

医療費等支払連帯保証書

医療法人社団悦伝会 目白病院 殿

私は、患者 _____ 氏が貴院に対して負っている医療費等の債務全額につき連帯保証し、貴院から請求を受けた場合、その請求日から1週間以内に上記の医療費等の債務全額をお支払いすることを約束致します。なお、念の為、身分証明書を提示致します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

連帯保証人 氏 名 _____ 印 _____

(生年月日 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日(続柄 _____))

〒

住 所 _____

自宅電話番号 _____

携帯電話番号 _____

勤務(学校)先名称 _____

勤務(学校)先住所 _____

勤務(学校)先電話番号 _____

提示身分証明書(該当するものに丸を付ける)

(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・クレジットカード)

事務取扱担当者 印