

入院申込書(兼誓約書)

記入日:令和 年 月 日

医療法人社団淳英会 おゆみの中央病院 院長 殿

私は、貴院に入院するにあたり、下記事項を含めた院内の諸規則を遵守し、決して貴院及び他の患者に迷惑をかけないことを確約いたします。万一、各種規則に違反したとき、または他の患者の迷惑になると判断されたときは、貴院の指示に従い即時退院することを了承し、いかなる場合も貴院にご迷惑をおかけしないことを身元引受人、連帯保証人と連署の上、誓約いたします。

記

- 入院料その他の諸費用については、支払義務者又は連帯保証人が指定の期日までに全額支払います。
- 患者本人の身元については、身元引受人において一切を引き受けいたします。
- 退院を指示された場合は、指定の期日に身元引受人の責任において引き取ります。
- 貴院から指示された書類、証明書等は、指定の期日までに提出いたします。

以上

患者	フリガナ		印	男・女	生年月日	大正 平成 年 月 日	患者との関係	
	氏名					昭和 令和 (歳)		
	住所	〒			携帯番号			
					自宅番号			
	メールアドレス							
	<input type="checkbox"/> 勤務先	名称				電話		
<input type="checkbox"/> 入所先(施設)	住所	〒			(担当者)			
<input type="checkbox"/> 支払義務者に該当する場合は☑してください(支払義務者は支払い能力を有する成年者をお願いします)								

上記患者の貴院入院中の患者本人の身上に関する事項は、身元引受人において引き受け、退院の指示があった場合には、指定の期日に本人を引き受けます。なお、身元引受人の記載事項に変更があった場合は、速やかに届け出ることとします。

身元引受人	<input type="checkbox"/> 支払義務者に該当する場合は☑してください(支払義務者は支払い能力を有する成年者をお願いします)							
	フリガナ		印	男・女	生年月日	大正 平成 年 月 日	患者との関係	
	氏名					昭和 令和 (歳)		
	住所	〒			携帯番号			
					自宅番号			
	メールアドレス							
<input type="checkbox"/> 勤務先	名称				電話			
<input type="checkbox"/> 入所先(施設)	住所	〒			(担当者)			
<input type="checkbox"/> 支払義務者に該当する場合は☑してください(支払義務者は支払い能力を有する成年者をお願いします)								

支払義務者が万一、指定の期日までに診療費等の支払ができなかった場合、連帯保証人は支払義務者と連帯して滞りなく支払いいたします。なお、連帯保証人の記載事項に変更があった場合は、速やかに届け出ることとします。(連帯保証人は、支払い能力を有する成年者をお願いします)

連帯保証人	フリガナ		印	男・女	生年月日	大正 平成 年 月 日	患者との関係	
	氏名					昭和 令和 (歳)		
	住所	〒			極度額(支払保証額)下記に☑してください			
					<input type="checkbox"/> 1割負担等の患者様：50万円			
				<input type="checkbox"/> 2割・3割負担、自費等の患者様：90万円				
	携帯番号					自宅番号		
メールアドレス								
<input type="checkbox"/> 勤務先	名称				勤務先電話			
<input type="checkbox"/> 入所先(施設)	住所	〒						
<input type="checkbox"/> 支払義務者に該当する場合は☑してください(支払義務者は支払い能力を有する成年者をお願いします)								