_____ 殿

キリンビール健康保険組合理事長 印

調剤報酬明細書の開示について (お知らせ)

平素より、健康保険組合の事業運営にご理解、ご協力賜りありがとうございます

「個人情報の保護に関する法律」(平成15年法律第57号)第28条第1項の規定により、調剤報酬明細書の開示請求があり、別添の調剤報酬明細書の写しを _____ 年 月 日付で請求者あて開示(部分開示)決定しましたのでお知らせします。

なお、当該調剤報酬明細書を開示することについては、処方せんを発行した保険医療機関等に対し、診療上の支障が生じるか否かについて事前に照会しておりますので、念のため申し添えます。

記

受付日	依頼者	依頼者名	受診者名
	1. 本人 2. 法定代理人 3. 任意代理人		

診療年月	開示内容	
年 月診療分	1. 開示	2. 部分開示
年 月診療分	1. 開示	2. 部分開示
年 月診療分	1. 開示	2. 部分開示
年 月診療分	1. 開示	2. 部分開示

担当: _____ TEL _____ - _____ - _____

(様式5)

年 月 日
文 書 番 号 _____

様

キリンビール健康保険組合理事長 印

診療報酬明細書等開示決定通知

年 月 日付で開示請求のありました診療報酬明細書等について、下記のとおり開示することと決定しましたので、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第32条第1項の規定に基づき通知します。

記

- 開示の実施方法 ア. 窓口交付 イ. 郵送
- 窓口交付を実施することができる日時・場所
(窓口交付を希望される場合は以下の日時のうちから選択していただくこととなります。)
- 写しの送付を希望される場合の準備日数、送付に要する費用
- 交付対象診療報酬明細書等

診療年月	保険医療機関等名	開示内容
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示

- (注1) この通知があった日から30日以内に、同封の「開示の実施方法等申出書」に必要事項を記入のうえ、返送してください。
- (注2) 来所の際には、請求者本人であることの証明できる書類に併せて、この「診療報酬明細書等開示決定通知書」を提示してください。
- (注3) 診療内容についての照会に対しては、お答えすることができませんのでご了承ください。
- (注4) 診療報酬明細書等に係る個人情報は、保険者として療養の給付に関する費用を保険医療機関又は保険薬局に支払うために利用しています。

(年 月診療分) 部分開示の理由

[]

(開示が可能となる時期)
年 月 日

※ その後の事情により変更となる場合もあります。

この決定に対してご質問等がある場合は当健康保険組合（住所
電話 _____) までお問い合わせください。

(様式6)

開示の実施方法等申出書

年 月 日

麒麟ビール健康保険組合 御中

氏名 (ふりがな) _____

住所又は居所

〒 _____ TEL () _____

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第32条第1項の規定に基づき、下記のとおり申し出をします。

記

1 開示決定通知書の番号等

文書番号：

日 付：

2 求める開示の実施方法

診療年月	保険医療機関等名	実施の方法	
年 月診療分		1. 窓口交付	2. 郵送による交付
年 月診療分		1. 窓口交付	2. 郵送による交付
年 月診療分		1. 窓口交付	2. 郵送による交付
年 月診療分		1. 窓口交付	2. 郵送による交付

3 窓口交付を希望される場合の交付日時・場所

日時： 年 月 日 午前・午後 時

場所：麒麟ビール健康保険組合 (住所)

(様式7)

年 月 日
文 書 番 号 _____

様

キリンビール健康保険組合理事長 印

診療報酬明細書等不開示決定通知書

年 月 日付で開示請求のありました診療報酬明細書等について、下記のとおり不開示と決定しましたので、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第28条第2項に基づき通知します。

記

受 診 者 名 : 様

診 療 年 月	保険医療機関等名	診 療 報 酬 明 細 書 等 区 分
年 月診療分		1.医科入院 2.医科入院外 3.歯科 4.調剤 5.その他
年 月診療分		1.医科入院 2.医科入院外 3.歯科 4.調剤 5.その他
年 月診療分		1.医科入院 2.医科入院外 3.歯科 4.調剤 5.その他
年 月診療分		1.医科入院 2.医科入院外 3.歯科 4.調剤 5.その他

(年 月診療分)

不開示の理由

()

