

# 入院申込書（兼誓約書）

東京通信病院長 様

平成 年 月 日

この度、貴病院に入院し、診療を受けたいので連帯保証人連署のうえ申し込みます。  
入院の際は貴病院の諸規則を守り、指示に従います。また、下記事項を相違なく履行することを誓約いたします。

## 記

- 入院者の一身上に関することについては、申込者又は連帯保証人が一切の事項を引き受けます。
- 入院料、治療費その他諸経費は、指定の期日までに入院者、申込者又は連帯保証人が責任をもって納入いたします。
- 退院を命ぜられた場合は、申込者又は連帯保証人の責任において、指定の期日までに必ず引き受けます。

入院者	ふりがな		診療カード番号	-	-	性別	男・女
	氏名		印				
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日（ 歳）	介護保険（40歳以上に限る） <input type="checkbox"/> 有（要支・要介） <input type="checkbox"/> 無	
	住所	〒		電話番号	-	-	
	勤務先			電話番号	-	-	
申込者	氏名		印	（入院者との続柄）			
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日（ 歳）		
	住所	〒		電話番号	-	-	
	勤務先			電話番号	-	-	

- (注) 1 入院者と申込者が同じ場合は、申込者欄の記載は不要です。  
2 入院者本人が被扶養者の場合は、その保護者（扶養義務者）も申込者欄に署名捺印をしてください。

連帯保証人	氏名		印	（入院者との続柄）			
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日（ 歳）		
	住所	〒		電話番号	-	-	
	勤務先			電話番号	-	-	

私（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について未納の場合は、連帯してその責任を負うことを誓います。

- (注) 1 連帯保証人は、成年者であっても入院者とは別に生計を営んでいる方にしてください。  
2 クレジットカード番号を登録される方は、連帯保証人は不要となります。（様式の提出要）

病院記入欄 入院日 年 月 日  
病棟

退院日 年 月 日  
病棟

## 入院申込書の「連帯保証人」について

当院では入院申込書に連帯保証人を記載できない患者さんについては、クレジットカード番号をご登録いただければ、連帯保証人の選任は不要です。

ご利用の方は下記事項を記入してください。(カードは患者さんご本人の名義でなくても、カード名義人ご本人の申込みであれば取り扱います。)

入院の際、入退院窓口でクレジットカードを確認させていただきますので、お手数ですが、クレジットカードをご提示願います。

様式

### クレジットカード番号確認・支払申込書（入院時申込用）

下記のクレジットカードを使用して、今回の入院診療費を支払うことを申請します。

申請者氏名（カード名義人）  (入院者との続柄： )	入院患者氏名	
	診療カード番号	— —
カード番号		16桁
有効期限	西暦 年 月	
カード種別	三菱UFJニコス・MASTER・JCB・VISA・AMERICAN EXPRESS ・Diners・DISCOVER	
支払方法	1回のみ	
領収書の送付先（入院者の住所と異なる場合のみ記入） 住所 〒  宛名		

※ 設定の利用限度額を超えることができませんのでご注意ください。

なお、利用限度額を超えた場合は、患者さまご自身でクレジットカード会社にご連絡いただき、利用限度額の変更申請を行ってください。

申込書でご提供いただいた個人情報は、当院の個人情報の取扱いに関する基本方針に基づき、安全かつ厳重に管理し、入院申込用以外には使用しません。

#### 病院記入欄

受付者	受付日	カード処理日	処理担当者