

つがる西北五広域連合病院事業時間外診療における医療 費預り金規程

平成 23 年 12 月 2 日
病院事業管理規程 第 7 号

(趣旨)

第1条 この規程は、つがる西北五広域連合病院事業に係る医療費預り金に関し、必要な事項を定めるものとする。

(医療費預り金)

第2条 企業出納員は、土曜、日曜、祝祭日及び平日の時間外午後5時から午前8時30分までの始業時刻から就業時刻までの正規の勤務時間以外の時間における診察等により、医療費の額を確定することができないときは、患者から医療費預り金を預かるものとする。

(預り金)

第3条 預り金は5,000円とする。

(預り金の出納)

第4条 医療費預り金は、医療費預り金整理簿(様式第1号)によって管理しなければならない。

(預り対象外とする者)

第5条 生活保護受給者、国民健康保険乳児10割受給者、重度障害者など、救急窓口対象者の確認で患者の負担が無いことが明らかな者からは、預らないものとする。

(預り金を支払えない場合)

第6条 企業出納員は、預り金を支払えないときは、当該患者から後日診察料金を支払うことを約する誓約書(様式第2号)を徴するものとする。

(預り金の整理)

第7条 企業出納員は、医療費預り金を預かるときは、当該医療費預り金と引換えに医療費預り証(様式第3号)を相手方に交付しなければならない。

(医療費預り金の充当等)

第8条 企業出納員は、患者の納付すべき額が確定したときは、医療費預り金の全部又は一部を当該患者の収納金に充当することができる。

(預り金の保管)

第9条 医療費預り金は、他の金銭と区分して保管しなければならない。

(委任)

第10条 この規程に定めるもののほか、医療費預り金に関し必要な事項については、別に定める
附 則

この規程は、平成24年4月1日から施行する。

[illegible]

- | | |
|---------------------------|--------------------------------------|
| 1 住所は市町村だけ記入してください。 | 3 死亡退院患者は、赤で記入してください。 |
| 2 報告内容がない場合でも、必ず提出してください。 | 4 預り金対象外の方は、預り金の欄の「入・無」に二重線を引いてください。 |

誓約書

つがる西北五広域連合 管理者 様

後日、1週間以内に診察料金を支払うことを誓約します。

____年 ____月 ____日

患者氏名 _____

誓約者記入欄

(氏名) _____ (患者との関係) _____

(住所) 〒 _____

(自宅電話) _____

(携帯電話) _____

(勤務先など、自宅以外の連絡先)

住所 _____

電話番号 _____

診察料金は、誓約書、保険証、診察券を持参し後日、会計窓口でお支払いください。

窓口営業時間 平日 8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0

預 り 証

NO

平成 年 月 日発行	
患者 ID	
患者氏名	様
電話番号	
預り金額	金 , 0 0 0 円
診察科	

医療費預り金として、上記金額をお預りいたしました。

〒
青森県

TEL 0 1 7 3
FAX

受領印

(扱い者 : 印)

医 療 費 精 算 の お 願 い

本日は、夜間・休日（時間外診療）のため、会計業務が行われておりません。
本日受診された医療費は、後日（一週間以内に）改めて保険証、診察券、本証をご持参のうえ当院会計窓口で精算くださるようお願いいたします。
この預り証は、精算時に必要ですので、大切に保存し、精算時に必ずお持ちください。

窓口営業時間 平日 8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0

精算確認 受領金額 円 自署