

様式10

レセプト開示受付・処理経過簿

(区)

整理 番号	受付日	本人・ 遺族	依頼者名	依頼枚数 (※1)					開示 方法	保険医療機関等照会			開示等 決定日 (お知らせ日)	決定内容 (枚数)					保険医療 機関等連 絡日(※2)	開示実施日 (※3)	備 考 (※4)					
										照会日	再照 会日	回答日														
		本人		入院	外来	歯科	調剤	その他	窓口						入院	外来	歯科	調剤	その他							
		郵送							開示																	
									部分開示																	
									不開示																	
不存在																										
		本人		入院	外来	歯科	調剤	その他	窓口						入院	外来	歯科	調剤	その他							
		郵送							開示																	
									部分開示																	
									不開示																	
不存在																										
		本人		入院	外来	歯科	調剤	その他	窓口						入院	外来	歯科	調剤	その他							
		郵送							開示																	
									部分開示																	
									不開示																	
不存在																										
		本人		入院	外来	歯科	調剤	その他	窓口						入院	外来	歯科	調剤	その他							
		郵送							開示																	
									部分開示																	
									不開示																	
不存在																										
		本人		入院	外来	歯科	調剤	その他	窓口						入院	外来	歯科	調剤	その他							
		郵送							開示																	
									部分開示																	
									不開示																	
不存在																										
		本人		入院	外来	歯科	調剤	その他	窓口						入院	外来	歯科	調剤	その他							
		郵送							開示																	
									部分開示																	
									不開示																	
不存在																										

ただし、病院が異なる等、1月で数枚のレセプトがある場合は、その合計枚数を記載すること。

※2 本人（代理人）からの依頼の場合は、記載不要。

※3 郵送により開示を実施した場合は、郵送日を記載すること。

※4 部分開示・不開示の場合は、その理由を備考欄に記載すること。