

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

ふりがな

連帯保証人

氏 名

(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