

開示請求書(代理請求用)

西暦 年 月 日

地方独立行政法人加古川市民病院機構
加古川中央市民病院
院長 平田 健一 様

開示請求者	氏名	※法人の場合は社名及び担当者名 (西暦 年 月 日生)		
	住所	〒 電話番号() -		
	患者との関係	1.法定代理人 2.任意代理人 3.親族及び法定相続人(患者本人死亡)		

加古川中央市民病院診療記録の開示等及び第三者提供に関する取扱要綱第5条の規定により、下記のとおり診療記録の開示を請求します。また、同要綱第15条に定められた開示に係る費用をお支払いいたします。

患者情報	(フリガナ)氏名	(診察券番号) (西暦 年 月 日生)			
	住所	〒 電話番号() -			
請求に係る診療記録の内容	開示を希望する記録(該当する箇所に○を記入してください。)	対象診療科		入外区分	入院 ・ 外来
		1. 診療録(カルテ)			
		西暦 年 月 日 ~ 年 月 日			
		2. 診療録資料(検査結果・放射線画像 等)			
		西暦 年 月 日 ~ 年 月 日			
		3. その他(備考)			
開示の方法		(1) 写しの交付 (2) 閲覧 (3) その他()			

開示に係る費用

項 目	数量	金額(税抜)	発行数	項 目	数量	金額(税抜)	発行数
電子媒体(CD-R等)	1枚	2,500円		コピー用紙(白黒)	1枚	10円	
コピー用紙(カラー)	1枚	50円		不存在証明書	1枚	1,000円	

※ 発行数及び請求金額は、数量が確定後に病院側にて記載します。

請求金額 円

受け取り日(西暦) 年 月 日	受け取り者氏名
-----------------	---------

【病院記載欄】(記入しないでください。)

受付時確認欄(確認できたら☑する)

☐ 必要事項の記載(「請求に係る診療記録の内容」欄のすべての項目、及び料金に関する同意の署名)

☐ 患者本人の本人確認書類の写し ☐ 患者本人自署の委任状(概ね3か月以内に取得したもの)

☐ 代理人の本人確認書類の写し ☐ その他代理権を証明する書類

☐ 本人との間柄を証明する書類(戸籍謄本 等) ☐ その他()

(備考欄)	受付者印
-------	------

本請求書により当院が取得する個人情報、本請求書に基づく処理のみに利用します。