様式第10号（第22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遺族への開示について（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。

　下記のとおり、診療報酬明細書等の開示依頼がありましたので、開示することについて問題がないか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問題がない場合については「開示」、問題がある部分を伏して開示する場合については「部分開示」、問題がある場合については「不開示」と区分しております。

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

　被保険者等の生前の意思や名誉との関係から問題がある場合については、その旨確認できる書類を添付してください。

　なお、最終的な開示、部分開示、不開示の決定は、町長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）がない場合については、診療上問題がないものと判断し、依頼者あて当該診療報酬明細書等の写しを交付いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受　付　日 | 依頼者等 | 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 | 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 |