

西暦 年 月 日

「Medical Gate」サービス運営者殿

## 「Medical Gate」あと払い決済サービスによるご請求代金支払いに関する同意書

私は、「Medical Gate」サービス利用規約および「Medical Gate」あと払い決済サービス 個別利用規約に基づき、利用された診療費等のすべてのご請求代金を、下記の申込者（契約者）に代わり私名義のクレジットカード等により支払い名義人として支払うことに同意いたします。また申込者の支払いが万一遅延することがあれば申込者と協力して、その解消に向けて努力することにも同意します。

記

支払い名義人

|                       |
|-----------------------|
| 住 所（〒 - ）             |
| （フリガナ）<br>氏 名         |
| ①                     |
| 電話番号 _____ 携帯番号 _____ |
| 申込者との関係（続柄）           |

申込者（契約者）

|               |
|---------------|
| 住 所（〒 - ）     |
| （フリガナ）<br>氏 名 |

【施設側記入欄】

確認書類：  運転免許証  運転経歴証明書  パスポート  健康保険証  住民票  その他（ \_\_\_\_\_ ）

備考： \_\_\_\_\_

地方独立行政法人大阪府立病院機構 ○○医療センター 医事グループ

連絡先 電話 06-6945-1181（代表）内線：2531

受付時間 土日祝を除く平日 9:00～17:00