

入院申込書・入院誓約書

令和 年 月 日

医療法人社団 shindo 整形外科進藤病院長 殿

この度貴院へ入院するにあたり、連帯保証人と連帯し下記事項を誓約の上、申し込みいたします。

1. 入院中は「入院のしおり」に記載されている事項並びに貴院職員の指示、院内掲示物等による決まりを守り、医師の行う診療方針に従って療養に専念します。
貴院の諸規則に違反し、または貴院職員の指示に従わなかった場合、退院命令が下されても異議を申し立てません。
2. 故意または過失により、貴院の施設、備品等に損害を与えた場合は、連帯保証人と連帯し弁償します。
3. 飲酒や喫煙、暴言等、貴院および入院患者へ迷惑行為を行い、退院を勧告された際は速やかに従います。
4. 貴院に対する入院費その他諸費用は遅滞なく納入いたします。
支払債務につき、連帯保証人は患者本人またはその法定代理人等と連帯し保証債務を負います。万一、支払が滞ることがあれば、法的手続きにより支払請求を受ける旨を了承いたします。

患者本人	フリガナ		男	生年	大・昭・平・令
	氏名		女	月日	年 月 日
	現住所 (詳しく)		TEL	()	
	勤務先名 および住所 (詳しく)		TEL	()	
世帯主又は保護者等	フリガナ		続柄	生年	大・昭・平・令
	氏名			月日	年 月 日
	現住所 (詳しく)		TEL	()	
連帯保証人	フリガナ		続柄	生年	大・昭・平・令
	氏名			月日	年 月 日
	現住所 (詳しく)		TEL	()	
	勤務先名 および住所 (詳しく)		TEL	()	
	保証極度額				円

- 注：1. 世帯主又は保護者等の欄には、医療費等の支払責任者を記入してください。
患者本人が未成年である場合は、保護者（親権者、扶養義務者等）の方を記入してください。
2. 連帯保証人は、患者本人とは別に独立して生計を営む成人者で、支払能力のある方をお願いします。
 3. 「保証極度額」とは、連帯保証人が保証する支払金額の最大額を示します。
 4. この申込書は原則入院時に提出願います。やむを得ない場合は、窓口にてご相談下さい。