

(様式5)

様

文書番号
年 月 日

法政大学健康保険組合理事長

印

診療報酬明細書等開示決定通知

年 月 日付で開示

年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示

(注1) この通知があった日から30日以内に、同封の「開示の実施方法等申出書」に必要事項を記入のうえ、返送してください。

(注2) 来所の際には、請求者本人であることの証明できる書類に併せて、この「診療報酬明細書等開示決定通知書」を提示してください。

(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。

(注4) 診療報酬明細書等に係る個人情報、保険者として療養の給付に関する費用を保険医療機関又は保険薬局に支払うために利用しています。

請求のありました診療報酬明細書等について、下記のとおり開示することと決定しましたので、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第29条第1項に基づき通知します。

記

1. 開示の実施方法 ア. 窓口交付 イ. 郵送
2. 窓口交付を実施することができる日時・場所
(窓口交付を希望される場合は以下の日時のうちから選択していただくこととなります。)
3. 写しの送付を希望される場合の準備日数、送付に要する費用
4. 交付対象診療報酬明細書等

診療年月	保険医療機関等名	開*内容
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示
年 月診療分		1. 開示 2. 部分開示

(年 月診療分) 部分開示の理由

[]

(開示が可能となる時期)

年 月 日

※ その後の事情により変更となる場合もあります。

この決定に対してご質問等がある場合は当健康保険組合までお問い合わせください。

法政大学健康保険組合
〒102-8160 東京都千代田区富士見2-17-1
法政大学九段校舎7F
03(3264)9595