

入院保証契約書

入院するにあたり下記事項また「入院案内」等の事項・諸規制を遵守し
他の患者や貴院に迷惑をかけないことを連署の上、誓約いたします。

記

- 入院中は、医師その他病院職員の指示に従います。
- 入院料その他の諸費用については、入院継続中であれば毎月25日までに、退院の際は退院時に患者および身元引受人が連帯して遅滞なく全額支払います。
- 入院中、他の医療機関への受診を希望する場合は、必ず事前に看護職員に申し出ます。無断で受診した際は、他の医療機関へ転院を希望する場合は、必ず事前に看護職員に申し出ます。
- 保険証・住所等の変更は、必ず事前に看護職員に申し出ます。
- 退院の決定日は、原則として、医師の指示に従います。
- 入院環境において、感染症の発生、または偶発的に皮膚損傷や骨折等の発生を希望します。
- 身元引受人は、患者本人に指示・規則等を厳守させ、患者の身元について引き受けます。
- オンライン資格確認での、限度額認定証の取得に同意します。
- 当誓約書は予約入院の際は入院当日に、緊急入院の際は入院後3日以内に提出します。
- 保証の対象は入院費用一切であり、極度額は50万円です。

必ずお読みください

■患者記入欄 ※お名前は、戸籍に登録されている漢字でご記入ください。

フリガナ	小郡 太郎	入院される方	
お名前	小郡 太郎		
生年月日	大正昭和平成令和元年12月31日	性別	男
ご自宅	ご住所	福岡県小郡市小郡1-1-1	
	電話番号	0942(123)123 ☒ ご自宅 ☐ その他()	
お勤め先	フリガナ	電話番号	0942(999)999
	名称	株式会社 △△△	
	ご住所	福岡県小郡市小郡1-1-2	

お勤めされていなければ「なし」と記入

■身元引受人記入欄(記入は自書でお願いします。)

フリガナ	小郡 花子	患者様とのご関係	妻
お名前	小郡 花子	電話番号	0942(123)123
ご自宅	ご住所	同上	
お勤め先	フリガナ	電話番号	()
	名称	FAX番号	()
	ご住所		

■連帯保証人

氏名	株式会社イントラスト
住所	東京都千代田区麹町1-4 半蔵門ファーストビル2階
電話	0120-372-603

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、連帯してその責任を負うことを誓います。

※患者さんの個人情報については院内の規定に基づき対応させていただきます。

※当申込書(兼誓約書)の提出を以って、株式会社イントラストを連帯保証人とする保証委託契約にお申込みいただいたものとします。なお、当申込書(兼誓約書)の記載内容等の個人情報については、連帯保証人代行制度の運営に必要な範囲で株式会社イントラストへ提出させていただきますので、予めご了承ください。

入院日 20XX年 12月 31日

嶋田病院 院長 殿

提出日 20XX年 12月 31日