

入院申込書（兼誓約書）

病院記入欄

医療法人社団敬仁会 桔梗ヶ原病院長 殿

- 貴院へ入院するにあたり貴院の諸規則を遵守し貴院職員の指示、院内掲示物、入院のご案内等による指示に従うことを誓約いたします。
- 万一、貴院諸規定に違反し、または貴院職員の指示に従わなかった場合、退院命令が下されても異議を申し立てません。
- 入院費、その他入院中の療養に係る諸費用に関しては患者本人、支払誓約書（連帯債務者）又は連帯保証人が遅滞なく支払います。
- 万一、支払いが滞ることがあれば、法的手続きにより支払請求を受ける旨を了承いたします。

入院に際し、上記すべてに同意し、以下のとおり入院を申込みます。



限度額情報のオンライン資格確認に同意する。
(同意する場合☑チェックをお願い致します)

記入日 令和 年 月 日

患者

ふりがな	
氏名	
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒
電話	
入院歴	3ヶ月以内に他の医療機関への入院の有無 □ 無 □ 有 ➔ 医療機関名 【】

身元引受人 成年者をお願いします

氏名		患者との 続柄	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		
住所	〒		
電話	(自宅) (携帯)		

支払誓約者（連帯債務者）

入院費のお支払いをして下さる方をお願いします

同一者の場合は☑をしていただければ以下記入は不要です

- 患者と同一
 身元引受人と同一

氏名		患者との 続柄	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		
住所	〒		
電話	(自宅) (携帯)		

連帯保証人 支払い能力のある方とし、支払誓約者と世帯および生計を別にしている成年者をお願いします

私は、本入院の申込に係る患者の診療により生じる債務の元本・違約金・損害賠償その他の債務に従たるすべての債務について50万円を極度額（連帯保証人が支払の責任を負う金額の上限額）として、患者本人及び支払誓約者（連帯債務者）と連帯して支払いの責任を持ちます

氏名		患者との 続柄	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		
住所	〒		
電話	(自宅) (携帯)		
勤務先名		電話（勤務先）	
勤務先住所	〒		