別記様式第３号

外国人患者救急医療費回収金報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

公益社団法人群馬県医師会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　　話

　このことについて、令和　　年　　月　　日付けで下記の者に関し、令和　　年度外国人患者救急医療費補填金　　　　　　　　　円のお支払いをいただきましたが、その申請後患者等から、その一部又は全額の支払いが下記のとおりあったので報告いたします。

記

１　患者氏名

２　受領年月日　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

３　受領金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

４　その他

該当診療報酬明細書を添付します。