入院申込書　兼誓約書

公益財団法人　日産厚生会　玉川病院長　殿

① 貴院への入院にあたり、貴院の諸規則を遵守し、貴院職員の指示、院内掲示物等による指示に従うことを誓約いたします。
② 万一、貴院諸規定に違反し、または貴院職員の指示に従わなかった場合、退院命令が下されても異議を申し立てません。
③ 入院費、その他の入院中の療養に係る諸費用に関しては、患者本人、支払誓約者（連帯債務者）又は連帯保証人が遅滞なく全額支払います。 履行延滞の場合は法的措置を執られても異議はありません。
④ 退院を指示された場合には、指定の期日までに身元引受人の責任において引き取ります。

入院に際し、上記①～④の全てに同意し、以下のとおり入院を申し込みます。 ☐ **同意する** ☐ **同意しない**

⑤ 口頭同意を行うことで、高額療養費制度により限度額を超える支払いが免除されます。保険証や資格確認証などを使用して、

オンラインで保険資格情報を取得することに同意しますか？ ☐ **同意する** ☐ **同意しない**

入院日		年　月　日	記入日	年　月　日	
患者	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年　月　日　歳	性別	☐ 男	☐ 女
	住所	〒	電話(自宅)		
			電話(携帯)		
	勤務先名		電話番号		
	入院歴	過去3カ月以内に他の医療機関への入院　「あり」の場合は下記にご記載いただくか退院証明書を提出してください。			
		☐ なし ☐ あり　医療機関名　病名 入院期間　年　月　日 ～　年　月　日			

支払誓約者	患者が未成年の場合は保護者/ 患者が記入できない場合は代筆者が記載してください。 ☐ 患者と同一（記載不要）			
	フリガナ			
	氏名		続柄	
	住所	〒	電話番号	

身元引受人	フリガナ			
	氏名		続柄	
			電話番号	

連帯保証人　自署	※ 支払い能力のある方とし、支払誓約者と世帯および生計を別にしている成年者が記載してください。				
	※ 連帯保証人がいない場合は、保証金10万円を現金でお預かりします。				
	私は、本入院の申込に係る患者の診療により生じる債務の元本・違約金・損害賠償その他の債務に従たるすべての債務について、患者本人及び支払誓約者と連帯して支払いの責任を負うことを誓います。				
	記入日　年　月　日				
	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年　月　日　歳	性別	□ 男	□ 女
	住所	〒	電話(自宅)		
			電話(携帯)		
	勤務先名				
	極度額	50万円　　80万円（特別療養環境室（差額ベッド）に入室された方が対象となります）			
		※極度額とは、連帯保証人が支払いの責任を負う金額の上限です。			