

入院誓約書

藤田医科大学病院殿

年 月 日

〒

患者本人	現住所		
	フリガナ	自宅電話()	-
	氏名	携帯電話()	-
	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日	性別 男・女	
	職業(勤務先等)	勤務先電話()	-

このたび貴院に入院するにつきまして、貴院の諸規程及び診療上の指示ならびに下記の事項を必ず守り、決して貴院にご迷惑をおかけしないことを連帯保証人と共にお約束いたします。

記

1. 入院費用は原則退院日、又は指定の期日までに必ず納めます。もし遅滞の節は連帯保証人において責任をもってお支払いいたします。
2. 退院の指示があった場合には、必ず期日までに退院いたします。なお患者本人の退院先に問題がある場合など退院が困難なときは、連帯保証人が患者本人を引きとります。
3. 室料差額につきましては事前に了解の上、支払うことに同意いたします。
4. 連帯保証人1及び2は、患者本人が貴院における診療及び入院生活上負担する一切の債務を、それぞれ極度額100万円の範囲内で連帯して保証するほか、患者本人の一身上にかかわる一切の事項を引き受けます。
5. 患者本人・連帯保証人が転居した場合は速やかにお届けいたします。また長期不在となる場合はあらかじめ連帯保証人を選定いたします。
6. 裏面《入院期間確認票》の申告内容に虚偽はありません。

連帯保証人1 (債務を履行できる方をお願いします)

現住所	
フリガナ	自宅電話() -
氏名	携帯電話() -
職業(勤務先等)	勤務先電話() -
患者との続柄	

連帯保証人2 (連帯保証人1と別世帯の方で独立した生計を営んでいる方をお願いします)

現住所	
フリガナ	自宅電話() -
氏名	携帯電話() -
職業(勤務先等)	勤務先電話() -
患者との続柄	

【注意事項】

入院時に入院受付へご提出願います。ご不明な点がございましたらおたずねください。

※は記入しないでください。

※	入院年月日	年 月 日	※	病棟	※	医事課長	係
	処理年月日						

※裏面もご記入ください。

入院期間の確認について（お願い）

厚生労働省より、次の2点が義務付けられておりますので、お手数ですが下段の「入院期間確認票」への記入をお願いします。

- ①保険医療機関は患者さんの過去3か月以内の入院の有無を確認すること。
- ②患者さんは入院に際し、保険医療機関からの求めに応じ、自己の入院履歴を申告すること。

注意点

- 通算入院日数（本院以外での入院日数を含む）が180日を超えた場合には選定療養の対象となり、特別の料金として1日につき2,800円（税込）徴収いたします。
- 虚偽の申告された場合は後日費用徴収が発生する場合があります。
- ※ これは厚生労働省により制定された制度です。何卒ご了承の程お願い申し上げます。

「入院期間確認票」

過去3か月以内に本院以外で入院されていませんか？

（いずれかに○印をつけてください。）

■ いいえ

■ はい （はいの場合は以下のいずれかに○印をつけてください。）

- ・ 退院証明書あり （ご提示ください）
- ・ 退院証明書なし （以下をご記入ください）

医療機関名 _____

入院期間 _____ 年 ____ 月 ____ 日～ _____ 年 ____ 月 ____ 日

ありがとうございました。