

(様式7)

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不開示について

平成 年 月 日付で開示依頼のありました下記の診療報酬明細書等については、保険医療機関等に対し開示の適否について照会しましたところ、平成 年 月 日付にて「不開示」の回答を得ました。
ご依頼におこたえできませんのでご了承ください。

記

受診者名： 様

診療年月	保険医療機関等名	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： - -