入院申込書 兼 誓約書

新百合ヶ丘総合病院長 殿　　年　　月　　日

貴院への入院にあたり、以下の通り誓約し連帯保証人連署の上申し込みいたします。

1. 貴院の規則を遵守し、医師及び貴院職員の指示に従い、治療に専念致します。万一、病院側の指示に従わない場合は、退院を命じられても異議ありません。
2. 入院治療費、その他の諸費用 （個室希望の場合の差額ベッド料等） は、延滞無く支払者又は、連帯保証人が支払う事を誓約します。履行延滞に陥った場合は法的措置を執られても異議はありません。また、病院の設備や備品等を損壊した場合は速やかに弁償いたします。
3. 入院者の一身上に関することについては、連帯保証人が一切の責任を引き受けます。

入院者	フリガナ				
	氏名	印			歳
	自宅住所	〒（　　－　　）			
	電話番号	自宅　　携帯			
	生年月日	(大・昭・平・令)　　年　　月　　日		性別	男　・　女
	勤務先	職業		電話番号	
		名称			
	＊保護者氏名				

＊保護者の氏名は、未成年の場合のみ記入して下さい。

支払者	フリガナ			続柄	
	氏名	印			
	自宅住所	〒（　　－　　）			
	電話番号	自宅　　携帯			
	生年月日	(大・昭・平・令)　　年　　月　　日		性別	男　・　女
	勤務先	職業		電話番号	
		名称			

＊支払者が患者本人の場合、この欄の記入は不要です。

連帯保証人（自署）	フリガナ			続柄	
	氏名	印			
	自宅住所	〒（　　－　　）			
	電話番号	自宅　　携帯			
	生年月日	(大・昭・平・令)　　年　　月　　日		性別	男　・　女
	勤務先	職業		電話番号	
		名称		極度額	万円

＊連帯保証人は支払者とは別に独立した生計を営み、かつ、支払能力を有する成年者とします。

＊極度額とは、連帯保証人が支払いの責任を負う金額の上限額です。

過去3ヶ月以内に、他の医療機関に入院したことがありますか？ （ ある・ない ）

「ある」とお答え頂いた方は、下記にご記載頂くか、「退院証明書」の提出をお願いいたします。

入院期間:　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日

医療機関名:（　　）病名:（　　）

＊選定療養制度の改定に伴い、虚偽の申し出を行った場合、後日追加費用を請求させて頂く場合があります。ご注意下さい。