年　　月　　日（入院日）

入　院　証　書

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院長　殿

このたび入院するにあたり、下記事項を確認し同意します。

記

1. 入院中の療養に係る事項は、連帯保証人または身元引受人において、責任をもって貴院側の指示通りの対応・処理にあたり、貴院に対し迷惑をかけません。
2. 貴院より案内があった際には、規定する入院預り金（保証金）を入金します。
3. 診療費（保険診療に係る入院料等）、その他の諸経費の実費徴収（室料やオムツ代等）が発生した場合は、指定期日までに支払います。
   もし、本人が支払いを怠った場合は連帯保証人において極度額を上限とし、完済の責を負います。
4. 3.の場合で支払いがないときは、貴院が必要と判断した場合、法律事務所へ回収業務を委任し、法的措置を講じることについて了承します。
5. 寝具その他の汚損にて費用が発生した場合は、自己負担します。
6. 本人の身元については、連帯保証人および身元引受人が引き受けます。
7. 退院・転院については、主治医の指示に従い速やかに行います。

本人	フリガナ 氏　名	㊞ 男・女 ［　　歳］ 年　月　日生		
	住　所	〒　　－ 電話　（　　） 携帯　（　　）		
	勤務先または連絡先	名称 所在地　〒　　－ 電話　（　　）		
連帯保証人	フリガナ 氏　名	㊞ 男・女 ［　　歳］ 本人との関係［　　］		
	住　所	〒　　－ 電話　（　　） 携帯　（　　）		
	勤務先または連絡先	名称 所在地　〒　　－ 電話　（　　）		
	※極度額	特別室・個室A以外利用 □50万円	特別室・個室A利用 □ 100万円	自費の場合、入院費概算額となります □

※極度額とは

ご本人が医療費のお支払いが出来ない場合、連帯保証人（医療費の負担や本人が意思決定が困難な際、意思決定を担う人）が支払う責任を負いますが、支払いの責任を負う上限金額をあらかじめ決めることが法律で定められています。

当院では上限金額を上記金額に設定しています。□にレ点チェックのご記入をお願い致します。

その他連絡先（身元引受人）	①	フリガナ 氏　名	本人との関係［　　］ 電話　（　　） 携帯　（　　）
	②	フリガナ 氏　名	本人との関係［　　］ 電話　（　　） 携帯　（　　）

※連帯保証人以外で連絡先がある方はご記入をお願い致します

入院証書は入院の都度、ご提出ください