

未収金督促状況記録書

患者No. 氏 名				連 絡 先 電話番号		
診療科	科	未収金 発生日	年 月 日	未収金額	円	
催告の 状 況	催告年月日	連絡相手 (続柄)	備 考 (支払予定日等を具体的に記載すること)			担当者氏名
	・					
	・					
	・					
	・					
督促状 発行日	・		納期限 年 月 日			
未収発 生事由 な ど	死亡・追加会計・休日時間外受診・その他 ()					

※1. 未収金発生事由は必ず記載すること。

2. 当該記録書を原符に添付する場合は、診療科、発生日、未収額は省略可とする。