

必ず、ご提出ください

入院申込書

このたびの入院については、病院からの説明を十分理解しましたので、入院を申し込みます。

入院後は、病院の諸規則並びに診療上指示された事を守り、診療に関する患者負担の費用については、病院から指示があり次第、遅滞なく支払うことを連帯保証人と連署をもって約束します。

令和 年 月 日

※ 請求書等の送付先として、いずれか一つに をお願いします。

患者ご本人	ふりがな		電話番号	
	氏名	⑩	携帯番号	
	現住所	〒() アパート・マンション名 号室		
	生年月日	年 月 日	年 令	才
<input type="checkbox"/> 送付先				

連帯保証人	ふりがな		電話番号	
	氏名	⑩	携帯番号	
	現住所	〒() アパート・マンション名 号室		
	生年月日	年 月 日	患者との 続柄	<input type="checkbox"/> 別世帯
<input type="checkbox"/> 送付先	極度額	300,000円		

(注) 連帯保証人は、患者が負担する入院料その他の諸費用について、極度額の範囲内で連帯して保証する。

緊急連絡先	ふりがな		電話番号	
	氏名	⑩	携帯番号	
	現住所	〒() アパート・マンション名 号室		
	生年月日	年 月 日		
<input type="checkbox"/> 送付先	患者との 続柄	配偶者、父母、子、兄弟(姉妹)、孫、祖父母 その他()		

《高額療養費制度の利用について》

入院のしおりの高額療養費制度の内容を確認した上で、オンライン資格確認に同意される場合は を入れて下さい

同意します ・ 同意しません

※健康保険を使用されている方が対象です。

※ご加入されている医療保険がオンラインデータ登録のない場合には、保険証原本での確認となります。

長浜赤十字病院

院長 楠井 隆 へ

《注意事項》

- 連帯保証人については、患者ご本人とは別世帯で、独立した生計を営んでおられる方を選定してください。
- 入院を申し込むにあたり、患者さまの容態によりご本人からの了解を得ることが困難であるときは、ご家族の了承をもってこれに代えさせていただきます。(患者さまが未成年の場合は、法定代理人である親権者とします。)
- 記入事項に変更が生じた場合は、速やかに届出願います。
- 病院の規則が守れない場合は、退院していただくこともあります。

《個人情報に関する取扱い》

患者さまの個人情報を、病院やベッドの名札の表示、面会者が来院した場合の対応のために利用することがあります。同意されない場合はお申し出ください。なお、同意されない場合でも、従来と同様の適切な医療を受けられることは変わりありません。