

入院申込書（兼誓約書）

ID

入院年月日

年

月

日

南浜病院長 殿

このたび貴院に入院するにあたり、下記1・2・3・4に同意の上、院内の諸規則を遵守することを確約いたします。万一、各種規則に違反したとき、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退院することを了承し、いかなる場合も、貴院にご迷惑をおかけしない事を誓約いたします。

記

- 入院費用の支払いは、複数月継続して入院する場合は指定期日までに、退院する場合は退院日に遅滞なく支払います。
- 貴院の備品、器具などを破損若しくは紛失した場合は、弁償します。
- 他の患者様及び当院職員その他第三者に損害を生じさせた場合は、その損害を賠償します。
- 病状又は病院運営上、病棟若しくは病室移動が必要となった場合は指示に従います。

入院患者	フリガナ				性別
	氏名				男・女
	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日 (歳)
	住所	〒			
	連絡先	自宅 Tel		携帯 Tel	

身元引受人	フリガナ				続柄
	氏名				(歳)
	住所	〒			
	連絡先	自宅 Tel		携帯 Tel	
		勤務先 Tel			
勤務先名					

※身元引受人は、なるべく同一世帯の方をお立てください。いらっしゃらない場合はご相談ください。

指定期日までに、診療費等の支払いができなかった場合には、連帯保証人が滞りなく支払います。

限度額 40万円

連帯保証人	フリガナ				続柄
	氏名				(歳)
	住所	〒			
	連絡先	自宅 Tel		携帯 Tel	
		勤務先 Tel			
勤務先名					

※連帯保証人は、同一世帯(同居)以外の方で独立した生計を営み、支払い能力のある成年者でお願い致します。

※病院からの請求に対し、お支払いいただけない場合には、委託先の法律事務所が未収金の回収を行います。

入院費のご請求先に○をお付けください。【 本人 身元引受人 連帯保証人 その他 () 】