

入院申込書兼誓約書

尼崎中央病院 院長殿

私は、貴院に入院治療を申し込みます。つきましては、下記事項及び貴院の注意事項・諸規則等を遵守することを連帯保証人連署の上、誓約致します。

〈誓約事項〉

1. 病院の諸規則を固く守り、医師、看護師及びその他の病院職員の指示に従います。
また退院の指示があった場合は速やかにこれに応じます。
2. 入院費その他諸費用は指定の期日までに必ず支払い致します。
3. 自己責任による器物破損等の損料は遅滞なく支払い致します。
4. 必要に応じて使用する保険外負担に関して、支払いに同意致します。
※『入院のご案内』の13ページ「保険外負担金一覧表」を参照下さい。
5. 連帯保証人は、入院者（患者様）が誓約した事項について連帯して責任を負います。
入院費用等の支払い極度額は100万円とします。
※「極度額」とは連帯保証人として責任を負う上限金額です。
内容変更が生じる場合には、改めて「極度額」変更について協議致します。
6. 入院者（患者様）の身元については連帯保証人が一切保障しその責任を負います。

■入院者（患者様）

令和 年 月 日

フリガナ			
氏 名	⑤ (歳)		
住 所	〒 —		
TEL(自宅)	無・有[]	TEL(携帯)	無・有[]
勤務先名	無・有[]	TEL(勤務先)	無・有[]

■連帯保証人

フリガナ			
氏 名	⑤ (歳) 続柄()		
住 所	〒 —		
TEL(自宅)	無・有[]	TEL(携帯)	無・有[]
勤務先名	無・有[]	TEL(勤務先)	無・有[]

■支払いに関する連絡先

連絡先	☐ 本人 ☐ 連帯保証人 ☐ その他 続柄[]	氏 名	(フリガナ)
	※その他の場合は、右側にご記入ください	TEL	

令和5年8月1日（改）