

# 誓約書

藤井脳神経外科病院 様

## 医療費支払について

平成 年 月 日 より診療されました \_\_\_\_\_ 様の  
交通事故に係る医療費については、支払方法の変更・取消等行わず、請求があり次第  
一切の責任をもって滞りなく支払うことを誓約いたします。

### 記

\* 健康保険の使用について (いずれかを○で囲むこと)

1. 自由診療とする (1点単価 15円)
2. 健康保険を使用する
3. その他

\* 医療費の保険会社支払分について (いずれかを○で囲むこと)

1. 外来のみ
2. 入院のみ
3. 外来・入院両方

平成 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

保険会社名 \_\_\_\_\_ 社印

担当者 \_\_\_\_\_ 印

電 話 \_\_\_\_\_

〈病院記載欄〉

I D \_\_\_\_\_

患者名 \_\_\_\_\_

\* 処理欄

事務部長	経理課長	担当