

入院申込書および診療費等支払保証書

(産科)

貴院に入院を申し込みます。

入院に際しては、貴院の諸規則・注意事項を守ることをお約束します。

平成 年 月 日

ふりがな		患者番号 ()
入院者氏名	(印)	生年月日 昭・平 年 月 日
現住所	〒	☎ () -
連絡先 (出産前後の寄留先)	〒	☎ () - (様方)
分娩予定日	平成 年 月 日	(帝王切開の方は、手術日ではなく 当初の予定日をご記入ください。)

ふりがな		生年月日	昭・平 年 月 日
配偶者氏名	(印)		
現住所	〒	☎ ()	-
連絡先 (勤務先等)	〒	☎ ()	-

(注) 1. 住所・連絡先等の記載内容に変更があった場合は、速やかにお届け願います。

上記患者の入院中の診療費等については、支払義務者及び連帯保証人が誠意をもって滞りなくお支払いすることをお約束いたします。

支払義務者	ふりがな氏名	(印)	患者さまとの続柄	
			生年月日	大・昭・平 年 月 日
	現住所	〒	☎ ()	-
	連絡先 (勤務先等)	〒	☎ ()	-
連帯保証人	ふりがな氏名	(印)	患者さまとの続柄	
			生年月日	大・昭・平 年 月 日
	現住所	〒	☎ ()	-
	連絡先 (勤務先等)	〒	☎ ()	-

(注) 1. 支払義務者は、支払能力を有する方をお願いします。

(入院者さまと支払義務者とが同一の方でも差し支えありません。)

2. 連帯保証人は、支払義務者とは別に独立して生計を有する方をお願いします。
また、必ず自署・ご捺印をお願いします。

3. 支払義務者及び連帯保証人の記載内容に変更があった場合は、速やかにお届け願います。