（様式 1）

入　院　誓　約　書

この度貴院に入院することについては、入院中における諸規程、ご指示の事項並びに下記の事項を必ず守り、決して貴院にご迷惑をかけないことを、連帯保証人と連署を持って誓約いたします。

記

1. 医療費納入の必要ある場合は期限までに納入し、滞納のため貴院にご迷惑をかけることはいたしません。
   万一遅れるようなことがあったときは、連帯保証人が支払の責任を負います。

2. 退院の指示があったときは必ず期日に退院します。
   軽快し、入院加療の必要がなくなった場合は、直ちに退院します。
   万一諸規程並びにご指示の事項について違反し、退院を命ぜられた場合は、直ちに退院します。決して異議は申しません。

3. 連帯保証人が転居の際は速やかに届けます。

4. 入院に関する注意事項の説明を受け、これに同意します。

令和　　年　　月　　日

患者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連帯保証人住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連帯保証人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者様との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

当院ではマイナンバーカード、保険証によるオンライン資格確認を行っています。
オンライン資格確認に同意すると【限度額適用認定証】の手続きが不要となります。
※マイナンバーカードをお持ちでない患者様も対象です。

限度額のオンライン確認ついて　　□同意する

医療法人明倫会　本山リハビリテーション病院長殿