

分納支払い誓約書

病院 院長

様

患者様氏名 \_\_\_\_\_ ㊦

上記患者の平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日現在の外来・入院診療費 \_\_\_\_\_ 円を下記支払日および方法にて完済することを誓約致します。

債務者が弁済を怠ったときには、連帯保証人がその弁済の責任を負い、貴院に対して一切の損害をかけないことを誓約致します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(債務者：お支払いをされる方)

患者様とのご関係 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ ㊦  
住所 \_\_\_\_\_  
自宅電話 \_\_\_\_\_  
携帯電話 \_\_\_\_\_  
勤務先名 \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_  
勤務先電話 \_\_\_\_\_

(連 帯 保 証 人)

氏名 \_\_\_\_\_ ㊦ (債務者との続柄 \_\_\_\_\_ )  
住所 \_\_\_\_\_  
自宅電話 \_\_\_\_\_  
携帯電話 \_\_\_\_\_  
勤務先名 \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_  
勤務先電話 \_\_\_\_\_

①支払日【10回分割】

回数	予 定 日	予 定 額
1	年 _____ 月 _____ 日	円 _____
2	年 _____ 月 _____ 日	円 _____
3	年 _____ 月 _____ 日	円 _____
4	年 _____ 月 _____ 日	円 _____
5	年 _____ 月 _____ 日	円 _____
6	年 _____ 月 _____ 日	円 _____
7	年 _____ 月 _____ 日	円 _____
8	年 _____ 月 _____ 日	円 _____
9	年 _____ 月 _____ 日	円 _____
10	年 _____ 月 _____ 日	円 _____

②支払方法 \_\_\_\_\_ 来 院 ・ 銀行振込 ・ 郵 送