

# 身元引受書

年 月 日

医療法人社団仁和会  
さがみ仁和会病院長 殿

患者氏名:

身元引受人	上記患者が貴院に入院しました上は、私が身元引受人となり、同人の身元に関する一切引き受け、上記患者に関する第1緊急連絡先として貴院に対し全面的に協力致します。また、万一不都合な行為があったときはもとより、退院の指示があった場合には、指定の期日に本人を引き取ります。なお、身元引受人に変更があった場合には、すみやかに届け出ることを約束します。				
	以下いずれかにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 支払責任者と同じ。 <input type="checkbox"/> 支払責任者とは別の者が、身元引受人となります。				
	ふりがな氏名	⑩	続柄		
	※本人が自署する場合、押印は不要です。				
	お住まい	都・道・府・県	市・区・町・村	(区)	
※[電話をかける順番]欄に、番号を振ってください。					
電話番号	自宅		電話をかける順番		
	携帯		電話をかける順番		
	勤務先	名称:	電話をかける順番		
	その他		電話をかける順番		
第2連絡先	ふりがな氏名		続柄		
	お住まい	都・道・府・県	市・区・町・村	(区)	
	※[電話をかける順番]欄に、番号を振ってください。				
	電話番号	自宅		電話をかける順番	
		携帯		電話をかける順番	
勤務先		名称:	電話をかける順番		
その他			電話をかける順番		
第3連絡先	ふりがな氏名		続柄		
	お住まい	都・道・府・県	市・区・町・村	(区)	
	※[電話をかける順番]欄に、番号を振ってください。				
	電話番号	自宅		電話をかける順番	
		携帯		電話をかける順番	
勤務先		名称:	電話をかける順番		
その他			電話をかける順番		

【備考】