医療費等支払約束証書

医療法人社団悦伝会　目白病院　殿

私は、貴院への入院・診療に際し、入院保証金として金１０万円を差し入れることを約束するとともに、入院診療費、立替金、その他諸費用（室料差額代・文書料等）を貴院からの請求後、１週間以内に全額支払うことを約束致します。

また、私の所持する身分証明書を貴院に対して提示する事を約束致します。

平成　　年　　月　　日

患者様　氏　　名　　㊞

（生年月日　　大正・昭和・平成　　年　　月　　日

〒

住　　所

自宅電話番号

携帯電話番号

勤務先名称

勤務先住所

勤務先電話番号

提示身分証名称（該当する物に○をつける）

（保険証・運転免許証・社員証・学生証・パスポート・外国人登録証・ｸﾚｼﾞｯﾄｶｰﾄﾞ）

事務取扱者　　㊞