

申込書の記入例

入院申込書

1、2ページ目が記入例で、3、4ページ目が提出用です。

平成 25 年 4 月 1 日

上田市立産婦人科病院 院長 宛

患 者	住 所	(〒 386 - 0027) 上田市 常磐城 5 - 6 - 39		
	ふりがな 氏 名	うえだ はなこ 上 田 花 子	電話	11 - 1111
	生年月日	昭・平 38 年 3 月 3 日		
	職 業	会社員		
勤 務 先	名 称	(株)		
	所在地	上田市 1 - 2 - 3	電話 (0268 - 12 - 1111)
診 療 費 支 払 方 法 (該当に 印)	健保・共済・組合・本人・家族)・国保・船保・自費・生保 老人・労災・建設国保(本人・家族)・その他()			

上記のとおり入院を申し込みます。入院中は、上田市立産婦人科病院管理規則の規定に従い、これを守ることを誓約します。これに違反した場合には、同規則に定める退院、診療の中止の処分を受けることを承諾します。

申 込 者	住 所	(〒 386 - 0027) 上田市 常磐城 5 - 6 - 39		
	ふりがな 氏 名	うえだ たろう 上 田 太 郎	電話	11 - 1111
	生年月日	昭・平 35 年 5 月 5 日		
	職 業	会社員		
勤 務 先	名 称	(株)		
	所在地	上田市 456 - 7	電話 (0268 - 13 - 1111)

当院でお渡しする用紙は両面印刷ですが、プリントアウトの場合は片面印刷で構いません。

(記入上の注意)

- 1 この入院申込書は、申込者が患者御本人の場合「申込者」欄は記入不要です。
- 2 患者御本人以外の方が申し込む場合で、「申込者」欄に「申込者」本人が自署する場合は押印不要です。それ以外の場合は氏名の右側に押印してください。
- 3 申込者が患者御本人でない場合、すべて記入してください。
- 4 黒又は青のボールペン等で記入してください。

(裏面も記入してください)

お知らせ: 当院では、医療の安全管理のため、患者様の氏名を記入したネームプレートを保室入口及びベッドに掲示させていただきますので御了承ください。

診療費等支払保証書

支払保証書の記入例

平成 25 年 4 月 1 日

上田市立産婦人科病院 院長 宛

ふりがな **うえだ はなこ**
患者氏名 **上田 花子**

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の支払いができなかった場合には、連帯保証人が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	(〒 386 - 0027) 上田市 常磐城 5 - 6 - 39	電話 (0268 - 11 - 1111)
	ふりがな氏名	うえだ たろう 上田 太郎 (印)	患者との関係 夫
	生年月日	(昭)・平 35 年 5 月 5 日	職業 会社員
	勤務先 名称	(株)	
	勤務先 所在地	上田市 456 - 7	電話 (0268 - 13 - 1111)

連帯保証人	住所	(〒 386 - 0027) 上田市 567 - 8	電話 (0268 - 14 - 1111)
	ふりがな氏名	しもだ じろう 下田 二郎 (印)	支払義務者との関係 妻の父
	生年月日	昭和 5 年 5 月 5 日	職業 会社員
	勤務先 名称	(株)	
	勤務先 所在地	上田市 123 - 4	電話 (0268 - 15 - 1111)

当院でお渡しする用紙は両面印刷ですが、プリントアウトの場合は片面印刷で構いません。

(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かたをお願いします。

(裏面も記入してください)

入 院 申 込 書

平成 年 月 日

上田市立産婦人科病院 院長 宛

患 者	住 所 (〒 -)	
	ふりがな 氏 名	電話
	生年月日	昭・平 年 月 日
	職 業	
勤 務 先	名 称	
	所在地	電話 ()
診 療 費 支 払 方 法 (該当に 印)		健保・共済・組合(本人・家族)・国保・船保・自費・生保 老人・労災・建設国保(本人・家族)・その他()

上記のとおり入院を申し込みます。入院中は、上田市立産婦人科病院管理規則の規定に従い、これを守ることを誓約します。これに違反した場合には、同規則に定める退院、診療の中止の処分を受けることを承諾します。

申 込 者	住 所 (〒 -)	
	ふりがな 氏 名	電話
	生年月日	昭・平 年 月 日
	職 業	
勤 務 先	名 称	
	所在地	電話 ()

(記入上の注意)

- 1 この入院申込書は、申込者が患者御本人の場合「申込者」欄は記入不要です。
- 2 患者御本人以外の方が申し込む場合で、「申込者」欄に「申込者」本人が自署する場合は押印不要です。それ以外の場合は氏名の右側に押印してください。
- 3 申込者が患者御本人でない場合、すべて記入してください。
- 4 黒又は青のボールペン等で記入してください。

(裏面も記入してください)

お知らせ: 当院では、医療の安全管理のため、患者様の氏名を記入したネームプレートを病室入口及びベッドに掲示させていただきますので御了承ください。

診療費等支払保証書

平成 年 月 日

上田市立産婦人科病院 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の支払いができなかった場合には、連帯保証人が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	⑩	患者との関係
	生年月日	昭・平 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	⑩	支払義務者との関係
	生年月日	昭和 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かたをお願いします。

(裏面も記入してください)