入院申込書　兼　誓約書

医療法人社団　生和会
広島中央リハビリテーション病院　院長　殿

1　私（本人）と身元引受人は、貴院の「入院のしおり」に記載された入院のための手続き、入院生活上の定め及びマナー、並びに療養上の指示、指導に従うことに同意します。

万一これらに反し、他の入院患者、来客、病院関係者などに迷惑を及ぼしたり、貴院の業務に支障をもたらした場合は、貴院の指示、指導に従います。

2　身元引受人は、親族一同の窓口となり、貴院入院中の本人に関する一切の責任を引き受けることを誓約します。
身元引受人に支障がある場合は、親族縁者の同意のもと、身元引受人が代理人を指定し、委任状を交付した者にのみ委任することができるものとします。

3　連帯保証人は、入院に伴う本人負担の医療費、その他貴院への一切の債務につき、本人と連帯して履行責任を負い支払うことを誓約します。　その場合、連帯保証人における支払上限額（極度額）を100万円として保証いたします。
連帯保証人は成年者であり、入院者とは別に生計を営んでいる方にしてください。また連帯保証契約書（別紙）の記入は必ず自署・捺印をお願いします。

上記「1～3」および貴院の「入院のしおり」を一読し、内容を理解、同意しましたので下記の通り入院の申し込みを行います。

本人	フリガナ		㊞	性別	（　男　・　女　）	
	氏　名					
	生年月日	大　・　昭　・　平　　年　　月　　日　生			歳	
	住　所	〒				
	自宅電話		携帯電話			
	勤務先 名称		勤務先電話			
	勤務先 所在地	〒				
	フリガナ		本人との関係	代筆理由		
	代筆者氏名					

① 身元引受人	フリガナ		㊞	本人との関係	
	氏　名				
	生年月日	大　・　昭　・　平　　年　　月　　日　生			歳
	住　所	〒			
	自宅電話		携帯電話		
	勤務先名		勤務先電話		

●支払方法・請求書の手続きについて

支払方法	□ 自動精算機　□ 銀行振込	請求書	□ 部屋に配布　□ 受付にて保管　□ 下記住所へ郵送	
請求書郵送先	氏名		住所	〒

●入院時の希望病室について

希望病室	□ 1人部屋　□ 2人部屋　□ 4人部屋

広島中央リハビリテーション病院（令和5年2月1日改訂）

連帯保証契約書

医療法人社団　生和会

広島中央リハビリテーション病院　院長　殿

連帯保証人は入院に伴う本人の負担の医療費、その他貴院への一切の債務につき、本人と連帯して履行責任を負い支払うことを誓約します。 その場合、連帯保証人における支払上限額（極度額）を100万円として保証いたします。

連帯保証人は成年者であり、入院者とは別に生計を営んでいる方にしてください。また連帯保証契約書の記入は必ず自署・捺印をお願いします。

【本　人】

フリガナ		性別	（　男　・　女　）
患者氏名			
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平　　年　　月　　日 生		歳
患者ID			

②【連帯保証人】

フリガナ		㊞	本人との関係	
氏　名				
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平　　年　　月　　日 生			歳
住　所	〒			
連絡先①	（ 携帯 ・ 自宅 ・ 勤務先 ）			
連絡先②	（ 携帯 ・ 自宅 ・ 勤務先 ）			

※連帯保証人欄は必ず自署・捺印をお願いします。

広島中央リハビリテーション病院（令和5年2月1日改訂）