

入院申込・保証書 (控)

※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、願出人および連帯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。

入院年月日	年 月 日				
患者氏名	(ふりがな) ㊦	性別	男・女	生年月日	年 月 日 歳 ヶ月
現住所	〒□□□ - □□□□			世帯主名及び続柄	(続柄:)
				電話	
				携帯電話	
				メールアドレス	@
連絡先氏名及び続柄	(続柄:)			連絡先	1.勤務先 2.家族宅
				電話	
				携帯電話	
●必ず連絡の取れる連絡先を記入してください。					
親権者または後見人 (患者が未成年者、心神喪失者の場合)	氏名	㊦		生年月日	年 月 日
	現住所	〒□□□ - □□□□			
	電話			勤務先	
	携帯電話			勤務先電話番号	
	メールアドレス	@			
※ 連帯保証人	入院患者から入院費に必要な説明をうけ、極度額について理解し、連帯保証人となります。				
	氏名	㊦		生年月日	年 月 日
	現住所	〒□□□ - □□□□			
	電話			勤務先	
	携帯電話			勤務先電話番号	
	メールアドレス	@		願出人との関係	
	極度額 ※	1,000,000 円		※連帯保証人が支払の責任を負う金額の上限となる額	

- 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神喪失者の場合は、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（ただし、前回提出済の患者）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 》

病棟	病室	前回入院	入院カードNo.	備考
		年 月 日 ~ 年 月 日		