**ご利用者様**

**ご家族様**

2019年10月

○○歯科

〒xxx-xxxx　東京都東京市東京2-15

03-0303-0303

担当：○○

**口座振替のご案内**

○○歯科の訪問診療では、ご家族様、ご利用施設様の負担軽減や、生活の医療としての利便性の向上の為、

訪問診療の診療費（保険診療自己負担費用や購入品など）の口座振替をご用意しております。

　下記をご参考の上、御利用をご検討くださいます様お願い申し上げます。

記

1. **振込や、現金支払いの必要はありません。**

弊院では、診療費のお支払いに、口座振替を導入しています。

口座振替を利用することで、銀行へ振込に行く為の数十分でも、現金をご用意頂く為の数分でも、

ご利用者様の為にお時間を使って頂ければと考えております。

1. **月まとめのお支払いになります。**

診療費用は、１日～末日までを集計して、１か月間の合計金額を振替させて頂きます。

1. **診療月の 翌々月10日（土日祝は翌日）の振替となります。**

診療月　　→　　翌月合計金額集計　　→　　翌々月10日（土日祝は翌日）口座振替

というスケジュールです。

1. **振替費用は、○○歯科の負担となります。**

口座振替の振替手数料は弊院の負担とさせて頂きます。

1. **口座振替後、領収書を発行いたします。**

口座振替後、領収書を発行させ頂きます。診療から期間が空いてしまいますが、必ずご確認を

お願い申し上げます。原則再発行は行っておりません。医療費控除などで必要となりますので、

大切に保管してください。

1. **お申し込みから手続きが完了するまで４０日程かかります。**

口座振替は、お申込書をお預かりした後、金融機関内で書類の処理を行います。

書類を頂いてから、およそ４０日程で、口座振替が可能な状態になりますので、ご希望の方は、

お早めにお申し込みください。

以上

こちらの書面は、歯科医院様で書き換えてご使用ください。黄色の部分が書き換えて頂く箇所になります。

**ご利用者様**

**ご家族様**

2019年10月

○○歯科

〒xxx-xxxx　東京都東京市東京2-15

03-0303-0303

担当：○○

**口座振替のご案内**

○○歯科の訪問診療では、ご家族様、ご利用施設様の負担軽減や、生活の医療としての利便性の向上の為、

訪問診療の診療費（保険診療自己負担費用や購入品など）の口座振替をご用意しております。

　下記をご参考の上、御利用をご検討くださいます様お願い申し上げます。

記

**1　振込や、現金支払いの必要はありません。**

弊院では、診療費のお支払いに、口座振替を導入しています。

口座振替を利用することで、銀行へ振込に行く為の数十分でも、現金をご用意頂く為の数分でも、

ご利用者様の為にお時間を使って頂ければと考えております。

**2　月まとめのお支払いになります。**

診療費用は、１日～末日までを集計して、１か月間の合計金額を振替させて頂きます。

**3　診療月の 翌々月10日（土日祝は翌日）の振替となります。**

診療月　　→　　翌月合計金額集計　　→　　翌々月10日（土日祝は翌日）口座振替

というスケジュールです。

**4　振替費用は、○○歯科の負担となります。**

口座振替の振替手数料は弊院の負担とさせて頂きます。

**5　口座振替後、領収書を発行いたします。**

口座振替後、領収書を発行させ頂きます。診療から期間が空いてしまいますが、必ずご確認を

お願い申し上げます。原則再発行は行っておりません。医療費控除などで必要となりますので、

大切に保管してください。

**6　お申し込みから手続きが完了するまで４０日程かかります。**

口座振替は、お申込書をお預かりした後、金融機関内で書類の処理を行います。

書類を頂いてから、およそ４０日程で、口座振替が可能な状態になりますので、ご希望の方は、

お早めにお申し込みください。

以上