

交通事故による診療費納付誓約書

見 本

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

※お支払い方法決定後出来るだけ速やかにFAX
または郵送してください。
(当院指定の誓約書をお願いします)

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	詳細にご記入いただきますようお願いいたします。		
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	〇〇課までご記入ください。
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	

※外来は自由診療の場合のみ一括できます。

捺印を忘れずをお願いします。

※退院後の通院は一括できません。

※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。