

緊急時の医療費自己負担承諾書

私、_____（保護者の名前）は、_____（子どもの名前）が緊急医療を必要とする事態が発生した場合、その医療費全額を自己負担することに同意します。私は、緊急時の医療費については保険適用の有無にかかわらず、全額を負担する責任を負うことを理解し、以下に署名いたします。

私、_____（保護者の名前）は、この署名が法的に拘束力を持つことを理解しています。また、私は緊急医療が必要とされた際に、即時に支払い義務を果たすことを約束します。

日付: _____年__月__日

生徒の名前（印字）: _____

保護者の名前（署名）: _____

保護者の名前（印字）: _____

保護者の住所: _____

緊急時の連絡先: _____