

誓約書

医療法人〇〇
〇〇病院 御中

私は、貴医院に対して、本日現在、下記の医療費を支払っておりません。
つきましては、下記の支払期限までに、下記の方法により、お支払いすることをお約束します。

未払い医療費 _____ 円

支払期限 _____ 年 _____ 月 _____ 日

支払い方法 持参
(いずれかに) 振り込み
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

_____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

氏名 _____

連絡先電話番号 (_____)