

入院申込書

厚木市立病院長 様										年	月	日
		入院日	年	月	日	診療科	科		病棟	階		
申込者	(フリガナ)					生年月日	明・大・昭・平・令	入院者との関係	性別	男(M) 女(F)		
	氏名					年	月			日		
	現住所	〒										
電話番号	自宅 () - ()					携帯電話 () - ()						
入院者	現住所	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ										
	(フリガナ)					生年月日	明・大・昭・平・令	性別	男(M) 女(F)			
	氏名	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ				年	月		日	歳		
	電話番号	自宅 <input type="checkbox"/> 申込者と同じ () - ()					携帯電話 <input type="checkbox"/> 申込者と同じ () - ()					
	勤務先						電話	() - ()				
緊急連絡先						電話	() - ()					
過去3ヶ月以内の入院歴の有無	有 ・ 無 *有の場合は、次の記入をしてください。											
	入院していた病院等の名称											
	入院していた期間											
	年 月 日 から 年 月 日まで											

医療保険加入者の方へ

オンライン資格確認	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証のオンライン資格確認に同意する。
	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証のオンライン資格確認に同意しません。

※限度額適用認定証は患者さんの同意があれば、保険者に申請しなくてもオンラインで資格確認ができます。

ただし、医療保険に加入された時期等によりオンラインで確認が行えない場合があります。

※医療証についてはオンライン資格確認は行えません。

※予約入院のときは、入院当日に1階②番窓口へ提出してください。
 ※緊急で入院したときは、入院後、速やかに提出してください。
 (休日や夜間は、救急受付窓口で受付いたします。)

マイナンバーカードや医療証等と一緒に提出してください。

裏面が
あります

入院保証書兼誓約書

厚木市立病院長 様

この度、入院することについて、次の事項の遵守を入院者及び身元保証人と連署の上誓約します。

- 1 入院中は、病院の諸規定及び療養上の指示を守るとともに威嚇的、侮辱的な言動等、医療の妨げとなる行為は一切しないことを固く守ります。
違反したときは、入院を取り消されても異議はありません。
- 2 医療費等の支払いについては、病院に迷惑をかけません。
支払いを怠ったときは、法的措置を受けても異議はありません。
- 3 病院施設、備品類等を汚損し、損傷し、または滅失したときは、弁償の請求を受けても異議はありません。

年 月 日

入院者	現住所						
	(フリガナ)						
	氏名	Ⓜ	性別	男(M) 女(F)	生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日
	電話番号	() —	勤務先 または 在学名				
	世帯主名					世帯主との続柄	

※ 入院する者が未成年者及び心神喪失者の場合は、親権者または後見人の方は次の項目も記載してください。

親権者 または 後見人	現住所			勤務先	() —		
	(フリガナ)			生年月日	明・大・昭・平・令	入院者との 関係	
	氏名	Ⓜ		年 月 日	年 月 日		

身元保証人	現住所	〒					
	(フリガナ)						
	氏名	Ⓜ	生年月日	明・大・昭・平・令	入院者との 関係		
	緊急連絡先	電話番号 () —					
	勤務先	名称	電話番号 () —				
所在地							

注：1. 必ず**自署**願います。

身元保証人はご家族など病院からの重要な連絡や問い合わせを受ける窓口になっていただける方を記載してください。