

入院誓約書

社会福祉法人 京都博愛会
富田病院 院長 殿

令和 年 月 日提出

この度、入院するにつきましては、下記の事項を必ず守り、決して貴院にご迷惑をお掛けしないことを約束いたします。

1. 入院中は、医師および看護職員等の指示に従います。
2. 貴院の諸規則、入院案内記載の注意事項等をすべて守ります。
3. 入院料その他の諸費用は、遅滞なく支払います。

フリガナ		男・女	生 年 月 日	大 昭 平 令 年 月 日生 () 歳
患 者 氏 名	印			
住 所	〒 () 電 話 ()			
勤 務 先	名 称 () 電 話 ()			
緊 急 時 連 絡 先	氏 名 () 電 話 ()			

※患者様が未成年の場合は、下記ご記入をお願いします。

保護者氏名 () 印

連 帯 保 証 書

社会福祉法人 京都博愛会
富田病院 院長 殿

令和 年 月 日提出

上記、入院患者の入院中は、貴院の諸規則や指示を遵守させるとともに、本人の身上に関しては連帯保証人において一切引き受けます。また、入院料その他の諸費用等を本人が滞納した場合は、連帯保証人が代納いたします。

極度額：三百万円 ※極度額とは、病院債権の支払い上限額を表します。この極度額は連帯保証人を保護するために、2020年の民法改正により表記することとなりました

保 証 人 氏 名	印	大・昭・平・令 年 月 日生 () 患者様との関係 ()
住 所	〒 () 電 話 ()	
勤 務 先	名 称 () 電 話 ()	
保 証 人 氏 名	印	大・昭・平・令 年 月 日生 () 患者様との関係 ()
住 所	〒 () 電 話 ()	
勤 務 先	名 称 () 電 話 ()	

※保証人様は、独立した生計を営む方に限ります。