

# 入院申込書 兼 入院誓約書

熊本セントラル病院 院長 殿

今般貴院に入院するに際して、下記を含めた院内の諸規則を遵守することを確約いたします。  
万一、各種規則に違反した場合、または他の患者様の迷惑になると判断された時は、貴院の指示に従い即時退院する事を了承し、いかなる場合も、帰院にご迷惑をおかけしない事を誓約いたします。

## 記

- 1.入院料その他の諸費用については、入院者、連帯保証人が指定の期日までに全額支払います。
- 2.退院を指示された場合は、指定の期日に身元引受人の責任において引き取ります。
- 3.貴院から指示された書類・証明書は、指定の期日までに提出いたします。

以上

患者本人	氏名		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日生
	現住所	(TEL)			
	勤務先	(TEL)			
	未成年の場合 親権者氏名	Ⓜ	患者本人との続柄		

身元引受人	氏名	Ⓜ	患者本人との続柄
	住所		
	電話(自宅)	電話(携帯)	

入院における医療費等の自己負担すべき費用は、請求書を受け取った後、下記の方法にて速やかに支払う事を誓約します。万一延滞のあった場合には、連帯保証人に請求していただき、連帯保証した人が貴院より指定された期限・方法にて支払います。

請求書の受取り	<input type="checkbox"/> 1F会計 <input type="checkbox"/> 郵送 ※郵送ご希望の方は下段の宛名/郵送先をご記入ください		
	※ご入院中の請求書は、翌月11日～13日に発行します。 1F会計希望の方は、期日になりましたら1階受付④窓口にてお受取りください。 ※退院日の請求書は、退院日に発行します。1階受付会計④窓口にてお受取りください。		
郵送先宛名			
郵送先記入	〒		
連帯保証人(自署)	氏名	Ⓜ	患者本人との続柄
	住所		
	電話(自宅)	電話(携帯)	
	勤務先	(TEL)	
	極度額	30万円	※極度額とは、連帯保証人の方が保証する上限金額の事です。

※入院時のご確認

過去3カ月以内に当院以外に入院されましたか。

はい

いいえ

退院証明書をお持ちの場合は、受付窓口へお出してください。