

綾瀬市診療報酬明細書等の開示に関する要綱

(目的)

第1条 この要綱は、綾瀬市国民健康保険及び老人保健医療受給者に係る診療報酬明細書等の開示に関し必要な事項を定めることにより、被保険者等に対する情報提供の充実に図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 診療報酬明細書等 診療報酬明細書、調剤報酬明細書、施設療養費明細書及び訪問看護療養費明細書をいう。
- (2) 開示 診療報酬明細書等の閲覧又は写しの交付をいう。

(開示対象診療報酬明細書等の範囲)

第3条 開示の対象は、原則として過去5年間分の綾瀬市国民健康保険及び老人保健医療受給者に係る診療報酬明細書等とする。

(開示依頼者の範囲)

第4条 被保険者等に係る診療報酬明細書等の開示依頼ができる者は、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 被保険者等
 - ア 被保険者（被保険者であった者を含む。以下同じ。）
 - イ 被保険者が未成年者又は禁治産者の場合における法定代理人
 - ウ 被保険者から診療報酬明細書等の開示依頼に関する委任を受けた弁護士
- (2) 遺族等
 - ア 被保険者が死亡している場合にあつては、当該被保険者の父母、配偶者又は子（以下「遺族」という。）
 - イ 遺族が未成年者又は禁治産者の場合における法定代理人
 - ウ 遺族から診療報酬明細書等の開示依頼に関する委任を受けた弁護士

(開示依頼の方法)

第5条 開示依頼をしようとする者（以下「依頼者」という。）は、診療報酬明細書等開示依頼書（第1号様式）を市長に提出しなければならない。

2 依頼者は、前項に規定する診療報酬明細書等開示依頼書を市長に提出する際、前条に規定する開示依頼のできる者であることを証明するため、市長が定める書類を

提出又は提示しなければならない。

(保険医療機関等への照会)

第6条 市長は、前条の規定による開示依頼があったときは、開示依頼の対象となった診療報酬明細書等が存在しない場合又は遺族等からの開示依頼の場合を除き、当該診療報酬明細書等に記載されている保険医療機関等の主治医等に対し、回答期限を示して診療報酬明細書等開示照会書(第2号様式)により、開示の適否について照会しなければならない。

(開示依頼等の決定)

第7条 市長は、前条の規定による保険医療機関等へ照会したときは、診療報酬明細書等開示回答書(第3号様式)の回答にしたがって、第5条の開示依頼があった日の翌日から起算して30日以内に、開示、部分開示又は不開示の決定をしなければならない。

2 市長は、遺族等から第5条の開示依頼があったときは、開示依頼の対象となった診療報酬明細書等が存在しない場合を除き、開示依頼があった日の翌日から起算して14日以内に、当該診療報酬明細書等の開示決定をするものとする。

3 市長は、第1項又は前項に規定する期間内に同項の決定をすることができないことについて、やむを得ない理由があるときは、その期間を延長することができる。この場合において、市長は、速やかに診療報酬明細書等開示決定期間延長通知書(第4号様式)により依頼者にその旨を通知しなければならない。

(開示依頼に対する決定通知)

第8条 市長は、前条第1項又は第2項の決定をしたときは、次の各号に定める通知書により依頼者に通知するものとする。

(1) 診療報酬明細書等を開示する旨の決定をしたとき。

診療報酬明細書等開示決定通知書(第5号様式)

(2) 診療報酬明細書等の一部を開示する旨の決定をしたとき。

診療報酬明細書等部分開示決定通知書(第6号様式)

(3) 診療報酬明細書等を開示しない旨の決定をしたとき。

診療報酬明細書等不開示決定通知書(第7号様式)

2 市長は、開示依頼の対象となった診療報酬明細書等が存在しないときは、診療報酬明細書等不存在通知書(第8号様式)により依頼者にその旨を通知しなければならない。

(開示の方法等)

第9条 市長は、第7条第1項又は第2項の規定により開示（部分開示を含む。以下同じ。）する旨の決定をしたときは、市長が指定する日時及び場所により速やかに当該決定に係る診療報酬明細書等の開示をしなければならない。

2 診療報酬明細書等の閲覧をしようとする者は、関係職員の指示に従うとともに、当該診療報酬明細書等を汚損し、又は破損することがないように丁寧に取扱わなければならない。

3 市長は、前項の規定に違反し、又は違反するおそれのある者に対して、診療報酬明細書等の閲覧を中止させ、又は禁止させることができる。

(費用負担)

