

# 鳥取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

平成20年7月31日

訓令第10号

## (目的)

第1条 この要領は、鳥取県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が保有する後期高齢者医療に係る診療報酬明細書、調剤報酬明細書及び訪問看護療養費明細書（以下「レセプト」という。）の開示請求があった場合における取扱いに関し、その基本的事項を定め、もって個人のプライバシーの保護及び診療上の問題に係る取扱いに十分配慮をしつつ、被保険者等への行政サービスの一層の充実を図るとともに、レセプトの開示事務の円滑かつ適正な遂行に資することを目的とする。

## (開示対象レセプトの範囲)

第2条 開示の対象となるレセプトは、広域連合が保有するレセプトとする。

## (生存者のレセプト開示)

第3条 生存者のレセプトの開示については、鳥取県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例（平成19年条例第16号。以下「条例」という。）第13条の規定による、本人等の開示の請求に基づき行うものとする。

## (開示手続)

第4条 前条の規定による開示の手続等については、条例の定めるところによる。

ただし、レセプトを開示することにより、当該生存者の診療上支障を生じることがないよう、次のとおり保険医療機関、特定承認保険医療機関、指定訪問看護事業者（以下「保険医療機関等」という。）に対し、事前に開示の適否について確認をし、開示決定の参考とするものとする。

- (1) 「診療報酬明細書等の開示について（照会）」（様式1）に回答期限（発信日より14日間）を記入し、「診療報酬明細書等の開示について（回答）」（様式2）、開示請求のあったレセプトに係る開示用のレセプト（以下「開示用レセプト」という。）及び切手を貼付した返信用封筒を添えて、当該レセプトを発行した保険医療機関等（ただし、調剤報酬明細書については、当該調剤報酬明細書に記載された保険医療機関等）に対し、レセプト開示についての意見を照会するものとする。
- (2) 保険医療機関等の回答に部分開示又は不開示の理由の記入が無い場合や回答期限が経過しても回答が無い場合については、当該保険医療機関等に対し電話等により回答の要請をするなど適切な対応を図るものとする。
- (3) 保険医療機関等から、当該レセプトについて回答があった場合においては、その回答の内容をふまえ、開示、部分開示又は不開示を決定するものとする。

なお、次に掲げる場合は、当該レセプトについて保険医療機関等は開示することを認めたものとみなす。

ア 保険医療機関等に対し照会を行った際に示した回答期限内に当該保険医療機関等から回答がなかった場合において、電話等により回答の要請をしてもなお回答が得られないとき（ただし、主治医と連絡中であるなど遅延に相当な事由が認められる場合を除く。）。

イ 当該保険医療機関等の廃止等の事情により、保険医療機関等に対しての照会を行

うことができないとき。

ウ 照会の結果、送達不能で返戻された場合において、当該保険医療機関等を管轄する地方社会保険事務局に確認してもなお当該保険医療機関等の所在が確認できないとき。

エ 照会の結果、部分開示又は不開示の理由が記載されていない場合において、理由の記載を要請しても、なお回答が得られないとき（ただし、主治医と連絡中である等遅延に相当な事由が認められる場合を除く。）。

（死者のレセプト開示）

第5条 死者のレセプトの開示については、条例第8条の規定による実施機関以外のものに対する保有個人情報の提供に基づき行うものとする。

（提供を受けることができる者）

第6条 前条の規定により開示を受けることができる者は、次に掲げる者とする。

- (1) 当該死者の父母、配偶者若しくは子又はこれらに準ずる者（以下「遺族」という。）
- (2) 遺族が未成年者又は成年被後見人である場合における法定代理人
- (3) 遺族がレセプトの開示依頼をすることにつき委任した代理人

（開示手続）

第7条 第5条の規定による開示の手続等については、次に定めるとおりとする。

- (1) 死者のレセプトの開示を受けようとする者（以下「依頼者」という。）は、診療報酬明細書等開示依頼書（様式3）（以下「依頼書」という。）を提出するものとする。
- (2) 依頼者に対し、当該死者の死亡の事実及び遺族との関係を証明する戸籍、住民票その他の書類の提出を求め、その事実及び関係を確認するものとする。
- (3) 依頼者本人の確認、保険医療機関等への事前確認及びその回答の取扱い、依頼者への開示等の通知等の手続については、生存者のレセプトの開示に準じて行うものとする。

ただし、保険医療機関への照会、回答、依頼者への開示等の通知については、「診療報酬明細書等の遺族への開示について（照会）」（様式4）、「診療報酬明細書等の開示について（回答）」（様式5）、「診療報酬明細書等の開示についてのお知らせ」（様式6）、「診療報酬明細書等の不開示についてのお知らせ」（様式7）によるものとする。

