

西暦 年 月 日

「Medical Gate」サービス運営者殿

「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 個別利用規約に関する同意書

私は、「Medical Gate」あと払い決済サービスを利用するにあたり、「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 個別利用規約を遵守するとともにそれらの規定に従い、申込者があと払いサービスの申込みを行い、申込者として権利を行使し、義務を負うことに同意いたします（『Medical Gate』あと払い決済サービス 個別利用規約」第4条（領収書、明細書の交付）の利用者宛の領収書と診療明細書が申込者に送付されることを含みますが、これに限られません）。

## 記

利用者

住 所（〒 - ）
（フリガナ） 氏 名
①
申込者との関係（続柄）

申込者

住 所（〒 - ）
（フリガナ） 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