

# 入院申込書（兼誓約書）

西暦 年 月 日

医療法人 深川病院  
院長 深川差雅香 殿

今般貴院に入院するに際して、下記を含めた院内の諸規則を遵守することを確約いたします。万一、各種規則に違反したとき、または他の患者様の迷惑になると判断されたときは、貴院の指示に従い即時退院することを了承し、いかなる場合も、貴院にご迷惑をおかけしないことを身元保証人、連帯保証人と連署の上、誓約いたします。

## 記

- 入院料その他の諸費用については、身元保証人または連帯保証人が指定の期日までに全額支払います。
- 本人の身元については、身元保証人において一切引き受けを致します。
- 退院を指示された場合は、指定の期日に身元保証人の責任において引き取ります。
- 連帯保証人は支払義務者とは別に独立して生計を有する方をお願いします。必ず自署・ご捺印をお願いします。
- 支払義務者及び連帯保証人の記載内容に変更があった場合は、速やかにお届け願います。
- 入院費その他の諸費用について、支払いが2ヶ月遅れた場合、即時退院することを了承します。

患者	ふりがな		生年月日	大・昭・平・令
	氏名			年 月 日
	連絡先 (住所)	☎		

身元保証人 (支払義務者)	ふりがな		生年月日	大・昭・平・令
	氏名	印		年 月 日
	現住所			
代筆不可	患者との続柄		連絡先(自宅)	☎
	勤務先 (社名/部署)		(勤務先等)	☎
			(携帯)	☎

日付：西暦 年 月 日

私（連帯保証人）は、入院料その他の諸費用の全部又は一部が指定の期日までに未納の場合は、極度額を限度として、連帯してその責任を負うことを誓います。

連帯保証人	ふりがな		生年月日	大・昭・平・令
	氏名	印		年 月 日
	現住所			
代筆不可	患者との続柄		連絡先(自宅)	☎
	勤務先 (社名/部署)		(勤務先等)	☎
			(携帯)	☎
	極度額	30万円		