

(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遺族への開示について (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、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いただ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ください。

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 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 _____