

# 入院申込書

令和 年 月 日

社会医療法人 聖ルチア会  
聖ルチア病院 病院長 殿

この度、貴院へ入院するにあたり、入院治療の説明を十分に理解しましたので、入院を申し込みます。入院後は貴院医師、その他職員の指示に従い、下記を含めた入院生活上の諸規則を遵守し、貴院に迷惑をかけることを誓約致します。

## 記

1. 他の患者さんやそのご家族、貴院職員の迷惑になるような行為は一切行いません。
2. 故意または過失により貴院の備品などを破損若しくは紛失した場合は、修繕等の費用を弁償します。
3. 患者本人の身元については、身元引受人において一切引き受けを致します。
4. 入院料、その他入院中の療養に係る諸費用については、「入院に関するお知らせ」に定められた通り、必ず遅延なく支払うことを、連帯保証人と連署をもって約束します。

患者本人	ふりがな 氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	〒 - 住所	電話	病院名	可 ・ 不可
			(自宅)	- -
			(携帯)	- -
職業	勤務先	電話	- -	

身元引受人	ふりがな 氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	〒 - 住所	電話	連絡順	病院名 可 ・ 不可
				(自宅) - -
			(携帯)	- -
職業	勤務先	電話	- -	

連帯保証人	ふりがな 氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	〒 - 住所	電話	連絡順	病院名 可 ・ 不可
				(自宅) - -
			(携帯)	- -
職業	勤務先	電話	- -	

注)連帯保証人は、患者が負担する入院料、その他の費用について、100万円を上限に連帯して保証する。

(記入にあたってのお願い)

- 1.各氏名の欄については、自署または記名捺印をお願い致します。
- 2.連帯保証人については、患者ご本人と別生計、別世帯の方でお願い致します。
- 3.記入事項に変更が生じた場合は、速やかに届出をお願い致します。

請求書送付先	送付先氏名	封筒確認 病院名あり ・ 病院名なし (緑) (茶)
	〒 - 住所	

- 患者本人同様
- 身元引受人同様
- 連帯保証人同様
- 本人手渡し