

## 入院保証書

住所 \_\_\_\_\_

診療科 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 号室 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 明大昭平令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

このたび入院するにつきましては、貴院の諸規則、診療上の指示並びに下記のことを厳守することを保証人と連署の上約束します。

## 記

- 診療費、その他の諸料金は、退院時に遅滞なくお支払いいたします。
- 万一、支払いが遅れるようなことがあった時は、保証人が連帯して支払いをいたします。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者本人 \_\_\_\_\_ (印)

1 連帯保証人 住所  
(家族可)

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

患者との関係 ( \_\_\_\_\_ ) TEL ( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )

2 連帯保証人 住所  
(※注1)

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

患者との関係 ( \_\_\_\_\_ ) TEL ( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )

公立香住病院長 様

| 事務局長 | 事務局次長 | 係 |
|------|-------|---|
|      |       |   |

※注1 2の保証人は、患者と生計を異にする成年者で、独立した生計を営んでいる方を選任してください。

※注2 この保証書は、入院後2日以内に提出してください。

2025.9.1(改訂)