

大 第 号
令和 年 月 日

(保険医療機関・保険薬局等)

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 (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、被保険者等のご遺族から診療報酬明細書等の開示依頼があり、別添の診療報酬明細書等の写しを令和 年 月 日付けで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。

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	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 _____