

(様式9)

(保険医療機関等・保険薬局)

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、診療報酬明細書等の開示依頼があり、別添の診療報酬明細書等の写しを、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。

記

受付日	依頼者	依頼者名	受診者名
	1. 遺族 2. 法定代理人 3. 弁護士		

担当： _____ TEL： _____ - _____