

(様式5)

平成 年 月 日

様

受付整理番号 _____

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（お知らせ）

平成 年 月 日付で開示依頼のありました診療報酬明細書等については、下記により交付しますのでお知らせします。

記

1. 交付場所：

（住所： _____ ）

2. 交付対象診療報酬明細書等

受診者名： _____ 様

診療年月	保険医療機関等名	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

（注1）来所の際には、依頼者本人であることの証明できる書類に併せて、この「診療報酬明細書等の開示についてのお知らせ」を提出してください。（依頼者が本人であり、かつ所属事業所で交付する場合は、本人証明の書類の提示は必要ありません。）

（注2）このお知らせを発送した日から1ヵ月経過しても、来所（連絡）がない場合は、当該診療報酬明細書等の写しは破棄しますのでご了承ください。

（注3）診療内容についての照会に対しては、おこたえすることができませんのでご了承ください。（直接医療機関等にお訊ねください。）

担当： _____ TEL： _____ - _____