

通知書

●●県●●市●●●●-●●-●●

●● ●●様

●● ●●様

●●●●年●月●日

通知人 ●●●●病院

電 話 ●●-●●●●-●●●●

●●●●年●月●日に患者の●●●●様が通知人病院に入院する際、同
人に発生する医療費について、●●●●様（支払負担者）は支払に責任
を負うことを通知人との間で合意しており、また●●●●様（連帯保証
人）は同費用の支払債務を主債務とする連帯保証契約（極度額●●●万円）
を通知人との間で締結しております。

ところが、●●●●年●月●以降、貴殿らから通知人への医療費の支払い
が滞っており、滞納金額は本通知書作成時点で金●●万●●円（遅延損
害金を除く。）となっております。

そこで、本通知書到達日から10日以内に、上記金額を通知人に対して支
払われるよう請求致します。

万が一、一括での支払いが困難な事情がある場合には、分割払いに応じる
ことを検討致しますので、その旨を通知人に早急に御連絡下さい。本通知
書到達日から10日以内に、貴殿らから支払、通知などの誠意あるご対応
をして頂けない場合には、遅延損害金を含め支払いを求めるための法的手
続に進むことや、入院契約の解除を検討せざるをえませんので、その旨予
め付言致します。

以上