

入院費振込み申込書(病院用)

患者氏名

申し込者氏名

申し込者住所

電 話

勤務先電話

申し込み日 平成 年 月 日

※「申し込み者」は原則、保証人となります

注意事項

- ① 入院費用は毎月下記指定口座に毎月25日までにお支払いください。
- ② お支払いが遅れる場合必ず医事課入院担当までご連絡ください。
- ③ 金融機関の指定は出来ません。予めご了承ください。
- ④ 振込み手数料は患者様負担になります。予めご了承ください。
- ⑤ 退院月に関しましてはご相談ください。

(指定振込み口座)

銀 行： 三菱東京UFJ銀行 王子支店

口座番号： 普通 0000979

口 座 名： 社会福祉法人 シエイカイ 新栄会 滝野川病院 理事長 ナガイキヨキ 永井 清之

問合せ先 東京都北区滝野川2-32-12
滝野川病院
TEL 03-3910-6336
医事課 入院係り