

入院申込書

医療法人菊郷会 愛育病院 院長 殿

このたび入院するにあたり、貴院の諸規則並びにその指示事項は固く守り、入院料その他の料金の支払いは勿論、決して貴院にご迷惑をおかけ致しません。

令和 年 月 日

患者	(フリガナ)		生 年 月 日	大・昭 平・令	年	月	日
	氏 名	印					
		現 住 所	電話				
	勤 務 先	電話					
身元 引受 人	(フリガナ)		生 年 月 日	大・昭 平・令	年	月	日
	氏 名	印					
		現 住 所	電話				
	勤 務 先		患者との 関 係				

上記患者の入院につきましては、本人および身元引受人と連帯し、入院料その他の料金の支払いについても極度額100万円の範囲で連帯保証し、貴院に迷惑をおかけ致しません。

連 帯 保 証 人	(フリガナ)		生 年 月 日	大・昭 平・令	年	月	日
	氏 名	印					
		現 住 所	電話				
	勤 務 先		患者との 関 係				

※原則として連帯保証人は独立の生計を営み、支払い能力のある方とします。

その他、ご不明な点がございましたらご相談下さい。

保険外料金に関する同意書

医療法人菊郷会 愛育病院 院長 殿

私は貴院への入院に際し、入院療養生活に必要と思われる保険外料金に関しての説明を受け、必要に応じてその利用又は使用料を支払うことに同意します。

※「保険外料金表」参照（別紙添付）

年 月 日

入院日 ・ 変更日	年 月 日
患 者 氏 名	

※病衣(病床衣)の貸し出しをご希望の方は、下記の申込書の□に✓チェックの記載をしてください。

病衣(病床衣)申込書

医療法人菊郷会 愛育病院 院長 殿

☐

私は、入院療養生活に際し、病衣(病床衣)を申し込みます。

1日100円 (税別価格)

※退院日を含む。