

大 第 号
令和 年 月 日

(指定調剤薬局)

様

区保健福祉センター所長 印
(担当: 電話:)

調剤報酬明細書の開示について（お知らせ）

平素より、生活保護法による医療扶助の実施に際しまして、ご理解・ご協力賜りありがとうございます。

次のとおり、調剤報酬明細書の開示依頼があり、令和 年 月 日付けで別添の調剤報酬明細書の写しを依頼者あて開示することとしましたのでお知らせします。

なお、当該調剤報酬明細書を開示することについては、処方せんを発行した指定医療機関等に対し、診療上の支障が生じるか否かについて事前に照会しておりますので念のため申し添えます。

記

受 付 日	依 頼 者	依 頼 者 名	受 診 者 名
	1. 本人 2. 法定代理人 3. 遺族 4. 弁護士		

診 療 年 月	開 示 内 容	備 考
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	