

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^{かいしよ}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)