

入院契約保証書

医療法人 聖愛会 発寒リハビリテーション病院 院長 殿

入院のうえは、貴院の規則・指示を必ず守ります。もし、これに反した場合は退院を命じられても不服を申しません。

入院年月日	年 月 日 ()								
入院患者	フリガナ				性別	男・女	明・大・昭・平		
	氏名								
	職業	現住所	TEL ()						
		勤務先	TEL ()						
身元保証人 (入院費請求先)	フリガナ				性別	男・女	明・大・昭・平		
	氏名	㊞							
	患者様との続柄	現住所	TEL () 携帯 ()						
	職業		勤務先						
	会社名								
費用区分	社会保険 (本人・家族) 国民保険 生保 労災 退職者医療 (本人・家族) 交通事故 自費 他 老・福・障・都・難・親 介護保険 (介護度) 「1・2・3・4・5」 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日								

入院費用(自己負担・保険外費用)の極度額(上限額)

入院費等の未払いがあった場合、当院ではその極度額(上限額)は累計 500 万円までお支払いの債務(義務)が発生します。

身元保証書

上記の者が貴院に入院いたしました上は入院治療に関する費用その他一切の責任を引受け貴院に迷惑をかけません。(身元・費用の保証能力のある方に限ります。)

年 月 日

連帯保証人	フリガナ								
	氏名	㊞	患者様との続柄	会社名	TEL ()				
	〒住所	TEL () 携帯 ()							