

支払同意書（交通事故用）

弘前大学医学部附属病院長 殿

1. 患者記載欄

平成・令和 年 月 日に発生した交通事故被害者_____の診療費及び文書料の支払いについては、

(保険会社名) _____が行います。

なお、この支払いに関して問題が生じた場合は、私が責任をもって支払います。

※

○本診療等に関する健康保険の使用の有無 使用する 使用しない

※必ずいずれかに○をつけて下さい。

(健康保険を使用する場合は、加入している健康保険の負担割合になります。使用しない場合は、医科（歯科）点数表の定める点数に 20 円 を乗じて得た金額となります。)

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印

患者との関係 _____

電 話 _____

※患者が未成年者の場合、親権者が記載して下さい。

2. 保険会社記載欄

下記の交通事故被害者に係る診療費及び文書料の支払いについては、当社が責任をもって支払いすることに同意します。

記

(1) 被害者（患者）名 _____

(2) 保険会社担当者名 _____

電 話 _____

(3) 請求書送付先 患者宛 保険会社宛 (※いずれかを○で囲んで下さい。)

(4) 請求書送付方法 郵 送 窓口受取 (※いずれかを○で囲んで下さい。)

令和 年 月 日

住 所

会社名

印

この件に関する問い合わせ先

明細書に関すること：医事課入院担当 0172-39-5218

医事課外来担当 0172-39-5217

支払いに関すること：医事課収入担当 0172-39-5219