

# 入院申込書

20 年 月 日

入院者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	明・大・昭・平・令 西暦	年 月 日	(満 歳)
	住所	〒	電話番号	- -
	今回、入院される前の3ヶ月間に、他の病院等に入院されたことがありますか。 はい・いいえ(どちらかに○をして下さい) 入院期間 年 月 日～ 年 月 日 医療機関名 _____ 傷病名 _____			

(注) 「入院者」欄は、ご本人がご記入下さい(その場合は、「申込者」の記載は不要です。) 但し、入院者が未成年者の場合又は特別の事情により患者さま本人が申込書の記載ができない場合は、親権者や配偶者・近親者・後見人等の方が「入院者」欄を記入し、あわせて「申込者」欄もご記入下さい。

申(自)込(署)者	ふりがな			入院者との関係	
	氏名				
	生年月日	明・大・昭・平・令 西暦	年 月 日	(満 歳)	
	住所	〒	電話番号	- -	

連(自)帯(署)保証人	ふりがな			入院者との関係	
	氏名				
	生年月日	明・大・昭・平・令 西暦	年 月 日	(満 歳)	
	住所	〒	電話番号	- -	
	極度額	30万円			

(注) 1. 連帯保証人は、入院者の身元に関する引き受け及び入院中の診療費等の費用の支払いに、責任を負える方をお願いします。  
 2. 申込者が連帯保証人となる場合も、連帯保証人欄の記載をお願いします。

城北病院長 様

上記の通り入院を申し込みます。なお、上記の者の入院中は、下記事項を守ることを誓約します。

記

1. 入院についての規則や医師等の療養上の指示に従います。
2. 入院中の診療費及びその他の費用は、貴院の請求に基づき、入院者、申込者又は連帯保証人が責任をもって、遅滞無くお支払いします。
3. 退院の際は、入院者又は連帯保証人が、直ちに、身柄及び荷物を引き上げます。

職員記載欄	
-------	--

# 入院申込書の記載について

申込日は、入院日を記載してください → 20XX年X月X日

## 【入院者欄・申込者欄】

「入院者」欄は、ご本人がご記入ください(その場合は、「申込者」欄の記入は不要です。)

ただし、入院者が未成年者の場合または、特別の事情に入院者本人が記載できない場合は、親権者や配偶者・近親者・後見人等の方が「入院者」欄を記入し、あわせて「申込者」欄もご記入ください。

入院者	ふりがな	じょうほく たろう		
	氏名	城北 太郎		
	生年月日	明・大・昭・平・令 西暦 XXXX年 X月 X日 (満 XX歳)		
	住所	〒 XXX-xxxx 電話番号XXX-XX-XXXX 石川県金沢市京町 20-3		
	今回、入院される前の3ヶ月間に、他の病院等に入院されたことがありますか。 <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ(どちらかに○をして下さい)			
	入院期間 XXXX年XX月XX日~XXXX年 XX月 XX日			
	医療機関名 <u>〇〇病院</u>			
	傷病名 <u>〇〇〇</u>			

申込者 (自署)	ふりがな	じょうほく はなこ	入院者との 関係	妻
	氏名	城北 花子		
	生年月日	明・大・昭・平・令 西暦 XXXX年 X月 X日 (満 XX歳)		
	住所	〒 XXX-xxxx 電話番号XXX-XX-XXXX 石川県金沢市京町 20-3		

## 【連帯保証人欄】

「連帯保証人」欄は、連帯保証人となる方が、自署してください。(連帯保証人は、入院者の身元に関する引き受けおよび、入院中の診療費等の費用の支払いに、責任を負える方をお願いします。)

連帯保証人は、生計を異にする成年者が望ましいですが、そのような方がいない場合は、ご家族(成年者に限る)でも結構です。なお、連帯保証人になる方がいない場合は、「連帯保証人」欄の記載は不要です。

連帯保証人 (自署)	ふりがな	じょうほく じろう	入院者との 関係	弟
	氏名	城北 二郎		
	生年月日	明・大・昭・平・令 西暦 XXXX年 X月 X日 (満 XX歳)		
	住所	〒 XXX-xxxx 電話番号XXX-XX-XXXX 石川県金沢市京町 23-5		
	極度額	30万円		