

診療代金お支払いのお願い

年 月 日

〒〇〇〇〇〇〇

〇〇〇〇様

〒〇〇〇〇〇〇

医療法人〇〇 〇〇病院

拝啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は当院をご利用いただきまして誠にありがとうございます。

さて、診療代金に関しまして、本状作成時点において、下記の代金のお支払いが確認できておりません。

つきましては、当院までご持参いただくか、下記口座に振り込む方法により至急お支払いくださいますよう、お願い申し上げます。

なお、本状と行き違いにお支払いいただいた場合には、何卒ご容赦ください。

敬具

記

ご請求金額 〇〇円

お振り込み先口座

金融機関名 〇〇銀行〇〇支店

種類 普通

口座番号 〇〇〇〇

名義人 〇〇〇〇

(お問い合わせ窓口)

〇〇病院

電話番号 〇〇〇〇

受付時間 〇時～〇時（土日・祝祭日を除く。）