

入院保証契約書

医療法人社団 三秀会 羽村三慶病院
病 院 長 殿

令和 年 月 日

私は、貴院の入院治療を受けるにあたり保証人と連帯のうえ、下記の事項を守ることをお約束いたします。

記

1. 病院の諸規則を守り、院内生活等については貴院の指示に従います。
2. 退院、その他の指示については貴院の指示に従います。
3. 入院費、その他の諸料金は指定された日までに支払います。
4. オンラインでの保険証資格確認に同意します。(各種、公費医療券は本証の提示が必要です。)
5. 極度額 50万円に同意し、従います。

※極度額とは、入院診療費その他諸料金について、患者様が支払いをしなかった場合に保証人が引き受ける上限金額の事です。

○記入は自署でお願い致します。自署が困難な場合は、保証人が患者氏名を代筆ください。

フリガナ	明・大				
患者氏名 (自署)	昭・平	年	月	日	生
現住所	電話	(		)	
職業					
勤務先	名 称	電話	(		)
	所在地				

保証人

フリガナ		続柄		
氏 名 (自署)				
現住所	電話	(	)	
職業				
勤務先	名 称	電話	(	)
	所在地			

連絡先 ※連絡先は2か所以上ご記入ください

		電話	(	)	連絡順序		
					(	)	
フリガナ	続柄	携帯	(	)	(	)	
(1) 氏名	(	)	職場	(	)	(	)
		電話	(	)	(	)	
フリガナ	続柄	携帯	(	)	(	)	
(2) 氏名	(	)	職場	(	)	(	)
		電話	(	)	(	)	
フリガナ	続柄	携帯	(	)	(	)	
(3) 氏名	(	)	職場	(	)	(	)

※基本的には第一連絡先の方へご連絡させていただきます。