

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： _____ - _____