

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（以下「預り金」という。）に関し、必要な事項を定めるものとする。

一部改正〔令和6年2号〕

(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程第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、患者から預り金を預かるものとする。

一部改正〔令和6年2号〕

(預り金の額)

第3条 預り金の額は5,000円とする。

一部改正〔令和6年2号〕

(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、子ども医療費受給者、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。

一部改正〔令和6年2号〕

(預り金を預けられない場合)

第6条 管理者は、預り金を預けられないときは、当該患者から後日医療費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。

一部改正〔令和6年2号〕

(預り金の整理)

第7条 管理者は、預り金を預かるときは、当該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。

一部改正〔令和6年2号〕

(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、預り金の全部又は一部を当該患者の医療費に充当することができる。

一部改正〔令和6年2号〕

(預り金の保管)

第9条 預り金は、他の金銭と区分して保管しなければならない。

2 預り金が、当該患者の確定した医療費よりも多かつた場合の差額の保管期限は、当該預り金を預かつた日から5年間とする。

一部改正〔令和6年2号〕

(保管期限を経過した預り金)

第10条 前条第2項の規定により保管期限が経過したときは、当該預り金をその他医業収益に振り替えることができる。

追加〔令和6年2号〕

(委任)

第11条 この規程に定めるもののほか、預り金に関し必要な事項については、別に定める

一部改正〔令和6年2号〕

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4月25日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。

附 則（令和6年2月1日病院事業管理規程第2号）

この規程は、令和6年2月1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。

一部改正〔令和6年2号〕

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

本日、受診した医療費は夜間・休日（時間外）診療のため、後日支払うことを誓約します。

<記入欄>

	_____年____月____日
（患者氏名）	_____
（誓約者氏名）	_____
（患者との関係）	_____
（住 所）	_____ _____
（電話番号）	_____

※ 本日受診した医療費は、次のとおり後日、会計窓口でお支払いください。

料 金 計 算 の 場 所 :
窓 口 の 受 付 時 間 :
会 計 に 必 要 な も の : 保険証、各種受給者証、診察券、誓約書

No. _____

医療費預り証

年 月 日 発行

患者ID	
患者氏名	様
電話番号	
預り金額	金 5,000円

医療費預り金として、上記金額をお預りしました。

〒

青森県
つがる西北五広域連合
TEL
FAX

預り金
受領印

(取扱者 印)

【 医療費の精算について 】

本日受診された医療費は夜間・休日（時間外）診療のため、精算手続きが必要となります。
手続きは以下のとおりですので、お早めの精算手続きをお願いします。

手続きの場所 :
受付時間 :
必要なもの : 保険証、各種受給者証、診察券、医療費預り証

なお、_____までに精算手続きがされていない場合は、医療費に充当させていただきますので、あらかじめご了承ください。

また、医療費へ充当後、預り金に残額があった場合の保管期限は、預り金を支払った日から5年間とさせていただきますので、お早めの精算にご協力ください。

精算日
領収印

(担当者 印)