

(保険医療機関等)

様

大 阪 市 長 印  
(担当: 区役所保険年金課保険担当)

診療報酬明細書等の開示について (照会)

平素より、国民健康保険の事業運営にご理解、ご協力賜りありがとうございます。

次のとおり、診療報酬明細書等の開示依頼がありましたので、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、令和 〇 年 〇 月 〇 日までにご回答くださいますようお願いいたします。

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等を開示することにより診療上支障が生じる場合については、「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いただ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、記入していただ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、本市が行うこととなることをご了承ください。

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いただいた「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、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。

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

記

受付日	依頼者	依頼者名	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

担当: \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_