様式第3号（第8条第2項関係）

　　年　　月　　日

椎葉村福祉保健課御中

保健医療機関等名　　　　　　　　　　印

（主治医名　　　　　　　　　　　印　）

**診療報酬明細書等の開示について（回答）**

（受診者）

　　　　年　月　日付け受付番号　　　　で照会のありました　　　　　　　　殿に係る標記の件について、下記のとおり回答します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診　療　年　月 | 開　示　の　適　否　の　区　分 | 診療報酬明細書等区分 |
| 年　月診療分 | １.開示　２.部分開示　３.不開示 | 入・外・歯・調・他 |
| 年　月診療分 | １.開示　２.部分開示　３.不開示 | 入・外・歯・調・他 |
| 年　月診療分 | １.開示　２.部分開示　３.不開示 | 入・外・歯・調・他 |
| 年　月診療分 | １.開示　２.部分開示　３.不開示 | 入・外・歯・調・他 |

なお、部分開示の場合には、当該不開示部分を消し込んだ診療報酬明細書等を添付しております。

|  |
| --- |
| （　年　月診療分）  　（部分開示・不開示の理由）※**部分開示・不開示の場合必ず御記入ください。**  　　　（記入例）  　　　　　患者に対し、ガンの告知をまだ行っていないため。  　（開示が可能となる時期）  　　　　　　　　　年　　月　　日 |

（注）部分開示又は不開示とできるのは、開示することにより患者本人に重大な心理的影響を与え、その後の治療効果等に悪影響を及ぼすおそれがある場合に限定されます。