

平成 年 月 日（郵便を出す日）

県 市 町 丁目 番地 号

【患者名】 殿

県 市 町 丁目 番地 号

【請求を行う医院名】

理事長 【もしくは院長等代表者名】

### 通 知 書

冠 省

貴殿には、平成 年 月 日より平成 年 月 日の間の当医院における手術、入院関連費用 , 円について、再三の督促にもかかわらず本日に至るまでお支払い頂いておりません。【患者名】様にもご事情がとおりか、今までお支払いをお待ちしていましたが、当院としても、これ以上未払金を放置しておくわけには参りません。つきましては、今後のお支払いについてご相談いたしたく、ご連絡をいただけますようお願い申し上げます。本書到達後1週間以内にご連絡が無い場合、法的手段を検討せざるを得ませんので、予めご承知おき下さい。

草々

