

入院申込書

札幌秀友会病院
病院長 殿

年 月 日

貴院に入院するにあたり、貴院諸規則、職員の指示、院内掲示物及び入院案内書等による指示に従うことを誓約いたします。

なお、貴院の検査・治療については一切を任せ、入院費、その他療養に係る費用については遅滞なく支払い、退院の際に請求書が発行された場合は、退院時に全額清算致します。

(フリガナ) 患者氏名 印	大・昭 平・令	年 月 日	才 (男・女)
現住所 電話			
上記以外の 連絡先がある 場合 電話			
連帯保証人	連帯保証人は上記入院者の一身上に関する引き受け及び入院中の医療費等の 支払い責務については患者本人又はその法定代理人などと連携して保証責務を 負います。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 氏 名 印 住 所 電話 勤 務 先 本人との関係			
極 度 額	300,000円			

〈注意事項〉

- ・連帯保証人とは、患者と同一の世帯以外で独立生計を営む方。
- ・「極度額」とは保証人から見て自身の負う負担上限額のことです。
- ・捺印は朱肉印(シャチハタ不可)で患者様、保証人様それぞれ別に捺印をお願い致します。
- ・修正テープ、修正液は使用不可。

札幌秀友会病院