

入院保証契約書

医療法人社団 三秀会 青梅三慶病院
病院長 殿

令和 年 月 日

私は、貴院の入院治療を受けるにあたり、保証人と連帯のうえ
下記の事項を守ることをお約束いたします。

記

1. 病院の諸規則を守り、院内生活等については貴院の指示に従います。
2. 退院、その他の指示については貴院の指示に従います。
3. 入院費、その他の諸料金は指定された日までに支払います。
4. 極度額、50 万円に同意し従います。

*極度額とは、入院診療費・その他諸料金について、患者様が支払いをしなかった場合(2ヵ月間)
保証人が引き受ける上限金額の事です。

患者氏名 _____ ④ 明・大 昭・平 _____ 年 月 日生
現住所 _____ 電話 () _____
職業 _____
勤務先 名称 _____ 電話 () _____
所在地 _____

保証人

氏名 _____ ④ 続柄 _____
電話 () _____
現住所 _____ 携帯 () _____
勤務先 名称 _____ 電話 () _____
所在地 _____

連絡先

連絡先順位

(1) 氏名 _____	続柄 () _____	電話 () _____	携帯 () _____
(2) 氏名 _____	続柄 () _____	電話 () _____	携帯 () _____
(3) 氏名 _____	続柄 () _____	電話 () _____	携帯 () _____

緊急連絡先 氏名 _____ 電話 () _____ (自宅・勤務先)

※ 緊急連絡先には、上記以外で連絡が必ず取れるところ(職場等)をご記入ください。

令和4年7月改定