様式1

校費負担患者承認申請書　　　　　　　(外来)　(入院)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | 診療科名 | | 科 | | |
| 患者住所 |  | | | | | | | | | |
| 患者氏名 |  | | | | | 生年月日 | |  | | |
| 患者の保険種別 | 1　私費　　　2　保険本人　　　3　保険家族　　　4　国保 | | | | | | | | | |
| 病名 |  | | | | | | | | | |
| 校費負担理由 | ①　社会的理由  ②　稀有な症例(名)  ③　探索医療のため | | ④　研究協力等  ＊①は別書式に記入②～④については治療計画を詳細に | | | | | | | |
| 校費負担区分 | 1　全額校費負担 | 2　一部校費負担(イ．ロ．共該当項目を○で囲む) | | | | | | | | |
| イ　患者負担分のみ(2割・3割) | | | | | | ロ　検査　　投薬　　注射  　　手術　　その他(　　　) | | |
| 期間 | 自　平成　　　年　　　月　　　日　至　平成　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 平成　　　年　　　月　　　日  患者氏名　　　　　　　　　　印  保護者氏名　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | |
| 上記の患者を校費負担患者として診療したいのでご了承願いたく申請いたします。  　　　　　平成　　　年　　　月　　　日  診療科(部)長　　　　　　　　　　印  病院長　　　　　　　　　　　　　　殿　　　　担当医師　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | |
| 校費負担理由 | | | | | | | | | | |
| 上記患者の校費負担取扱い申請を承認します。  　　　　　平成　　年　　月　　日  病院長　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | |
|  | | | | 事務部長 | 管理課長 | | 課長補佐 | | 医事掛長 | 医事掛 |
|  |  | |  | |  |  |
| 経理課長 | | 課長補佐 | | 専門員 | 司計掛長 |
|  | |  | |  |  |