

# 入院治療費支払誓約書

No. \_\_\_\_\_

## 1 患者様情報

※ 印欄は記入しないで下さい

患者氏名（ふりがな） ところ たろう <b>所 太郎</b> (印)		現住所 静岡県熱海市昭和町 20-20 TEL (0557) 82 - 3000
明 大 10 月 5 日 6 才 (男) (印) 暗 平 女		勤務先 熱海所記念病院 TEL (0557) 82 - 3000
※保険別 (保護者※) 健保本人 国保 労災 自費 その他 健保家族 生保 日雇 自賠		保護者住所 氏名 TEL ( )
※入院日 年 月 日 退院日 年 月 日		※備考

私は今般貴院に入院いたしますについては 貴院の諸規則ご指示はもちろん下記のことを厳守し万  
 一履行出来ない時は貴院にご迷惑をおかけしないことを保証人との連署の上お約束いたします。

1. 診療、手術等については一切お任せいたします。
2. 入院料その他の諸料金はご指示通り指定日迄にお支払い致します。
3. 本人の身元については、保証人において一切引受けます。
4. 入院後規則等を守らない場合又その他の理由で退院を命ぜられた場合は指定の期日に保証人の  
 責任において引取ります。

## 2 支払責任者

## 3 連帯保証人

支払責任者 氏名 <b>所 太郎</b> (印) 現住所 静岡県熱海市昭和町 20-20 TEL (0557) 82-3000 勤務先 熱海所記念病院 TEL (0557) 82-3000 患者との続柄 <b>本人</b>	連帯保証人 氏名 <b>鈴木 花子</b> (印) 現住所 静岡県熱海市平和町 10-56 TEL (0557) 10-5600 勤務先 熱海銀行 TEL (0557) 10-5600 患者との続柄 <b>子</b>
---	--

## 4 ご記入日

平成 **27** 月 **1** 日

熱海所記念病院 院長 殿

- ※1 保 護 者： 患者さまが未成年の方の場合は、必ず保護者の方のご記入をお願い致します。
- ※2 支 払 責 任 者： 支払責任者はご本人様でも構いません。
- ※3 連 帯 保 証 人： 原則として、**支払責任者の方と違う世帯の方**をお願い致します。