

受付用

入院申込書

年 月 日

貴院へ入院するにあたり、次の事項を守りますので保証人との連帯責任のうえ申し込みます。

- 1 入院中は貴院の規則を守り、療養に専念いたします。
- 2 入院料その他諸料金は、請求の都度必ず支払います。
- 3 医師・看護師を信頼し、その治療と退院の指示に従います。
- 4 申込者及び保証人は、患者の身元に関する一切のことを引き受けます。
- 5 保証人は、入院料その他諸料金の支払いに対し極度額を限度として連帯責任を持ちます。

保証金として _____ 円を納めてください。
NO _____
令和 年 月 日納付済

(あて先) 佐野厚生総合病院長 殿

入院年月日	令和 年 月 日
-------	----------

患者	住所	〒 -			
	フリガナ				
	氏名			性別 男・女	
	生年月日	明・大・昭・平・令・西暦	年	月	日生
申込者兼支払責任者	住所	〒 -			
	フリガナ				
	氏名			患者との続柄関係	
	生年月日	明・大・昭・平・西暦	年	月	日生
	電話番号	① - -	② - -		
	勤務先名				
電話番号	- -				
保証人	住所	〒 -			
	氏名			患者との続柄関係	
	極度額	30 万円			

保証人は患者及び支払責任者と別世帯で独立の生計を営む成年者で、支払能力のある身元確実な方とします。

患者又は支払責任者による入院料その他諸料金の支払がない場合、保証人に請求致します。

その他の連絡先	昼間	氏名			患者との続柄関係
		電話番号			
	夜間	氏名			患者との続柄関係
		電話番号			

入院医療費についての質問や、お支払に関して不安な点がありますか。必要に応じて担当者がお話を伺います。

ある ・ ない
(いずれかに○)