

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。