様式第５号（第４条関係）

番　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　様

八頭町長

診療報酬明細書等の開示について

　　年　　月　　日付で開示依頼のありました診療報酬明細書等については、下記により開示しますので、お知らせします。

記

１　開示場所　　　　　　　　　　　八頭町役場

２　開示対象診療報酬明細書等

受診者名　　　　　　　　　　　　　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療年月 | 保険医療機関等名 | 開示内容 |
| 年　　月 |  | １　開示　　２　部分開示 |
| 年　　月 |  | １　開示　　２　部分開示 |
| 年　　月 |  | １　開示　　２　部分開示 |
| 年　　月 |  | １　開示　　２　部分開示 |

（注１）　来庁の際には、依頼者本人であることの証明できる書類に併せて、この「診療報酬明細書等の開示について」を提示してください。

（注２）　このお知らせを発送した日から１箇月経過しても来庁（連絡）がない場合は、当該診療報酬明細書等の写しは破棄しますので、ご了承ください。

（注３）　診療内容についての照会に対しては、お答えすることができませんので、ご了承ください。