

入院申込書

記入例

市立長浜病院 院長 様

- ①私(申込人)は、今回の入院について、医師から十分な説明を受け、その必要性を理解しましたので、貴院への入院を申し込みます。
- ②私(申込人)は、入院するにあたり、貴院の諸規則ならびに治療指示等を堅く守り、治療に専念します。
- ③私(申込人) および関係者は面会禁止など貴院の定めた感染対策に従います。
- ④診療に要した費用は、私(申込人)または連帯保証人が納入期限までに支払うことを約束します。
- ⑤私の支払いが遅滞したときは、貴院が個人情報に関する調査・照会を実施すること及び調査・照会先の関係諸機関等から個人の情報提供を受け、利用されることに同意します。また、保険金請求のために個人情報を含めた関係情報を民間保険会社等に提供することに同意します。⇒ **別紙同意書を提出**
- ⑥私(申込人)は、来院者および医療従事者等に対する暴力行為、セクハラ行為、暴言・脅迫的な言動、その他迷惑となる行為により退院や転院を勧告された場合は、異議を申し立てず直ちに退院します。
- ⑦記入事項に変更が生じた場合は、速やかに届出ます。

入院日〇〇年〇〇月〇〇日 記入日〇〇年〇〇月〇〇日

注※ 支払義務者は、成年者でかつ支払能力のある方をお願いします。

連帯保証人は支払義務者とは別世帯で独立して生計を営んでいる成年者でかつ支払能力のある方をお願いします。

入 院 患 者	(フリガナ) ナガハマ タロウ <small>自署でない場合、押印が必要です。</small>
	氏名 長浜 太郎 Ⓜ (男・女) 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日生
	現住所 (〒 526 - 0000) 長浜市〇〇町000番地 自宅電話 0749 -00 - 0000 携帯電話 090 - 0000 - 0000
	(入院患者さんが支払義務者となる場合は、氏名のみで構いません。)
注 ※ 支 払 義 務 者	(フリガナ) ナガハマ ハナコ <small>自署でない場合、押印が必要です。</small>
	氏名 長浜 花子 Ⓜ (男・女) 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日生
	患者さんの続柄 妻
	現住所 (〒 526 - 0000) 長浜市〇〇町000番地 自宅電話 0749 -00 - 0000 携帯電話 080 - 0000 - 0000

注 ※ 連 帯 保 証 人	私は、上記入院患者が、本入院申込者に基づく入院に関して貴病院に負担する一切の債務につき、申込人と連帯して、極度額 30 万円の範囲内で、その支払の責任を負います
	(フリガナ) シガ ユタカ <small>自署でない場合、押印が必要です。</small>
	氏名 滋賀 豊 Ⓜ (男・女) 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日生
	支払義務者との続柄 伯父
現住所 (〒 526 - 0000) 長浜市〇〇町000番地 自宅電話 0749 -00 - 0000 携帯電話 080 - 0000 - 0000	

支払義務者と連帯保証人が同じ名字の場合は、各々の印鑑で押印願います。

入院申込書

市立長浜病院 院長 様

- ①私(申込人)は、今回の入院について、医師から十分な説明を受け、その必要性を理解しましたので、貴院への入院を申し込みます。
- ②私(申込人)は、入院するにあたり、貴院の諸規則ならびに治療指示等を堅く守り、治療に専念します。
- ③私(申込人)および関係者は面会禁止など貴院の定めた感染対策に従います。
- ④診療に要した費用は、私(申込人)または連帯保証人が納入期限までに支払うことを約束します。
- ⑤私の支払いが遅滞したときは、貴院が個人情報に関する調査・照会を実施すること及び調査・照会先の関係諸機関等から個人の情報提供を受け、利用されることに同意します。また、保険金請求のために個人情報を含めた関係情報を民間保険会社等に提供することに同意します。⇒ **別紙同意書を提出**
- ⑥私(申込人)は、来院者および医療従事者等に対する暴力行為、セクハラ行為、暴言・脅迫的な言動、その他迷惑となる行為により退院や転院を勧告された場合は、異議を申し立てず直ちに退院します。
- ⑦記入事項に変更が生じた場合は、速やかに届出ます。

入院日 年 月 日 記入日 年 月 日

注※ 支払義務者は、成年者でかつ支払能力のある方をお願いします。

連帯保証人は支払義務者とは別世帯で独立して生計を営んでいる成年者でかつ支払能力のある方をお願いします。

申 込 人	入 院 患 者	(フリガナ) 自署でない場合、押印が必要です。	
		氏名 Ⓜ (男・女) 年 月 日生	
		現住所 (〒 -) 自宅電話 携帯電話	
	注 ※ 支 払 義 務 者	(入院患者さんが支払義務者となる場合は、氏名のみで構いません。)	
		(フリガナ) 自署でない場合、押印が必要です。	
		氏名 Ⓜ (男・女) 年 月 日生 患者さんとの続柄	
現住所 (〒 -) 自宅電話 携帯電話			

注 ※ 連 帯 保 証 人	私は、上記入院患者が、本入院申込者に基づく入院に関して貴病院に負担する一切の債務につき、申込人と連帯して、極度額 30 万円の範囲内で、その支払の責任を負います。	
	(フリガナ) 自署でない場合、押印が必要です。	
	氏名 Ⓜ (男・女) 年 月 日生	
	現住所 (〒 -) 支払義務者との続柄 自宅電話 携帯電話	