

入院 申 込 書

医療法人溪仁会 定山溪病院 殿

年 月 日

貴院への入院を申し込みます。入院中は下記の事項を必ず守ることを、身元引受人及び連帯保証人連署のうえ誓約いたします。

記

1. 入院中は、病院職員の指示を守ります。
2. 患者・家族と病院との連絡を密にし、入院費用等の支払いについては貴院に一切ご迷惑をかけません。
3. 下記の記載事項について変更があった場合は、必ず病院へ連絡いたします。

患 者	フリガナ 氏 名 印	男 女	明 大 昭 平 年 月 日生 才		
	現 住 所	〒		Tel		
	連 絡 先	〒		Tel		
	勤 務 先 名	〒		職業 () Tel		
身 元 引 受 人	フリガナ 氏 名 印	男 女	明 大 昭 平 年 月 日生 才		
	現 住 所	〒		Tel		患 者 と の 関 係
	勤 務 先 名	〒		職業 () Tel		
連 帯 保 証 人	フリガナ 氏 名 印	男 女	明 大 昭 平 年 月 日生 才		
	現 住 所	〒		Tel		患 者 と の 関 係
	勤 務 先 名	〒		職業 () Tel		

記入についてのご注意

- ①文字は、かい書でご記入ください。
- ②身元引受人と連帯保証人は、別の方としてください。
- ③身元引受人は原則、近親者の方にしてください。
- ④連帯保証人は、患者さまと別世帯で独立の生計を営む成年者で、お支払能力のある方にしてください。また、入院後、連帯保証人の方には病院からご確認のご連絡をさせていただきます。
- ⑤氏名および住所は必ず保険証のとおりにご記入ください。

入院費用等のお支払いについて

当院では、入院費用等の請求は、月末締め翌月20日までにお支払いをお願いしております。なお、請求書は月初めから土日祝を除く5日目に発送いたします。

以下、ご希望のお支払い方法を○で囲み、ご記入願います。

- | | | | | |
|-----------|--------------------------------|--------|----|------------------|
| ①請求書 | 本人渡し | ご家族へ郵送 | | |
| ②お支払い方法 | 現金 | カード | 振込 | 引落し(銀行・ゆうちょ・預り金) |
| ③ご請求宛て先住所 | ※身元引受人以外の場合記入、連帯保証人は不可。 | | | |
| | 〒 | | | |

フリガナ
氏名

患者との関係 ()

電話

また、入院費用等、お支払い滞納による未収金が発生した場合、当院は次の対応を取らせていただくことをご了承ください。

- ①毎月20日までのお支払いがない場合、お電話にて催促させていただきます。
何らかの理由により、当月20日までのお支払いが不可能となった場合、事前に医事課までご連絡ください。
- ②2ヶ月間、お支払いがない場合には「内容証明書」にて催促させていただきます場合があります。
- ③3ヶ月間、お支払いがない場合には、病院から「連帯保証人」と連絡を取らせていただき、催促させていただきます場合があります。
- ④催促後、お支払いがない場合は「悪質な行為」と判断し、法的な手段を取らせていただく場合があります。

個人情報保護に関する同意について

当院の「個人情報の収集・同意・開示について」をご確認ください。
個人情報利用目的にご承諾いただき、ご署名をお願いいたします。