

患者契約書

私（たち）は、SkyPark Preferred Family Care Medical Corporation (SPFCMC) およびその医師 **Thomas W. LaGrelus 博士 (医学)**、**Nicole Z. Lawrence 博士 (医学)**、**Jeffrey Karns 博士 (医学)** に対して、私（たち）が開始日の月初めから一年間、プライマリーケアを提供するよう契約を結びました（開始日を入力：20____年____月）。本同意書で用いられる「サービス年度」とは、開始日から始まる1年の期間と、その後の1年間の期間を指します。この期間は、以下に示すように、契約を更新するまでの期間のことで、追記情報については、添付の「契約の詳細」を参照してください。この契約は、30日前までに当事者らの通知によって取り消されない限り、無期限に有効であると見なされます。

✓ 患者として登録されるために、私（たち）は SPFCMC に対して以下を支払うことに同意します。

- 年間 800 ドル=35 歳以下の個人
- 年間 1,200 ドル=36 歳から 45 歳までの個人
- 年間 2,600 ドル=年齢 46 歳以上の個人
- 年間 4,800 ドル=成人したカップル
- 年間 400 ドル=25 歳以下の子供 1 人当たりの金額
- 年間 4,800 ドル=日常的な治療と訪問の全てを家庭で行うメンバーシップ

✓ 支払方法：

- 個人用の小切手を同封します。小切手は、SPFCMC 宛てへお願いします。
(分割払いはご利用いただけません)
- クレジットカード：○ MasterCard ○ Visa ○ American Express ○ Discover
 - 年額で支払います。全額をクレジットカードに請求してください。
 - 半年ごとに支払います。まずは半額を請求し、開始日から 6 ヶ月後に残り半額を請求してください。
 - 四半期ごとに支払います。まずは 1/4 の額を請求し、3 ヶ月ごとに残金を請求してください。

私（たち）は、SPFCMC が上記の年額に相当する年間金額を請求することを許可し、SPFCMC のコンシェルジュプログラムのメンバーである限り、これらの料金が自動的に引き落とされることに同意します。

クレジットカード番号 / _____ / _____
有効期限 3 桁/4 桁のセキュリティコード

カード名義人署名 / _____ / _____
カード名義人の請求先住所（町・番地のみ） 請求先郵便番号

✓ 患者：活字で記入し、署名してください。（欄に収まらない名前は裏面に記入してください）

私は、SkyPark Preferred Family Care Medical Corporation もしくは私が、30 日前までの書面での通知をもって本契約を終了することができることを承認します。私が契約を終了する場合は、定期料金が徴収される、もしくは場合により料金の一部が返還される可能性があります。SPFCMC が終了する場合は、サービス年度の経過日数に基づいて、支払い済年間料金の日割額が返金されます。そのような返金は、終了後 30 日以内に私宛に支払われるものとします。この返金は、メディケア保険サービスに対しては支払われるものではありません。また私は、契約内容と添付の詳細資料を読み、理解しました。

SPFCMC によって決定された当該サービス年度の年間手数料を納付することにより、その後のサービス年度について本契約書を更新することができます。本契約の条項は、SPFCMC と私が書面で同意を行わない限り、その後のすべてのサービス年度に適用されます。

署名 / _____ / _____
名前と電話番号を記入 日付

署名 / _____ / _____
名前を記入 日付

支払い方法を含むすべての情報を記入し、署名した上で返送してください。