(参考) 記載例

個人情報の保護に関する法律第28条第1項第1号に規定する不開示情報(本人又は第三者の生命、身体又は財産その他権利利益を害するおそれがある情報)に該当するため。

(開示が可能となる時期)

年 月 日


※ その後の事情により変更となる場合もあります。

この決定に対してご質問等がある場合は当健康保険組合(住所
電話) までお問い合わせください。

(様式8)

年 月 日
文 書 番 号 _____

_____ 様

キリンビール健康保険組合理事長 

診療報酬明細書等の開示決定等の期限の延長について

年 月 日付診で療報酬明細書等で開示請求については、下記のとおり、開示決定等の期限を延長することとしましたので通知します。

記

診 療 年 月	保険医療機関等名	診 療 報 酬 明 細 書 等 区 分
年 月 診療分		1.医科入院 2.医科入院外 3.歯科 4.調剤 5.その他
年 月 診療分		1.医科入院 2.医科入院外 3.歯科 4.調剤 5.その他
年 月 診療分		1.医科入院 2.医科入院外 3.歯科 4.調剤 5.その他
年 月 診療分		1.医科入院 2.医科入院外 3.歯科 4.調剤 5.その他

受 診 者 名 : _____ 様

(延長後の期間) 年 月 日まで延長する。

(延長の理由)

()

(様式9)

(表面)

診療報酬明細書等開示依頼書 (遺族用)

年 月 日 提出

キリンビール健康保険組合理事長 殿

受付整理番号 _____

依頼者欄	氏名	(フリガナ) _____ 印	男女	_____	年 月 日 生
	住所	〒 _____ 都道府県 _____ 郡市区 _____ 町村 _____	(電話) _____ - _____		
	受診者との関係	1. 遺族 2. (未成年者・成年被後見人)の法定代理人 3. 任意代理人			
	開示(交付)の方法	1. 窓口交付を希望 2. 郵送による交付を希望		_____ 窓口交付	
	*遺族の氏名 (フリガナ) 及び生年月日	_____ 1明治. _____ 2大正. _____ 3昭和. _____ 4平成 _____ 年 月 日 生			
	保険医療機関等に開示についての意見を照会し、又は開示した旨を保険医療機関等へ連絡することについて同意されますか	はい・いいえ			
	開示することは被保険者等の生前の意思や名誉との関係で問題がありますか	はい・いいえ			
(開示を求める特別な理由があれば記載してください。)					

※「氏名」欄は、必ず依頼者本人が署名してください。

なお、本人確認書類に印鑑登録証明書を提出する場合のみ登録されている印を押印してください。(その他の場合は、押印の必要はありません。)

※「住所」欄は、依頼者が提示又は提出した書類等に記載された現住所を記入し、また、地番、アパート名等まで詳しく記入してください。

※ *印欄は、依頼者が、遺族の法定代理人又は委任を受けた任意代理人の場合のみ記入して下さい。

次のとおり診療報酬明細書等の開示(交付)を依頼します。

受診者欄	氏名	(フリガナ) _____	男女	_____	1大正. _____ 2昭和. _____ 3平成 _____ 年 月 日 生
	住所	〒 _____ 都道府県 _____ 郡市区 _____ 町村 _____	(電話) _____ - _____		
	診療時における被保険者証の記号番号	被保険者・被扶養者の別	*		
	*被保険者証の記号番号が不明の場合のみ記入してください	1.被保険者 2.被扶養者	氏名:	_____ 年 月 日 生	
事業所名:		所在地:			

※受診当時の氏名を記入してください。

※所在地は、市区町村名まで記入してください。

診療年月	診療報酬明細書等区分
年 月 診療分	1.医科入院 2.医科入院外 3.歯科 4.調剤 5.その他
保険医療機関等名	(所在地)
年 月 診療分	1.医科入院 2.医科入院外 3.歯科 4.調剤 5.その他
保険医療機関等名	(所在地)
年 月 診療分	1.医科入院 2.医科入院外 3.歯科 4.調剤 5.その他
保険医療機関等名	(所在地)

受付日付

受領者(依頼者)署名

※受領の際にご記入下さい。

(裏面)

