様式第３号（第４条関係）

年　　月　　日

八頭町長　　　　様

保険医療機関等名　　　　　　　　　　㊞

（主治医名　　　　　　　　　　㊞）

診療報酬明細書等の開示について（回答）

　　年　　月　　日付　　　　　で照会のあったこのことについて、下記のとおり回答します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療年月 | 開示の適否 | 診療報酬明細書等区分 |
| 年　　月 | １　開示　　２　部分開示　　３　不開示 | 入・外・歯・調・他 |
| 年　　月 | １　開示　　２　部分開示　　３　不開示 | 入・外・歯・調・他 |
| 年　　月 | １　開示　　２　部分開示　　３　不開示 | 入・外・歯・調・他 |
| 年　　月 | 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去しています。