**第４号様式**

令和　　　年　　　月　　　日

　公益財団法人東京都福祉保健財団理事長　宛

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関コード |  |
| 医療機関所在地 |  |
| 医療機関名称 |  |
| 開設者役職及び氏名 | 印 |

**外国人未払医療費回収報告書**

　公益財団法人東京都福祉保健財団から補てんされた医療費について、下記のとおり回収したので報告します。

記

１　患者氏名

２　診療年月

３　回収した医療費の額

４　回収年月日

５　添付資料

　　外国人未払医療費補てん金交付決定通知書の写しを添付する。

　　補てん金の交付決定前であれば申請書の写しを添付する。