

## 入院申込書 兼 誓約書

社会医療法人社団光仁会第一病院長 殿

貴院で入院治療を受けるにあたり、下記の事項を守ることを誓約し連帯保証人と連署のうえ申し込みます。

## 記

1. 貴院における入院生活、退院に関する諸規則を遵守し、その他の指示についても従います。
2. 貴院の施設及び借用した物品の破損、汚染、または紛失したときは、相当額の弁償をします。
3. 貴重品や多額の現金は持ち込みません。万が一持ち込んだ場合、紛失や盗難があっても自己責任とします。
4. 治療及び手術に関しては、事前に説明された内容を納得しましたので同意します。

また、貴院での治療及び手術等が現代医学の観点から妥当なものである限り、後日異議を申し立てません。

5. 連帯保証人は、入院に伴う医療費、その他貴院への一切の債務につき、本人と連帯して履行責任を負います。

以上

入院年月日：西暦 年 月 日

## ＜患者様情報＞

フリガナ		性 別	男 ・ 女	年 齡	才
氏 名	(印)	生年月日	大 / 昭 / 平 / 令	年	月 日
		勤務先名			
フリガナ		フリガナ			
住 所	〒 —	勤務先住所	〒 —		
		連絡先	自宅：	連絡先	TEL:
	携帯：				

## ＜申込者(患者様との関係(続柄)： } &gt; ※患者様と申込者が同一の場合は記載不要

フリガナ		フリガナ			
氏 名	(印)	住 所	〒 —		
		生年月日	大 / 昭 / 平 / 令	年	月 日(才)
連絡先	自宅：	携帯：			

## ＜連帯保証人(患者様との関係(続柄)： } &gt; ※保証極度額 1,000,000 円

フリガナ		性 別	男 ・ 女	年 齡	才
氏 名	(印)	生年月日	大 / 昭 / 平 / 令	年	月 日
		勤務先名			
フリガナ		フリガナ			
住 所	〒 —	勤務先住所	〒 —		
		連絡先	自宅：	連絡先	TEL:
	携帯：				

注意) 連帯保証人は患者(支払者)とは別に独立した生計を営み、かつ、支払能力を有する成年者とします。