

番号〇〇〇〇

## 医療費預り金預り証

金額	十万	万	千	百	十	円

(外来 令和 年 月 日 ~ 年 月 日分)  
入院 令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 様

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_ -

携帯電話番号 \_\_\_\_\_ -

Fax. 番号 ( ) \_\_\_\_\_ -

上記の金額を医療費預り金として受領いたしました。

令和 年 月 日

道立羽幌病院企業出納員

印

医事TEL. (0164) 62-6060

FAX. (0164) 62-6050

- 1 この預り証は精算時に必要ですので大切に保管し、精算時に被保険者証、印鑑及び運転免許証等ご本人と確認できるものと一緒に必ずお持ちください。
- 2 精算は、10日以内に来院し、会計窓口で行ってください。  
なお、医療費が確定したときは、ご連絡の上、医療費預り金を医療費に充当させていただきます。

預り日付印

注) 金額を訂正したもの及び日付印を押していないものは無効です。

- a 上記金額を受領しました。
- b 上記金額を医療費に充当することに同意します。
- c 上記金額のうち \_\_\_\_\_ 円を医療費に充当することに同意し、  
残額 \_\_\_\_\_ 円を受領しました。

令和 年 月 日

署名 \_\_\_\_\_

印

番号〇〇〇〇

## 医療費預り金預り証 (控え)

金額	十万	万	千	百	十	円

(外来 令和 年 月 日 ~ 年 月 日分)  
入院 令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 様

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_ -

携帯電話番号 \_\_\_\_\_ -

Fax. 番号 ( ) \_\_\_\_\_ -

上記の金額を医療費預り金として受領いたしました。

令和 年 月 日

道立羽幌病院企業出納員

印

医事TEL. (0164) 62-6060

FAX. (0164) 62-6050

- 1 この預り証は精算時に必要ですので大切に保管し、精算時に被保険者証、印鑑及び運転免許証等ご本人と確認できるものと一緒に必ずお持ちください。
- 2 精算は、10日以内に来院し、会計窓口で行ってください。  
なお、医療費が確定したときは、ご連絡の上、医療費預り金を医療費に充当させていただきます。

預り日付印

注) 金額を訂正したもの及び日付印を押していないものは無効です。

- a 上記金額を受領しました。
- b 上記金額を医療費に充当することに同意します。
- c 上記金額のうち \_\_\_\_\_ 円を医療費に充当することに同意し、  
残額 \_\_\_\_\_ 円を受領しました。

令和 年 月 日

署名 \_\_\_\_\_

印

注) 預り金の精算の際、預り証の提示がなかった場合は、この欄にて処理すること。