※以下の各欄は記入する必要がありません。

A 依頼者の本人 確認書類	1. 運転免許証 2. 健康保険被保険者証 3. 船員保険被保険者証 4. 国民健康保険被保険者証 5. 共済組合員証 6. 外国人登録証明書 7. 住民基本台帳カード 8. 旅券 (パスポート) 9. 年金手帳 (年金証書) 10. 共済年金証書 11. 恩給証書 12. その他 ()
---------------------	--

B 法定代理人の確 認書類	1. 戸籍謄本 (抄本) 2. 住民票 3. 登記事項証明書 4. 家庭裁判所の証明書 5. その他 ()
---------------------	---

C 任意代理人の確 認書類	1. 遺族の署名・押印のあるレセプト開示依頼にかかる「委任状」 2. 委任状に押印された印の印鑑登録証明書
---------------------	--

*Cの書類は、2点とも必要。

D 本人 (受診者) 死亡・遺族特定 の確認書類	1. 戸籍謄本 (抄本) 2. 住民票 (除票) 3. 死亡診断書 4. その他 ()
-----------------------------------	---

診 療 報 酬 明 細 書 等 摘 要 欄				
整 理 番 号	—	—	—	—
	—	—	—	総枚数 枚

(様式 10)

(保険医療機関等)

年 月 日
受付整理番号 _____

_____ 殿

キリンビール健康保険組合理事長 印

診療報酬明細書等の遺族への開示について (照会)

平素より、健康保険組合の事業運営にご理解、ご協力賜りありがとうございます。

下記のとおり、診療報酬明細書等の開示依頼がありましたので、開示することについて問題がないか主治医等にご確認いただきたくお願いいたします。

ご回答にあたりましては、別紙「診療報酬明細書等の開示について (回答)」により、
_____ 年 月 日までにご回答くださいますようお願いいたします。

回答書中、開示の適否欄については、当該診療報酬明細書等を開示することに問題がない場合については「開示」、問題がある部分を伏して開示する場合については「部分開示」、問題がある場合については「不開示」と区分しております。

部分開示・不開示の場合は、その理由は必ず記入して頂きますようお願いいたします。

被保険者等の生前の意思や名誉との関係から問題がある場合については、その旨確認できる書類を添付して下さい。

なお、最終的な開示／部分開示／不開示の決定は、当健康保険組合理事長が行うこととなることをご了承下さい。

また、部分開示の場合につきましては、不開示部分をマジック等で消し込んでその写しも送付して下さい。

なお、回答期日までにご回答 (ご連絡) がない場合については、開示しても差し支えないものと判断し、依頼者あて当該診療報酬明細書等の写しを交付することを申し添えます。

記

受付日	依頼者等	依頼者名	受診者名
	1. 本人 2. 法定代理人 3. 任意代理人		

診療年月	診療報酬明細書等区分				
年 月診療分	1. 医科入院	2. 医科入院外	3. 歯科	4. 調剤	5. その他
年 月診療分	1. 医科入院	2. 医科入院外	3. 歯科	4. 調剤	5. その他
年 月診療分	1. 医科入院	2. 医科入院外	3. 歯科	4. 調剤	5. その他
年 月診療分	1. 医科入院	2. 医科入院外	3. 歯科	4. 調剤	5. その他

(様式 1 1)

年 月 日

キリンビール健康保険組合 御中

保険医療機関等名 _____

主治医名 _____

診療報酬明細書等の遺族への開示について (回答)

(受診者)

年 月 日付受付番号 _____ で照会のありました _____ 殿
に係る標記の件について、下記のとおり回答します。

記

診療年月	開示の適否の区分	診療報酬明細書等区分
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他

なお、部分開示の場合には、当該不開示部分を消し込んだ診療報酬明細書等を添付しております。

(年 月診療分)

(部分開示・不開示の理由) ※ 部分開示・不開示の場合必ずご記入下さい。

()

(記入例)

患者が生前診療を受けていた事実を家族に知られたくないと申し出ていたため

(様式12) 「窓口交付用」

年 月 日
受付整理番号 _____

様

キリンビール健康保険組合理事長 印

診療報酬明細書等の開示についてのお知らせ

年 月 日付で開示依頼のありました診療報酬明細書等については、下記により開示することとしましたので、「診療報酬明細書等の開示に係る取扱要領」に基づきお知らせします。

