

入院日: 令和 年 月 日

ID:

入院誓約書

永寿総合病院院長 殿

私は、貴院の入院診療を受けるにあたり、下記の事項を守り、他の患者や貴院に迷惑をかけないことを誓約いたします。

記

- 病院の諸規則を守り、院内生活等については貴院の指示に従います。
- 病棟・病室の移動については、貴院の指示に従います。
- 入院料、その他の諸費用については、貴院指定日までにお支払いいたします。
- 患者本人が貴院指定日まで諸費用を支払わない場合は、連帯保証人の責任においてお支払いいたします。
- 連帯保証人①が責任を負う金額の上限(限度額)は、患者が保険診療の場合は 30 万円、自費診療の場合は 100 万円となることを承知しました。

【患者】※代筆の場合、患者様のご印鑑は不要です。

令和 年 月 日

フリガナ		印	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日生
氏名							
自宅電話	()	携帯	()				
住所	〒						
勤務先名称		電話	()				
所在地							

尚、入院中第三者(親族を含む)より部屋番号の問い合わせがあった場合、患者氏名を確認した上で、貴院より回答することに ☐ 同意します

☐ 同意しません

患者氏名 印

(患者本人が記入できない場合)代筆者氏名 印

【連帯保証人①】

令和 年 月 日

連帯保証人①を代筆される場合は、連帯保証人①となる方に承諾を取った上でご記入ください。

フリガナ		印	続柄	(患者の)
氏名				
自宅電話	()	携帯	()	
住所	〒			
勤務先名称		電話	()	
所在地				

【連帯保証人②】

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

※当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供させていただきますので、予めご了承ください。