

# 入院申込書（兼誓約書）

森田病院長 殿

年 月 日

今般貴院に入院したいので申し込みます。入院に際し、貴院の諸規則を遵守し、指示に従い、下記事項および入院案内の事項を守ります。万一違反したときは、退院を命ぜられても異議は申しません。以上のことを連帯保証人と連署のうえ、誓約いたします。

1. 入院料その他の諸費用は、指定の期日までに入院者、申込者又は連帯保証人が責任をもって納入します。
2. 入院者の一身上に関することは、申込者又は連帯保証人が一切の事項を引き受けます。
3. 退院を指示された場合は、申込者又は連帯保証人が指定の期日に引き取ります。

入院者	フリガナ 氏名	署名または記名押印	生年 月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生
	住所	(〒 - )	電話	- -
	勤務先名		電話	- -
申込者	フリガナ 氏名	署名または記名押印	入院者との続柄 ( )	
	住所	(〒 - )	電話	- -
	勤務先名		電話	- -

注1 入院者と申込者が同じ場合は、申込者欄の記載は不要です

注2 入院者が未成年の場合は、保護者等が申込者欄に記載してください

私は上記入院者の一身上に関する引き受けおよび入院中の医療費等について未納の場合は、連帯してその責任を負います。

連帯保証人	氏名	署名または記名押印	入院者との続柄 ( )	
	住所	(〒 - )	電話	- -
	勤務先名		電話	- -

注1 連帯保証人は、別世帯で独立の生計を営み、医療費等の支払い能力のある方とします

注2 連帯保証人が負う医療費等の責任限度額は1カ月あたり25万円とします

※保険適応外サービスとして、以下の料金が別途かかります。

項 目	料 金 (税抜き)
<input type="checkbox"/> 室料	5000 円 (1 日につき)
<input type="checkbox"/> 室料	2000 円 (1 日につき)
おむつ類代	40 円・60 円・120 円 (1 枚につき)
病衣	200 円

※病室用のテレビ、冷蔵庫について

病室用のテレビ、冷蔵庫のご利用については、プリペイドカード式となっております。  
病棟に設置してあります券売機にて、カードをご購入いただき、ご利用ください。  
又、2階療養病棟にご入院の患者様で、テレビ・冷蔵庫の設置をご希望の方は、貸出し料としてそれぞれ別途150円/日(税抜き)がかかります。ご了承ください。

※病状等に応じて、病室の移動をお願いする場合がございます。あらかじめご了承ください。