記

1. 交付日時： 年 月 日 午前：午後 時
2. 交付場所：キリンビール健康保険組合
(住所)
3. 交付対象診療報酬明細書等

受 診 者 名 : _____ 様

診 療 年 月	保険医療機関等名	開 示 内 容
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示

(年 月診療分)
部分開示の理由

()

- (注1) 来所の際には、依頼者本人であることの証明できる書類に併せて、この「診療報酬明細書等の開示についてのお知らせ」を提示してください。
- (注2) このお知らせを発送した日から1カ月経過しても、来所（連絡）がない場合は、当該診療報酬明細書等の写しは破棄しますのでご了承ください。
- (注3) 診療内容についての照会に対しては、おこたえすることができませんのでご了承ください。

(様式13) 「郵送交付用」

年 月 日
受付整理番号 _____

_____ 様

キリンビール健康保険組合理事長 印

診療報酬明細書等の開示についてのお知らせ

年 月 日付で開示依頼のありました診療報酬明細書等については、下記により開示することとしましたので、「診療報酬明細書等の開示に係る取扱要領」に基づきお知らせします。

記

交付対象診療報酬明細書等

受診者名： _____ 様

診療年月	保険医療機関等名	開示内容
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示

(年 月診療分)

部分開示の理由

()

(注) この決定に対してご質問等がある場合は当健康保険組合(住所
電話) までお問い合わせください。

なお、診療内容についての照会に対しては、おこたえすることができませんのでご了承ください。

(様式14)

年 月 日
受付整理番号 _____

_____ 様

キリンビール健康保険組合理事長 印

診療報酬明細書等の不開示について

年 月 日付で開示依頼のありました下記の診療報酬明細書等については不開示とすることとしたので、「診療報酬明細書等の開示に係る取扱要領」に基づきお知らせします。

なお、その理由については下記の通りです。

記

受診者名 : _____ 様

診療年月	保険医療機関等名	診療報酬明細書等区分
年 月診療分		1.医科入院 2.医科入院外 3.歯科 4.調剤 5.その他
年 月診療分		1.医科入院 2.医科入院外 3.歯科 4.調剤 5.その他
年 月診療分		1.医科入院 2.医科入院外 3.歯科 4.調剤 5.その他
年 月診療分		1.医科入院 2.医科入院外 3.歯科 4.調剤 5.その他

(年 月診療分)

不開示の理由

(_____)

(注) この決定に対してご質問等がある場合は当健康保険組合(住所
電話 _____) までお問い合わせください。

なお、診療内容についての照会に対しては、おこたえすることができませんのでご了承ください。


(様式15)

年 月 日

(保険医療機関等)

受付整理番号 _____

_____ 殿

キリンビール健康保険組合理事長 

診療報酬明細書等の開示について (お知らせ)

平素より、健康保険組合の事業運営にご理解、ご協力賜りありがとうございます。

下記のとおり、被保険者等のご遺族から診療報酬明細書等の開示依頼があり、別添の診療報酬明細書等の写しを 年 月 日付で依頼者あて開示することとしましたのでお知らせします。

記

受付日	依頼者	依頼者名	受診者名
	1. 本人 2. 法定代理人 3. 任意代理人		

診療年月	開示内容	
年 月診療分	1. 開示	2. 部分開示
年 月診療分	1. 開示	2. 部分開示
年 月診療分	1. 開示	2. 部分開示
年 月診療分	1. 開示	2. 部分開示

担当: _____ TEL - -

(様式16)

年 月 日
受付整理番号 _____

_____ 様

キリンビール健康保険組合理事長 印

診療報酬明細書等の開示について (遅延のお知らせ)

年 月 日付で開示依頼のありました下記の診療報酬明細書等については、現在、調査中ですので、もうしばらくお待ちください。

記

受診者名 : _____ 様

診療年月	保険医療機関等名	診療報酬明細書等区分
年 月診療分		1.医科入院 2.医科入院外 3.歯科 4.調剤 5.その他
年 月診療分		1.医科入院 2.医科入院外 3.歯科 4.調剤 5.その他
年 月診療分		1.医科入院 2.医科入院外 3.歯科 4.調剤 5.その他
年 月診療分		1.医科入院 2.医科入院外 3.歯科 4.調剤 5.その他

(遅延の期間) 年 月 日まで遅延する。

(遅延の理由)