

支払同意書（交通事故以外）

弘前大学医学部附属病院長 殿

1. 患者記載欄

患者 \_\_\_\_\_ の診療費及び文書料の支払いについては、  
 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

※必ずいずれかを○で囲んで下さい

（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10円を乗じて得た金額とそれに消費税率を乗じて得た金額を加  
 算したものとなります。）

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. 支払者記載欄

下記の患者に係る診療費及び文書料の支払いについては、当方が責任をもって支払いすることに  
 同意します。

記

(1) 患者氏名 \_\_\_\_\_

(2) 支払者氏名 \_\_\_\_\_

(3) 請求書送付先 患者宛 ・ 支払者宛 (※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 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

この件に関する問い合わせ先  
 明細書に関すること：医事課外来担当 0172-39-5217  
 医事課入院担当 0172-39-5218  
 支払いに関すること：医事課収入担当 0172-39-5219