

# 入院申込書

令和 年 月 日

入院者	氏名（フリガナ） ① ( ) 性別 男・女 生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日生( 歳)	*代理署名の場合：代理人の氏名	
	住所 〒	勤務先 名称	電話番号
	電話番号(自宅・施設等) 携帯電話番号	緊急連絡先（氏名：続柄）	電話番号
保証人	氏名（フリガナ） ① ( )	入院者との関係	勤務先 名称 電話番号
	住所 〒	電話番号	携帯電話番号
	極度額 保険 30万円 無保険 70万円	※民法の一部を改正する法律により、保証人が予想を超える過大な責任を負うことがないようにするためのものです。	
<p>○ 私は、 月 日から貴院での入院加療を受けるに当たり、下記の事項に相違ないことを申告します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>私は、過去3か月以内に、他の医療機関に入院したことが、</p> <p>1 あります。 医療機関名 _____ 電話番号 _____ 入院期間 _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日</p> <p>2 ありません。</p> <p>今回の入院は、</p> <p>1 病気・ケガ。 2 交通事故。 3 労災。 4 第三者行為。 5 その他。</p> <p>○ この度の入院については、貴院の諸規程その他指示に従い、下記事項を厳守し、貴院には一切迷惑を掛けないことを保証人と連署の上約束します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・手首又は足首へのネーム・バンドの装着を承諾するとともに、診療については、貴院の診療方針に従い、療養に専念します。</li> <li>・診療費その他の料金は、指示どおり支払います。</li> <li>・患者の身元については、保証人が一切引き受けます。</li> </ul> <p style="text-align: right;">東松山市病院事業管理者 宛て</p>			

※ 記号番号確認のため、被保険者証、後期高齢者医療被保険者証その他受給者証等ありましたら、受付に提示してください