

誓 約 書

(医) 大場整形外科
大場 俊二 殿

年 月 日

____年 ____月 ____日の交通事故により、私の受けた損傷に対する治療費について、保険会社が支払いを行わない場合は、貴院に対し、私が責任を持って支払いを行います。

但し、自由診療契約にもとづく治療費の1円単価は、現行の労災保険診療算定基準に準拠し、薬剤など「モノ」については、その単価を12円とし

「その他の技術料」については、これに20%を加算した額を上限とするものです。

保険会社からの入金が期日内に確認できない場合、一括払いの対応を中止とさせて頂く場合があります。

契約者

住 所 _____

連絡先 _____

氏 名 _____ 印

連帯保証人

住 所 _____

連絡先 _____

氏 名 _____ 印