

入院申込書

ID番号()

フリガナ 入院者氏名	男 女	《請求書郵送先》	
生年月日	大・昭・平・令 年　月　日 (満　歳)	フリガナ 氏名	(続柄:)
		現住所 アパート等	〒(- -)
電話番号		電話番号	
入院年月日	令和　　年　　月　　日	備考	

このたびの入院に際して、下記事項を必ず守ります。

1. 診療費その他の諸費用は、毎月15～月末までに支払いします。
2. 退院の許可があった場合は、指定どおりにいたします。
3. 身元保証人・連帯保証人が転居した場合は速やかに転居先を届け出ます。
4. 保険の変更があった場合は、直ちにお知らせします。
5. 毎月の支払いの際には、保険証・各種医療受給者証・介護保険証等の提示をいたします。

医療法人おもと会 大浜第二病院長 殿
令和　　年　　月　　日

【身元引受人兼連帯保証人】 (保証限度額1,000,000円)

フリガナ 氏名	印	生年 月日	大・昭・平・令 年　　月　　日 (　歳)
住所アパート等	〒(- -)		
電話番号		職場	
続柄		電話番号	

【連帯保証人】 (保証限度額1,000,000円)

フリガナ 氏名	印	生年 月日	大・昭・平・令 年　　月　　日 (　歳)
住所アパート等	〒(- -)		
電話番号		職場	
続柄		電話番号	

※その他連絡がとれる方がいましたらご記入ください。

氏名	(続柄)	氏名	(続柄)
電話番号		電話番号	