

入院保証書

筑波大学附属病院長 殿 令和 年 月 日

○私、願出人は入院に際し貴院の諸規則・指示等を守り、患者の一身上についてのことがらと医療費等の支払いについてご迷惑をおかけしません。

○暴力行為及び暴言等の脅迫的言動、迷惑行為、禁止行為は一切行いません。これに違反して退院を求められた場合には、速やかに退院します。

○連帯保証人は願出人の医療費支払等一切の債務等を連帯して保証します。以上のことを願出人と連帯保証人は連署のうえ確約し、この保証書を提出します。

※連帯保証人の極度額(上限額): 1,000,000円

—極度額とは連帯保証人が支払の責任を負う金額の上限—

入院日	令和	年	月	日	
願 者	患 者	現住所	(〒 -)		【自宅 ☎】
		職業・ 勤務先名称 及び所在地	(〒 -)		【勤務先 ☎】
		ふりがな			【携帯の ☎】
出 人		氏名	男 明・大 女 昭・平 令	年 月 日生 年令 歳	
		世帯主氏名			患者との続柄
		親権者又は後見人・保佐人(患者さんが未成年又は被後見人・被保佐人の場合)			
		現住所	(〒 -)		【自宅 ☎】
		職業 勤務先名称 及び所在地	(〒 -)		【勤務先 ☎】
		ふりがな			【携帯の ☎】
		氏名	男 明・大 女 昭・平 令	年 月 日生 年令 歳	

※ 連帯保証人は、支払い能力のある成年者でお願いします。

連帯保証人欄は、原則として保証人自ら記載してください。代筆の場合は電話などにて保証意思確認をします。

※ 連 帯 保 証 人	現住所	(〒 -)			【自宅 ☎】
	職業 勤務先名称 及び所在地	(〒 -)			【勤務先 ☎】
	ふりがな				【携帯の ☎】
	氏名	男 明・大 女 昭・平 令	年 月 日生 年令 歳		
	患者さんとの関係				

ご注意 : 住所、電話番号など変更された時は、速やかにお届け願います。

【以下記入不要】

受領日	令和 年 月 日	入院棟		診療科		取扱者	
-----	----------	-----	--	-----	--	-----	--