

入院申込書（兼入院誓約書）

入院日：令和 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						

【身元引受人】

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

【その他連絡先】

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【身元引受人】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		

【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（〒	）