

入院申込書 兼 保証書

国立病院機構 関門医療センター 院長 殿

下記のとおり、貴院への入院を申し込みます。

(申込年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

		患者番号			
①入院者	ふりがな 氏名		男女	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	〒			
	電話番号	固定	— —	携帯	— —
	勤務先 (※)	名称			電話番号
住所		〒			
②申込者 (支払義務者)	ふりがな 氏名		男女	生年月日	年 月 日 (歳)
	続柄				
	住所	〒			
	電話番号	固定	— —	携帯	— —
勤務先 (※)	名称			電話番号	— —
	住所	〒			

- ◆「※」欄については、記入が可能場合のみ記入してください。
- ◆「②申込者」欄については、入院者本人以外が申込される場合はすべての箇所について記入してください。
入院者本人が申込される場合は氏名及びふりがなのみ記入してください。

国立病院機構 関門医療センター 院長 殿

上記入院者が支払いをしない場合については、連帯保証人が責任をもって支払いを致します。

③連帯保証人	ふりがな 氏名		男女	生年月日	年 月 日 (歳)
	続柄			極度額 (保証限度額)	300,000円
	住所	〒			
	電話番号	固定	— —	携帯	— —
勤務先 (※)	名称			電話番号	— —
	住所	〒			

- ◆「※」欄については、記入が可能場合のみ記入してください。
- ◆「連帯保証人」欄については、支払義務者とは独立した生計を営む、支払い能力を有する成年者をご記入ください。