

入院申込書兼誓約書

患者氏名	(ふりがな)	現住所	〒 -
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)	電話番号	()

身元引受人署名の上、入院を申し込みます。

なお、入院のうえは、貴院の規則、指示を必ず守ることを誓約します。

もし、これに反した場合または、他の患者様に迷惑となると判断された時は、何時退院を命じられても不服を申しません。入院案内に記載してある、当院における個人情報の利用目的を理解し、定められた範囲内で使用することに同意します。

身元引受人 兼 連帯保証人 (連帯保証人は独立生計を営む家族、又は知人等)

上記の者の入院治療をお願いする上は、治療費が支払えなかった場合、その他一切の責任を引受け迷惑はかけません。身元引受人は、本人の支払い債務に対し極度額 50 万円の範囲内で連帯責任を持つことを了承します。

身元引受人 兼 連帯保証人		現住所	〒 -
氏名	(ふりがな)		
	(患者との関係 :)		
電話番号	自宅	携帯	
勤務先		電話番号	()

入院請求書の送付についてご希望の方は送付いたします。 送付希望 する ・ しない

入院請求書送付を希望される方は送付先にチェックをお願いします。

- 患者様自宅
 身元引受人兼連帯保証人
 その他

令和 年 月 日

申込書記入者氏名

(患者との関係 :)

松原メイフラワー病院 院長 殿

※ マイナンバーカードをお持ちの方へ

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。

はい ・ いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。