

入院申込書（兼誓約書）

金沢西病院長 様

年 月 日

この度、貴病院に入院し、診療を受けたいので連帯保証人連署のうえ申し込みます。

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「保険医療機関等において、患者様から求めることが出来る実費」等諸経費は、指定の期日までに入院者、申込者又は連帯保証人が責任をもって納入いたします。（保険外費用案内別紙）
- 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。

入院者	(ふりがな)	(生年月日)
	氏名	明 大 昭 印 平 令 年 月 日(歳)
	住所	〒
	連絡先	自宅 ☎ 携帯 ☎
申込者・保護者	(ふりがな)	(生年月日)
	氏名	明 大 昭 印 平 令 年 月 日(歳) (入院者との続柄)
	住所	〒
	連絡先	自宅 ☎ 携帯 ☎
連帯保証人	(ふりがな)	(生年月日)
	氏名	明 大 昭 印 平 令 年 月 日(歳) (入院者との続柄)
	住所	〒
	連絡先	自宅 ☎ 携帯 ☎
連帯保証人	(ふりがな)	(生年月日)
	氏名	明 大 昭 印 平 令 年 月 日(歳) (入院者との続柄)
	住所	〒
	連絡先	自宅 ☎ 携帯 ☎
連帯保証人	(ふりがな)	(生年月日)
	氏名	明 大 昭 印 平 令 年 月 日(歳) (入院者との続柄)
	住所	〒
	連絡先	自宅 ☎ 携帯 ☎

- (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 入院者本人が未成年または保護を要する方の場合は、その保護者(扶養義務者)も申込者欄に署名をしてください。
3 自署の場合押印は不要です。

連帯保証人	(ふりがな)	(生年月日)
	氏名	明 大 昭 印 平 令 年 月 日(歳) (入院者との続柄)
	住所	〒
	連絡先	自宅 ☎ 携帯 ☎
連帯保証人	(ふりがな)	(生年月日)
	氏名	明 大 昭 印 平 令 年 月 日(歳) (入院者との続柄)
	住所	〒
	連絡先	自宅 ☎ 携帯 ☎

私は、上記入院者が、本入院申込書に基づく入院に関して貴病院に負担する一切の債務につき、入院者と連帯して限度額()万円の範囲内で、その支払いの責任を負います。

入院費のお支払について

定期請求 毎月1回 月末締め 翌月9日に計算した請求書をお渡しします。

請求書の配布方法 総合受付で渡す 連絡：不要・必要（連絡先：入院者・申込者・連帯保証人）
郵送（宛名：入院者・申込者・連帯保証人）※切手代を徴収します。

個人情報の取り扱いについて

病室における患者さまの名札の掲示、お見舞いのかたへの病室案内及び電話の取次ぎをすることに対して

同意する

同意しない

入院中いつでも変更ができます。遠慮なく看護師までお申し出ください。

医療法人社団博友会 金沢西病院