様式第11号（第22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遺族への開示について（回答）**

（受診者）

　　　　　年　　月　　日付け受付番号　　　　で照会のありました　　　　　　　　様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）  患者が生前診療を受けていた事実を家族に知られたくないと申し出ていたため。 |