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）　令和　　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 氏　名	㊞	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 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ケ月以内に他の医療機関への入院の有無 □無 □有　⇒　医療機関名　［　　］ 入院の理由（病名）　［　　］ 退院証明書の有無　□　無　□有		
入院申込人	ふりがな 氏　名	㊞ （入院患者が未成年の場合は親権者）	患者本人との続柄	
	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、極度額を限度に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 氏　名	㊞	生年月日	大正・昭和・平成 年　月　日生 （　　）歳	患者本人との続柄	
	住　所	〒				
	電話番号	（自　宅）　（携　帯）				
	勤務先	（電　話）				
	支払限度額	100，000　円	民法第465条の2に基づく極度額です。 左記以外の極度額を希望する場合は、事前に病院までご相談ください。			

※連帯保証人は、支払極度額以上の支払能力を有する成年者をお願いします。
なお、連帯保証人を選任できない場合は、事前に入院預り金として10万円を申込人から徴収します。
また、支払極度額が10万円に達しない場合は、不足分を預り金として事前に申込人から徴収します。
連帯保証人は必ず自署のうえ捺印をしてください。

○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
※

○その他、質問等あれば記入をお願いします。

※この申込書は速やかに保険証・各証書を添え、初診受付へ提出して下さい。
なお、土日祝日および夜間にご提出の場合は、救急外来受付に提出して下さい。