

レセプト情報等の提供に関する承諾通知書
(利用期間延長)

厚生労働省発保 第 号
平成 年 月 日

レセプト情報等の提供依頼申出者 殿

厚生労働大臣
○○ ○○

貴方が提出された平成 年 月 日付レセプト情報等の利用期間延長依頼申出書の利用期間延長について承諾いたしましたので通知します。

レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン等の規程に従い、速やかに本レセプト情報等の利用に係る依頼書及びその他の必要書類を厚生労働省保険局総務課保険システム高度化推進室まで送付ください。

| | |
|---------------------------|-------------------|
| 1. レセプト情報等の提供を承諾した学術研究の名称 | |
| 2. 変更後の利用期間 | 平成 年 月 日～平成 年 月 日 |
| 3. その他留意事項 | |

備考
用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。