未収医療費等回収業務委託実績表

様式２

事業者名：

※本業務と同一のもの、又は類似している実績を最大１５実績記載してください。

実績病院名	案件名	契約期間		病床数	委託債権数	委託債権額	回収率 （委託債権額基準）
		始期	終期				
（記入例）○○○市民病院	未収債権等回収業務	H27.4.1	H28.3.31	520	300	30,000千円	30.0%