**第３号様式**

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

**令和７年度外国人未払医療費に係る回収努力の経過**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ患者氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 性　　別 | １男　　２女 |
| 生年月日 | 　　　・　　　・　　　生 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年月日 | 連絡先請求先 | 回収努力の方法 | 内容及び結果 | 回収額（有の場合のみ） |
|  |  |  |  |  |

（注）

１．回収努力の方法欄には、電話、文書、訪問、周辺調査の別を記入してください。

２．内容及び結果欄には、行った回収努力の内容、相手方の状況等を具体的に記入してください。

３．所在不明等により、返戻された郵便物等がある場合には、その写しを添付してください。

４．その他回収努力の参考となる資料がある場合には、併せて添付してください。