

入院申込書兼誓約書

地方独立行政法人福岡市立病院機構 理事長

申込日(入院日) 年 月 日

私は、貴院に入院を申し込みます。入院中は、諸規則を守り療養等に関する指示に従います。
なお、在院中の治療費、実費その他一切の債務は、指定の期日までに支払うことを保証人連帯の上誓約します。

入院者本人	ふりがな 氏名	印	保険証性別 男・女	生年 月日	昭和・平成・令和 年 月 日生 () 歳
	住所	〒			
	電話番号	(自宅)	(携帯)		
	緊急時 連絡先	(氏名)	続柄	(電話)	
保護者(支払義務者)	ふりがな 氏名	印	患者本人 との続柄		
	住所	〒			
	電話番号	(自宅)	(携帯)		
	勤務先名	(電話)			
※連帯保証人	<input type="checkbox"/> 『クレジットカード番号登録書』を提出いただければ連帯保証人は不要です。 左枠にチェックのうえお申し出ください。登録書をお渡します。				
	ふりがな 氏名	印	患者本人 との続柄		
	住所	〒			
	電話番号	(自宅)	(携帯)		
	勤務先名	(電話)			
	極度額(上限額): 入院後発生する費用一切 500,000 円				

- ・入院者本人が支払義務者と同一の場合、「支払義務者氏名」欄は患者氏名のみ記入願います。
- ※連帯保証人は、支払義務者とは別に生計を営む支払能力を有する成年者をお願いします。
- ※連帯保証人は必ず自署のうえ捺印をしてください。
- ※入院費用が極度額(上限額)を超えた場合は改めて誓約書を取り直させていただきます。
- ・この書類は入院の都度ご提出いただきます。

-----以下記入不要-----

患者 ID	
入院年月日	
診療科	
主治医	

受付者