

令和 年 月 日

(提出先) 区保健福祉センター所長 様

指定医療機関等名 _____

(主治医名 _____)

診療報酬明細書等の開示について (回答)

(受診者)
令和 年 月 日付け大 第 号で照会のありました _____ 様
に係る標題の件について、次のとおり回答します。

記

診 療 年 月	開 示 の 適 否 の 区 分	診療報酬明細書等区分
年 月診療分	1 開示 2 部分開示 3 不開示	入 外 歯 調 他
年 月診療分	1 開示 2 部分開示 3 不開示	入 外 歯 調 他
年 月診療分	1 開示 2 部分開示 3 不開示	入 外 歯 調 他
年 月診療分	1 開示 2 部分開示 3 不開示	入 外 歯 調 他

なお、部分開示の場合には、当該不開示部分を消し込んだ診療報酬明細書等を添付しております。

(年 月診療分)
部分開示・不開示の理由 ※部分開示・不開示の場合必ずご記入ください。

(開示が可能となる時期) 令和 年 月 日 ※遺族 (又はその代理人) からの開示依頼
の場合は記入不要です。

(注) 本人 (又はその代理人) からの開示依頼の場合に部分開示又は不開示とできるのは、開示することにより患者本人に重大な心理的影響を与え、その後の治療効果等に悪影響を及ぼす恐れがある場合に限定されます。