

支払誓約書兼同意書

済生会新潟県中央基幹病院長 殿

交通事故にて受診した患者（以下「甲」）にかかる診療費については、担当保険会社（以下「乙」）が負担するものとし、下記のとおり誓約いたします。

記

1. 乙は甲にかかる交通事故に関連する諸費用（診療費・文書代・室料差額・食事負担等）を支払うことを誓約いたします。
2. 交通事故以外の診療費については甲の負担とし、甲が支払います。
3. 甲は乙が1. の誓約を履行しなかった場合は、診療費の全額を支払うことを誓約いたします。
4. 甲および乙は請求書受理後、1 週間以内に支払うことを誓約いたします。
5. 甲はこの支払誓約書をもって、1. の請求に関する診断書及び明細書、X線画像等複写を乙に送付することに同意いたします。

交通事故発生日 年 月 日

(甲) 年 月 日

患者氏名 _____ 印 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保 護 者 印 (※患者未成年の場合に記載)

住 所

電話番号 () -

(乙) 年 月 日

保険会社名 印

代表者住所

担 当 者 _____ 印 _____

電話番号 () -

(注) ①本誓約は入院及び外来診療費について適用される。②保険変更は申し出のあった翌月からとし、遡及変更は行わない。③自由診療（自賠責保険を含む）の場合、1点単価20円計算とする。④乙の支払は銀行振り込みとし、振り込みに係る費用については乙の負担とする。