

入院申込書(兼入院誓約書)

医療法人財団 朔望会 リハビリテーションエーデルワイス病院 院長殿

貴院への入院を申し込みます。入院に際しては貴院の諸規則及び診療上の指示を守ります。

また、貴院における個人情報の利用目的(別紙)を理解し、私の個人情報を用いることに同意いたします。

診療費の支払いについても一切貴院にご迷惑をかけないことを、支払者・連帯保証人と連署のうえお約束いたします。(連帯保証人の極度額は1ヶ月につき150万円とする。)

入院者	フリガナ		生年月日	性別
	氏名	Ⓜ	年 月 日(歳)	男・女
	現住所	〒	電話 ()	
	勤務先	名称	電話 ()	

支払者	フリガナ		生年月日	続柄
	氏名	Ⓜ	年 月 日(歳)	
	現住所	〒	電話 ()	
	勤務先	名称	電話 ()	

※ 支払者は、支払い能力を有する成年者をお願いします。支払者が入院者本人と同一人物でも差支えありません。

□ □ 連帯保証人①	フリガナ		生年月日	続柄
	氏名	Ⓜ	年 月 日(歳)	
	現住所	〒	電話 () 携帯 () 月 火 水 木 金 土 日(: ~ :)	
	勤務先	名称	電話 ()	

□ □ 連帯保証人②	フリガナ		生年月日	続柄
	氏名	Ⓜ	年 月 日(歳)	
	現住所	〒	電話 () 月 火 水 木 金 土 日(: ~ :)	
	勤務先	名称	電話 ()	

※ 連帯保証人は、お勤めの方又は年金受給者として下さい。連帯保証人①の方を緊急連絡先として下さい。

その他連絡先	フリガナ		連絡先	関係
	氏名		()	
	住所	〒	月 火 水 木 金 土 日(: ~ :)	

※ 労災・自賠責・生活保護等で入院となる場合は、各種担当者名・連絡先を記入してください。

他医療機関で直近三ヶ月の入院履歴	有・無	年 月 日～ 年 月 日:退院証明書 有・無
医療機関名		

※ 医事課記入欄 説明者 :