

入院申込書兼誓約書

記入日 令和 年 月 日

医療法人社団健育会 石巻健育会病院 院長殿

入院日 令和 年 月 日 入院病棟 階 号室

今般貴院に入院するに際して、院内の諸規則の説明を受け承諾しました
つきましては、各種規則を遵守する事を確約します。
万一各種規則違反したとき、または他の患者様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に退院することを了承し、いかなる場合も、貴院にご迷惑をかけない事を身元保証人・連帯保証人と連署の上、誓約します。

- 入院料その他の諸費用については、指定の期日までに全額を支払います。
万一支払いが出来ない場合は、連帯保証人がその責任のもと支払います。
連帯保証人は、患者が負担する入院料その他の費用について極度額の範囲内で連帯して保証します。
- 入院中持ち込んだ貴重品等の損害を被った場合には、貴院に対し一切補償請求しません。
- 入院される方の身元については身元保証人において一切引き受けます。
- 退院を指示された場合は、指定の期日に身元保証人の責任において引き受けます。
- 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します。

《注記事項》

※ 連帯保証人は、別世帯、別生計を営む成人の方でお願いします。

入院されるかた	ふりがな			
	患者氏名			性別 男 : 女
		<input type="checkbox"/> 支払者 (該当する場合は <input type="checkbox"/> に「レ」をつけてください)		
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (満 才)		
	現住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	電話(自宅)	- -		
	電話(携帯)	- -		
	勤務先名			
	勤務先住所			
	電話(勤務先)	- -		

【 身元保証人兼連帯保証人 】 (患者との関係 :)

ふりがな			極度額	50 万円
氏名 (自署)	印		性別	男 : 女
	<input type="checkbox"/> 支払者 (該当する場合は <input type="checkbox"/> に「レ」をつけてください)			
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (満 才)			
現住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
電話(自宅)	- -			
電話(携帯)	- -			
勤務先名				
勤務先住所				
電話(勤務先)	- -			

【 連帯保証人 】 (患者との関係 :)

ふりがな			極度額	50 万円
氏名 (自署)	印		性別	男 : 女
	<input type="checkbox"/> 支払者 (該当する場合は <input type="checkbox"/> に「レ」をつけてください)			
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (満 才)			
現住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
電話(自宅)	- -			
電話(携帯)	- -			
勤務先名				
勤務先住所				
電話(勤務先)	- -			

《 病院使用欄 》

確認日 令和 年 月 日 電話面談 面談場所() 確認者()

確認日 令和 年 月 日 電話面談 面談場所() 確認者()