様式第1号(第15条関係)

　　入院申込書（兼誓約書）

都留市立病院長　様

　　　年　　　月　　　日

今般貴院に入院し診療を依頼しますので、入院者及び連帯保証人と連署のうえ、申し込みます。

また、下記事項について誓約します。

記

1　貴院から指示された書類等については、入院者又は連帯保証人が指定の期日までに提出します。

2　入院料その他の諸費用については、入院者、家族又は連帯保証人が指定の期日までに全額を支払います。

3　本人の身元については、家族及び連帯保証人において一切引き受けます。

4　万一、貴院の諸規則に違反し、または貴院の職員の指示に従わなかった場合、退院命令が下されても異議申し立てしません。

5　退院を指示された場合は、指定の期日に退院します。また、家族及び連帯保証人の責任において引き取ります。

以上

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入院者 | 氏名 | ㊞ | | 性別 | | □男　　□女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　歳） | | | | |
| 住所 |  | | | | |
| 電話（自宅） |  | 電話（携　帯） | |  | |
| 勤務先名 |  | 電話（勤務先） | |  | |

※入院者欄に署名又は記名押印してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 配偶者、親権者又は後見人 | 氏名 | ㊞ | | 性別 | | □男　　□女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | | 患者との関係 | |  |
| 住所 |  | | | | |
| 電話（自宅） |  | 電話（携　帯） | |  | |
| 勤務先名 |  | 電話（勤務先） | |  | |

　　※患者が既婚者、未成年者又は心身喪失者等の場合は、必ず記載してください。

**私（連帯保証人）は、入院料その他の諸費用の全部又は一部が指定の期日までに支払われなかった場合は、連帯してその責任を負います。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 連帯保証人 | 氏名 | ㊞ | | 性別 | | □男　　□女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | | 患者との関係 | |  |
| 住所 |  | | | | |
| 電話（自宅） |  | 電話（携　帯） | |  | |
| 勤務先名 |  | 電話（勤務先） | |  | |
| 極度額 |  | | | | |

※連帯保証人は、患者、親権者又は後見人と別世帯で独立の生計を営む成年者で、支払能力のある身元確実な方としてください。

※連帯保証人欄は、必ず本人（連帯保証人となられる方）が署名又は記名押印してくだ

さい。