

2 福保医政第 1 4 2 6 号
令和 2 年 1 2 月 1 4 日

都内病院管理者 殿

東京都福祉保健局医療政策部長

矢 沢 知 子

(公印省略)

外国人未払医療費補てん事業における申請様式の一部変更について (通知)

日頃から、東京都の保健医療行政に御理解と御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、東京都では、外国人未払医療費に係る医療機関の負担の軽減を図るとともに、外国人の不慮の傷病に対応する緊急的な医療を確保するため、外国人未払医療費補てん事業（以下「本事業」という。）を実施しています。

今般、申請にかかる第 2 号様式を下記のとおり変更いたしますので、御承知おきください。

各医療機関におかれましては、本事業について御理解いただくとともに、適切な利用に努めていただきますようお願いいたします。

記

1 変更理由

実施要綱第 7 の 2 により医療機関が他の制度による外国人未払医療費の補てんを受けた場合には、その額を控除すると定めているため、他の制度（民間の補償保険等）の利用状況を確認させていただきます。

2 変更箇所

別添のとおり

3 変更時期

令和 3 年度補てん分（令和 2 年 4 月 1 日から令和 3 年 3 月 31 日までの診療分）から

《問合せ先》

東京都福祉保健局

医療政策部医療政策課地域医療対策担当 小黒、村井

電話 0 3 (5 3 2 0) 4 4 1 7

FAX 0 3 (5 3 8 8) 1 4 3 6

第2号様式

令和2年度外国人未払医療費調査票

医療機関コード		医療機関名称		
フリガナ 患者氏名	()	性別	1 男	2 女
		生年月日	・	・ 生
国籍	*自称又は付添いからの聞き取りで可			
初診の来院時間	1 時間内	2 休日時間外		
初診の来院方法	1 救急隊搬送	2 自力	3 その他 ()	
傷病の主な原因	1 急病	2 不慮の傷害	3 その他 ()	
傷病の種別	1 打撲等外傷	2 消化器系	3 呼吸器系	4 循環器系 5 その他
来院に至る経緯	(簡潔に)			
公的医療保険又は公的医療扶助の状況	1 申請中 (その制度名) 2 申請したが却下された (その制度名・却下の理由) 3 申請していない			
他の制度の利用状況	<input type="checkbox"/> 他の制度 (民間の補償保険等) による外国人未払医療費の補てんは受けていない <input type="checkbox"/> 他の制度 (民間の補償保険等) による外国人未払医療費の補てんを受けた (補てん額 円) ※他の制度による補てん額は控除されます			
診療期間	診療開始日	年 月 日	外来延べ日数	日
	入院期間	年 月 日から	年 月 日まで	
回収努力について (請求・督促の経過)	<input type="checkbox"/> 未払い対象者への督促を複数回行った。(少なくとも3か月に1度以上) ・請求書の送付回数 回 ・督促回数 回 <input type="checkbox"/> 複数の手段を用いて督促を行った。 ・電話 回 ・文書 回 ・訪問 回 ・その他 (具体的に:) 回			
主な請求先	1 患者本人	2 家族・友人	3 雇用主	4 身元引受人
未収の理由	1 住所不明	2 帰国	3 支払不能	4 その他 ()

変更箇所

①入院保険請求点数 (入院開始日から14日目までの点数)	年 月分 点
②入院外保険請求点数 (外来診療開始日から3日目までの点数)	年 月分 点
③対象医療費の額 (①の点数+②の点数) × 10 円	円
④患者からの徴収額	円
⑤救命救急センター補助金交付額	円
⑥申請額の算定 (⑥=③-④-⑤)	円
⑦申請額 (⑥の額が200万円を超える場合は、200万円とする。)	円