

入院申込書(兼誓約書)

| 主治医 | 病 棟 | | |
|-----|-----|---|---|
| | 3 | 4 | 5 |
| | F | F | F |

大聖病院院長殿

この度、貴院に入院し、診療を受けたいので連帯保証人連署の上申し込みます。
入院の際は貴病院の諸規則を守り指示に従います。また下記事項を相違なく履行することを誓約いたします。

記

- 入院者の一身上に関することについては、申込者又は連帯保証人が一切の事項を引き受けます。
- 入院料治療費その他諸経費は指定の期日迄に入院者、申込者又は連帯保証人が責任をもって納入いたします。
- 退院を命ぜられた場合は、申込者又は連帯保証人の責任において指定の期日までに必ず引き受けます。
- 連帯保証人は入院者の一身上に関する引き受け及び入院中の医療費等について、未納の場合は連帯してその責任を負うことを誓います。

申込日 令和 年 月 日

| | | | | | | |
|-------------|------|---------------------|--|--|----|-------|
| 入 院 者 | ふりがな | | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 氏 名 | 印 | | | | |
| | 生年月日 | 大・昭・平・令 年 月 日 (才) | | | | |
| | 住 所 | 〒 電話番号 - - | | | | |
| | 勤務先 | 電話番号 - - | | | | |
| 申 込 者 | 氏 名 | 印 (入院者との続柄) | | | | |
| | 生年月日 | 大・昭・平 年 月 日 (才) | | | | |
| | 住 所 | 〒 電話番号 - - | | | | |
| | 勤務先 | 電話番号 - - | | | | |

- (注) 1 入院者と申込者が同じ場合は、申込者欄の記載は不要です。
2 入院者本人が被扶養者の場合は、その保護者（扶養義務者）も申込者欄に署名捺印をしてください。

| | | | | | | |
|-----------------------|------|-------------------|--|--|--|--|
| 連 帯 保 証 人 | 氏 名 | 印 (入院者との続柄) | | | | |
| | 生年月日 | 大・昭・平 年 月 日 (才) | | | | |
| | 住 所 | 〒 電話番号 - - | | | | |
| | 勤務先 | 電話番号 - - | | | | |

連帯保証人の欄には身元引受け及び支払責任者のお名前をご記入・捺印して下さい。

- (注) **連帯保証人は、成年者であっても入院者とは別に生計を営んでいる方にしてください。**
申込書でご提供いただいた個人情報は、当院の個人情報の取扱いに関する基本方針に基づき安全かつ厳重に管理し、入院
申込用以外には使用しません。

大聖病院