

# 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。

平成 年 月 日

連帯保証人 氏 名 \_\_\_\_\_  
生年月日 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・クレジットカード)

事務取扱者 ㊟