別記様式第１号

外国人患者救急医療費補填事業　補填金交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

公益社団法人群馬県医師会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

令和　　年度分外国人患者救急医療費補填金を、下記のとおり申請します。

記

１　人数　　　　　　　　　　　人分

２ 金額　　　　　　　　　　　　円

３　補填金振込先　　別紙１のとおり

４　添付書類

別紙１「外国人患者救急医療費補填事業補填金振込口座届」

別紙２「外国人患者における未収金の状況」

別紙３「外国人患者救急医療費補填金申請一覧表」

別紙４「外国人患者救急医療費調査票」

別紙５「回収努力の経過」

別紙６（該当がある場合のみ添付）

担当者 職氏名：

電話番号：