

ID

入院日

年

月

日

入院申込書 兼 診療費等支払保証書

医療法人 十全会 聖明病院長 様

入院患者	本籍地	都道府県		
	住所	〒		
	フリガナ 氏名			連絡先
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	職業

※入院患者が生活保護を受給している、またはこれから生活保護を申請する場合

福祉等	福祉名	電話	担当者
	要否意見書（有・後日発送） 施設（_____ダルク・SARS・その他） 日用品費入金方法（病院へ振込・現金書留・家族から・施設から）		

支払いについて 上記入院患者の入院診療費等は、保証人が必ず支払います。万一指定の期日までに入院診療費等の支払いが滞った場合は連帯保証人が支払います。なお、保証人及び連帯保証人の記載事項に変更があった場合はすみやかに届け出ます。

入院保証金について 入院にあたり、保証金として10万円をお預かりさせていただきます。この10万円は退院会計の際に精算させていただきます。

保証人	住所	〒		
	フリガナ 氏名			連絡先 自宅 携帯
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	患者との 続柄
	勤務先			勤務先 電話番号
連帯保証人	住所	〒		
	フリガナ 氏名			連絡先 自宅 携帯
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	患者との 続柄
	勤務先			勤務先 電話番号
	極度額	30万円 (注)連帯保証人は、患者が負担する入院料その他の費用について、極度額の範囲内で連帯して保証する。		

※原本は病院が保管し、複写は保証人へお渡りする