

患者番号 () (様) 年 月 日
保険種類

入院申込・誓約書並びに保証書

重工記念長崎病院長 殿

貴院に入院したいので、申し込みます。

- 入院に際しては、**本人及び父兄親族**も、貴院の諸規則(入院のご案内)を遵守し、職員、院内掲示物等による指示に従い治療に専念し、治療の妨害になる言動や他に迷惑をかけません。
○設備利用料として1日330円(税込)を負担致します。
○入院料金等の支払いについては、願出人及び保証人の連帯責任において、一切貴院にご迷惑をかけません。

以上のことを、連帯保証人連署のうえ、誓約します。

病棟	診療科名

願 出 人	入 院 者	ふりがな 氏 名		M・T S・H	年 月 日 年 令 才
	身元引受人 (家族・親戚等)	ふりがな 氏 名		M・T S・H	年 月 日
	身元引受人 現住所	〒 自宅電話 ()-()-() 携帯電話 ()-()-()			

診療費の支払は、願出人が必ず支払います。
万一、期日までに診療費等の支払いができなかった場合には、連帯保証人において、
月20万円を限度に支払いの責を負います。

連 帯 保 証 人	ふりがな		M・T S・H	年 月 日	患者との続柄
	氏 名				
	現住所	〒 自宅電話 ()-()-() 携帯電話 ()-()-()			
	勤務先名		勤務先電話 ()-()-()		

◎連帯保証人は、別世帯で独立した生計を営み支払能力のある身元確実な方をお願いします。

- ※ 太い枠線内をすべてご記入ください。また「続柄」「電話番号」についても必ずご記入ください。
※ ご記入は油性のボールペンなどをご使用ください。(鉛筆や消せるボールペンは不可)
※ この保証書は、今回の入院及び退院後3か月以内の再入院について効力を有します。
住所、TEL等変更された際は速やかにお届け願います。