

大 第 号  
令和 年 月 日

様

区保健福祉センター所長 印  
(担当: 電話: )

診療報酬明細書等の開示についてのお知らせ

令和 年 月 日付けで開示依頼のありました診療報酬明細書等については、次のとおり開示することとしましたのでお知らせします。

記

1 開示場所 \_\_\_\_\_区保健福祉センター\_\_\_\_\_課

2 開示対象診療報酬明細書等 受診者名 \_\_\_\_\_様

診療年月	指定医療機関等名	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

( 年 月診療分)  
部分開示の理由

( )

(開示が可能となる時期)  
令和 年 月 日  
※ その後の事情により変更となる場合もあります。