

カルテNo.								-			病棟	科	病院敷地内は屋外も含め、 全て禁煙です。 当院は「暴力追放宣言病院」です。
入院年月日													

※※これより下をご記入ください。※※

入院申込書

年 月 日

私は、貴病院の入院を希望し、次のとおり申し込みます。
 入院に際し、貴病院の規程等を守り、医師・看護師およびその他職員の指示に従います。
 違反をした場合（敷地内の喫煙、職員の指示に従わない、暴言・暴力を行なう等）は、退院を命ぜられても異議はありません。

入院患者	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日 (才)
	現住所	〒	都道	区市
			府県	郡
	勤務先名等			(才)
	診療費支払方法	・協会健保(本・家) ・共済(本・家) ・船員(本・家) ・国保(本・家) ・組合(本・家) ・後期高齢 ・福祉 ・乳児 ・労災 ・自賠 ・その他()		
過去3ヶ月以内に他の病院等に入院されたことがある場合は「退院証明書」を提出してください。				
面会案内について	お見舞い等の面会案内をお断りする場合は、下記の「面会案内不可」にチェックをお願いします。チェックされた場合は、家族を含むすべての方の面会をお断りしますのでご注意ください。 <input type="checkbox"/> 面会案内不可 上記にチェックがない場合は、通常どおり面会案内を行います。			

※病室への名札の掲示を希望しない方はチェックを入れてください。 掲示を希望しない。

申込者	ふりがな		生年月日	患者との関係
	氏名		年 月 日 (才)	
	現住所	〒	都道	区市
		府県	郡	
勤務先名等			(才)	

(注1) 記入後は、**保険証**を1階の受付カウンター①番窓口^①に提出をお願いします。
 時間外・休日・祝日の場合は、救急外来窓口^②に提出をお願いします。

独立行政法人国立病院機構
 呉医療センター・中国がんセンター院長 殿

(切り離さないでください)

カルテNo.								-			病棟
入院年月日											

※※これより下をご記入ください。※※

身元引受書兼診療費支払保証書

年 月 日

独立行政法人国立病院機構
 呉医療センター・中国がんセンター院長 殿

ふりがな	
患者氏名	

上記患者の貴院入院中の診療費等は、納付期限内（退院の場合は退院時）に支払義務者が必ず支払いいたします。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いたします。

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、速やかに届け出ます。

(注1) 支払義務者は、支払能力を有する成年者をお願いします。
 この要件を満たす場合、**患者と支払義務者とが同一人でも差し支えありません。**
 なお、患者さんが未成年者の場合は親権者等の方をお願いします。

支払義務者	ふりがな		生年月日	患者との関係
	氏名		年 月 日 (才)	
	現住所	〒	都道	区市
			府県	郡
勤務先名等			(才)	

(注2) 連帯保証人は、支払義務者とは独立した生計を営む支払能力を有する成年者をお願いします。
 同一世帯の方は、生計を別としている場合を除き、連帯保証人にはなれません。

(注3) 当院を退院後3日以内の入院で、「連帯保証人」欄の記載がない場合については、前回提出して頂いた入院申込書の連帯保証人を有効としますのでご了承ください。

(注4) 「支払義務者」「連帯保証人」本人が自署する場合は押印不要です。但し、それ以外の場合は氏名の右横に押印が必要になります。

連帯保証人	ふりがな		生年月日	患者との関係
	氏名		年 月 日 (才)	
	現住所	〒	都道	区市
		府県	郡	
勤務先名等			(才)	
極度額 (保証限度額)	50万円	※極度額とは支払義務者が期日までに診療費等の支払いができなかった場合、連帯保証人が支払いの責任を負う金額の上限となります。 ※当初合意した極度額を超過または超過する要因が発生した際は改めて極度額を協議させていただく場合があります。		

上記患者の貴院入院中の患者本人の身上に関する事項は、身元引受人において引き受け、退院の指示があった場合には、指定の期日に本人を引き取ります。

なお、身元引受人の記載事項に変更があった場合は、速やかに届け出ます。

(注1) **身元引受人は、患者本人以外の成年者をお願いします。**

身元引受人	ふりがな		生年月日	患者との関係
	氏名		年 月 日 (才)	
	現住所	〒	都道	区市
			府県	郡
勤務先名等			(才)	