

記入例

ご案内当日はお持ち帰りいただき、後日、入退院窓口にご提出をお願いします。

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る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	男・女	生年月日	大正 平成 年 月 日
	氏名	印	昭和 令和 (歳)	
	住所	〒		
	携帯電話		自宅電話	
	<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	男・女	生年月日	大正 平成 年 月 日
	氏名	印	昭和 令和 (歳)	
	住所	〒 患者との関係		
	携帯電話		自宅電話	
	勤務先	名称	勤務先電話	
	住所	〒		

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	男・女	生年月日	大正 平成 年 月 日
	氏名	印	昭和 令和 (歳)	
	患者との関係	極度額(支払保証額)下記に✓してください		
	住所	<input type="checkbox"/> 1割負担等の患者様:50万円		
	携帯電話		自宅電話	<input type="checkbox"/> 2割・3割負担、自費等の患者様:90万円
	勤務先	名称	勤務先電話	
	住所	〒		

【連帯保証人欄の記載について】

- ※1. 遠方の場合は代筆も可能となります。
その際は欄外に、「代筆：記入者名」と「本人了承済み」の旨を記載下さい。
- ※2. 患者様の配偶者になる方又は扶養家族の方は保証人は不可となります。
- ※3. 支払義務者様の配偶者になる方又は扶養家族の方は保証人は不可となります。
- ※4. 収入のある方のご記入をお願い致します。
年金を受け取られている方の場合は、勤務先欄へ「年金受給者」とご記載下さい。