

治療費(自費含む)お支払いについての同意書

1. 外来診療費につきまして、診察後会計処理が完了次第名前をお呼びしますので1階会計窓口にて精算をお願いします。
2. 入院定期請求につきまして、毎月1～末日を〆として定期請求を行います。翌月13日頃には担当職員が請求書をお届けにあがりますので1階会計窓口にて精算をお願いします。(お渡し日は月によって変動します。)
3. 退院される場合は、会計処理が完了次第金額をお知らせにあがりますので1階会計窓口にて精算をお願いします。

※上記1～3の支払いにつきまして、現金精算以外にもクレジットカードや銀行キャッシュカードもご利用になれます。又、当日お手持ちが無い場合は、振入金も可能ですので振込先については、裏面を御参照ください。いずれの支払いにつきましても2週間以内に精算を済まされるようお願い申し上げます。

年 月 日

氏 名

※後日お支払いになられる方は裏面の確認書の記入をお願い致します。

治療費未払い確認書兼誓約書

年 月 日

医療法人 聖比留会 厚南セントヒル病院
院長 内山 浩一 様

(支払者) _____ は、厚南セントヒル病院での治療費(自費分含む)未払金について、下記のとおりお支払いする事を約束します。

患者氏名

住 所 〒.....

電話番号

勤 務 先 電話番号

1. 未清算金について

(1)請求金額円 (年 月 日現在)

(2)清算について

- 次回来院時に全額支払います。(次回来院日 年 月 日)
- 月 日までに、病院窓口にて全額支払います。
- 円/月を支払い、 年 月 日までに全額支払います。
- 月 日までに下記銀行口座に振り込みます。

※振込先 西日本シティ銀行 宇部支店
普通預金

口座番号 0909099

いりょうほうじん こうなんせんとひるびょういん

口座名義 医療法人 厚南セントヒル病院

2. 身元証明について

(1)私の身元を証明する為、「運転免許証」等の写しを提供致します。

以 上