

大 第 号
令和 年 月 日

(保険薬局)

様

大 阪 市 長 印
(担当: 区役所保険年金課保険担当)

調剤報酬明細書の開示について (お知らせ)

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、調剤報酬明細書の開示依頼があり、 年 月 日付けで別添の調剤報酬明細書の写しを依頼者あて開示することとしましたのでお知らせします。

なお、当該調剤報酬明細書を開示することについては、処方せんを発行した保険医療機関等に対し、診療上の支障が生じるか否かについて事前に照会しておりますので念のため申し添えます。

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	開示内容	
年 月診療分	1 開示	2 部分開示
年 月診療分	1 開示	2 部分開示
年 月診療分	1 開示	2 部分開示
年 月診療分	1 開示	2 部分開示

備考

担当: _____ TEL _____