必要書類について

診療記録開示の申請、提供当日に必要な書類についてのご案内です。

■ 患者様法定相続人の任意代理人より申請の場合

申 請 時

１．診療記録開示申込書
※ 申請者の印鑑は、認印でご捺印の程お願いいたします。
なお、印鑑証明書を本人確認資料としてご提出される場合は、
印鑑証明書と同じ印鑑でご捺印ください。

２．委任状（3か月以内に記入したもの）

３．委任状に押されている患者様法定相続人の印鑑の印鑑証明書
（6か月以内に発行したもの）

４．患者様法定相続人が患者様親族の場合、
患者様と患者様法定相続人の家族関係を証明できるもの（下記より１つ）

・戸籍謄本（6か月以内に発行したもの）
・住民票　（6か月以内に発行したもの）

５．申請者本人であることを証明するもの
※ ア）・イ）よりそれぞれ１つ、計２つご提出ください。
ただし、弁護士会発行の身分証明書と印鑑証明書を
合わせてご提出される場合は、イ）は不要です。

ア）必ずご提出いただくもの（下記より１つ）
・弁護士会発行の身分証明書
・弁護士会発行の印鑑証明書（6か月以内に発行したもの）
・保険会社の身分証明書
・保険委託調査会社の身分証明書

イ）下記のうち、もう１つご提出ください。
・運転免許証
・運転経歴証明書
・旅券（パスポート）
・マイナンバーカード（通知カード不可）
・住民基本台帳カード（顔写真付）
・健康保険証
・共済組合員証
・年金手帳

提供当日

1．診療記録開示についての回答書

2．申請者本人であることを証明するもの
※ ア）・イ）よりそれぞれ１つ、計２つお持ちください。
ただし、弁護士会発行の身分証明書と印鑑証明書を
合わせてご提出された場合は、イ）は不要です。
なお、申請時にご提出されたものをお持ちください。

ア）**必ずご提出いただくもの（下記より１つ）**
・弁護士会発行の身分証明書 ・弁護士会発行の印鑑証明書（6か月以内に発行したもの） ・保険会社の身分証明書 ・保険委託調査会社の身分証明書

イ）**下記のうち、もう１つご提出ください。**
・運転免許証 ・運転経歴証明書 ・旅券（パスポート） ・マイナンバーカード（通知カード不可） ・住民基本台帳カード（顔写真付） ・健康保険証 ・共済組合員証 ・年金手帳

3．申請者の印鑑（認印）
※ 申請時にご使用したものをお持ちください。
なお、申請時に本人確認資料として印鑑証明書をご提出された場合は、
印鑑証明書と同じ印鑑をお持ちください。

注意 ＊ 申請者が患者様法定相続人の任意代理人でない場合は、
必要書類が異なりますので、お手数ですが、お問合せください。
＊ 弁護士から法律事務所事務員へ委任される場合は、弁護士の申請時必要書類に加えて「弁護士から事務員への委任状（3か月以内に記入したもの）」・「事務員の在職確認書類（社員証等）」・「事務員の本人確認書類（運転免許証等）」の計3点が追加で必要となります。
提供当日は、「回答書」・「印鑑」・申請時提出した「事務員の在職確認書類」・「事務員の本人確認書類」の計4点をお持ちください。
＊ 証明書等は、必ず原本をお持ちください。（複写不可）
また、マイナンバーの記載が無いものに限ります。
＊ 委任状は記入から3か月以内のものをお持ちください。
＊ 印鑑証明書・戸籍謄本・住民票は発行から6か月以内のものをお持ちください。
＊ 必要書類が揃っていない場合は、申請および提供ができません。

記入例【任意代理人申請の場合】
黄色箇所をご記入ください。

診療記録開示申込書

※ 登録番号がご不明の場合は、申込時にお申し付けください。

患者番号：患者様の診察券の『登録番号』を記入

フリガナ：カンジャ　シメイ
患者氏名：患　者　氏　名　　印

患者住所：〒

大正　昭和　平成　令和　(西暦)
生年月日：1900 年 OO 月 OO 日

電話番号：　－　－

連絡先：　－　－
※日中連絡可能な電話番号の記入をお願いいたします。（携帯電話可）

診療記録開示【複写】の申請範囲

☐ 全部 ※外来診療録、入院診療録、放射線画像（レントゲン・CT・MRI 等）の全てが含まれます。
✔ 部分 ※具体的な期間もしくは必要な帳票が限定されている場合は（ ）内にご記入ください。
- ✔ 外来診療録（ 2018年1月1日～2020年7月31日までの全診療科分 ）
- ✔ 入院診療録（ 2019年3月頃の入院から退院までの全て ）
- ✔ 放射線画像（ 全て ）
- ☐ そ の 他（ ）

申請理由 ※差し支えなければご記入ください。未記入でのご提出も可能です。
（ 患者の診療内容を知りたいため。 ）

申請者

「診療記録開示のご案内」を十分理解した上で
上記の提供を申請いたします。

申込書記入日 2020 年 OO 月 OO 日

フリガナ：シンセイシャ　ホンニン
申請者氏名：申 請 者　本 人　印
※患者様ご本人が申請者の場合、以下の申請者住所、電話番号、連絡先の記入は不要です。

申請者住所：〒 申請者様の現住所を記入

電話番号：OO － OOO － OOO
連絡先：OO － OOO － OOO
※日中連絡可能な電話番号の記入をお願いいたします。（携帯電話可）

申請者と患者様との関係：
- ☐ ① 本人
- ☐ ② 親族（配偶者・子・父・母。但し、これらの方が死亡されている場合は、当院が認める親族の方。）
- ☐ ③ 法定代理人（成年被後見人・未成年者等。但し、13歳以上の未成年の方はご本人の同意も必要。）
- ✔ ④ その他（ 代理人弁護士 ）

※ ②・③・④は、別添えの委任状が必要な場合があります。
※ 但し、本人のプライバシー保護のため、開示しかねる場合があります。

※申込時は上記太枠内のみ、ご記入をお願いいたします。

受領者署名欄

申請の通り、診療記録開示の資料を受領しました。

年　月　日　受領者氏名：　印

※各書類の交付については、別途費用を請求させていただきます。

病院使用欄

総合サービス室担当		医事課担当		診療情報管理課担当	
日付	サイン	日付	サイン	日付	サイン

申込時：本人と確認したもの（1つで可）	申込時：本人と確認したもの（2つ必要）
☐ 免許証 ☐ パスポート	☐ 保険証 ☐ 共済組合員証
☐ マイナンバーカード	☐ 年金手帳 ☐ 印鑑証明書（原本）
☐ 住基カード（顔写真付）	☐ その他〔 〕