

# 診療記録開示申込書(保険会社等)

医療法人社団 三喜会  
横浜新緑総合病院 院長 殿

私は、以下のとおり診療記録の開示を申請いたします。

申込日 年 月 日

開示を希望する 患者氏名等	ID 番号	
	フリガナ	
	患者氏名	
	住 所	
	生年月日	
開示を希望する 記録等  (該当するものの 番号を○で囲む)		診察日・部位等
	1 診療記録の全て 2 診療記録 □ 医師記録 □ 看護記録 □ 検査記録 □ その他記録 3 画像 (CD-R・フィルム)	

請求者(自署) 会社名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

## 受領確認

受領日 年 月 日

受領者氏名 \_\_\_\_\_

### 【病院記入欄】

院 長	主 治 医	診療情報	受領確認

### 身分証確認

- ・代理人 … 1  社員証  名刺  
 他( )  
2  委任状および同意書

# 診療記録開示申込書(保険会社等)

記入例

医療法人社団 三喜会  
横浜新緑総合病院 院長 殿

私は、以下のとおり診療記録の開示を申請いたします。

申込日 ○年○月○日

開示を希望する 患者氏名等	ID番号	00000001	ID番号が不明な場合は 空欄で構いません。
	フリガナ	ヨコハマ ミドリ	
	患者氏名	横浜 緑	
	住 所	神奈川県横浜市緑区十日市場町○○-○	
	生年月日	1991年2月1日	
開示を希望する 記録等  (該当するものの 番号を○で囲む)	1 診療記録の全て	○年○月○日以降全ての医師 記録および頭部の画像	
	2 診療記録 <input checked="" type="checkbox"/> 医師記録 <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> その他記録		
	3 画像(CD-R・フィルム)	必要な診療記録の期間 および部位等、詳細にご記 入ください。	

請求者(自署) 会社名 新緑損保株式会社

氏名 新緑 太郎 印

ご捺印願います。

住 所 神奈川県横浜市緑区十日市場町1726-7

電 話 番 号 045-984-2400

## 受領確認

受領日 ○年 ○月 ○日

受領者氏名 新緑 太郎

二重線より以下は申込時にご記入の必要はございません。  
※お受け取りの際にご記入いただきます。

### 【病院記入欄】

院 長	主 治 医	診療情報	受領確認

### 身分証確認

- ・代理人 … 1  社員証  名刺  
 他( )  
2  委任状および同意書