

令和 年 月 日
医療法人〇〇会 〇〇クリニック
東京都杉並区〇〇丁目〇番〇号

患者 〇〇〇〇 様

医療費未払いのご案内

平素より当院をご利用いただきありがとうございます。
下記診療分につきまして、未収金がございますのでご案内申し上げます。すでにお支払い済みの場合は行き違いの可能性がございますため、その際は何卒ご容赦ください。
お手数ですが、内容をご確認のうえ、期限までにお支払くださいますようお願いいたします。

受診日	令和〇年〇月〇日	診療区分	外来診療
未払い額	金 円	支払期限	令和〇年〇月〇日
お問い合わせ先	医事課窓口 電話 03-0000-5555		

以上