- (4) 依頼者は、レセプトの写しの交付を受ける場合は、条例第25条の規定により費用を負担するものとする。

（依頼者の責務）

第8条 依頼者は、死者のレセプトの開示を受けた場合には、依頼書に記載した使用目的以外に使用してはならない。また、当該死者の名誉やプライバシーを侵害することのないようレセプト情報を適正に管理しなければならない。

（受付・処理経過の整理）

第9条 レセプト開示請求の受付から開示等の連絡及び交付に至るまでの処理経過については、その都度「レセプト開示受付・処理経過簿」（様式8）に記載し、進捗状況を把握するものとする。

（関係書類の整理保管）

第10条 レセプト開示に係る一連の関係書類は、受付日ごとに整理し保管するものとする。

なお、関係書類の保存期間は、5年とする。

附 則

この要領は、平成20年8月1日から施行する。

(様式 1)

平成 年 月 日

(保険医療機関等)

受付整理番号 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 御中

鳥取県後期高齢者医療広域連合 印

診療報酬明細書等の開示について(照会)

平素より、後期高齢者医療広域連合の事業運営にご理解、ご協力賜りありがとうございます。

鳥取県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例(平成 19 年条例第 16 号)第 14 条第 1 項の規定により、診療報酬明細書等の開示請求がありましたので、別添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、主治医等にご確認いただきたくお願いいたします。

ご回答にあたりましては、別紙「診療報酬明細書等の開示について(回答)」により、平成 年 月 日までに ご回答くださいますようよろしくお願いいたします。

回答書中、開示の適否欄については、当該診療報酬明細書等を開示することにより本人の診療上支障が生じない場合については「開示」、診療上支障が生じる部分を伏して開示する場合については「部分開示」、当該診療報酬明細書を開示することにより診療上支障が生ずる場合については「不開示」と区分しております。

部分開示・不開示の場合は、その理由は必ず記入して頂きますようお願いいたします。

また、開示が可能となる時期は可能な限り、記入して頂きますようお願いいたします。

なお、最終的な開示/部分開示/不開示の決定は、当広域連合長が行うこととなることをご了承下さい。

また、部分開示の場合につきましては、不開示部分をマジック等で消し込んでその写しも送付してください。

なお、回答期日までにご回答(ご連絡)がない場合及びご記入頂いた「開示が可能となる時期」が到来した場合については、診療上問題がないものと判断し、請求者あて当該診療報酬明細書等の写しを交付することを申し添えます。

※ 開示が可能となる時期について事情変更がある場合は、速やかに連絡を頂きますようお願いいたします。

記

受付日	請求者	請求者名	受診者名
	1. 本人 2. 法定代理人 3. 任意代理人		

診療年月	診療報酬明細書等区分
年 月診療分	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他
年 月診療分	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他
年 月診療分	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他
年 月診療分	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他

(様式 2)

平成 年 月 日

鳥取県後期高齢者医療広域連合 御中

保険医療機関等名 \_\_\_\_\_ 印

(主治医名 \_\_\_\_\_ 印)

診療報酬明細書等の開示について(回答)

(受診者)

平成 年 月 日付受付番号 \_\_\_\_\_ で照会のありました \_\_\_\_\_ 様に係  
る標記の件について、下記のとおり回答します。

記

診療年月	開示の適否の区分	診療報酬明細書等区分
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他

なお、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おります。

<p>( 年 月診療分)</p> <p>(部分開示・不開示の理由)※ 部分開示・不開示の場合必ずご記入下さい。</p>  <p>(記入例)</p> <p>患者に対し、ガンの告知をまだ行っていないため。</p> <p>(開示が可能となる時期)</p> <p>平成 年 月 日</p>
--

(注) 部分開示又は不開示とできるのは、開示することにより患者本人に重大な心理的影響を与え、その後の治療効果等に悪影響を及ぼす恐れがある場合に限定されます。

(様式 3)

診療報酬明細書等開示依頼書

平成 年 月 日提出

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 様

受付整理番号 \_\_\_\_\_

依頼者欄	氏名	(フリガナ)	男 女	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日生
	住所	〒 _____ (電話) _____		
	受診者との関係	1. 遺族 2. 遺族の法定代理人 3. 遺族の任意代理人		
	開示(交付)の方法	1. 閲覧 2. 写しの交付		
	*遺族氏名 (フリガナ) 及び生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日生		
	使用目的			

※「氏名」欄は、必ず依頼者本人が署名してください。

なお、本人確認書類に印鑑登録証明書を提出する場合のみ登録されている印を押印してください。(その他の場合は、押印の必要はありません。)

※「住所」欄は、請求者が提示又は提出した書類等に記載された現住所を記入し、また、地番アパート名等まで詳しく記入してください。

※ \*印欄は、依頼者が遺族の法定代理人又は委任を受けた任意代理人の場合のみ記入してください。

次のとおり診療報酬明細書等の開示(交付)を依頼します。

受診者欄	氏名	(フリガナ)	男 女	1 明治. 2 大正. 3 昭和. 4 平成. 年 月 日生
	住所	〒 _____ (電話) _____		
	診療時における被保険者証の記号番号			

