

診療報酬明細書開示請求書

年 月 日

阪神北広域こども急病センター
センター長 様

(フリガナ) 印
請求者氏名: _____

下記の通り、診療報酬明細書の開示を請求します。

記

1、請求者

請求者欄	フリガナ			電話番号	
	氏名			自宅 ()	—
				携帯 ()	—
	住所	(〒 -) ※診療報酬明細書の送付先をご記入下さい。			受診者続柄
受診者欄	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名			年齢	歳 ヶ月
	保険者NO		センター受診日	年 月 日	

2、提出先

提出先	提出理由

＜添付いただく資料＞～個人情報のため、下記の書類がない場合発行できません。ご了承下さい～

- ①領収書コピー
- ②受診された方の健康保険証または乳児医療証コピー
- ③請求者の身分証明書(運転免許証、パスポートなど)のコピー
- ④返信用封筒(送付先住所を記入、110円切手を貼ったもの)

※診療報酬明細書は後日ご自宅に郵送いたします。発行には2～3日お時間をいただきます。

お問合せ先: 阪神北広域こども急病センター 事務局
〒664-0015 伊丹市昆陽池2-10 TEL072-770-9901(平日9:00～17:30)