

| |
|-------|
| カルテ番号 |
| |

入院申込書

記入日 年 月 日

愛知県医療療育総合センター中央病院への入院を申込みします。
入院にあたっては必要な書類を添えること、病院の諸規定及び指示事項を守ることを約束します。
入院料や諸費用については、入院者、申込者、保証人又は連帯保証人が指定の期日までに全額を支払います。

入院者に関する以下の内容が正しいことを確認しました。(誤りがある場合は、修正後にチェックしてください。)

| | | | |
|-------|--|----|-----------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 入院者氏名 | | | |
| 住所 | | | 電話番号・携帯電話 |
| | | | |

| | | | |
|-------|-----------|----|-------------------|
| フリガナ | | 続柄 | 生年月日 |
| 申込者氏名 | <自署> | | 年 月 日 |
| 住所 | 〒() | | 電話番号・携帯電話 |
| | | | ① () - |
| | | | ② () - |

身元引受書兼誓約書

記入日 年 月 日

入院者の身元については、身元保証人において一切引き受けを致します。入院料等の支払いに同意します。

| | | | |
|--------------|-----------|----|-------------------|
| フリガナ | | 続柄 | 生年月日 |
| 保証人氏名 | <自署> | | 年 月 日 |
| 住所 | 〒() | | 電話番号・携帯電話 |
| | | | ① () - |
| | | | ② () - |
| 勤務先名称 | | | () - |
| 上限額 (極度額) | 300,000 円 | | |

記入日 年 月 日

入院料や諸費用の全部又は一部が未納の場合は、連帯してその責任を負うことを誓います。

| | | | |
|--------------|-----------|----|-------------------|
| フリガナ | | 続柄 | 生年月日 |
| 連帯保証人氏名 | <自署> | | 年 月 日 |
| 住所 | 〒() | | 電話番号・携帯電話 |
| | | | ① () - |
| | | | ② () - |
| 勤務先名称 | | | () - |
| 上限額 (極度額) | 300,000 円 | | |

愛知県医療療育総合センター中央病院長 殿

| |
|-------------|
| 病院記入欄 <入院日> |
| 年 月 日 |

保証人:入院者に支払能力がない場合、その配偶者・親権者・後見人・補佐人又は親族で支払能力がある方がご記入下さい。
連帯保証人:成年者で、患者及び保証人(保護者)とは生計が別で、別世帯であり、支払能力のある方がご記入下さい。