様式第2号（第8条第2項関係）

　　　年　　　月　　　日

受付整理番号

　（保険医療機関等）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　殿

椎葉村長　　　　　　　　　印

**診療報酬明細書等の開示について（照会）**

平素より、国民健康保険の事業運営に御理解、御協力賜りありがとうございます。

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第25条第１項の規定により、診療報酬明細書等の開示請求がありましたので、別添の診療報酬明細書等を開示することにより、本人が傷病名等を知った場合に診療上支障が生じるか否かについて、主治医等に御確認をお願いいたします。

御回答に当たりましては 、別紙「診療報酬明細書等の開示について（回答）」により、**年　月　日まで**に御回答くださいますようよろしくお願いします。

回答書中、開示の適否欄については、当該診療報酬明細書等を開示することにより本人の診療上支障が生じない場合については「開示」、診療上支障が生じる部分を伏して開示する場合については「部分開示」、当該診療報酬明細書を開示することにより診療上支障が生ずる場合については「不開示」と区分しております。

　部分開示、不開示の場合は、その理由を必ず記入していただきますようお願いいたします。

　また、開示が可能となる時期は可能な限り、記入していただきますようお願いいたします。

　なお、最終的な開示、部分開示、不開示の決定は、当市町村が行うこととなることを御了承ください。

　また、部分開示の場合につきましては、不開示部分をマジック等で消し込んでその写しも送付してください。

　なお、回答期日までに御回答（御連絡）がない場合及び御記入いただいた「開示が可能となる時期」が到来した場合については、診療上問題がないものと判断し、請求者あて当該診療報酬明細書等の写しを交付いたします。

　※開示が可能となる時期について事情変更がある場合は、速やかに連絡いただきますようお願いします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受　付　日 | 請求者等 | 請求者名 | 受診者名 |
|  | １．本人２．法定代理人３．任意代理人 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 診療年月 | 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 |