

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)

請求者氏名:

(自署または記名押印)

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
	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受診された方の本人確認書類のコピー
- ③請求者の本人確認書類のコピー
- ④返信用封筒(長形3号封筒に送付先住所を記入の上、110円切手を貼付してください)

※本人確認書類の例:運転免許証、マイナンバーカード、パスポート、在留カード、特別永住者証明書、医療保険者が発行した資格確認書、乳児医療証 等

※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)