第10条 診療報酬明細書等の写しの作成及び送付に要する費用は、依頼者の負担とする。

2 前項の費用及びその納付方法については、綾瀬市公文書公開条例施行規則（昭和62年綾瀬市規則第38号）第5条の規定を準用する。

(その他)

第11条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、別に定める。

附 則

この告示は、公表の日（平成11年10月5日）から施行する。

第1号様式（第5条関係）

診療報酬明細書等開示依頼書			年 月 日	
綾瀬市長 殿				
住所				
依頼者 氏 名				
電話番号				
次のとおり依頼します。				
依頼者の区分		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> （未成年者・禁治産者）の法定代理人 <input type="checkbox"/> 弁護士		
開示（交付）の方法		<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付（ <input type="checkbox"/> 郵送希望）		
遺族の氏名・生年月日等		※ 依頼者が、遺族の法定代理人又は遺族から委任を受けた弁護士の場合のみ記入してください。 （男・女） 年 月 日生		
受診者	氏 名	<small>（ふりがな）</small>	男・女	年 月 日生
	住 所		電話番号	
	※ 受診当時の氏名及び住所を記入してください。			
	診療時における被保険者記号番号	診療時における老人医療受給者番号	診療時における被保険者の区分	
53-		<input type="checkbox"/> 国保一般 <input type="checkbox"/> 国保老人医療 <input type="checkbox"/> 退職者本人 <input type="checkbox"/> 退職被扶養者 <input type="checkbox"/> 社保老人医療		
診療年月	保険医療機関等名（総合病院の場合は診療科まで）	診療報酬明細書等の区分		
年 月 診 療 分		<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
年 月 診 療 分		<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
年 月 診 療 分		<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
確認方法	A	本人	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券（パスポート） <input type="checkbox"/> 身分証明書（写真貼付） <input type="checkbox"/> 船員手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	B	遺族	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本（抄本） <input type="checkbox"/> 住民票（除票） <input type="checkbox"/> 死亡診断書 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	C	法定代理人	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本（抄本） <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 禁治産宣告書 <input type="checkbox"/> 家庭裁判所の証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	D	弁護士	<input type="checkbox"/> 弁護士記章（登録番号 No. ） <input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 委任状及び委任状に押印された印の印鑑登録証明書 ※ Dの書類は3点とも必要（身分証明書がない場合はAの書類）	

※ 太枠内のみ記入し、□のある欄は該当する□内にレ印を付けてください。

年 月 日

様

綾瀬市長

印

診療報酬明細書等開示照会書

本件について、次のとおり開示依頼がありましたので、別紙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、主治医等に御確認いただきたくお願いします。

つきましては、御多忙のところ誠に恐れ入りますが、別紙「診療報酬明細書等開示回答書」に御記入のうえ、期限までに御返送くださるようお願いいたします。

なお、回答期限までに御回答がない場合につきましては、診療上問題がないものと判断し、依頼者あてに診療報酬明細書等の開示をすることを申し添えます。

1 依頼内容

受 付 日	依頼者区分	依 頼 者 名	受 診 者 名
年 月 日	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 弁護士		
診 療 年 月	診 療 報 酬 明 細 書 等 の 区 分		
年 月診療分	<input type="checkbox"/> 医科（入院） <input type="checkbox"/> その他（	<input type="checkbox"/> 医科（入院外）	<input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 ）
年 月診療分	<input type="checkbox"/> 医科（入院） <input type="checkbox"/> その他（	<input type="checkbox"/> 医科（入院外）	<input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 ）
年 月診療分	<input type="checkbox"/> 医科（入院） <input type="checkbox"/> その他（	<input type="checkbox"/> 医科（入院外）	<input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 ）

2 回答期限 年 月 日（必着）

担当：

電話番号

第3号様式（第7条関係）

年 月 日

綾瀬市長 殿

保険医療機関等名 (印)

(主治医名 (印))

診療報酬明細書等開示回答書

年 月 日付けで照会のありました標記のことについて、次のとおり回答
します。

1 開示の適否について

受診者名		
診療年月	開示の適否の区分	診療報酬明細書等の区分
年 月 診 療 分	<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 部分開示 <input type="checkbox"/> 不開示	入・外・歯・調・他
年 月 診 療 分	<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 部分開示 <input type="checkbox"/> 不開示	入・外・歯・調・他
年 月 診 療 分	<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 部分開示 <input type="checkbox"/> 不開示	入・外・歯・調・他

