様式第2号（第7条関係）

（保険医療機関等）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

受付番号

　　　　　　　様

丸亀市長

診療報酬明細書等の開示について（照会）

丸亀市診療報酬明細書等の開示に係る取扱要綱に基づき、下記の者から診療報酬明細書等の開示請求がありました。つきましては、別添の診療報酬明細書等を開示することにより、本人が傷病名等を知った場合に診療上支障が生じるか否かについて、主治医等にご確認いただきたくお願いいたします。

ご回答にあたりましては、別紙「診療報酬明細書等の開示について（回答）」により、　　　　年　　月　　日までにご回答くださいますようよろしくお願いいたします。

回答書中、開示の適否欄につきましては、当該診療報酬明細書等を開示することにより本人の診療上支障が生じない場合については「開示」、診療上支障が生じる部分を伏して開示する場合については「部分開示」、当該診療報酬明細書を開示することにより診療上支障が生じる場合については「非開示」と区分しております。

部分開示・非開示の場合は、その理由は必ず記入して頂きますようお願いいたします。また、開示が可能となる時期は可能な限り、記入して頂きますようお願いいたします。

なお、最終的な開示／部分開示／非開示の決定は、丸亀市長が行うこととなることをご了承ください。

また、部分開示の場合につきましては、非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、回答期日までにご回答（ご連絡）がない場合及びご記入頂いた「開示が可能となる時期」が到来した場合については、診療上問題がないものと判断し、請求者あて当該診療報酬明細書等の写しを交付することを申し添えます。

※　開示が可能となる時期について事情変更がある場合は、速やかに連絡をいただきますようお願いします。

記

１　請求者等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 請求者等 | 請求者名 | 受診者名 |
|  |  |  |  |
|  | １　本人  ２　法定代理人  ３　任意代理人 |  |  |
|  |
|  |

※　請求者名の欄には、受診者との関係を記入する。

２　開示請求のあった診療報酬明細書等

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |