

## 入院申込書（兼誓約書）

医療法人社団聖仁会

栄聖仁会病院 病院長殿

この度、貴病院に入院治療を受けるにあたり、連帯保証人連署の上申込みいたします。また下記事項を相違なく遵守することを誓約いたします。

### 記

- 入院中は貴院の諸規則を守り、医師・看護師及びその他職員の指示に従います。
- 検査・診療については主治医の方針を尊重し、委ねます。
- 主治医の指示に従わない場合は退院を受けても異議を申しません。
- 入院費、その他の費用については、入院者、支払誓約者及び連帯保証人が責任をもって請求書発行月の末日までに支払います。連帯保証人については、後記の極度額の限度内で支払います。
- 病院の備品等を破損した場合は弁償もしくは修理代を支払います。
- 院内感染を防ぐため、特段の事情がない限りインフルエンザ・コロナワクチン予防接種に同意します。

		入院年月日	西暦	年	月	日
入院者	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	年	月	日生（満	性別	男 ・ 女
	住所	(〒 - )		TEL ( ) -		
申込者 (代理人)	フリガナ					
	氏名	(印)				
	住所	(〒 - )		続柄		
				電話番号		
	勤務先及び 勤務先住所			携帯番号		
				電話番号		

■**身元引受人** \*患者本人の身の回りの世話、退院時の身柄の引き取り、緊急時の連絡先等、患者の身元に関する一切の事項をお引き受けいただく方となります。

身元引受人が申込者と同一の場合は「同上」欄にチェックをお願いします。

同 上

身元引受人	フリガナ		続柄	
	氏名	Ⓜ		
	住所	(〒 - )	電話番号	
			携帯番号	
	勤務先及び 勤務先住所		電話番号	

■**支払誓約者（連帯債務者）** \*請求書送付先となり、支払義務のある方となります。

支払誓約者が申込者と同一の場合は「同上」欄にチェックをお願いします。

同 上

(連帯債務者)	フリガナ		続柄	
	氏名	Ⓜ		
	住所	(〒 - )	電話番号	
			携帯番号	
	勤務先及び 勤務先住所		電話番号	

■**連帯保証人** \*支払誓約者に連帯して支払義務がある方となります。

(連帯保証人は入院者及び支払誓約者とは別に生計を営んでいる支払能力がある方をお願いします。)

連帯保証人	フリガナ		続柄	
	氏名	Ⓜ		
	住所	(〒 - )	電話番号	
			携帯番号	
	勤務先及び 勤務先住所		電話番号	

私（連帯保証人）は、上記入院者の一身上に関する引き受け及び入院中の医療費について未納の場合は、**100万円を極度額**（※）として、入院者及び支払誓約者（連帯債務者）と連帯し責任を負うことを誓います。

※極度額とは連帯保証人として責任を負う上限金額です。