

入院保証書

この度貴院に入院するにつきましては、貴院の諸規則並びに診療上指示されましたことと、更に下記の事項を必ず守り、決して貴院にご迷惑を掛けないことを連帯保証人と連署をもって約束致します。

記

1. 診療に関する患者負担の費用について貴院から指示があり次第、遅滞なく支払います。万一遅れるような事があった時には連帯保証人が本人と連帯して支払いの責任を負います。

2. 退院の指示がありました場合には、必ず期日までに退院致します。なお、退院先には問題があり、退院が困難な時には連帯保証人が本人を引き取ります。

3. 連帯保証人転居の際は速やかにお届けいたします。なお、連帯保証人が長期不在となる場合には、代理人をもってご指示通りに致します。

平成 年 月 日

患者名	住所	〒		
	ふりがな	-----		
	氏名	印		
	性別		生年月日	年 月 日 (歳)
	電話番号			
身元引受人	住所	〒		
	ふりがな	-----		
	氏名	印		
	電話番号			
	携帯電話			
職業		患者との続柄	()	
連帯保証人	住所	〒		
	ふりがな	-----		
	氏名	印		
	電話番号			
	携帯電話			
職業		患者との関係	()	

(注)

- ・身元引受人はなるべく身近な家族、親族の中から選んでください。
- ・連帯保証人は患者さんと別世帯でしかも確実な経済力のある方を選んでください

医療法人 明誠会 白根医院
院長 白根 一 殿