

入院申込書 兼 診療費等支払保証書

長野県立木曽病院長 様

申込日(入院日)

平成 年 月 日

【入院申込書】 私は次のとおり貴院への入院を申し込みます。入院に際しては、病院の諸規則および指示事項を遵守することを誓約し、違反した場合は退院を命ぜられても異議は申しません。

入院患者	ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和・平成	
	氏名	Ⓜ	年 月 日	年 月 日 生()歳	
	住所	〒			
	電話番号	(自宅)	(携帯)		
	勤務先	(電話)			
	緊急時連絡先	(氏名)	続柄	(電話)	
入院歴	3ヶ月以内に他の医療機関への入院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 医療機関名 [] 入院の理由(病名) [] 退院証明書の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
入院申込人	ふりがな		患者本人との続柄		
	氏名	Ⓜ	(入院患者が未成年の場合は親権者)		
	住所	〒			
	電話番号	(自宅)	(携帯)		
勤務先	(電話)				

※入院患者が入院申込人と同一の場合は、「入院申込人」欄には患者氏名のみ記入願います。
 なお、入院患者が未成年者等の場合は親権者等の方をお願いします。

【診療費等支払保証書】 上記入院患者の入院診療費等は、入院申込人が必ず支払います。万一、指定の期日までに入院診療費等の支払いが滞った場合は連帯保証人が支払います。なお、入院申込人及び連帯保証人の記載事項に変更があった場合は速やかに届け出ます。

連帯保証人	ふりがな		患者本人との続柄	
	氏名	Ⓜ		
	住所	〒		
	電話番号	(自宅)	(携帯)	
勤務先	(電話)			

※連帯保証人は、入院申込人とは別に生計を営む支払能力を有する成年者をお願いします。
 連帯保証人は必ず自署のうえ捺印をしてください。 ○その他、質問等あれば記入をお願いします。

- 医療費支払いの相談(入院費金額等ご相談のある方)
希望する 希望しない
- 医療福祉制度の相談
希望する 希望しない

※印欄は記入しないでください

診療科
※

※この申込書は速やかに保険証を添え、初診受付へ提出して下さい