誓　　　約　　　書

芳賀赤十字病院　　様

医 療 費 支 払 に つ い て

令和　　　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

　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

住　　　所

保険会社名

担当者名 　　　　　　㊞

電　　　話

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＊処理欄 | | |
| 医事課長 | 係長 | 担当 |
|  |  |  |

＜病院記載欄＞

　　　ＩＤ

患者様名