

## 入院申込書及び確約書

令和 年 月 日

(あて先) 国民健康保険 小松 市民病院 長

私は、小松市民病院に入院を申し込みます。入院にあたり次のことを守り、小松市民病院及び他の患者に決して迷惑をかけることを確約いたします。もしこれらに違反したときは退院を命ぜられても異議は申しません。

## 記

- 入院についての諸規則及び療養上の指示に従います。
- 入院に係る諸費用を所定の期日までに納入します。

患 者	ふりがな	生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和
	氏 名		年 月 日
	現住所	(〒 - )	電 話 ( ) - 携帯電話 ( ) -
	勤務先		電 話 ( ) -
者	入院履歴の申告	当院入院前3ヶ月以内に、他の医療機関での入院がありますか。 はい ・ いいえ 「はい」の方は、入院していた医療機関での「退院証明書」の提出、または、 以下を記入して下さい。 【 入院していた医療機関名： 】 【 入院期間： 年 月 日～ 年 月 日 】 ※ 正しく申告されないと、保険の入院料の一部が自己負担になることがあります	

上記の者の身上についての責任は身元引受人が負う。入院に係る諸費用の支払いについては連帯債務者が極度額30万円の範囲内で、引き受けることを確約します。

身 元 引 受 人	ふりがな	患者との続柄	連絡先(勤務先)
	氏 名	Ⓜ	勤務先
	現住所		電話 ( ) -
連 帯 債 務 者	ふりがな	患者との続柄	連絡先(勤務先)
	氏 名	Ⓜ	勤務先
	現住所		電話 ( ) -

- (注) 1. 身元引受人は成年者(同一世帯でも可)が記入押印して下さい。  
 身元引受人は患者本人と当院との入院等の確約の成立の有無に関わらず、上記のとおり患者の身上についての一切の責任を負います。
2. 連帯債務者は成年者で独立の生計を営み、諸費用を支払う能力のある方が直接記入して下さい。  
 (連帯債務者が不適当であると病院が認めた場合、連帯債務者を追加していただくことがあります。)
3. この用紙は、入院する時必ず病棟事務員へ提出して下さい。
4. その他、入院についてご相談があれば、お申し出下さい。

科 名	医 師	病棟看護師長	病棟医事