

(様式3)

平成 年 月 日

大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿

保険医療機関等名

印

(主治医名 _____ 印)

診療報酬明細書等の開示について(回答)

(受診者)

平成 年 月 日付受付番号 _____ で照会のありました _____ 殿
に係わる標記について、下記のとおり回答します。

記

診療年月	開示の適否の区分	診療報酬明細書等区分
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	1. 開示 2. 部分開示 3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他

なお、部分開示の場合には、当該不開示部分を消し込んだ診療報酬明細書等を添付しております。

連絡窓口(ご担当): _____ TEL: _____ - _____ - _____