

## 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義ありません。
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、延滞無く入院者（未成年の場合は保護者）又は、連帯保証人が支払うことを誓約します。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。

次の者の入院を申し込みます。

【診察券番号： 】

ふりがな

大・昭

入院者氏名

( 歳) 平・令 年 月 日

〒 ( - )

住 所

自宅 ( )

携帯 ( )

職業

勤務先名称

連絡先 ( )

保護者氏名

\*患者が未成年の場合のみ記入してください

連絡先 ( )

【連帯保証人（身元引受人）】\*自署にてお願いします。

ふりがな

続柄 ( ) 大・昭

氏 名

( 歳) 平・令 年 月 日

〒 ( - )

住 所

自宅 ( )

携帯 ( )

職業

勤務先名称

連絡先 ( )

極度額 万円

\*連帯保証人は入院者（未成年の場合は保護者）とは別に独立した生計を営み、かつ、支払い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です。

➤ 過去3か月以内に、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。

ご注意ください。

➤ 口頭同意を行うことにより、高額療養費制度により限度額を超える支払いが免除されます。

オンラインによる証明を取得することに同意いたしますか？（同意・同意しない）