【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

支 払 遅 延 理 由 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　会　社　名　　印

担　当　者　名　　印

電　話　番　号

※やむを得ない事情により支払が遅延する場合は、医事課自賠責担当者に連絡の上、速やかに医事課自賠責担当まで提出してください。

R4.3