

# 入院書

盛岡市立病院長 様

平成 年 月 日

貴病院に入院を申し込みます。入院するにつきましては、貴病院の規定及び指示を厳守し、入院費などの診療費は所定の期日までに必ず支払い、決して貴病院に迷惑をかけること約束いたします。

患者住所

患者氏名

電話

職業（勤務先）

電話

入院申込者

住所

氏名

㊦（患者が未成年の場合には入院申込者は親権者）

\*入院申込者本人が自署する場合は押印は不要です。それ以外の場合は氏名の右欄に押印してください。

## 身元引受・診療費等支払保証書

盛岡市立病院長 様

平成 年 月 日

上記患者の入院中の身上に関する事項は身元引受人において保証し、貴病院の指示があった場合には、その指示に従います。

身元引受人（患者との関係）

住所

電話

氏名

㊦ 勤務先等

\*身元引受人本人が自署する場合は押印は不要です。それ以外の場合は氏名の右欄に押印してください。

上記患者の貴病院入院中の診療費等は、納入通知書（請求書）記載の納入期限内に支払義務者が必ず支払いいたします。万一、指定の期日までに診療費等の支払いができなかった場合には、連帯保証人が支払義務者と連帯して滞りなく支払い、決して貴病院へ迷惑はかけません。

支払義務者（患者との関係）

住所

電話

氏名

㊦ 勤務先等

\*支払義務者本人が自署する場合は押印は不要です。それ以外の場合は氏名の右欄に押印してください。

連帯保証人（患者との関係）

住所

電話

氏名

㊦ 勤務先等

\*連帯保証人本人が自署する場合は押印は不要です。それ以外の場合は氏名の右欄に押印してください。

（注）裏面の「記載についての注意事項」をご覧ください。

## 記載についての注意事項

### 【入院申込者】

患者様が成年者であれば入院申込者は患者様で差し支えありません。患者様が未成年者の場合には親権者の方をお願いします。

### 【身元引受人】

身元引受人は患者様以外の成年者をお願いします。入院申込者、支払義務者及び連帯保証人が患者様以外の成年者であれば、身元引受人はその方と同一でも差し支えありません。

### 【支払義務者】

支払義務者は支払能力を有する成年者をお願いします。患者様が支払能力を有する成年者であれば支払義務者は患者様で差し支えありません。

### 【連帯保証人】

連帯保証人は、支払義務者とは独立した生計（別世帯）を営む支払能力を有する成年者の方をお願いします。

- ※1 入院書はできるだけ早く記入・押印し、係のナースステーションに提出してください。
- ※2 身元引受人、支払義務者及び連帯保証人の記載事項に変更があった場合には、速やかに届け出てください。