

郵送で診療記録開示請求を希望される方へ

下記書類等を同封のうえ、郵送願います。

- ① 診療記録開示請求書
- ② 診療記録開示請求書裏面の記載の必要書類
- ③ 返信用レターパックまたは着払い伝票
 - *住所を記載のうえ、同封してください。
 - *住所は②の必要書類に記載の住所に限ります。
 - *診療記録は片面白黒印刷で提供します。重量及びサイズにご留意ください。
 - *当院から簡易書留で発送することも可能です。その場合の費用は、実費を請求させていただきます。
- ④ 郵送希望申出書（本紙下部）

【郵送先】

〒260-8712

千葉県千葉市中央区仁戸名町 673

国立病院機構千葉医療センター 千葉東病院

事務部企画課医事 診療記録開示請求担当宛

診療記録開示請求の郵送希望申出書

受理時の連絡 ☐要 ☐不要

請求額の連絡 ☐要 ☐不要

*要にチェックいただいた場合は、請求書発送前に請求額をご連絡させていただき、開示手続きを進めるかご判断いただきます。進めないとなった場合も開示請求手数料（300円＋税）は請求いたします。
不要の場合は、請求額に関わらず手続きを進めさせていただきます。

準備完了時の連絡 ☐要 ☐不要

*不要の場合は、準備完了次第速やかに請求書及び複写物等を郵送いたします。

連絡方法 ☐電話 ☐メール

連絡先（連絡を希望する場合に記載してください。）

電話番号 _____

（希望される曜日及び時間帯 _____）

*平日 9：00-17：00 に限ります。

メール _____

申請者氏名 _____

※要不要に関わらず、書類不備等の場合には連絡させていただきますのでご了承ください。