

未収診療費事前確認書

新日鐵八幡記念病院 殿

平成 年 月 日

本日、私は診療費が未収の状態となりました。
下記事項を確認し、別紙の「債務確認書」を提出いたします。

記

- 未収理由 ()
- 連絡先二箇所は、もれなく記入します。
- 別紙「債務確認書」の支払期限は、必ず遵守いたします。
- 別紙「債務確認書」には一切虚偽内容を記入いたしません。
- 月1回来院し、担当者へ支払い状況報告を行います。
- 債務確認書に変更が生じた場合は必ず事前に連絡します。
- 連絡先不通の場合は会社や親族等に連絡されても構いません。
- 未収診療費がある期間は新たな未収診療費を発生させません。
- 支払いが滞り、一定期間経過後の当院受診に際しては必ず受診前に未収診療費の全部または一部を支払います。
- 免許証などの身分証明書(保険証以外)写しを提出いたします。
- 未収診療費に係る対応について当院職員の指示に従います。
- 以上、上記内容が守られない場合は、その後の診療を継続できないことがあっても、一切異議申立は行いません。

患者氏名

確認者 当院職員

当院職員

配布
資料
参照

新日鐵八幡記念病院 殿

平成 年
番号

債務確認書

私は、貴院に対し下記金額の診療費が未納と
なっています。責任を持って、指定期日までに
お支払いすることを誓約いたします。
よって、ここに後日の証として債務確認書を
提出いたします。

患者氏名 (才)

診療月日 平成 年 月 日 ~ 年 月 日
科 外来・入院分 (国保・社保)

未納金額 円 円以下は省略

支払期限 平成 年 月 日

誓約者 氏名 印 (続柄)

住所
電話(自宅)
電話(携帯)
電話(職場)
メールアドレス @

職場名

連絡先 氏名 (続柄)

住所
電話(自宅・携帯)
メールアドレス @

連絡先 氏名 (続柄)

住所
電話(自宅・携帯)
メールアドレス @

本確認書は法的手続きが生じた場合、参考資料として提出されます

