

私は、岡山県後期高齢者医療広域連合レセプトの開示に関する要綱に基づき、レセプト開示の依頼をしましたが、レセプト開示の事実につき保険医療機関等又は保険薬局に通知することについて、

同意します

同意しません

令和      年      月      日

住      所

氏      名

⑩

岡山県後期高齢者医療広域連合長      様