

支払誓約書兼同意書

九州労災病院長 殿

交通事故にて入院した患者（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診療費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ヶ月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.の交通事故治療費（治療期間）分の診断書、明細書の発行に同意いたします。

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 _____
電話番号 _____
担 当 者 _____ 印

- (注) ①本誓約は入院診療費についてのみ適用される。再入院の際はその都度提出すること。
②自賠責保険のみの場合は適用されない。
③保険変更は申し出のあった月からとし、遡及変更は行わない。
④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。
⑤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。

以下病院使用欄

受付年月日： 年 月 日 カルテ番号： _____

入院年月日： 年 月 日 病棟： _____

使用保険：自由診療（20割）・保険診療（ _____ ）・その他（ _____ ）

事務局長	事務局次長	会計課長	会計係長	会計係	医事課長	入院係長	医事係	病棟担当

決裁終了後は会計課にて保管