

臺北市立聯合醫院醫療費用緩繳申請書

申請人_____為病人本人病人之_____（關係），茲因病人於____年____月____日門診 急診 住院就醫，____年____月____日離院，共積欠 貴院醫療費用新臺幣（下同）____萬____仟____佰____拾____元整。因_____

（原因），承諾以下列方式及條件清償醫療費用：

- 一、採以分期付款繳付，自____年____月____日起，以每月為一期，分為____期，每月____日前應繳金額為_____元，預計於____年____月____日前繳清所有醫療費用（說明1）。如其中一期未繳，則視為全部到期。
- 二、倘經貴院以司法程序請求清償時，另應負擔按週年利率百分之5計算利息，及相關程序費用。
- 三、申請人非病人本人時，申請人願就第一點及第二點之醫療費用、利息及相關程序費用等負連帶保證之責（說明2）。
- 四、因本緩繳申請書所生之爭議，以臺灣臺北地方法院為管轄法院。

此致

臺北市立聯合醫院

院區

病歷號/病床號：

申請人姓名：

病人姓名：

身分證字號：

身分證字號：

聯絡電話：

聯絡電話：

現住地址：

現住地址：

戶籍地址：

戶籍地址：

- 說明：1.分期付款者，以每月為一期，並依「臺北市立聯合醫院病人醫療費用催收處理要點」以二年清償期為限，每期最低繳款數額不得低於100元。欠款500元以下者，不得分期付款，應一次繳清所有醫療費用。
- 2.連帶保證人須就病人之債務負連帶履行保證之責，臺北市立聯合醫院得選擇對病人或連帶保證人請求全部或部分之給付。
- 3.請務必檢附本人及申請人之身分證影本，僅供身份核對用。（黏貼於背面欄位）

中華民國

年

月

日

請務必檢附身分證明文件

本人身分證影本

浮 貼 處	本人 身分證正(反)面影本 (僅供身份核對用)	浮 貼 處	本人 身分證正(反)面影本 (僅供身份核對用)
-------------	----------------------------	-------------	----------------------------

連帶保證人身分證影本

浮 貼 處	連帶保證人 身分證正(反)面影本 (僅供身份核對用)	浮 貼 處	連帶保證人 身分證正(反)面影本 (僅供身份核對用)
-------------	-------------------------------	-------------	-------------------------------