

【病院処理欄】

出納命令役	事務局次長	現金出納役	会計係長	係

医事課長	係

支払誓約書

令和 年 月 日

新潟労災病院長 殿

患者氏名： _____ 生年月日：(T.S.H.R) 年 月 日
保険： 自由診療・健康保険・その他 (_____)
備考： _____

上記患者にかかる療養に要した診療費（交通事故分）について、
同人が負担すべき費用は当社が下記のとおり全額支払うことを誓約
いたします。

記

- 1 支払期日 病院所定の請求書、診療報酬明細書が到着後、30日以内に支払う。
- 2 支払方法等 原則、銀行振込とする。やむを得ない事情により支払が遅延する場合は、速やかにその旨を連絡するとともに「支払遅延理由書」を提出するものとする。自由診療（自賠責保険を含む）の場合、健保基準1点あたり20円とし計算する。
- 3 その他

保 険 会 社 名 _____ 印

担 当 者 名 _____ 印

電 話 番 号 _____

※支払誓約書については、速やかに医事課自賠責担当まで提出してください。