様式６

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不開示について

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、次のとおり不開示とすることとしましたのでお知らせします。

記

　受　診　者　名　　　　　　　　　　　　　　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診　療　年　月 | 指定医療機関等名 | 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 |

|  |
| --- |
| （　　年　　月診療分）  不開示の理由  （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。 |