

交通事故による診療費納付誓約書

令和 年 月 日

地方独立行政法人
静岡市立静岡病院病院長 様

この度の交通事故による患者 様 に対する診療費（外来は自由診療扱いのみ）
について、全治まで患者と納付者とともに連帯し納付することを誓約します。

患 者

初診日 年 月 日 科 診察券番号

氏名

生年月日 (T. S. H. R) 年 月 日

住所

電話

納 付 を す る 任 意 保 険 会 社

会社名

住所

電話

担当者名 印

●入院の場合は支払い方法を選択してください。

a. 入院自由診療扱い b. 入院健康保険扱い c. 外来

※必ず押印してください。提出がない場合は診療費を患者様に請求させていただきます。