

平成 年 月 日 (郵便を出す日)

県 市 町 丁目 番 号

【被通知人(債務者)の住所】

【被通知人(債務者)の氏名】 殿

県 市 町 丁目 番地 号

(債権を保有していた医療機関の住所)

【債権を保有していた医療機関名】

代表【代表者名】

### 債権譲渡通知書

冠省 当医院は、貴殿に対して、平成  
年 月 日 付けご請求書に基づく未  
払い医療費に関する債権を保有してお  
りますが、本日、以下の通り新債権者  
に譲渡しましたので、本書をもってこ  
れを通知します。以後、本債権につ  
きましては、本書記載の新債権者  
にお支払ください。

草々

記

・ 債権金額 , , 円

・ 債権の種類 未払い金

・ 債権の内容

1) 診療報酬 , 円

2) 入院費用(ベッド・食事代含む)

, 円

3) その他諸経費 , 円

4) 遅延損害金の定め 無し

( 有り 年 % )

5) お支払期日 平成 年 月 日

・ 債務者 【債務者の住所】  
【債務者の氏名】殿

・ 旧債権者  
【債権を譲渡する医療機関の住所】  
【債権を譲渡する医療機関名】  
代表【代表者名】

・ 新債権者  
【債権を譲渡される会社の住所】  
【債権を譲渡される会社の会社名】  
代表取締役【代表者名】

以上