

(様式4)

平成 年 月 日

殿

受付整理番号 _____

大同特殊鋼健康保険組合 理事長

印

調剤報酬明細書の開示について（お知らせ）

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、調剤報酬明細書の開示かた依頼があり、別添の調剤報酬明細書の写しを平成 年 月 日付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。

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保険医療機関等に対し、診療上の支障が生じるか否かについて事前に照会し、開示の同意を得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. 弁護士		

診療年月	開示内容
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

担当： _____ TEL： _____ - _____