

入院申し込み書兼入院同意書

このたびの入院については、貴院からの説明を十分理解し入院治療に同意しましたので、入院を申し込みます。

入院後は、敷地内全面禁煙を含む貴院の諸規則及び診療上指示されたことを厳守し診療に関する費用負担については、期日までに遅滞なく支払うことを誓約します。

井野辺病院 殿

令和 年 月 日

申 込 人	患 者	現住所	〒					
		フリガナ						
		氏名	(印)					
		生年月日	大・昭・平	年	月	日	年齢	歳
		勤務先						
		電話番号	(自宅)				(携帯)	
	身 連 元 帯 引 保 証 人 及 び	フリガナ						
		氏名	患者との関係			(印)		
		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	年齢	歳
		勤務先						
	電話番号	(自宅)				(携帯)		

(※身元引受人と連帯保証人が異なる場合は下記にご記入ください)

申込人の診療費について、申込人が期日までに支払わなかった場合には、連帯保証人である私が責任を持って支払うことを誓約します。

連 帯 保 証 人	現住所	〒			
	フリガナ				
	氏名	患者との関係			(印)
	生年月日	大・昭・平	年	月	日
	勤務先				
	電話番号	(自宅)			(携帯)

(※令和2年4月1日から民法改正に伴い入院費の極度額を設定しております)

入院費極度額	500,000円
--------	----------

* 健康保険等限度額適用認定証の有無について○を記載してください。

健康保険等限度額適用認定証の有・無	持っている	持っていない
-------------------	-------	--------

* 当院では、原則として電話での入院患者様に関するお問い合わせには回答しておりません。