

診療費支払保証書

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: _____

支払責任者 (入院患者様以外の方)	上記患者が貴院に入院しました上は、私が支払責任者になり、同人が貴院入院中の診療費等の支払いについてその責任を負い、請求書記載の納付期限内に(退院の場合は退院日に)必ず支払い致します。なお、支払責任者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"/> 上記患者の入院にあたり、貴院の指定する入院保証金を支払い致します。(保証金 30,000 円也)			
	<input type="checkbox"/> 上記患者の入院にあたり、連帯保証人をつけます。(下記連帯保証人欄を記入のこと)			
	住所	〒 _____	電話	_____
	ふりがな 氏名	_____ 印	続柄	_____
生年月日	明・大・昭・平 _____ 年 月 日	職業	_____	
勤務先	名称	_____	_____	
	住所	〒 _____	電話 _____	
連帯保証人	上記患者が貴院に入院しました上は、私が連帯保証人になり、万一上記患者、及び支払責任者からの診療費等の支払いが滞った場合にはその責任を負い、私が支払いの代行を行うことで貴院に迷惑をかけることを保証します。			
	住所	〒 _____	電話	_____
	ふりがな 氏名	_____ 印	続柄	_____
	生年月日	明・大・昭・平 _____ 年 月 日	職業	_____
	勤務先	名称	_____	_____
		住所	〒 _____	電話 _____

※支払責任者、及び連帯保証人本人がそれぞれ自署する場合、押印は不要です。
 ※支払責任者、及び連帯保証人は成年の方をお願いします。
 ※連帯保証人は支払責任者とは別世帯であり、勤務先のある方に限ります。

入院履歴申告

※退院証明書をお持ちの方は、この用紙と併せてご提出願います。

以下いずれかにチェックしてください。

- 上記患者は、過去3ヶ月以内に入院したことがありません。
- 上記患者は、過去3ヶ月以内に入院しました。(下記入院期間・入院先医療機関名を記入のこと)

_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 医療機関名: _____

_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 医療機関名: _____