

# 入院申込書（兼入院誓約書）

入院日：平成 年 月 日

特定医療法人清和会  
和ホスピタル 院長 殿

貴院への入院を申し込みます。入院に際しては貴院の諸規則及び診療上の指示を守ります。  
設備、備品等を破損させた場合には弁償いたします。  
なお、入院料その他の費用等について支払者が支払できない時には連帯保証人が速やかに納入し、決して貴院にご迷惑をかけません。

入院者	ふりがな 氏名		生年月日	明・大 昭・平	年	月	日生	( 歳)
	現住所	〒						
	電話番号							

## 【緊急連絡先】

家族等	ふりがな 氏名		年齢		続柄	
	現住所	〒				
	電話番号	①				
		②				

以下の支払者は、入院者又は【緊急連絡先】家族等と同一の場合は氏名以外は省略可能です。

支払者	ふりがな 氏名		年齢		続柄	
	現住所	〒				
	電話番号		職業			

(生計が別の方) 連帯保証人	ふりがな 氏名		年齢		続柄	
	現住所	〒				
	電話番号		職業			

※連帯保証人は、支払者とは別に生計を営んでいる方としてください。

## 【請求書送付先】

入院者 ・ 支払者 ・ その他	( 〒 )
-----------------	-------

## 【金銭管理】

自己管理 ・ 病院管理（1日50円の管理手数料をいただきます）
---------------------------------

金銭病院管理の場合、使用状況の分かる台帳をお渡しします。以下の送付先をご記入ください。

〈預り金台帳送付先〉	
入院者 ・ 支払者 ・ その他	( 〒 )