

入院申込書兼誓約書

医療法人秀明会 小池病院 院長殿

この度、貴院に入院するにあたり諸規則を遵守することを誓約し、入院を申し込みます。

1. 入院に関する諸規則・注意事項を守り、治療に専念いたします。
2. 入院中は、医師、看護師等を信頼し、その療養と退院の指示に従います。
3. 入院費、その他の諸費用については、入院者又は連帯保証人が指定の期日までに全額を支払います。
4. 保険外負担について、その使用量、利用回数に応じた実費負担することに同意します。

【入院される方】

記入日 年 月 日

氏名(自署)			
住所			
電話番号			
オンライン資格確認における限度額区分の照会について、 <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。 <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません			
過去3カ月以内に他医療機関に入院されたことがある方は記入してください。			
医療機関名	入院期間	傷病名	
	月 日～ 月 日		

【身元保証人】入院される方の一番身近な方

氏名(自署)		続柄	
住所			
電話番号			

【連帯保証人】※入院される方と別世帯の方

記入日 年 月 日

連帯保証人は、入院費等の支払い債務について、保証限度額30万円の範囲内で保証債務を負います。

氏名(自署)		続柄	
住所			
電話番号			

改定 2023年3月