

(様式2)

平成 年 月 日

(保険医療機関等)

受付整理番号 _____

殿

大同特殊鋼健康保険組合 理事長

印

診療報酬明細書等の開示について(照会)

平素より、健康保険組合の事業運営にご理解、ご協力を賜りありがとうございます。

さて、標記について下記のとおり、診療報酬明細書の開示依頼がありましたので、別添の診療報酬明細書等を開示することにより、本人が傷病名等を知った場合に診療上支障が生じるか否かについて、主治医等にご確認いただきたくお願いいたします。

ご回答にあたりましては、別紙「診療報酬明細書等の開示について(回答)」により、平成 年 月 日 までにご回答くださいますようお願いいたします。

回答書中、開示の適否欄については、
当該診療報酬明細書等を開示することにより本人の診療上支障が生じない場合については「開示」
診療上支障が生じる部分を伏して開示する場合については「部分開示」
当該診療報酬明細書を開示することにより診療上支障が生じる場合については「不開示」
と区分しております。

また、部分開示の場合につきましては、不開示部分をマジック等で消し込んでその写しも送付してください。

なお、回答期日までにご回答(ご連絡)がない場合につきましては、診療上問題がないものと判断し、依頼者あて当該診療報酬明細書等の写しを交付することを申し添えます。

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. 弁護士		

診療年月	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

担当: _____ TEL: _____ - _____