

入院誓約書

(病院記入)入院日:令和 年 月 日

入院患者	フリガナ		性別	男・女
	氏名	⑩		
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生(歳)		
	住所	電話 - - 携帯電話 - -		

上記の者は、この度、貴院への入院にあたり、入院中は貴院の諸規則、治療指示等は堅く守り、治療に専念します。又、下記事項に関しても決して貴院に迷惑をかける事を連帯保証人と連署の上、誓約します。

- 本人及び身元引受人並びに連帯保証人は、入院に関する諸規則その他の指示事項を守り、本人に関する一切のことは、身元引受人並びに連帯保証人が責任をもってお受けします。
- 医療行為について説明を受け、同意した上で、すべての診療内容について医師の判断、指示に従います。
- 入院期間等については、主治医の指示に従います。
- 入院診療費及びその他の費用は、指定の納期期限までに必ずお支払いいたします。延滞した場合は連帯保証人が速やかに納入いたします。
- 貸与品や備品を紛失、破損、汚損等の場合は、貴院の指示に従い弁償金をお支払いします。
- 諸規則に違反し退院を命ぜられても、決して異議を申し立てず直ちに退院いたします。
- 暴言・暴力やセクシャルハラスメント行為などがあり、警告に応じない場合は直ちに退院いたします。

誓約日:令和 年 月 日

【身元引受人兼連帯保証人記入欄】

私は入院診療費、その他の費用について上記入院患者と連帯して保証します。また、上記入院患者が上記事項を遵守するよう責任をもって指導いたします。

署名日(締結日):令和 年 月 日

身元引受人兼連帯保証人

住所 電話

氏名 ⑩ 患者との続柄

勤務先 電話

極度額 90 万円

【連帯保証人記入欄】

私は入院診療費、その他の費用について上記入院患者と連帯して保証します。

署名日(締結日):令和 年 月 日

連帯保証人(身元引受人兼連帯保証人と別世帯で、支払能力を有する身元確実な成年者に限る)

住所 電話

(後日、ご本人確認のためお電話差し上げております。)

氏名 ⑩ 患者との続柄

勤務先 電話

極度額 90 万円

※極度額とは、入院診療費、その他の費用について入院患者が支払いをしなかった場合に、連帯保証人が引き受ける上限金額の事です。

茨城リハビリテーション病院長 殿

事務使用欄

連絡日:

送付日: