

入院誓約書

長崎県上対馬病院長 様

入院に際しては、貴院のきまりを守り診療上の指示に従います。

診療に要した費用は納入期限までに支払うことを約束します。 万一滞納が生じた場合は、連帯保証人と共に速やかに弁済します。

また、入院患者の身上に関することについては、身元引受人の責任において引き受けることを確約します。

入院日		平成 年 月 日
願 出 人	入院患者	(フリガナ) _____ 氏名 _____ ㊟ (男・女) 明・大 昭・平 年 月 日生 現住所 (〒 _____) _____ 県 _____ 市・郡 _____ 区 _____ 町村 自宅電話 () 勤務先名(職業) _____ 勤務先〃 ()
	診療費支払者	(入院患者さんが診療費支払者となる場合は氏名のみで結構です) 氏名 _____ ㊟ 患者さんとの続柄 () 明・大・昭・平 年 月 日生 現住所 (〒 _____) _____ 県 _____ 市・郡 _____ 区 _____ 町村 自宅電話 () 勤務先名(職業) _____ 勤務先〃 ()

(お願い) 診療費支払者は、成年者でかつ支払能力のある方をお願いします

連 帯 保 証 人	(独立して生計を営んでいる成年者で、支払能力のある身元確実な方) 氏名 _____ ㊟ 患者さんとの続柄 () 明・大・昭・平 年 月 日生 現住所 (〒 _____) _____ 県 _____ 市・郡 _____ 区 _____ 町村 自宅電話 () 勤務先名(職業) _____ 勤務先〃 ()
身 元 引 受 人	(保証人と同じ場合は氏名のみで結構です) 氏名 _____ ㊟ 患者さんとの続柄 () 明・大・昭・平 年 月 日生 現住所 (〒 _____) _____ 県 _____ 市・郡 _____ 区 _____ 町村 自宅電話 () 勤務先名(職業) _____ 勤務先〃 ()

- (お願い) ① 太枠の中を記入し、該当する所に○を付けて下さい
 ② 住所は詳しく書いて下さい(アパート、マンションは名称、室番号まで)
 ③ 自宅電話は携帯電話でも結構です

※ 患者コード							
※ 社保・国保・自費・その他	本人・家族	(併用)	老人	公費			

受付印