

(様式3)

年 月 日

法政大学健康保険組合 御中

保険医療機関等名 _____

印

(主治医名 _____)

印)

診療報酬明細書等の開示について (回答)

(受診者)

年 月 日付受付番号 _____ で照会のありました _____ 殿
に係る標記の件について、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. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	1. 開示	2. 部分開示	3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	1. 開示	2. 部分開示	3. 不開示	入. 外. 歯. 調. 他
年 月診療分	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し込んだ診療報酬明細書等を添付しております。

(年 月診療分)
(部分開示・不開示の理由) ※ 部分開示・不開示の場合必ずご記入下さい。

()

(記入例)

患者に対し、ガンの告知をまだ行っていないため。

(開示が可能となる時期)

年 月 日

(注) 部分開示又は不開示とできるのは、開示することにより患者本人に重大な心理的影響を与え、その後の治療効果等に悪影響を及ぼす恐れがある場合に限定されます。

ご記入いただいた個人情報は、「法政大学健康保険組合が保有する個人情報の利用目的の公表について」に記載された目的以外には使用いたしません。