

入院誓約書

ID _____

霞ヶ関南病院 病院長 殿

私は入院にあたり、保証人と連署のうえ下記事項を必ず守ることを誓います。

記

- 入院中は病院の諸規則・診療上の指示に従い、療養に専念します。
- 退院・転院に関しては、主治医の指示に従います。
- 診療費・その他の諸料金は、本人または保証人が遅滞なく支払います。
- 施設・備品等に損害を与えた場合には、保証人と連帯して弁償します。
- 金品・貴重品などの持込品は自分で管理し、盗難や紛失などがあっても病院に責任を問いません。
- 上記に反した場合や、病院・他の患者様などに迷惑をかける行為を行った場合には、速やかに退院の指示に従います。
- オンライン資格確認システムを用いた限度額認定証の照会に同意します。
- 保険外負担の別紙：自費料金表について、その使用量及び利用回数に応じた実費負担に同意します。

年 月 日

入院者	フリガナ		男 女	明・大	年	月	日生
	氏名			昭・平・令			(歳)
	住 所	〒		電話	()		
				携帯	()		

(代筆者 印)

私（身元保証人）は、上記入院者の責任を全て引き受けること誓います。※請求書郵送先をご記入ください

【極度額： 300,000 円】（日付： 年 月 日）

身元保証人	フリガナ		入院者 との 続柄	明・大	年	月	日生
	氏名			昭・平・令			(歳)
	印		()				
	住 所	〒		電話	()		
				携帯	()		
勤務先	名称		電話	()			
	所在地						

私（連帯保証人）は、上記入院者または身元保証人が責任を負えない場合には、責任を全て引き受けること誓います。 極度額： 300,000 円】（日付： 年 月 日）

連帯保証人	フリガナ		入院者 との 続柄	明・大	年	月	日生
	氏名			昭・平・令			(歳)
	印		()				
	住 所	〒		電話	()		
				携帯	()		
勤務先	名称		電話	()			
	所在地						

※連帯保証人は別所帯で生計を営む成人の方になしてください。連帯保証人の記載は自筆をお願いします。

(2024. 7. 1 改定)