**第１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 |

**令和４年度外国人未払医療費補てん金申請書**

　下記のとおり申請します。

記

１　申請金額　　　　　　　　　　　　　　円

２　振込先口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | | | | | 口座種別 | | | | |
| 銀行  　　　　　　信用金庫　　　　　（支）店 | | | | | □　普通口座・総合口座  　□　当座 | | | | |
| 口座番号（右詰め） |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 申請事務担当者氏名 |  |
| 所属部署 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |

**第１号の２様式**

**令和４年度外国人未払医療費補てん金申請内訳**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関コード |  |
| 医療機関名称 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 患者氏名 | 申請件数 | | | 申請金額 |
| 医科入院 | 医科入院外 | 歯科 |
| １ |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請件数合計 | 件 |  | 申請患者数 | 人 |
| （内訳）医科入院 | 件 |  | 申請額合計 | 円 |
| 医科入院外 | 件 |
| 歯科 | 件 |

**第２号様式**

**令和４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 | 国民健康保険加入資格　１有⇒補てん対象外　　２無　　３不明  確認した相手（記載必須）： | | | | |
| 国保以外の公的医療扶助等の受給状況　１有⇒補てん対象外　　２無　　３不明  確認した相手（記載必須）： | | | | |
| 他の制度の利用状況 | □他の制度（民間の保証保険等）による外国人未払医療費の補てんは受けていない  □他の制度（民間の保証保険等）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） | □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  □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（　　　　　　　　） | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |