

入院保証書

信州大学医学部附属病院長 殿

入院に際しては貴院の諸規則ならびに医師等の診療上の指示に従います。

ふりがな		生 年 月 日	明 大 昭 平 令	年	月	日	診 療 科 名
患者氏名							
患者番号							

身 元 引 受 人	現住所	〒		TEL () -	
	氏名	Ⓜ		患者との関係	
	職業			男・女	生年月日
	勤務先	名称			勤務先 TEL () -
住所		〒			

お願い 1. 身元引受人は、成年者をお願いします。

上記患者の診療費等の支払については、診療費等支払者が必ず支払います。
万一、指定の期日までに診療費の支払いができなかった場合には、連帯保証人が診療費等支払者と連帯して滞りなく支払います。

診 療 費 等 支 払 者	現住所	〒		TEL () -	
	氏名	Ⓜ		患者との関係	
	職業			男・女	生年月日
	勤務先	名称			勤務先 TEL () -
住所		〒			

連 帯 保 証 人	現住所	〒		TEL () -	
	氏名	Ⓜ		患者との関係	
	職業			男・女	生年月日
	勤務先	名称			勤務先 TEL () -
住所		〒			

- お願い
- 診療費等支払者は、支払能力を有する方をお願いします。(患者さんと診療費等支払者とが同一人物でも差し支えありません。) なお、患者さんが精神上の障害により事理を弁識する能力を欠く状況に在る者の場合は、親権者又は後見人の方の記入をお願いします。
 - 連帯保証人は、患者さん及び診療費等支払者と別世帯の支払能力を有する成人の方をお願いします。
 - 入院された患者さんが退院後、退院の日から起算して1か月を超えない期間内に入院する場合は、引き続いているものとみなしますので、この場合は入院保証書を提出していただく必要がありません。
 - 患者さん本人、身元引受人、診療費等支払者、連帯保証人の現住所が変わったときは、すみやかに入退院受付までお届けください。