

入院保証書

登録番号 (診察券番号)	
病棟名	階 病棟
入院年月日	年 月 日

国立大学法人
三重大学医学部附属病院長 殿

このたびの入院に際し、貴院の諸規則、指示等を厳守するとともに、患者の身上ならびに入院諸費用の支払いについて、患者および連帯保証人の連帯責任において、一切を引き受け貴院にけっしてご迷惑をかけないことを誓約します。

下記連帯保証人は、極度額50万円を限度として連帯保証をいたします。

患者	現住所		電話	(自宅) - - (携帯) - -
	ふりがな		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 男 女
	氏名			
	職業(勤務先)		電話	- -
注2 緊急連絡先	現住所		電話	(自宅) - - (携帯) - -
	ふりがな		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 男 女
	氏名			
	職業(勤務先)	(電話) - -	続柄	患者の
注3 連帯保証人	現住所		電話	(自宅) - - (携帯) - -
	ふりがな		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 男 女
	氏名			
	職業(勤務先)	(電話) - -	続柄	患者の

- 注 (1) 氏名は戸籍のとおり記入してください。
(2) 緊急連絡先も必ず記入してください。
(3) 連帯保証人は、患者と別世帯で独立した生計を営む成年者で、支払い能力のある方をお願いします。
(4) この保証書は、入院当日提出してください。
(5) 記載事項に変更のあった場合は、外来棟③番入院受付へ申し出てください。
(6) ボールペンで記入してください。(鉛筆、フリクションボールペンは使用しないでください。)

【オンライン資格確認について】

貴院職員が私の保険情報を基に、オンラインで限度額適用区分を確認することに

同意します 同意しません

※同意された場合、当院では限度額適用認定証の提出は必要ありません。