

入院申込書

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 | (〒 - - -) | | |
| | ふりがな 氏 名 | | | 電話 |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| | 職 業 | | | |
| | 勤務先 | 名 称 | | |
| | 所在 地 | 電話 () | | |

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。

(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。

※楷書でご記入下さい。

姓 _____ 名 _____

(裏面も記入してください)

診療費等支払保証書

年 月 日

医療法人社団前友会
前田産婦人科 院長 宛

ふりがな
患者氏名

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 | (〒 -) 電話 () | | |
| | ふりがな 氏 名 | 自署 | 患者との 関 係 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 職 業 | |
| | 勤務先 | 名 称 | | |
| | 所在地 | 電話 () | | |

| | | | | |
|-----------------------|-------------|---------------|-------------|--|
| 連 帯 保 証 人 | 住 所 | (〒 -) 電話 () | | |
| | ふりがな 氏 名 | 自署 | 患者との 関 係 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 職 業 | |
| | 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。
- 連帯保証人は、支払義務者とは独立した生計を営んでいる、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)