入院時誓約書

平内町国民健康保険平内中央病院
院長　首　藤　邦　昭　殿

令和　　年　　月　　日

（入院患者）

明・大
氏　　名：　　㊞　昭・平　　年　　月　　日生

〒
住　　所：

自宅電話：　　携帯電話：

記

上記患者が令和　　年　　月　　日より貴院へ入院するに当たり、貴院諸規則を厳守し、貴院職員の指示、院内掲示、入院案内書等による指示に従うことを誓約いたします。

- ☐ 万一、貴院の諸規則に違反し、又は貴院職員の指示に従わなかった場合、退院命令が下されても異議を申し立てません。
- ☐ 入院治療費、その他入院中の療養に係る諸料金に関しては、下記債務者が遅滞なく支払い、退院時には全額精算いたします。
- ☐ 入院患者本人の貴院に対する治療費等の支払い債務につきましては、連帯保証人は債務者本人と連帯して保証債務を負います。
- ☐ 万一、支払いが滞ることがあれば、法的手続きにより支払請求を受ける旨、了承いたします。

（債務者：お支払いをされる方）

氏名(自署)：　　㊞　入院患者との続柄：

住　　所：

自宅電話：　　携帯電話：

勤務先名：　　勤務先電話：

所　在　地：

（連　帯　保　証　人）

氏名(自署)：　　㊞　入院患者との続柄：

住　　所：

自宅電話：　　携帯電話：

勤務先名：　　勤務先電話：

所　在　地：

2019 年 5 月 1 日作成