様式５「郵送開示用」

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

交付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。 |