

(様式 8)

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存在について

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、調査しましたが、その存在が確認できませんでした。

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： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_