

(様式 15)

(保険医療機関等)

年 月 日
受付整理番号 __________
殿

法政大学健康保険組合理事長



診療報酬明細書等の開示について（お知らせ）

平素より、健康保険組合の事業運営にご理解、ご協力賜りありがとうございます。

下記のとおり、被保険者等のご遺族から診療報酬明細書等の開示依頼があり、別添の診療報酬明細書等の写しを 年 月 日付で依頼者あて開示することとしましたのでお知らせします。

記

受付日	依頼者	依頼者名	受診者名
	1. 本人 2. 法定代理人 3. 任意代理人		

診療年月	開示内容	
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	1. 開示	2. 部分開示
年 月診療分	1. 開示	2. 部分開示

担当： _____ TEL 03-3264-9595