

事務長	経理	医事課責任者	担当者

## 入院申込書兼誓約書

医療法人 徳洲会  
和泉市立総合医療センター  
病院長 松下 晴彦 様

入院日 年 月 日  
記載日 年 月 日

## 【患者名】

氏名 印 男 生年月日 大正昭和平成令和 年 月 日  
女 TEL(自宅)  
現住所 TEL(携帯)  
本籍地 (都・道・府・県)  
勤務先名 TEL(勤務先)

健康保険証の種類 1国保 2後期高齢者 3協会けんぽ 4共済 5組合 6その他  
入院給付付きの任意保険に加入していますか 1 はい 2 いいえ  
入院経路はどちらからでしょうか? 1 外来 2 紹介(医療機関名 ) 3 救急

今般貴院に入院するに際して、院内の諸規則の説明を受け承諾いたしました。

つきましては、各種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とき、または他の患者様の迷惑になると判断されたときは、  
貴院の指示に従い即時退院することを了承し、いかなる場合も、貴院にご迷惑をおかけしない事を  
身元保証人・連帯保証人と連署の上、誓約いたします。

## 記

- 入院料その他の諸費用については、指定の期日までに全額を支払います。  
万一支払いが出来ない場合は、連帯保証人がその責任のもと保証限度額の範囲内で支払います。
- 本人の身元については身元保証人において一切引き受けを致します。
- 退院を指示された場合は、指定の期日に身元保証人の責任において引き取ります。
- 貴院から指示された書類・証明書等は、指定の期日までに提出いたします。

【身元保証人  
兼連帯保証人】

(関係: )

氏名 印 男 生年月日 大正昭和平成令和 年 月 日  
女 TEL(自宅)  
住所 TEL(携帯)  
勤務先名 TEL(勤務先)

保証限度額 ( 円)

## 【連帯保証人】

(関係: )

氏名 印 男 生年月日 大正昭和平成令和 年 月 日  
女 TEL(自宅)  
住所 TEL(携帯)  
勤務先名 TEL(勤務先)

保証限度額 ( 円)

〈以下 病院使用欄〉

保証意思確認 年 月 日 午前 午後 時 分 電話面談 面談場所( ) 確認者( )  
保証意思確認書 発送日 年 月 日 返信日 年 月 日

限度額適用認定	①利用同意取得手続中(本人) 担当者( )期限( / )	②利用同意取得手続中(病院) 担当者( )期限( / )	③限度額適用認定提示 確認者( )確認日( / )
	④備考		