※ 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
ています。

2 部分開示又は不開示の理由

第4号様式（第7条関係）

診療報酬明細書等開示決定期間延長通知書

年 月 日

様

綾瀬市長

印

年 月 日付けで依頼のありました診療報酬明細書等の開示について、綾瀬市診療報酬明細書等の開示に関する要綱第7条第3項の規定により、次のとおり決定期間を延長しましたので通知します。

受診者名		
延長の期限	年 月 日まで	
対象診療報酬明細書等		
診療年月	保険医療機関等名	診療報酬明細書等の区分
年 月 分 診療分		<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他（ ）
年 月 分 診療分		<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他（ ）
年 月 分 診療分		<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他（ ）
延長の理由		
事務担当		

第5号様式（第8条関係）

<p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">診療報酬明細書等開示決定通知書</p> <p style="text-align: right; margin: 5px 0 0 100px;">年 月 日</p> <p style="text-align: center; margin: 10px 0 0 100px;">様</p> <p style="text-align: right; margin: 10px 0 0 100px;">綾瀬市長 印</p> <p style="margin: 10px 0 0 100px;">年 月 日付けで依頼のありました診療報酬明細書等の開示について、次のとおり開示することに決定しましたので通知します。</p>		
開示（交付）の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付（ <input type="checkbox"/> 郵送による交付）	
開示の日時及び場所	<p style="text-align: center;">年 月 日 午前・午後 時から 午前・午後 時までの間（ ）にお越しく下さい。</p> <p style="text-align: center;">なお、当日都合がつかない場合は、事前に事務担当まで連絡してください。</p>	
受診者名		
対 象 診 療 報 酬 明 細 書 等		
診療年月	保 険 医 療 機 関 等 名	診療報酬明細書等の区分
年 月 分 診 療 分		<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他（ ）
年 月 分 診 療 分		<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他（ ）
年 月 分 診 療 分		<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他（ ）
事務担当		

注1 閲覧、写しの交付（郵送を除く）の際には、この通知書を係員に提示してください。

2 市は、診療内容についての照会には、回答できませんので御了承ください。

第6号様式 (第8条関係)

診療報酬明細書等部分開示決定通知書		
年 月 日		
様		
綾瀬市長		印
年 月 日付けで依頼のありました診療報酬明細書等の開示について、次のとおり開示することに決定しましたので通知します。		
ただし、年 月 日付けで保険医療機関等に対し開示の適否ついて照会しましたところ、同意が得られませんでしたので、当該診療報酬明細書等には、開示することができない部分が一部あることを御了承ください。		
開示（交付）の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付（ <input type="checkbox"/> 郵送による交付）	
開示の日時及び場所	年 月 日 午前・午後 時から 午前・午後 時までの間（ ）にお越してください。 なお、当日都合がつかない場合は、事前に事務担当まで連絡してください。	
受診者名		
対象診療報酬明細書等		
診療年月	保険医療機関等名	診療報酬明細書等の区分
年 月 診療分		<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他（ ）
年 月 診療分		<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他（ ）
年 月 診療分		<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他（ ）
事務担当		

注1 閲覧、写しの交付（郵送を除く）の際には、この通知書を係員に提示してください。

2 市は、診療内容についての照会には、回答できませんので御了承ください。

第7号様式 (第8条関係)

<p>診療報酬明細書等不開示決定通知書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p style="text-align: right;">綾瀬市長 印</p> <p>年 月 日付けで依頼のありました次の診療報酬明細書等については、年 月 日付けで保険医療機関等に対し開示の適否について照会しましたところ、同意が得られま せんでした。</p> <p>御依頼にお答えできませんので御了承ください。</p>		
受 診 者 名		
対 象 診 療 報 酬 明 細 書 等		
診 療 年 月	保 険 医 療 機 関 等 名	診 療 報 酬 明 細 書 等 の 区 分
年 月 診 療 分		<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他 ()
年 月 診 療 分		<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他 ()
年 月 診 療 分		<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他 ()
事 務 担 当		

第8号様式（第8条関係）

診療報酬明細書等不存在通知書

年 月 日

様

綾瀬市長

印

年 月 日付けで依頼のありました次の診療報酬明細書等については、調査しましたが、その存在が確認できませんでした。

御依頼にお答えできませんので御了承ください。

受 診 者 名

対 象 診 療 報 酬 明 細 書 等

診 療 年 月	保 険 医 療 機 関 等 名	診 療 報 酬 明 細 書 等 の 区 分
年 月 診 療 分		<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他（ ）
年 月 診 療 分		<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他（ ）
年 月 診 療 分		<input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 医科入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他（ ）

事 務 担 当