（記入例　※ボールペンでご記入ください）

入院申込・誓約書及び保証書

（医事控）

①　令和　8　年　4　月　1　日

宮崎大学医学部附属病院長　殿

入院に際しては、貴院の諸規則を遵守し、医師等の指示に従い、下記事項及び入院案内の事項を守り、貴院にご迷惑をかけません。万一、違反したときは、退院を命じられても異議は申しません。
また、入院料金等の支払いについては、納入期限までに支払います。
以上のことを誓約のうえ、貴院への入院を申し込みます。

記

1　貴院の備品、器具などを破損若しくは紛失した場合は、弁償します。
2　次の行為があった場合は、警察への通報があると承知します。また、退院や転院を命令された場合は、それに応じます。
窃盗、脅迫、暴力行為、迷惑行為、セクシュアルハラスメント、危険物の持ち込み
3　次の行為により、退院や転院を勧告された場合は、それに応じます。
酒類の持ち込み、飲酒、無断外出・外泊、敷地内及び敷地周辺での喫煙（ご家族やお見舞いの方も含む）
4　退院の指示があった場合は、指定期日までに退院します。

上記1・2・3・4のことに同意のうえ、誓約いたします。

②

願出人（診療費等支払者）					
患者	フリガナ	キヨタケ　タロウ	生年月日	大・昭・(平)・令	
	氏名	清武　太郎　印		15年10月1日生	
	住所	（〒889－1692） 宮崎県宮崎市清武町木原5200	電話（携帯）	（0985）85－○○○○ 090－○○○○－○○○○	
	勤務先	宮崎大学（清武キャンパス）	電話	（0985）85－○○○○	

患者本人が未成年又は意識障害、心神喪失等により、保護者等身元引受人が願い出する場合には、以下も記入してください。

③

保護者等身元引受人				
フリガナ		患者との続柄		
氏名	印			
住所	（〒　－　）	電話（携帯）	（　）　－　－　－	
勤務先		電話	（　）　－	

④
※ 個人情報保護法の施行に基づき、以下の項目についてどちらかに☑（チェック）をつけてください。
当院では、患者さんの取り違え防止等の理由から各病室入口に氏名表示を行っておりますが、表示について希望をお聞かせください。
☑表示を希望します　　□表示を希望しません

⑤
本院が、「患者さんの保険証の発行元に限度額情報を確認する」ことに同意されるかお聞かせください。
☑同意します　　□同意しません

⑥
保険外負担の料金について、ご利用いただいた分だけ実費でご負担いただくようお願いしております。
保険外負担の一覧については、P32～34をご確認ください。
□保険診療の対象とならないサービスや品物について、利用した分を実費で負担することに同意します。

私（連帯保証人）は、上記の願出人の入院中の医療費等の支払いについて、100万円を限度として、願出人と連帯してその責任を負います。

⑦

連帯保証人					
フリガナ	ミヤザキ　ハナコ	生年月日	大・(昭)・平・令	患者との続柄	
氏名	宮崎　花子 ※患者と異なる印鑑　印		52年10月31日生	母	
住所	（〒889－1692） 宮崎市学園木花台西1丁目1番地	電話（携帯）	（0985）58－○○○○ 090－○○○○－○○○○		
勤務先	宮崎大学（木花キャンパス）	電話	（0985）58－○○○○		

※ 連帯保証人は、独立の生計を営み、診療費の支払い能力のある方とします。

入院年月日	令和　年　月　日	患者番号	
診療科名		病棟名	

※ 太い枠線内をすべてご記入ください。また、「続柄」及び「電話番号」についても必ずご記入ください。

（注意事項）

①「入院日」をご記入ください。
②記入欄上にある1～4の事項に同意のうえ、ご記入ください。**※電話は、お持ちの固定電話・携帯電話を必ずご記入ください。**
③患者本人が未成年又は意識障害、心神喪失等により、保護者等身元引受人が願い出する場合にのみご記入ください。
④必ずどちらかに☑（チェック）をつけてください。　⑤「同意された」場合、本院が患者さんの限度額情報を保険証の発行元に確認するため、「限度額適用認定証」および「標準負担額減額認定証(対象者のみ)」の申請・取得が不要となります。**ただし、限度額情報が確認できない場合は、患者さんに保険証の発行元へ確認をお願いする場合があります。**　⑥内容をご確認のうえ、☑（チェック）をつけてください。　⑦連帯保証人は、独立の生計を営み、診療費の支払い能力のある方をご記入ください。
その他　・1枚目のみ押印ください。
・②と⑦の氏名が同じ名字となる場合は、**異なる印影の印鑑**で押印していただくようお願いします。