

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
平成 31 年 4 月 25 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 病院事業の管理者（以下「管理者」という。）は、つがる西北五広域連合病院事業診療規程（平成 24 年つがる西北五広域連合病院事業管理規程第 20 号）第 4 条に規定する外来休診日又は同規定第 3 条に規定する外来診療の診療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 管理者は、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 管理者は、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 管理者は、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。

附 則（平成 31 年病院事業管理規程第 7 号）

この規程は、公表の日から施行する。

医療費預り金整理簿(宿日日直取扱患者報告書兼預り金報告書)

年 月 日 (曜日)

当直者[㊟]

日直者[㊟]

医事課へ

初 診 患 者						再 来 患 者					
科別	カルテ No.	受付時間	住 所	氏 名 (年齢)	預り金	科別	カルテ No.	受付時間	住 所	氏 名 (年齢)	預り金
	～	:		()	入・無		～	:		()	入・無
	～	:		()	入・無		～	:		()	入・無
	～	:		()	入・無		～	:		()	入・無
	～	:		()	入・無		～	:		()	入・無
	～	:		()	入・無		～	:		()	入・無
	～	:		()	入・無		～	:		()	入・無
	～	:		()	入・無		～	:		()	入・無
	～	:		()	入・無		～	:		()	入・無
	～	:		()	入・無		～	:		()	入・無
	～	:		()	入・無		～	:		()	入・無
	～	:		()	入・無		～	:		()	入・無
	～	:		()	入・無		～	:		()	入・無
入 院 患 者						退 院 患 者					
科別	病棟. 室	入院時間	住 所	氏 名		科別	病棟. 室	退院時間	住 所	氏 名	
	～	:					～	:			
	～	:					～	:			
	～	:					～	:			
	～	:				転 科					
	～	:				科別	病 棟	転科時間	住 所	氏 名	
	～	:					～	:			

1 住所は市町村だけ記入してください。

2 報告内容がない場合でも、必ず提出してください。

3 死亡退院患者は、赤で記入してください。

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病院事業管理者

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 8:30~17:00

預り証

NO _____

	年	月	日発行
患者 ID			
患者氏名	様		
電話番号			
預り金額	金	, 000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 0173
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 8:30~17:00

精算確認 受領金額 _____ 円 自署