

入院申込書・誓約書

医療法人 敬生会
久木田整形外科病院院長 殿

記入年月日 令和 年 月 日

入院患者氏名 生年月日 大正・昭和・平成・令和
年 月 日生（ 才）
〒 -

住 所 連絡先 自宅 ー ー
携帯 ー ー
勤務先・職業 その他 ー ー

この度入院するにあたり、入院中は貴院の規則や指示を守り療養に専念し、
貴院に迷惑をかけない事を誓約致します。

万一、違反した時は退院を命じられても異議は申しません。

病院の備品・器具など破損もしくは紛失した場合は弁償致します。

入院にかかる諸費用については、指定期日までに必ず納入し迷惑をかけない
事を誓約致します。

連帯保証人は患者本人の入院中の一切の事項に責任を負い、入院にかかる諸
費用に関しても極度額30万円の範囲内でその支払いの責任を負う事を誓約致
します。

※ 極度額とは個人の保証人が支払いの責任を負う上限額

連帯保証人氏名	生年月日	大正・昭和・平成・令和
〒 -	年 月 日生（ 才）	印
住 所	連絡先	入院患者とのご関係（ ）
勤務先・職業	自宅 ー ー	
	携帯 ー ー	
	その他 ー ー	
※ 連帯保証人は、成年者であっても入院患者とは別に生計を営んでいる方にしてください。		
※ 必ず自署で署名・捺印（朱肉印）をお願いします。		

※代筆される場合のみ、下記をご記入ください。

申込者氏名 連絡先 ー ー

入院患者とのご関係

※ 入院時もしくは1～2日以内に1階受付、又は、2階ナースステーションへお届けください。