

入院誓約書

医療法人社団一秀会 春日病院 院長殿

この度、貴院へ入院するにあたり、貴院諸規則を厳守し、貴院職員の指示、院内掲示物、入院案内書等による指示に従うことを誓約いたします。

- 万一、貴院の諸規則に違反し、または貴院職員の指示に従わなかった場合、退院命令が下されても異議を申し立てません。
- 入院費、その他入院中の療養に係る諸費用に関しては遅滞なく支払い、退院の際に請求書が発行された場合は、退院時に全額精算いたします。
- 貴院に対する入院費などの支払債務につきましては、連帯保証人は患者本人またはその法定代理人などと連帯して保証債務を負います。
- 万一、支払いが滞ることがあれば、法的手続きにより支払い請求を受ける旨、了承いたします。

上記の通り同意し、貴院に入院を希望しますので、申し込みます。

記載年月日： 年 月 日

入院者	ふりがな			
	患者氏名	(印)		
	住 所	〒	—	
	連絡先	()	—	勤務先等 () —

連帯保証人	ふりがな			
	氏 名	(続柄：) (印)		
	住 所	〒	—	
	連絡先	()	—	勤務先等 () —
	限度額	500,000 円 (※入院者の保険資格が確認できない場合は 1,000,000 円)		

- 同一症病等による入院期間が通算して 180 日を超える場合は、選定療養費（1日につき 1,680 円/税別）が発生する場合があります。
- 過去 3 カ月以内に当院を含めて入院されていた場合、医療機関名・入院期間等をご記入ください。

なし あり (病院にて 月 日～ 月 日まで入院)

※退院証明書をご提示ください