

入院保証書

入院	
確認	

医療法人 高德会 上牧温泉病院 様

令和 年 月 日

私、願人は入院に際し診療上の指示及び諸規則を守り、患者の一身上についてのことがらと診療費の支払いについて迷惑をかけません。連帯保証人は、願人の診療費等一切の債務を連帯して限度額 100 万円の範囲内で保証します。

願 人	患 者	フリガナ氏名	① 【携帯☎】 大・昭・平・令 年 月 日		
		住所	(〒 -) 【自宅☎】		
		勤務先	名称		
	住所		(〒 -) 【勤務先☎】		
	※親権者、後見人又は保佐人(患者さんが未成年、被後見人又は被保佐人の場合に記入)				
	連 帯 保 証 人	フリガナ氏名	① 【携帯☎】 【患者との続柄】 大・昭・平・令 年 月 日		
住所		(〒 -) 【自宅☎】			
勤務先		名称			
	住所	(〒 -) 【勤務先☎】			

連 帯 保 証 人	※願人とは別世帯の方で、独立した生計を営み支払能力を有する成人の方			
	フリガナ氏名	① 【携帯☎】 【患者との続柄】 大・昭・平・令 年 月 日		
	住所	(〒 -) 【自宅☎】		
	勤務先	名称		
住所		(〒 -) 【勤務先☎】		