

入院申込書・保証書

殿

入院年月日	平成 年 月 日	診療科	
ふりがな 患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 () 歳
患者番号		性別	男 ・ 女
住所	〒 -		
電話番号			

この度、貴院に入院して治療を受けることになりましたが、入院中は貴院の諸規則並びに診療上の指示を守り、患者本人の身上に関する一切のことは、身元引受人がすべて引き受けます。

身 元 引 受 人	ふりがな 氏名		続柄	
		印	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	現住所	〒 - 電話 () -		
	勤務先	〒 -	職業	
				電話 () -

注 「身元引受人」は成年者をお願いします。

なお、「診療料金等支払者」または「連帯保証人」が「身元引受人」となる場合、「身元引受人」欄の記入については、「氏名」欄以外の記入は不要です。

上記患者の診療料金等の支払いについては「診療料金支払者」が支払期日までに必ず支払います。万一、支払期日までに支払いが出来なかった場合は、「連帯保証人」が「診療料金等支払者」として滞りなく支払います。

診 療 料 金 支 払 者	ふりがな 氏名		続柄	
			生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	現住所	〒 - 電話 () -		
	勤務先	〒 -	職業	
				電話 () -
連 帯 保 証 人	ふりがな 氏名		続柄	
			生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	現住所	〒 - 電話 () -		
	勤務先	〒 -	職業	
				電話 () -

注1. 「診療料金等支払者」は、支払能力のある成年者（患者さんが支払う場合は患者名）をお願いします。なお、患者さんが未成年者等の場合は、親権者または後見人をお願いします。

2. 「連帯保証人」は独立して生計を営む支払能力を有する成年者をお願いします。