

入院申込書(兼入院誓約書)

入院年月日: 令和 年 月 日

社会医療法人 慈恵会
聖ヶ丘病院 院長 殿

貴院への入院を申し込みます。入院に際しては貴院の諸規則及び診療上の指示を守ります。また、貴院における個人情報の利用目的(別紙参照)を理解し、私の個人情報を用いることに同意いたします。

なお、入院後に同意しがたい事項が発生した場合にはその旨を申し出致します。

診療費の支払いについても一切貴院にご迷惑をかけない事を、支払者・連帯保証人と連署の上お約束致します。

| | | | | |
|-------------|-------|---|------------------------|------|
| 入院者 (患者) | ふりがな | | 生 年 月 日 | 性 別 |
| | 氏 名 | | 明・大 年 月 日生 昭・平 (歳) | 男・女 |
| | 現住所 | 〒 | 市・郡 町 | (電話) |
| | 勤務先 | | | |
| | 勤務先住所 | 〒 | 市・郡 町 | (電話) |

【緊急連絡先】

| | | | | |
|------|------|---|-------|--------|
| ご家族等 | ふりがな | | 年 齢 | 患者との続柄 |
| | 氏 名 | | 歳 | |
| | 現住所 | 〒 | 市・郡 町 | (電話) |
| | 勤務先 | | | |

| | | | | |
|-----|------|---|-------|--------|
| 支払者 | ふりがな | | 年 齢 | 患者との続柄 |
| | 氏 名 | | 歳 | |
| | 現住所 | 〒 | 市・郡 町 | (電話) |
| | 勤務先 | | | |

※支払者は、支払能力を有する成年者をお願いします。この条件を満たす場合、患者さんと支払者が同一でも差し支えありません
※支払者が患者さん若しくはご家族と同一者の場合は氏名以外は省略可能です。

| | | | | |
|-------------------|------|---|--------|--------|
| 連帯保証人 (生計が別の方) | ふりがな | | 年 齢 | 患者との続柄 |
| | 氏 名 | 印 | 歳 | |
| | 現住所 | | | |
| | 勤務先 | | 根保証極度額 | 50 万円 |

※連帯保証人は、ご家族等、支払者とは別に生計を営んでいる成年者(お勤めの方または年金受給者)として下さい。
※連帯保証人欄に記載が出来ない場合は『入院のご案内』に記載している金額を『入院保証金(現金のみのお取扱いとなります)』としてお預りいたしますので、1階事務受付でご相談下さい。

【入院時または入院後3日以内に1階事務受付へご提出ください。※提出は平日8:40~17:00までにお願致します】

※病院記入欄

| | | | | | |
|------|-----|------|----|-------|-------|
| 入院病棟 | 病棟 | I D | | 保険証確認 | 済・未済 |
| 事務部長 | 副部長 | 医事課長 | 主任 | 病棟担当者 | 説明担当者 |
| | | | | | |

同意書

社会医療法人 慈恵会
聖ヶ丘病院 院長 殿

1. 貴院における個人情報の利用目的（別紙参照）を理解し、私の個人情報を用いることに同意いたします。
2. 面会者、電話等で患者さんの入院の有無、病室番号を尋ねられた場合の案内を行う事について了承します。
3. 病衣およびタオル類、オムツ等は指定のものをお使いいただきます。私物のタオル類オムツ等の持ち込みをしない事に同意し、実費費用をお支払します。
4. 入院生活を快適にお過ごし頂けるよう各ベッドサイドにテレビ・冷蔵庫を設置しております。使用する場合、電気製品使用許可願を提出します。
5. 入院費のお支払方法として口座自動振替を推奨しております。スムーズな入院費の支払いにご協力頂けますようお願い申し上げます（手数料は当院で負担いたします）。

(1) お支払い方法について下記のとおりとします。

自動振替 銀行振込 現金支払い カード支払い

(2) 入院費請求書の渡し方について

入院費請求書については、支払者様(入院患者様と支払者様が同一の場合は家族等(緊急連絡先)様へ翌月15日前後にご郵送させていただきます。

上記について、患者本人の意向と相違なく同意いたします。

令和 年 月 日

身元引受人（支払人）
