様式第4号（第9条第2項関係）

　　　　年　　月　　日

受付整理番号

（保険薬局）

　　　　　　　　　　　　　殿

椎葉村長　　　　　　　　印

**調剤報酬明細書の開示について（お知らせ）**

　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、調剤報酬明細書の開示請求があり、別添の調剤報酬明細書の写しを　　　年　月　日付けで請求者あて開示（部分開示）決定しましたのでお知らせします。

　なお、当該調剤報酬明細書を開示することについては、処方せんを発行した保険医療機関等に対し、診療上の支障が生じるか否かについて事前に照会しております。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 依　頼　者 | 依頼者名 | 受診者名 |
|  | １．本人  ２．法定代理人  ３．任意代理人 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 診　療　年　月 | 開　　示　　内　　容 |
| 年　　月診療分 | １．開示　　　２．部分開示 |
| 年　　月診療分 | １．開示　　　２．部分開示 |
| 年　　月診療分 | １．開示　　　２．部分開示 |
| 年　　月診療分 | １．開示　　　２．部分開示 |

担当：　　　　℡　　　－　　－