

入院申込書
(入院誓約書)

令和 年 月 日

ふりがな		男	生年月日	昭・平・令	年	月	日(才)
氏名	印	・	職業 勤務先名				
現住所	〒 - TEL - -						
未成年または 保護を要する方	保護者氏名		印	本人との関係			
	住 所	〒 - TEL - -					
	上記以外の緊急時連絡先						

(医)愛康内科医院への入院に際し、下記事項を守ることが保証人と連帯してお約束致します。

- 1.入院医療に関する諸規則を守り、医院の医師・看護師およびその他の職員の指示に従います。
- 2.入院費、治療費その他諸経費は所定の期日までに入院者または連帯保証人が責任をもって納入いたします。
- 3.保険診療適用外については自己負担として承諾いたします。
- 4.退院を命ぜられた場合は、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。
- 5.外出・外泊中の事故については、貴院に迷惑をかけません。
- 6.貴重品などの持込品は自分で管理し、万一、盗難や紛失などがあっても貴院に迷惑をかけません。
- 7.故意または重過失により貴院の施設・備品等に損害を与えた場合には、保証人を連帯して弁償します。
- 8.患者様の容態が悪化し、当院での治療が難しいと判断した場合には、転院をお願いすることがございます。

連帯保証人記入欄（自筆でお願いいたします）

ふりがな		男	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日(才)
氏 名	印	・					
現住所	〒 - TEL - -						
勤務先名							
勤務先住所	〒 - TEL - -						
患者本人との 関係	親 ・ 夫 ・ 妻 ・ 子 ・ 親族 ・ 知人 ・ その他()						

私(連帯保証人)は、上記入院者の一身上に関する引き受けおよび入院中の医療費等について未納の場合は、連帯して責任を負うことを誓います。

医療法人 愛康内科医院

受付 確認欄	<input type="checkbox"/> 保険者番号取得情報確認 ⇒ 区分()	確認者印
	<input type="checkbox"/> 住所確認 確認日： 月 日	印