

欠繳醫療費用償還約定書

病患姓名：_____ 病歷號碼：_____

健保 因病患未攜帶全民健保卡，經徵得院方同意，暫以自費身份就診。應於七日內補齊健保卡資料，否則願依自費身份計價；屆期並清償欠繳醫療費用計新臺幣_____萬_____千_____百_____拾_____元整。

自費 病患以自費身份至貴院就診，尚欠院方醫療費用計新臺幣_____萬_____千_____百_____拾_____元整；經徵得院方同意，應於_____日內清償欠款。

若有訴頌情事發生，雙方同意以臺灣臺南地方法院為管轄法院。恐口說無憑，特立此書為證。

此致 台南市立醫院(委託秀傳醫療社團法人經營)

立書人：

身份證字號：

電話：

住址：

與病患關係： 本人 其他_____

中華民國_____年_____月_____日

批價人員：

單位(行政)主管：

