様式第3号(第7条関係)

第　　　　　号

　　年　　月　　日

　　身延町長　　　　様

医療機関等　　　　　　　　　　㊞

診療報酬明細書等の開示に対する意見書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者住所 | ※ | | | |
| 被保険者氏名 | ※ | | 生年月日 | 生 |
| 開示請求する診療報酬明細書等 | | | | |
| ※名称 | | ※期間 | | |
| □　診療報酬明細書(□入院・□外来)  □　調剤報酬明細書  □　訪問看護療養費明細書 | | 年　　　月分～　　　年　　　月分  　　　年　　　月分～　　　年　　　月分  　　　年　　　月分～　　　年　　　月分 | | |
| 傷病名欄の開示の希望 | ※有・無 | | | |
| 開示に対する意見  (開示請求のあった診療報酬明細書等を開示することによって本人が傷病名等を知ったとしても本人の診療上支障が生じないか右の欄に御記入願います。) | □　開示しても差し支えないと判断する。  □　条件付で開示しても差し支えないと判断する。  □　本人の治療上、開示することは、適当でないと判断する。  　(開示の条件) | | | |
| 診療科及び主治医氏名 | 科　氏名　　　　　　　　　　㊞ | | | |

(注)1　意見書の記入は、主治医の直筆でお願いします。

　　2　※印は保険者が記入

　　3　傷病名を伏せる等条件付で開示できると判断した場合はその旨を(開示の条件)欄に御記入ください。

　　　また、別紙診療報酬明細書の非開示部分を消して御返送ください。