

入院申込書

記入例

藤沢市民病院長
次のとおり藤沢市民病院への入院を申し込みます。

入院日

2025 年 1 月 1 日

入院する者	フリガナ	フジサワ タロウ		性 別	男(M) ・ 女(F)		
	氏 名	藤沢 太郎		生年月日	1975 年 1 月 1 日		
	住 所	〒251 - 8550 神奈川県藤沢市藤沢2-6-1 電話番号 0466-25-3111					
	勤務先の名称	藤沢市民病院 電話番号 0466-25-3111					
申込者	氏 名	藤沢 花子	入院する者との続柄	妻	年 齢	50 歳	
	連絡先	神奈川県藤沢市藤沢2-6-1 電話番号 0466-25-3111 (上記不在時) 電話番号 999-9999-9999					

入院日

誓 約 書

入院に際しては、次の事項を遵守することを誓約します。

2025 年 1 月 1 日

氏名 藤沢 太郎

- 1 入院に関する藤沢市の規則その他の規程及び病院の指示に従います。
- 2 症状の経過による退院、転院等本人の身上に関する事項を医師に任せます。
- 3 藤沢市民病院の施設、備品類等を汚損し、損傷し、又は滅失した場合は、実費により弁償します。

入院保証書

入院日

2025 年 1 月 1 日

藤沢市民病院長

入院する者の氏名 藤沢 太郎

この度入院することにつきましては、次の事項を遵守し、藤沢市民病院に対して迷惑を掛けないことを連帯保証人と連署の上、約束します。

- 1 入院に係る診療費その他の使用料は、指定日までに必ず支払います。万一、入院する者が当該使用料の支払いができない場合は、連帯保証人が責任を持って極度額を上限に支払います。
- 2 入院する者が退院する場合は、連帯保証人が責任を持ってその身元を引受けます。

連 帯 保 証 人					
氏 名	(フリガナ) フジサワ ジロウ	入院する者との続柄	子	年 齢	30 歳
住 所	〒251 - 8550 神奈川県藤沢市藤沢2-6-1 電話番号 0466-99-9999				
勤務先の名称	藤沢市民病院 電話番号 0466-25-3111				
極度額	270,000 円				

注意 連帯保証人は、病院の診療費その他の使用料の支払いをすることができる成人とし、入院している者の退院時の身元の引受けも行うものとします。