

入院日	年	月	日
-----	---	---	---

入院申込書兼誓約書

私は、貴院で入院治療を受けることになりましたが、入院中は「入院のご案内」に記載されていることを守り、病院の諸規則や指示に従うことは勿論、諸費用は指定の期日までに必ず支払います。

私が、上記に違反して退院を命じられることがあっても、一切異議は申しません。

万一本人において支払不能の場合は、連帯保証人が指示どおり完納いたします。

年 月 日

五條病院 院長 殿

患 者	氏 名	印				
	生年月日	(M・T・S・H・R)		年	月	日生
	現住所	〒	府 県	市 郡	町 村	番地
	連絡先	自宅電話		携帯電話		
保 証 人	氏 名	印				
	生年月日	(M・T・S・H)		年	月	日生
	現住所	〒	府 県	市 郡	町 村	番地
	患者との続柄					
連絡先	自宅電話		携帯電話			
連 帯 保 証 人	氏 名	印				
	生年月日	(M・T・S・H)		年	月	日生
	現住所	〒	府 県	市 郡	町 村	番地
	患者との続柄					
	連絡先	自宅電話		携帯電話		
限度額	1,000,000円	民法により患者様が支払不能の場合、保証人様に請求できる限度額を表記しています。				

※連帯保証人については、必ず自署で署名捺印をお願いいたします。

※保証人欄は患者が未成年の場合記載してください。

※連帯保証人は患者と別世帯で成年者にして独立の生計を営み身元確実な人に限ります。

オンライン資格確認システムを用いた限度額認定証の照会に同意(する・しない)