

入院申込書兼支払い同意書

太枠 内ご記入下さい

入院年月日	西暦 20	年	月	日
記載日	西暦 20	年	月	日

社会医療法人 蘭友会 札幌里塚病院 病院長 殿

今般貴院に入院することに際して、下記を含めた院内の諸規則を遵守することを確約いたします。

万一、各種規則に違反したとき、または他の患者様の迷惑になると判断されたときは、貴院の指示に従い即時退院することを了承し、いかなる場合も、貴院にご迷惑をおかけしないことを
申込者、身元保証人、連帯保証人と連名の上、誓約いたします。

記

1. 入院料その他の諸費用については、申込者、身元保証人または連帯保証人が、定期請求は請求書を受け取られてから10日以内、若しくは退院当日までに全額を支払います。
2. 本人の身元については、身元保証人において一切引き受けをいたします。
3. 退院を指示された場合は、指定の期日に身元保証人の責任に於いて引き取ります。
4. 貴院から指示された書類・証明書等は、指定の期日までに提出いたします。
5. 日常生活品（義歯・補聴器・眼鏡等）は自己管理することとし、破損・紛失については一切の弁償を求めません。

申込者 (患者)	フリガナ			性別	生 年 月 日				年齢		
	氏 名	①		男 女			年		月		日
	現住所					自宅電話番号			携帯電話番号		
	勤務先	名 称				職業・職種					
所在地					電話番号						

身元保証人	フリガナ			性別	生 年 月 日				年齢		
	氏 名	①		男 女			年		月		日
	現住所					自宅電話番号			携帯電話番号		
	勤務先	名 称				職業・職種			患者から見たあなたとの関係		
所在地											
電話番号											

連帯保証人	フリガナ			性別	生 年 月 日				年齢			
	氏 名	自署	①		男 女			年		月		日
	現住所					自宅電話番号			携帯電話番号			
	勤務先	名 称				職業・職種			患者から見たあなたとの関係			
		所在地										
電話番号												
極度額	50万円 ※連帯保証人は患者が負担する入院料、その他諸経費について、極度額の範囲内で連帯して保証します。											

- * 各欄は黒ペンで記入して下さい。
- * 患者が未成年の場合は親権者、意思表示ができない場合は身元保証人または連帯保証人の方に記入をお願いします。
- * 身元保証人は入院生活および退院時において連絡がとれる方とします。
- * 連帯保証人は、患者本人および身元保証人と世帯・生計を別れている成年者とします。