

지급보증 중지번호 :

교통사고환자에 대한 진료비 지급보증 중지 통보서

수신 : ○○병(의)원장 귀하
제목 : 교통사고환자에 대한 진료비 지급보증 중지 통보서

1. 귀 의료기관의 발전을 기원합니다.
2. 귀 의료기관에서 진료한 다음 교통사고 환자는 자동차손해배상보장법 제 12조제1항에 따라 귀 의료기관에 자동차보험진료수가기준에 의한 진료비를 지급할 의사가 없음을 통보합니다.

- 다 음 -

환자 성명	(남, 여)
환자 생년월일	
지급보증번호	
지급보증 중지일자	20 년 월 일
특이사항	

20 년 월 일
○○보험주식회사 ○○센터장 (인)

주소 :