

入院申込書

保証金を納入する日・裏面も同じ

○年 ○月 ○日

医療法人社団前友会
前田産婦人科 院長 宛

患 者	住 所	(〒 276-0032) 八千代市八千代台東1-6-17			専業主婦 パート等
	ふりがな 氏 名	まえだ よしこ 前田 吉子	電話	047-484-1330	
	生年月日	2000年 1月 1日			
	職 業	会社員			
	勤務先	名 称	前田産婦人科		
	所在 地	八千代市八千代台東1-6-0 電話 (047-484-133)			

上記のとおり入院を申し込みます。入院中は、医療法人社団 前友会 前田産婦人科の定める規定に従い、これを守ることを誓約します。これに違反した場合には、退院、診療の中止となることを承諾します。

お仕事をさ
れていない
方は
空欄のまま

(記入上の注意)

※黒又は青のボールペン等で記入してください。

戸籍名

出生後、出生届は当院にて発行致します。
戸籍と同じ字体でご記入下さい。

※旧字体等であれば
必ず戸籍通りの表記
でご記入ください

※楷書でご記入下さい。

姓 前田 名 吉子

姓 NGUYEN THI 名 MAEDA

(裏面も記入してください)

外国籍の方は市町村に登録されている通りでご記入ください

診療費等支払保証書

保証金を納入する日・表面も同じ

○年 ○月 ○日

医療法人社団前友会
前田産婦人科 院長 宛

まえだ よしこ

ふりがな
患者氏名

前田 吉子

上記患者の入院中の診療費等は、退院時に支払義務者が、必ず支払います。万一、指定の期日までに診療費等（診療費、利息、損害金その他患者に生じた一切の債務）の支払いができなかった場合には、連帯保証人が金100万円を上限として支払義務者と連帯して滞りなく支払いします。

なお、支払義務者及び連帯保証人の記載事項に変更があった場合は、速やかに届出します。

支 払 義 務 者	住 所	(〒276-0032) 電話(047-484-1330) 八千代市八千代台東1-6-17		
	ふりがな 氏 名	自署 前田 太郎	患者との 関 係	夫
	生年月日	2000年10月10日	職 業	会社員
	勤務先 名称	前田産婦人科 健診ステーション		
	所在地	八千代市八千代台東1-7-17 電話(047-405-3708)		

連 帶 保 証 人	住 所	(〒276-0032) 電話(047-405-0088)		
	ふりがな 氏 名	自署 佐藤 一郎	患者との 関 係	実父
	生年月日	1960年5月5日	職 業	無職
	勤務先 名称			
	所在地	電話()		

(記入上の注意)

支払義務者は、支払能力を有する成年者をお願いします。
この条件を満たす場合、患者さんと支払義務者が同一人でも差し支えありません。

お仕事をさ
れていない
方は
空欄のまま

連帯保証人は、支払義務者とは独立した生計を営んでおり、支払い能力を有する
成人の方をお願いします。

(裏面も記入してください)

ご主人様・パ
ートナー様以
外で
生計が別の方
・別居のご親戚
・ご友人
・会社の方
等