

入院申込書 兼 誓約書

入院日 令和 年 月 日

入院者	ふりがな			性別	男・女	費用区分	
	氏名						
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)					
	住所	〒					
	本籍地			☎			

分らない場合は空欄でかまいません

連帯保証人①	ふりがな			入院者との続柄			
	氏名			配偶者 子 子の配偶者 孫 その他()			
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)					
	住所	〒					
	電話番号			携帯電話			
	勤務先	(名称)		勤務先 電話番号			
(住所)							

(家族以外の独立生計を営む方) 連帯保証人②	ふりがな			入院者との続柄			
	氏名						
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)					
	住所	〒					
	電話番号			携帯電話			
	勤務先	(名称)		勤務先 電話番号			
(住所)							

医療法人金峰会山崎病院 院長殿

この度、入院治療をお願いする上で、以下の事をお約束します。

- ①院内の規則や指示を守る
- ②治療・手術及び療養等に関しては一切をお任せして異議を唱えない
- ③医療費・介護費用・その他の料金は請求通りに速やかに支払う
- ④連帯保証人を決めて誓約書に署名捺印してもらう

以上の事を誓約いたします。

もし、これに違反して退院を命じられた場合は異議を唱えず迅速に指示に従います。

令和 年 月 日

申込者（患者本人）

氏名

印

上記の誓約を承認して、下記の事柄を承諾しました。

- 私が保証する限度額は30万円です。
- 申込者(患者)より財務情報の提供を受けました。

令和 年 月 日

連帯保証人①（家族の方）

氏名

印

上記の誓約を承認して、下記の事柄を承諾しました。

- 私が保証する限度額は30万円です。
- 申込者(患者)より財務情報の提供を受けました。

令和 年 月 日

連帯保証人②（家族以外の独立生計を営む方）

氏名

印