

入院証書

丘 整形外科病院 院長殿

私共（患者本人、保護者兼身元引受人及び連帯保証人）は、患者本人の入院にあたりまして連署の上、下記事項に同意いたします。

記

- 入院中は、貴院の諸規則を守り、診療上の指示に従います。
- 退院・転院につきましては、主治医の指示に従います。
- 本人の身元につきましては、保護者兼身元引受人が一切引き受けます。
- 入院費、その他患者本人の入院期間中に患者本人が貴院に対して負う一切の債務については、本人が遅滞なく支払うとともに連帯保証人は、本人と連帯して50万円を限度に当該債務を保証します。

【患者本人】

年 月 日

フリガナ		
氏名	印	大・昭・平・令 年 月 日生
住所	〒	電話 ()
勤務先 及び 連絡先	名 称 所在地	電話 ()

【保護者兼身元引受人】

フリガナ		本人との続柄	
氏名	印	大・昭・平・令 年 月 日生	
住所	〒	電話 ()	
勤務先 及び 連絡先	名 称 所在地	電話 ()	

【連帯保証人】

・同一世帯以外で支払能力を有する方をお願いします。

フリガナ		本人との続柄	
氏名	印	大・昭・平・令 年 月 日生	
住所	〒	電話 ()	
勤務先 及び 連絡先	名 称 所在地	電話 ()	
極度額	50万円	(令和2年4月1日より民法改正により設定)	

※事務手続きに関する確認先 患者本人 保護者兼身元引受人 連帯保証人