

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、支払責任者、及び身元引受人と連署のうえ申し込みいたします。

- 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。
- 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、延滞無く入院者又は、支払責任者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。
- 入院者の一身上に関することについては、身元引受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

〒 (-) 自宅 ()

住 所 携帯 ()

職業（勤務先）

勤務先住所 連絡先 ()

【支払責任者】 ※入院者と同一の場合は記載不要です。

(患者との関係：)

大・昭

氏 名 (歳) 平・令 年 月 日

〒 (-) 自宅 ()

住 所 携帯 ()

【身元引受人】

(患者との関係：)

大・昭

氏 名 (歳) 平・令 年 月 日

〒 (-) 自宅 ()

住 所 携帯 ()

【連帯保証人】

株式会社イントラスト	東京都千代田区麹町1-4 半蔵門ファーストビル2階 (0120-372-603)
※当申込書兼誓約書の提出を以て、株式会社イントラストを連帯保証人とする保証委託契約にお申し込みいただいたものとします。なお、当申込書兼誓約書の記載内容等の個人情報については、連帯保証人代行制度の運営に必要な範囲で、株式会社イントラストへ提供させていただきますので予めご了承ください。	

- 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・なし）

「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る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？（同意する・同意しない）