入院申込・保証書

※クレジットカードで支払申込の場合、連帯保証人は不要です。

東京大学医学部附属病院長 殿

このたび、入院するについては貴院の諸規則ならびに診療上の指示に従います。患者の一身上についてのことがらと医療費の支払いについては、願い出人および保証人は連帯責任で貴院にご迷惑をおかけしないことを確約します。

患者氏名	(ふりがな) ㊞	性別	男・女	生年月日	明・大 昭・平 年 月 日 才 ヶ月
				職業(職種)	
現住所	郵便番号 (—)			世帯主名及び続柄	
				電話	
				携帯電話	
連絡先	(氏名 (続柄)) 1 勤務先 2 家族宅 3 在学校 ●必ず連絡の取れる連絡先を記入してください。			電話	
				携帯電話	
入院科	科			入院年月日	年 月 日

親権者または後見人(患者が未成年者、心神喪失者の場合)	住所			氏名	㊞
				明・大 昭・平	年 月 日生
	勤務先 職業			電話	自宅
					勤務先
※連帯保証人 現住所	〒□□□ −□□□□				
氏名	㊞		生年月日	明・大 昭・平 年 月 日	願出人との関係
勤務先 職業			電話	自宅	
				勤務先	

注：1．願出人は患者本人であること。ただし、患者が未成年者および心身喪失者の場合は親権者または後見人とします。
なお、願出人が親権者または後見人の場合は、患者欄も必ず記入してください。
2．連帯保証人は、独立して生計を営み支払能力のある身元確実な者とします。
3．前回入院日から、3ヶ月以内に入院される患者様（ただし、前回提出済の患者様）は、連帯保証人欄の記入は不要です。

当院では、電話での入院の有無、お部屋番号等のお問い合わせには、お答えしておりませんのでご了承ください。

《以下記入不要》

本人・世3・家族・任継	主保険			従保険		病棟	病室
	協会け	日雇特例	公害	(子)(長)(乳)(障)(親)			
	組合	自衛官	船員	前期( ) その他( )			
	共済	後期( )	1．職務上	特疾( )	小慢( )		
	国保	生保	2．職務外	自費	申請中公費	初診料	即入院
	退職者		特退				
初診年月日	年 月 日			前回入院	年 月 日～ 年 月 日		
入院カードNo.				備考			