

誓 約 書

芳賀赤十字病院 様

医療費支払について

平成 年 月 日 より診療されました _____ 様

の交通事故に係る医療費については、請求があり次第一切の責任をもって滞りなく支払うことを誓約いたします。

記

* 健康保険の使用について (いずれかを○で囲むこと)

1. 自由診療とする (1点単価 15円)
2. 健康保険を使用する
3. その他

* 医療費の保険会社支払分について (いずれかを○で囲むこと)

1. 外来のみ
2. 入院のみ
3. 外来・入院両方

平成 年 月 日

住 所 _____

保険会社名 _____



担 当 者 _____ ⑩

電 話 _____

<病院記載欄>

ID _____

患者様名 _____

* 処理欄

医事課長	係長	担当