

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 昭・平	年 月 日
	氏 名	(印)			
	現 住 所	〒 -	電話番号	- -	
	勤 務 先		携帯電話	- -	
			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	(印)		
	現 住 所	〒 -	電話番号	- -
	勤 務 先		携帯電話	- -
			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	(印)		
	現 住 所	〒 -	電話番号	- -
	勤 務 先		携帯電話	- -
			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	(印)		
	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)

● 入院料その他の諸費用のお支払いについて

1. 当月末日締め、翌月 12 日に請求いたします (退院の場合は退院時にお支払いをお願いします)。
2. 請求書の取り扱いを下記よりお選びください。
 - 1 階受付にて請求書のお受け取りとお支払い。
 - 請求書を郵送、1 階受付にてお支払い。
 - 振込用紙付請求書を郵送、郵便局や銀行から振込にてお支払い。
 - ゆうちょ銀行口座での自動振替 (口座振替日・毎月 26 日)

※ 請求書郵送の場合は郵送先をチェックしてください

郵送先	<input type="checkbox"/> 入院者 <input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> 身元保証人 <input type="checkbox"/> その他の場合 (下記に記載)				
	その他	氏名		電話番号	- -
		現住所	〒 -		

- 慈啓会関連施設へ請求 (施設名: 特養・養護・稲寿園・ふれあい)
- 預り金から支払い (預り金契約が必要です)

● 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、医療の透明化や患者様への情報提供を積極的に推進していく観点から、平成 22 年 4 月 1 日より、領収証の発行の際に個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行することと致しました。明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されます。

明細書の発行	<input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません
発行先	<input type="checkbox"/> 入院者 <input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> 身元保証人