様式第７号（第 14 条関係）

情報開示依頼書

年　　月　　日

愛知県後期高齢者医療広域連合長宛て

依頼者
氏　　名
郵便番号
住　　所
電話番号

愛知県後期高齢者医療広域連合診療報酬明細書等の開示に係る取扱要領の規定により、次のとおり依頼します。

依頼者の区分 （該当する番号を○で囲んでください。）	１　遺族 ２　遺族（氏名　　）の法定代理人 ３　遺族（氏名　　）から委任を受けた弁護士
開示依頼の内容	別紙　診療報酬明細書等開示請求（依頼）明細書のとおり
開示の実施の方法 （希望する方法を○で囲んでください。）	１　閲覧 ２　写しの交付 （写しの郵便による送付　　希望する・希望しない）

次の欄は、記入する必要がありません。

担当課等	
備　　考	