入 院 申 込 書（入院誓約書）

武蔵嵐山病院　院長　殿

この度、私は入院をする際に貴院の諸規則、指示等を遵守することを誓約します。もし履行出来ないときには退院を命じられても指示に従います。また不服申し立ては致しません。その他貴院に迷惑をかけないことを連帯保証人と連署の上、お約束致します。

ふりがな		男・女	明・大 昭・平　　年　　月　　日　生
患　者 氏　名	印		
現住所	〒　　－ 電話　　（　　）　　携帯　　（　　）		
退院後の住所	〒　　－ 電話　　（　　）		
勤務先			
勤務先住所	電話　　（　　）		

緊急時の連絡先	氏名		続柄		電話　　（　　） 携帯　　（　　）
	氏名		続柄		電話　　（　　） 携帯　　（　　）

◎入院についての自己申告のお願い

以前のご入院について正しく自己申告されないと、保険の入院料の一部が後で自己負担になることがありますので、必ずご記入ください。

1. 貴方はこの３ヶ月以内に病院（保険医療機関）に入院したことがありますか？
   （イ．はい　　ロ．いいえ）⇒　イ.はい　の方は次の問いにもお答え下さい。
   ○　前回の退院先での退院証明書をお持ちの方は受付係にご提出ください。⇒以下の答えは不要
2. 前回の入院先の病院名：（　　）電話　　（　　）
3. 前回の入院期間：　　年　　月　　日～　　年　　月　　日
4. 入院の理由となった主たる病名：（　　）

※連帯保証人　記入欄　　署名日（連帯保証約定日）　　年　　月　　日

私は、上記の者が貴院に入院するにあたり入院診療費、その他諸料金について申込者（入院患者と同一の場合は入院患者）と連帯して保証します。（包括根保証）

連帯保証人（別世帯独立生計者）	ふりがな		印	男・女
	保証人氏名			
	住　所	〒　　－ 電話　　（　　）　　携帯　　（　　）		
	勤務先	電話　　（　　）		
	極度額	50　　万円	入院患者との関係	

以下は病院記入欄（※印欄は医事課で記入コピー控えを渡す。受取日　　年　　月　　日）

※入院月日　　年　　月　　日 退院月日　　年　　月　　日	※保証金領収の　有・無　　円 ※領収年月日　　年　　月　　日
※費用区分　社会保険（本人・家族）／　国民健保／　生保／　労災 退職者医療（本人・家族）／　自費／　その他　介護保険（　　）	扱者　※