

大 第 号
令和 年 月 日

(指定医療機関・指定調剤薬局等)

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 (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、被保護者等から診療報酬明細書等の開示依頼があり、別添の診療報酬明細書等の写しを令和 年 月 日付けで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。

記

受付日	依頼者	依頼者名	受診者名
	1 本人 2 遺族 3 法定代理人 4 弁護士		

診療年月	開示内容	備考 (開示することとした理由)
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	