

入院申込兼保証書

年 月 日

神奈川県立循環器呼吸器病センター所長 殿

申込者 氏名
住所
電話
患者との続柄又は関係

次のとおり入院したいので、申し込みます。

入院に際しては、次の事項を遵守することを保証人と連署の上、約束します。

- 1 当センターの諸規程及び療養上の指示を遵守します。
- 2 医療費、日用品費、その他必要な費用については指示の日までに必ず支払います。
- 3 当センターの諸規程若しくは療養上の指示に違反し、又は医療費等の支払いを怠った時は、退院を指示され、損害賠償の請求を受けても異議ありません。

入院年月日	年 月 日		性 別	男(M)・女(F)
患 者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所	〒 電話番号 () -		
	勤務先等	電話番号 () -		
緊急連絡先	ふりがな 氏 名	続柄		
	住 所	〒 電話番号 () -		

私こと保証人は、上記1から3までの事項につき、患者又は申込者が遵守しない場合は、その責任を負います。					年 月 日
保 証 人	ふりがな 氏 名	続柄	生年月日	年 月 日	
	住 所	〒 電話番号 () -			
	勤務先等	電話番号 () -			
極度額	100,000円				

※令和2年4月1日施行の民法第465条の2に基づき入院保証書に極度額を設定しております。
※医療費等をお支払いいただけない場合は、地方独立行政法人神奈川県立病院機構が医業未収金回収業務委託をしている弁護士法人から、お支払い等に関する連絡を行いますので、ご承知おきいただくとともに、ご理解とご協力をお願いいたします。