

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】

【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。

つきましては、本書到達後2週間以内に、以下の銀行口座(銀行 支店 当座 医療法人 医院)

に上記金額全額を電信扱いにてお振込みいただきたく本書をもって通知いたします。上期限内にお振込み無きときは、法的手段も検討せざるを得ませんので、予めご承知おき下さい。

草々