様式第15号（第29条第1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（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。

　下記のとおり、被保険者等の御遺族から診療報酬明細書等の開示依頼があり、別添の診療報酬明細書等の写しを　　　年　月　日付けで依頼者あて開示することとしましたのでお知らせします。

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：　　　　℡　　　－　　－