様式１０

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遺族への開示について（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、受診者の遺族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　遺族２　法定代理人３　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 |  |