

入院誓約書

年 月 日

地方独立行政法人大月市立中央病院長 殿

私は、下記事項について 誓約します。

- ① この度の入院に際しまして、貴院の諸規則および診療上の指示および患者の責務を遵守します。
- ② 違反した時は、退院の指示に従います。
- ③ 私の身元につきましては 家族および連帯保証人が一切を引き受けます。
- ④ 診療費用および諸料金は、私・家族・または連帯保証人が遅滞なく支払います。
- ⑤ 入院中に貴院の備品を破損した場合は、その費用を支払います。

願 出 人	フリガナ		生年月日	年 月 日	男・女	職業	
	氏名		①				
	現住所	(〒 -)					
	電話番号	① - -	② - -				
	勤務先名	電話 (- -)					
	勤務先住所						
記 載	配偶者、 親権者または 後見人	氏名	①	関係	生年月日	年 月 日	
		住所					
	患者が既婚者・未成年者・心神喪失者の場合は必ず記載してください	電話番号	① - -	② - -			
		勤務先名	電話 (- -)				
入院費 請求先	氏名	①	関係	生年月日	年 月 日		
		住所					
	電話番号	① - -	② - -				
	勤務先名	電話 (- -)					
連帯保証人 記載	私は、入院中の診療費用および諸料金に係る債務について、願出人と連帯して支払いの責任を持ちます。						
	氏名	①	関係	生年月日	年 月 日		
		住所					
	患者・親権者または後見人と別世帯で独立の生計を営む成年者で、支払能力のある身元確実な方	電話番号	① - -	② - -			
	勤務先名	電話 (- -)					

注意1) 連帯保証人欄は、必ず本人に記載してもらってください。

注意2) 入院中、誓約書または保険証等の記載内容に変更があった場合には、必ず受付窓口にお申し出下さい。

注意3) 押印は、必ず朱肉でお願いします。

注意4) 交通事故・業務中の傷病（公務災害・労働災害）・ケンカまたはその他特殊な事情による受傷で入院される方は
受付窓口に申し出て下さい。

当院では入院患者様のお口の状態確認に、歯科口腔外科の医師・歯科衛生士が回診します。回診の結果、診療が必要であれば
歯科口腔外科としての治療を行わせていただきます。

入院誓約書

年 月 日

入院日をご記載下さい

地方独立行政法人大月市立中央病院長 殿

私は、下記事項について 誓約します。

- ① この度の入院に際しまして、貴院の諸規則および診療上の指示および患者の責務を遵守します。
- ② 違反した時は、退院の指示に従います。
- ③ 私の身元につきましては 家族および連帯保証人が一切を引き受けます。
- ④ 診療費用および諸料金は、私・家族・または連帯保証人が遅滞なく支払います。
- ⑤ 入院中に貴院の備品を破損した場合は、その費用を支払います。

患者 出 願	フリガナ			生年月日	年 月 日	男・女	職業	
	氏名			④				
	現住所	(〒 -)						
	電話番号	①	-	-	②	-	-	
	勤務先名	電話 (- -)						
勤務先住所								
記 載	配偶者、 親権者または 後見人	氏名	④	関係	生年月日	年 月 日		
		住所						
	患者が既婚者・未成年者・心神喪失者の場合は必ず記載してください	電話番号	①	-	-	②	-	-
		勤務先名	電話 (- -)					
入院費 請求先	氏名	④	関係	生年月日	年 月 日			
		住所						
	電話番号	①	-	-	②	-	-	
		勤務先名	電話 (- -)					
連帯保証人 記載	私は、入院中の診療費用および諸料金に係る債務について、願出人と連帯して支払いの責任を持ちます。							
	氏名	④	関係	生年月日	年 月 日			
		住所						
	患者・親権者または後見人と別世帯で独立の生計を営む成年者で、支払能力のある身元確実な方	電話番号	①	-	-	②	-	-
	勤務先名	電話 (- -)						

入院する患者さんについて
ご記載いただきます

入院する患者さんが既婚であれば配偶者、お子さんであれば親権者、もしくは後見人にあたる方の連絡先をご記載ください

費用の請求先を記載して下さい。特に入院する患者さん以外に請求する場合は必須です。

入院する患者さんと世帯が別の方でお届けください

注意1) 連帯保証人欄は、必ず本人に記載してもらってください。

注意2) 入院中、誓約書または保険証等の記載内容に変更があった場合には、必ず受付窓口にお申し出下さい。

注意3) 押印は、必ず朱肉でお願いします。

注意4) 交通事故・業務中の傷病（公務災害・労働災害）・ケンカまたはその他特殊な事情による受傷で入院される方は受付窓口にお申し出下さい。