

入院申込書（兼誓約書）

白鷹町立病院院長 殿

（入院日）令和 年 月 日

この度、貴病院に入院し診療を受けたいので、連帯保証人連署の上入院を申し込みます。
入院の際は、貴病院の諸規則を守り指示に従います。また、下記事項を履行することを誓約いたします。

記

- 1 入院者に関することについては、申込者又は連帯保証人が一切の事項を引き受けます。
- 2 入院料、治療費その他諸経費は、指定の期日までに入院者、申込者又は連帯保証人が責任をもって納入いたします。
- 3 退院を命ぜられた場合は、申込者又は連帯保証人の責任において、指定の期日までに必ず引き受けます。

入院者	フリガナ			性別	男・女	
	氏名					⑩
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	（ 歳）
	住所	〒			電話番号	— —
勤務先						
申込者	フリガナ			入院者との続柄		
	氏名					⑩
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	（ 歳）
	住所	〒			電話番号	— —
勤務先						

- （注） 1 入院者と申込者が同じ場合は、申込者欄の記入は不要です。
2 申込者が入院者本人でない場合は、すべて記入してください。
3 入院者が未成年者等の場合は、その保護者(扶養義務者)は申込者欄に記入してください。

告知事項

この3ヶ月以内に病院(保険医療機関)に入院したことが ある ない (で囲んでください)
ある場合 病院名 _____

身元引受・債務保証

私(連帯保証人)は、上記入院者の引き受け及び入院中の医療費等について未納の場合は、連帯してその責任を負います。

連帯保証人	フリガナ			入院者との関係		
	氏名					⑩
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	（ 歳）
	住所	〒			電話番号	— —
勤務先						