

入院申込・誓約書並びに保証書

申込日 年 月 日

関門医療センター 院長 殿

入院に際しては、貴院の諸規則を遵守し、職員の指示に従い裏面入院時における遵守事項を守り、貴院にご迷惑をかけません。万一違反した場合は退院を命じられても異議は申しません。また入院費用等については、申込人及び保証人の責において、一切貴院にご迷惑をかけません。以上のことを、連帯保証人連署のうえ誓約します。

以下、**I から III の設問**にお答えのうえ、**太枠線内を全て**ご記入ください。

I 過去3カ月以内に他病院に

- 入院したことがある（退院証明書がない場合は裏面へ）
- 入院していない

II 限度額適用認定証のオンライン資格確認

- オンラインで資格確認することに同意します。
- オンラインで資格確認することに同意しません。（自身で限度額申請手続きを行います）

III 入院時における遵守事項

- 裏面入院時遵守事項を理解し同意した上で貴院に入院を申し込みます。

①患者	ふりがな		保険証性別	生年月日	明・大・昭 平・令 年 月 日
	氏名		男・女		
	住所	〒□□□-□□□□			
	電話番号	- () -	携 帯	- -	
②申込者（支払義務者）	<input type="checkbox"/> ①患者と②申込者が同じ（申込者ご本人の場合②申込欄の記載は不要です）				
	ふりがな		患者との続柄	生年月日	明・大・昭 平・令 年 月 日
	氏名				
	住所	〒□□□-□□□□			
電話番号	- () -	携 帯	- -		
③連帯保証人	ふりがな		患者との続柄	生年月日	明・大・昭 平・令 年 月 日
	氏名				
	住所	〒□□□-□□□□			
	電話番号	- () -	携 帯	- -	
	勤務先		勤務先電話		
極度額（上限額）：入院後発生する費用一切 300,000円					

※連帯保証人は、患者と生計を異にし独立して生計を営み支払い能力のある身元確実な者としてします。

他院での入退院期間の確認について

厚生労働省の通知により、患者さんの入院歴を確認することが保険医療機関に義務付けられています。正しく申告されない場合、入院料の一部が自己負担となる可能性がありますので正しく記入ください。

※3カ月以内の入院

入院されていた病院名①	
入院期間	～
今回の入院は、上記病院と同じ病気での入院ですか	
<input type="checkbox"/> 同じ	
<input type="checkbox"/> 違う [※お判りになる範囲で構いません。]	
<input type="checkbox"/> 分からない	

入院されていた病院名②	
入院期間	～
今回の入院は、上記病院と同じ病気での入院ですか	
<input type="checkbox"/> 同じ	
<input type="checkbox"/> 違う [※お判りになる範囲で構いません。]	
<input type="checkbox"/> 分からない	

入院時における遵守事項

1. 診療上の注意事項を守り、病院の諸規則及び指示に従います。
2. 入院料金等の請求を受けたときは、遅滞なく支払います。
3. 次の行為があった場合、診療をお断りする、院外退去を求める、警察への通報等の措置が講じられる事を了承します。

[診療業務の妨害行為・暴言・暴力・威圧行為・器物破損・強要・窃盗・飲酒・喫煙
セクシャルハラスメント・その他迷惑行為]

4. 申込者が患者本人ではない場合、上記1～3について患者に遵守させることを約束します。