入院申込書兼誓約書

令和　　年　　月　　日

町立長沼病院院長　　様

（令和　　年　　月　　日入院）

利用者本人

私は、貴院へ入院いたしたく、次のとおり申し込みします。
説明を受け、受け取りました「入院のご案内」等の内容及び指示されたことを堅く守り、違反した場合は退院を命ぜられても、異議は申しません。
また、医療費等の支払いについても、遅れることなく支払いいたします。

住所		連絡先	自宅			
			携帯電話			
ふりがな 氏名	㊞	生年月日	明・大 昭・平	年　月　日	身元引受人との関係	
職業 勤務先		勤務先電話番号				
入院情報	最近3ヶ月以内の入院歴をお知らせします。（他の医療機関での入院歴のみです） 1.入院歴なし　2.　年　月　日～　年　月　日まで（医療機関の名称　　） （　1　・　2どちらかに○を付け、必要事項を記入して下さい。）					

身元引受人

私は、貴院へ入院することになりました利用者の身元に関する一切の事項を、責任を持って引き受け、医療費等の支払いについても決してご迷惑をおかけしません。尚、退院を命ぜられた場合は、指定の期日に本人を引き取り、又転居の場合は直ちに報告いたします。更に旅行等で不在の場合は代理人をもってご指示のとおりにいたします。

住所	〒	連絡先	自宅			
			携帯電話			
ふりがな 氏名	㊞	生年月日	明・大 昭・平	年　月　日	利用者との関係	
職業 勤務先		勤務先電話番号				

連帯保証人

私は、利用者に関する医療費等の支払いについて、貴院に決してご迷惑をおかけいたしません。

住所	〒	連絡先	自宅			
			携帯電話			
ふりがな 氏名	㊞	生年月日	明・大 昭・平	年　月　日	利用者との関係	
職業 勤務先		勤務先電話番号				

極度額（上限額）	1，000，000円

※　身元引受人は、利用者と同一世帯又は異なる世帯の方、どちらでもかまいません。
※　連帯保証人は、利用者と世帯を異にする方で、支払能力のある方となります。