

入院申込書（誓約書）

提出日 令和 年 月 日

安来市立病院長 様

入院年月日 令和 年 月 日

入院患者	氏名	⑩	生年月日	大昭平令	年 月 日	性別	男・女
	現住所	〒 -	電話 () -	携帯電話	- -		
	勤務先		電話 () -				

このたびの入院治療にあたり、裏面約束事項を守り、決して貴院にご迷惑をかけないことを診療費等支払者、連帯保証人及び身元引受人と連帯の上約束いたします。

診療費等支払者	氏名	⑩	年齢		入院患者さまとの関係	
	現住所	〒 -	電話 () -	携帯電話	- -	
	勤務先		電話 () -			
(注)診療費等支払者は患者さま本人でも結構です。(ただし、保護者を必要とする場合は除きます。)						

連帯保証人	氏名	⑩	年齢		入院患者さまとの関係	
	現住所	〒 -	電話 () -	携帯電話	- -	
	勤務先		電話 () -			
※極度額は30万円です。 (注)連帯保証人は患者さま本人と住所を異にし、独立して生計を営み、支払い能力のある成年者をお願いします。						

身元引受人	氏名	⑩	年齢		入院患者さまとの関係	
	現住所	〒 -	電話 () -	携帯電話	- -	
	勤務先		電話 () -			
(注)1.身元引受人は診療費等支払者でも結構です。(ただし、患者さま本人と診療等支払者が同一の場合は除きます。) 2.身元引受人が診療費等支払者又は連帯保証人となる場合は、「身元引受人」欄の記入については、「氏名」のみ記入してください。						

※ご不明な点は、医事課までお問い合わせください。

【お問い合わせ先】 安来市立病院 医事課入院担当

電話：(代表) 0854-32-2121

入院歴申告書

過去3ヶ月以内に入院されたことがある患者さまは、健康保険法等により入院歴を申告して頂くことになっておりますので、お手数ですが下記にご記入ください。(虚偽の申告等を行われた場合は、それにより発生する損失について、後日費用徴収が行われる可能性があります。)なお、他院において「退院証明書」の交付を受けられた方は、併せてご提示ください。

過去の3ヶ月の 入院の有無	入院歴が有の方のみ	
	病院等の名称	
	入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	病名	

有 ・ 無

※病院等の名称は必ずご記入ください。入院期間・病名は、判ればご記入ください。記入欄が不足の場合は、余白に記入して頂くか、別紙等の添付をお願いいたします。

約 束 事 項

1. 入院治療に関する諸規則を守り、病院の医師・看護師及びその他の職員の指示に従い、これに反した場合は、退院を命ぜられても異議は申しません。
2. 入院料その他の諸料金は、貴院の指示どおりその指定日迄に必ずお支払いいたします。もし停滞した場合は、連帯保証人が責任を持ってお支払いいたします。
3. 入院にあたり貴院より借用した物品については、退院時に必ず返納いたします。又、借用品が紛失、破損、汚損、焼損等の場合は、貴院の指示に従い弁償金をお支払いいたします。
4. 医師より退院の指示が出た場合、これに従います。
5. 身元引受人は、患者の身元に関する一切の事項をお引受いたします。
6. 記載事項に変更が生じた場合は、直ちにお届けいたします。