

入院申込書兼誓約書

慈啓会病院 御中

貴院に入院するに際して、下記を含めた院内の諸規則を遵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、または他の患者様の迷惑になると判断されたときは、貴院の指示に従い即時退院することを了承し、いかなる場合も、貴院にご迷惑をおかけしない事を申込者、身元保証人、連帯保証人と連署の上、誓約いたします。

記

- 1. 入院料その他の諸費用については、入院者、申込者又は連帯保証人が指定の期日までに全額を支払います。
- 2. 本人の身元については、身元保証人において一切引き受けを致します。
- 3. 退院を指示された場合は、指定の期日に身元保証人の責任において引き取ります。
- 4. 貴院から指示された書類・証明書等は、指定の期日までに提出いたします。
- 5. 「入院のご案内」（別紙）に記載された事項について遵守いたします。

			入 院 日		年 月 日	
入 院 者	ふりがな		男 女	明・大	年 月 日	
	氏 名			昭・平		
	現 住 所	〒 -	電話番号	- -		
			携帯電話	- -		
勤 務 先		電話番号	- -			

※ 申込者が入院者ご本人の場合は「同上」欄にチェック願います。 ☐ 同 上

申 込 者	ふりがな		入院者との 関係		
	氏 名				
	現 住 所	〒 -	電話番号	- -	
			携帯電話	- -	
勤 務 先		電話番号	- -		

※ 身元保証人が申込者と同一の場合は「同上」欄にチェック願います。 ☐ 同 上

身 元 保 証 人	ふりがな		入院者との 関係		
	氏 名				
	現 住 所	〒 -	電話番号	- -	
			携帯電話	- -	
勤 務 先		電話番号	- -		

退院日 年 月 日

※ 連帯保証人は成年者であって、申込者とは別に生計を営んでいる方をお願いします。

連帯保証人	ふりがな		入院者との関係	
	氏 名			
	現 住 所	〒 -	電話番号	- -
			携帯電話	- -
	勤 務 先		電話番号	- -

連帯保証極度額

, , ※ （入院料その他の諸費用 6 ヶ月分の概算です）

- 医療費その他の諸費用のお支払いについて
 - ・ 当月末日締めで請求書を作成し、翌月 12 日頃に請求書を発送いたします。
退院の場合は退院時に支払いをお願いします。

【 請求書取り扱い 】

- ☐ 振込用紙付の請求書を郵送
〔 郵便局 ・ 銀行 ・ 病院窓口(現金またはクレジットカード) にてお支払い 〕
- ☐ 自動振替 ※ゆうちょ銀行口座のみ（口座振替日・毎月 26 日）
- ☐ 慈啓会関連施設へ請求〔 施設名： 特養 ・ 養護 ・ 稲寿園 ・ ふれあい 〕

【 請求書郵送先 】

☐ 入院者 ☐ 申込者 ☐ 身元保証人 ☐ その他の場合（下記に記載）			
その他	氏 名		電話番号 - -
	現 住 所	〒 -	

- 個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の発行について
当院では請求書発行の際に、個別の診療報酬算定項目が分かる明細書を発行しております。
明細書は請求書に同封させていただきます。

【 明細書の発行 】 ☐ 希望します ☐ 希望しません