

# 未収金管理台帳

患者氏名 様  
患者 ID または番号

未収金発生日	年 月 日	債権者氏名			
住 所	〒		連絡先		
勤 務 先	〒		連絡先		
保 険 者	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 医保 <input type="checkbox"/> 生保 ※名称	年 月 日現在 備考			
未 収 金 発 生 理 由	<input type="checkbox"/> 突発的事態等による保険証の不携帯		<input type="checkbox"/> 突発的事態等による現金の不携帯		
	<input type="checkbox"/> 労災や自賠責の適用者で手続き完了前		<input type="checkbox"/> 支払う意思はあるが金がない (または足りない)		
	<input type="checkbox"/> 資格喪失等による保険証の不所持		<input type="checkbox"/> 生保等の受給資格を持たない貧困者		
	<input type="checkbox"/> 当初から支払う意思がない		<input type="checkbox"/> その他		
未 収 金 内 容	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	未 収 金 額	円 (内訳)		
一部負担金以外の未収金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	内 訳	<input type="checkbox"/> おむつ代 円	<input type="checkbox"/> 文書料 円	
預かり金の徴収の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	未収額の告知	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 分割の場合		
支払予定日の確認	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	予 定 日	年 月 日	回払/毎月 日まで	
支払誓約書の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	連帯保証人氏名		連絡先	
連帯保証人の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	連帯保証人住所	〒		
(1) 2週間 ～ 1ヵ月 後	<input type="checkbox"/> 電話による催促	年 月 日	相手: <input type="checkbox"/> 債務者 <input type="checkbox"/> 連帯保証人		
	債務者等の反応および判断				
(2) 1ヵ月 ～ 2ヵ月 後	<input type="checkbox"/> 電話による催促	年 月 日	相手: <input type="checkbox"/> 債務者 <input type="checkbox"/> 連帯保証人		
	債務者等の反応および判断				
(3) 2ヵ月 ～ 3ヵ月 後	<input type="checkbox"/> 請求書(督促書)の送付	年 月 日	送付先: <input type="checkbox"/> 債務者 <input type="checkbox"/> 連帯保証人		
	債務者等の反応および判断				
(4) 3ヵ月 ～ 4ヵ月 後	<input type="checkbox"/> 督促書の送付(内容証明付き)	年 月 日	送付先: <input type="checkbox"/> 債務者 <input type="checkbox"/> 連帯保証人		
	債務者等の反応および判断				
(5) 4ヵ月 ～ 6ヵ月 後	<input type="checkbox"/> 訪問による催促	年 月 日	訪問先: <input type="checkbox"/> 債務者 <input type="checkbox"/> 連帯保証人		
	債務者等の反応および判断				
(5) 4ヵ月 ～ 6ヵ月 後	<input type="checkbox"/> 内容証明郵便(最終督促書)の送付	年 月 日	送付先: <input type="checkbox"/> 債務者 <input type="checkbox"/> 連帯保証人		
	債務者等の反応および判断				

※顛末 保険者への処分請求

<input type="checkbox"/> 国保	年 月 日	処分結果	<input type="checkbox"/> 回収	<input type="checkbox"/> 保留	<input type="checkbox"/> その他
-----------------------------	-------	------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------

※※生保患者(福祉事務所への請求)(1) おむつ代

<input type="checkbox"/> 国保	年 月 日	処分結果	<input type="checkbox"/> 回収	<input type="checkbox"/> 保留	<input type="checkbox"/> その他
-----------------------------	-------	------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------

※※※生保(葬儀業者への請求)(2) 文書料(死亡診断書料)

<input type="checkbox"/> 国保	年 月 日	処分結果	<input type="checkbox"/> 回収	<input type="checkbox"/> 保留	<input type="checkbox"/> その他
-----------------------------	-------	------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------