

自由診療を採用し、一括請求する場合

## 誓 約 書

院 長 殿

平成 年 月 日

平成 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、私が責任を持って支払います。

但し、自由診療契約にもとづく治療費の1点単価は、健康保険の 倍とします。

### 契 約 者

住 所 : \_\_\_\_\_

連絡先 : \_\_\_\_\_

氏 名 : \_\_\_\_\_ 印

### 連 帯 保 証 人

住 所 : \_\_\_\_\_

連絡先 : \_\_\_\_\_

氏 名 : \_\_\_\_\_ 印

自費→健保（途中より切替え）の場合

## 誓 約 書

院 長 殿

平成 年 月 日

平成 年 月 日の交通事故の治療費について、自動車保険（自賠責保険・任意保険）の使用を打ち切り、平成 年 月 日以降、健康保険を使用して支払を行います。

健康保険の一部負担金および諸費用は、診療の都度直接窓口で支払います。

また、これ以後、交通事故に関係した書類（自動車保険所定の診断書、診療報酬明細書、更に後遺症の診断書等）は一切請求いたしません。

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ 印

初診時より労災保険を使用した場合

## 誓 約 書

院 長 殿

平成 年 月 日

今回の交通事故による治療費は、自動車保険（自賠責保険）を使用せず、労働災害保険を使用して支払いを行います。その他の労働災害にかかわる諸費用は窓口で直接支払います。

労働災害保険から、貴院への治療費支払いが遅延する場合は、私が責任を持って貴院に直接支払います。

また、これ以後、交通事故に関係した書類（自動車保険の診断書、診療報酬明細書、後遺症の診断書等）は一切請求いたしません。

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ 印

## 誓 約 書

院 長 殿

平成 年 月 日

今回の交通事故による治療費は、自動車保険（強制保険・任意保険）を使用せず、健康保険を使用して支払いを行います。健康保険の一部負担金、及び諸費用は診療の都度直接支払います。

又、交通事故に関する書類（自動車保険の診断書、明細書、更に後遺症の診断書等）は一切請求致しません。

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ 印

## 誓 約 書

院 長 殿

平成 年 月 日

平成 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点単価は、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。

### 誓約書

住 所 : \_\_\_\_\_

連絡先 : \_\_\_\_\_

氏 名 : \_\_\_\_\_ 印

### 連帯保証人

住 所 : \_\_\_\_\_

連絡先 : \_\_\_\_\_

氏 名 : \_\_\_\_\_ 印

## 交通事故による傷病に対する診療依頼書

院 長 殿

平成 年 月 日

この度の受傷については、下記の点を十分に認識した上で、診療をお願いいたします。

### 記

1. 私に対する診療ですから、診療費は自分の責任で診療の都度お支払いいたします。但し、健康保険法の規定にもとづく算定とは異なり、貴院の規定に従います。尚、療養に要する費用の額は1点単価 円と承知いたします。
2. 健康保険等の使用を希望する場合は、あらかじめ担当医にその旨の申し出をします。
3. 保険会社等、診療に関連しない第三者に、診療費支払いの交渉を委ねることはいたしません。

患者（親権者）

住 所： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ 印

連帯保証人

住 所： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ 印

## 医療契約書

院長 殿

平成 年 月 日

平成 年 月 日の交通事故により、私（患者）\_\_\_\_\_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点単価は、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。

1 契約者（患者が未成年の場合は親権者）

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ 印

電 話： \_\_\_\_\_

連帯保証人

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ 印

電 話： \_\_\_\_\_