様式第2号(第4条関係)

受付整理番号　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　様

出雲市長　　　　　　印

介護保険主治医意見書情報提供照会書

平素より介護保険事業の運営に格別のご理解、ご協力をいただき厚く御礼申し上げます。

さて、介護保険主治医意見書につきましては、診療上の支障が生じない場合には、被保険者等へのサービスの充実を図る観点から、個人のプライバシー保護に十分留意しつつ、これを被保険者等へ情報提供しているところです。

つきましては、下記のとおり介護保険主治医意見書の情報提供の請求がありましたので、別添の介護保険主治医意見書を情報提供することにより本人が傷病名等を知った場合に診療上支障が生じるか否かについて、ご確認いただきますようお願いいたします。

ご回答にあたりましては、別紙様式第3号により　　年　　月　　日までにご回答くださいますようお願いいたします。

記

1．請求者及び被保険者名等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 請求者区分 | 請求者名 | 被保険者名 |
| 年　　月　　日 | 1　被保険者本人  2　親族等  3　法定代理人等 |  |  |

2．開示依頼の対象意見書

|  |  |
| --- | --- |
| 認定年月日 | 主治医意見書記載年月日 |
| 年　月認定分 | 年　　月　　日 |
| 年　月認定分 | 年　　月　　日 |
| 年　月認定分 | 年　　月　　日 |
| 年　月認定分 | 年　　月　　日 |
| 年　月認定分 | 年　　月　　日 |

* 回答書中、「開示」、「部分開示」、「不開示」と区分しておりますが、部分開示の場合は診療上支障が生じる部分を臥して開示することになりますので、不開示部分をマジック等で消し込んでその写しも送付してください。

なお、回答期限までにご回答（ご連絡）のない場合につきましては、診療上支障がないものと判断し、請求者あて当該介護保険主治医意見書の写しを交付することを申し添えます。