

### 入院申込書

年 月 日

地方独立行政法人 知多半島総合医療機構 殿

申込者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) - \_\_\_\_\_

生年月日 年 月 日

患者との続柄(関係)

貴機構に入院して治療を受けたいため、以下の事項を守ることを誓約及び同意します。

- 入院治療に関する諸規定及び医師、看護師、その他の職員の指示を守り、療養に専念します。機構側の指示に反し、退院の指示を受けた時は速やかに退院します。
- 療養に要する一切の費用は、請求のつど必ず支払います。万一遅滞したときは、患者及び連帯保証人は、連帯してその費用を支払うことを誓約します。
- 日常生活品(補聴器、義歯、眼鏡等)は自己管理することとし、破損、紛失については機構側の責に帰する場合を除き一切弁済を求めません。
- 診療録や同意書(本紙含む)など診療内容に関するものは知多半島総合医療センター及び知多半島りんくう病院(知多半島総合医療機構)間で利用することに同意します。

(登録番号: - )

患 者	ふりがな	生年月日	年 月 日	歳
	氏 名			
	住 所	〒 _____		
	勤務先(職業)	電話番号( ) -		

私(連帯保証人)は、上記患者が、本入院申込書に基づく入院に関して貴病院に負担する一切の債務につき、患者と連帯して、極度額(200万円)の範囲内で、その支払の責任を負います。

連 帯 保 証 人	ふりがな	生年月日	年 月 日	歳
	氏 名			
	住 所	〒 _____		
	勤務先(職業)	電話番号( ) -		

身 元 引 受 人	ふりがな	生年月日	年 月 日	歳
	氏 名			
	住 所	〒 _____		
	勤務先(職業)	電話番号( ) -		

\* 自署または記名

- \* 申込者 患者本人とします。ただし、患者が未成年者の場合は親権者、意思表示できない者の場合は連帯保証人とします。
- \* 連帯保証人 ①独立の生計を営む成年者で、身元が確実な方が必要です(申込者又は身元引受人を兼ねることができます。)  
②患者が未成年者の場合は、連帯保証人を親権者としてください。
- \* 身元引受人 入院生活及び退院時において連絡のとれる方。
- \* 成年者 令和4年4月1日、民法の一部改正により成年年齢が18歳に引き下げられたことに伴い、成年者は18歳以上、未成年者は18歳未満となります。
- \* 提出時注意点 入院病棟へ入院当日(やむを得ない事情がある場合は翌日)に必ず提出してください。

### 記入見本

### 入院申込書

〇〇年 〇〇月 〇〇日

地方独立行政法人 知多半島総合医療機構 殿

申込者 住 所 半田市東洋町2丁目〇〇番地

氏 名 東洋 太郎

電話番号 (0569) 22-0000

生年月日 1963年 1月 1日

患者との続柄(関係) 本人

貴機構に入院して治療を受けたいため、以下の事項を守ることを誓約及び同意します。

- 入院治療に関する諸規定及び医師、看護師、その他の職員の指示を守り、療養に専念します。機構側の指示に反し、退院の指示を受けた時は速やかに退院します。
- 療養に要する一切の費用は、請求のつど必ず支払います。万一遅滞したときは、患者及び連帯保証人は、連帯してその費用を支払うことを誓約します。
- 日常生活品(補聴器、義歯、眼鏡等)は自己管理することとし、破損、紛失については機構側の責に帰する場合を除き一切弁済を求めません。
- 診療録や同意書(本紙含む)など診療内容に関するものは知多半島総合医療センター及び知多半島りんくう病院(知多半島総合医療機構)間で利用することに同意します。

(登録番号: 12 - 345678 )

患 者	ふりがな	とうよう たろう	生年月日	1963年 1月 1日 58歳
	氏 名	東洋 太郎		
	住 所	〒 475-0817 半田市東洋町2丁目〇〇番地		
	勤務先(職業)	〇〇木工所(大工)	電話番号(0569) 23-0000	

私(連帯保証人)は、上記患者が、本入院申込書に基づく入院に関して貴病院に負担する一切の債務につき、患者と連帯して、極度額(200万円)の範囲内で、その支払の責任を負います。

連 帯 保 証 人	ふりがな	はんだ はなこ	生年月日	1985年 1月 1日 36歳
	氏 名	半田 花子		
	住 所	〒 475-0833 半田市花園町 1丁目〇〇番地		
	勤務先(職業)	〇〇病院(看護師)	電話番号(0569) 25-0000	

身 元 引 受 人	ふりがな	とうよう いちろう	生年月日	1983年 1月 1日 38歳
	氏 名	東洋 一郎		
	住 所	〒 475-0817 半田市東洋町 2丁目〇〇番地		
	勤務先(職業)	〇〇青果店(自営業)	電話番号(0569) 23-0000	

\* 自署または記名

- \* 申込者 患者本人とします。ただし、患者が未成年者の場合は親権者、意思表示できない者の場合は連帯保証人とします。
- \* 連帯保証人 ①独立の生計を営む成年者で、身元が確実な方が必要です(申込者又は身元引受人を兼ねることができます。)  
②患者が未成年者の場合は、連帯保証人を親権者としてください。
- \* 身元引受人 入院生活及び退院時において連絡のとれる方。
- \* 成年者 令和4年4月1日、民法の一部改正により成年年齢が18歳に引き下げられたことに伴い、成年者は18歳以上、未成年者は18歳未満となります。
- \* 提出時注意点 入院病棟へ入院当日(やむを得ない事情がある場合は翌日)に必ず提出してください。

記入日を  
記載して  
ください。

書き間違えた  
場合は、書き  
直してください。

修正液・修正  
テープは使用  
しないでください。