様式第10号（第15条関係）

　　年　　月　　日

丸亀市長　　　　　様

保険医療機関等名

（主治医名　　　　　　　　　）

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　　日付受付番号　　　　で照会のありました　　　　　　　　様

に係る標記の件につきまして、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　非開示 | 入．外．歯．調．他 |
| 年　月診療分 | １　開示　２　部分開示　３　非開示 | 入．外．歯．調．他 |
| 年　月診療分 | １　開示　２　部分開示　３　非開示 | 入．外．歯．調．他 |
| 年　月診療分 | １　開示　２　部分開示　３　非開示 | 入．外．歯．調．他 |

なお、部分開示の場合には、当該非開示部分を消し込んだ診療報酬明細書等を添付してあります。

|  |
| --- |
| （　　　　年　　月診療分）  （部分開示・非開示の理由）※　部分開示・非開示の場合必ずご記入ください。  〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  （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 |