

# 入院申込書兼誓約書

総合母子保健センター愛育病院長 殿

年 月 日

貴院に入院するに際して、院内の諸規則を厳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、また退院を命ぜられた場合は指定の日に即時退院することを了承し、医療費支払いについても、貴院にご迷惑をおかけしない事を願出人（患者本人）、身元引受人、連帯保証人と連署の上、誓約いたします。

<入院者>

診察券番号			
患者氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日 ( 歳)
	Ⓜ		
現住所	〒	電 話	
		携帯電話	
連絡先氏名及び続柄	※必ず連絡の取れる連絡先を記入して下さい。(続柄)	連絡先	1.勤務先 2.自宅
		電 話	
		携帯電話	

<身元引受人（患者が未成年の場合は親権者）>

氏 名	Ⓜ	生年月日	年 月 日 ( 歳)
現住所	〒	(患者との続柄)	
電話番号		勤務先	
携帯番号		勤務先電話番号	

<連帯保証人：ご入院される患者様と同居されていない方をお願いいたします。>

私（連帯保証人）は、入院料その他の諸費用の全部又は一部が指定の期日までに未納の場合は、連帯してその責任を負うことを誓います。 年 月 日

氏 名	Ⓜ	生年月日	年 月 日 ( 歳)
現住所	〒	(患者との続柄)	
電話番号		勤務先	
携帯番号		勤務先電話番号	
限度額	1,000,000円（連帯保証人が支払の責務を負う金額の上限となる額）		

注1.願出人は患者本人であること。ただし、患者が未成年の場合は、親権者とします。

なお、願出人が親権者の場合は、患者欄も必ず記入して下さい。

注2.連帯保証人は、独立して生計を営み支払能力のある身元確実な者とします。

2022.8 改訂