※受診当時の氏名、住所を記入してください。

診療年月	診療報酬明細書等区分
年 月診療分	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他
保険医療機関等名	(所在地)
年 月診療分	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他
保険医療機関等名	(所在地)
年 月診療分	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他
保険医療機関等名	(所在地)
年 月診療分	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他
保険医療機関等名	(所在地)

(様式 4)

平成 年 月 日

(保険医療機関等)

受付整理番号 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 御中

鳥取県後期高齢者医療広域連合 印

診療報酬明細書等の遺族への開示について(照会)

平素より、後期高齢者医療広域連合の事業運営にご理解、ご協力賜りありがとうございます。

下記のとおり、診療報酬明細書等の開示依頼がありましたので、開示することについて問題がないか主治医等にご確認いただきたくお願いいたします。

ご回答にあたりましては、別紙「診療報酬明細書等の開示について(回答)」により、平成 年 月 日までにご回答くださいますようよろしくお願いいたします。

回答書中、開示の適否欄については、当該診療報酬明細書等を開示することに問題がない場合については「開示」、問題がある部分を伏して開示する場合については「部分開示」、問題がある場合については「不開示」と区分しております。

部分開示・不開示の場合は、その理由は必ず記入して頂きますようお願いいたします。

被保険者等の生前の意思や名誉との関係から問題がある場合については、その旨確認できる書類を添付して下さい。

なお、最終的な開示／部分開示／不開示の決定は、当広域連合長が行うこととなることをご了承下さい。

また、部分開示の場合につきましては、不開示部分をマジック等で消し込んでその写しも送付して下さい。

なお、回答期日までにご回答(ご連絡)がない場合については、問題がないものと判断し、依頼者あて当該診療報酬明細書等の写しを交付することを申し添えます。

記

受付日	依頼者	依頼者名	受診者名
	1. 遺族 2. 遺族の法定代理人 3. 遺族の任意代理人		

診療年月	診療報酬明細書等区分
年 月診療分	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他
年 月診療分	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他
年 月診療分	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他
年 月診療分	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他

(様式 5)

平成 年 月 日

鳥取県後期高齢者医療広域連合 御中

保険医療機関等名 \_\_\_\_\_ 印

(主治医名 \_\_\_\_\_ 印)

診療報酬明細書等の開示について(回答)

(受診者)

平成 年 月 日付受付番号 \_\_\_\_\_ で照会のありました \_\_\_\_\_ 様に係る標記の件について、下記のとおり回答します。

記

診療年月	開示の適否の区分	診療報酬明細書等区分
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他

なお、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おります。

( 年 月診療分)

(部分開示・不開示の理由)※ 部分開示・不開示の場合必ずご記入下さい。

(記入例)

患者が生前診療を受けていた事実を家族に知られたくないと申し出ていたため。

(開示が可能となる時期)

平成 年 月 日

(様式 6)

平成 年 月 日  
受付整理番号

様

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 印

診療報酬明細書等の開示についてのお知らせ

平成 年 月 日付で開示依頼のありました診療報酬明細書等については、下記により開示することとしましたのでお知らせします。

なお、開示する診療報酬明細書等については、使用目的以外に使用することは認められておりません。また、受診者の名誉やプライバシーを侵害することのないよう適正な管理を御願いたします。

記

1. 交付日時： 年 月 日 午前：午後 時
2. 交付場所：  
(住所 )
3. 使用目的：
4. 交付対象診療報酬明細書等  
受診者名： 様

診療年月	保険医療機関等名	開示内容
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示

( 年 月診療分) 部分開示、不開示の理由
--------------------------

(注 1) 来庁の際には、依頼者本人であることの証明できる書類に併せて、この「診療報酬明細書等の開示についてのお知らせ」を提示してください。

(注 2) このお知らせを発送した日から 1 カ月経過しても、来庁(連絡)がない場合は、当該診療報酬明細書等の写しは破棄しますのでご了承ください。

(様式 7)

平成 年 月 日

文 書 番 号

様

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 印

診療報酬明細書等の不開示についてのお知らせ

平成 年 月 日付で開示依頼のありました下記の診療報酬明細書等については不開示とすることとしましたのでお知らせします。

記

受診者名 : 様

診 療 年 月	保 険 医 療 機 関 等 名
年 月診療分	
年 月診療分	
年 月診療分	
年 月診療分	

( 年 月診療分)

不開示の理由

(開示が可能となる時期)

平成 年 月 日

※ その後の事情により変更となる場合もあります。

この決定に対してご質問等がある場合は当広域連合(電話0858-32-1095)へお問い合わせください。

