

## 入院証書

聖マリアンナ医科大学病院長 殿

私は、下記事項を確認したうえで、これに同意します。

## 記

1. 入院中の療養に係る事項は、身元引受人または連帯保証人において、責任をもって病院側の指示通りの対応・処理にあたり、貴院に対し迷惑をかけません。
2. 入院手続きの際に、貴院が規定する入院預り金(保証金)を入金します。
3. 診療費(保険診療に係る入院料等)、その他の諸経費の実費徴収(室料やオムツ代等)が発生した場合は指定期日までに支払います。もし、本人が支払いを怠った場合は連帯保証人において極度額を上限とし、完済の責を負います。
4. 3の場合で支払いがないときは、貴院が必要と判断した場合、法律事務所へ回収業務を委任し、法的措置を講じることについて了承します。
5. 寝具その他の汚損にて費用が発生した場合は、自己負担します。
6. 本人の身元については、連帯保証人および身元引受人が引き受けます。
7. 退院・転院については、主治医の指示に従い速やかに行います。

※㊞シヤチハタ以外でお願い致します。

本人	フリガナ		㊞	男・女	大・昭・平・令	年	月	日生
	氏名				[	歳]		
	住所	〒	—	電話	(	)		
			携帯	(	)			
(身元連引受人・保緊急連絡先)	フリガナ		㊞	男・女	大・昭・平・令	年	月	日生
	氏名				[	歳]	本人との続柄	[
	住所	〒	—	電話	(	)		
			携帯	(	)			
極度額	勤務先 または 連絡先	名称		電話	(	)		
		所在地						
	令和2年4月1日より民法改正により、連帯保証人に極度額を定めることになりました。極度額とは、連帯保証人が支払いの責任を負う金額の上限です。当院では、特別療養環境室希望の場合100万円、特別療養環境室以外の場合50万円、自費の場合は入院費概算額となります。							
	<input type="checkbox"/> 特別療養環境室希望 100万 <input type="checkbox"/> 特別療養環境室以外 50万 <input type="checkbox"/> 自費 ( )万							

※ 入院証書は入院の都度、ご記入をお願い致します。