

第2号様式

令和2年度外国人未払医療費調査票

変更箇所

医療機関コード		医療機関名称	
フリガナ	()	性別	1 男 2 女
患者氏名		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	<input checked="" type="radio"/> 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 ()		

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
	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
	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		