

入院申込書

(宛名) 広島市立

病院長

令和 年 月 日

私は、貴院に入院治療を申込みます。入院のうえは、病院の諸規則及び診療上指示されたことを堅く守ります。

なお、違反したときは、退院を命ぜられても異議を申しません。

また、入院料その他の料金は、請求どおり遅滞なく支払うことを、連帯保証人と連署をもって約束いたします。

入院者	ふりがな 氏名 (自署)		生年 月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年	月	日生 (満 歳)	性別	男・女
	住所	(〒 -)	自宅電話 () - 携帯電話 () -						
	勤務先 住所	(〒 -)	電話 () -	勤務先					
	※入院者が自署できない場合は、代筆者が代筆してください。								
	代筆者 ふりがな 氏名 (自署)		患者との 関係						
	住所	(〒 -)	自宅電話 () - 携帯電話 () -						

身元 引受人	ふりがな 氏名 (自署)		患者との 関係 (年齢)	(満 歳)
	住所	(〒 -)	自宅電話 () - 携帯電話 () -	
	勤務先 住所	(〒 -)	電話 () -	勤務先

連帯 保証 人	入院料その他の料金(極度額〇〇万円)については、指定の期日までに支払うことを患者本人と連帯して保証します。 (連帯保証人は、患者と生計を異にし、独立の生計を営む成年者の方をお願いします。)			
	ふりがな 氏名 (自署)		患者との 関係 (年齢)	(満 歳)
	住所	(〒 -)	自宅電話 () - 携帯電話 () -	
	勤務先 住所	(〒 -)	電話 () -	勤務先

入院治療の必要性の低い患者様は、入院期間が180日を超えた以降の入院基本料の一部(15%)が、保険給付の適用外となります。
このため、この適用外となった相当額は患者様にご負担いただきますので、ご了承のうえ、ご入院ください。

なお、入院期間は、3ヶ月以内の本院以外での同傷病での入院期間も通算されますので、下記につきましてご記入ください。

- 貴方はこの3ヶ月以内に他の病院(保険医療機関)に入院していたことがありますか?
《 はい ・ いいえ 》 ⇒ 《 はい 》の方は、以下の問いにもお答えください。
※ 入院先での退院証明書をお持ちの方は、本書と共にご提出ください。以下の回答は不要です。
- 前回の入院先の病院名 [] TEL -
- 前回の入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日
- 入院中の主な病名 []

(注) この「入院申込書」は、入院当日にご持参いただき、病棟師長に提出してください。

2024年(令和6年) 月改訂