

# 入院申込・誓約書及び保証書

20 年 月 日

駒沢病院病院長 殿

この度、貴院に入院するに際し、入院案内や下記事項を守り、貴院の迷惑になることはいたしません。万一、違反したときは、退院を命じられても異議を申し立てません。連帯保証人連署のうえ、誓約いたします。

記

- 1 入院費、その他入院中の療養に係る諸費用、差額ベッド代など自費会計分につきましては遅滞なく支払い、退院日当日もしくは、期日までに連帯保証人との連帯責任において必ず全額清算いたします。
- 2 万一、支払いが滞ることがあれば、法的手続きにより支払い請求を受ける旨了解いたします。
- 3 万一、貴院の諸規則や職員の指示に従わない場合、次の行為があった場合、退院命令が下されても異議を申し立てません。
  - ・窃盗 ・脅迫 ・暴力 ・暴言 ・飲酒 ・セクシャルハラスメント ・無断外泊 ・外出
  - ・病院敷地内及び病院周辺路上での喫煙 ・その他貴院が迷惑行為に当たると判断した行為
- 4 建物設備を、故意または過失により破損若しくは紛失した場合、損害賠償の責任を負います。
- 5 退院の指示があった場合は、指定期日までに退院します。

願 出 人	フリガナ			生年 月日	大正・昭和・平成・令和	性別
	氏名	Ⓜ			年 月 日生	
	現住所	〒 ー 都道府県 区市郡 ☎ ( ) 携帯 ( )				
	フリガナ					
	勤務先	☎ ( )				
	※患者本人が未成年または意識障害等により、代理人が願い出する場合には下記に記入してください。					
保護者又は代理人	フリガナ			生年 月日	患者との続柄	
	氏名	Ⓜ			年 月 日生	☎ ( )

入院料金等の支払については、もし、期日までに願出人による診療費等の支払いが無かったときは、私が連帯して支払いの責任を持ちます。

連 帯 保 証 人	フリガナ			生年 月日	大正・昭和・平成・令和	患者との続柄
	氏名	Ⓜ			年 月 日生	
	現住所	〒 ー 都道府県 区市郡 ☎ ( ) 携帯 ( )				
	勤務先	フリガナ			生年 月日	☎ ( )
	名称					
※連帯保証人は、別世帯で独立した生計を営み、診療費の支払い能力のある方とします。						

- ・今後3か月間の間に発生する入院費用と定めた上での連帯保証の極度額は 50万円 とします。
- ・入院患者が退院(死亡退院を含む)した場合、その時点で保証の元本が確定します。
- ・申込者及び連帯保証人は、入院患者の債務に従たる全てのものにつき、病院に情報提供を求めることができます。

病 院 使 用 欄	入院日	20 年 月 日	診療科	内科 ・ 整形	院長	事務長	課長	担当者	受付
	退院日	20 年 月 日	病室	号室					
	備考								

患者番号： \_\_\_\_\_