

科名	内科・整形
入院年月日	R . .

事務長	医療連携室長	事務次長	総務係長	医事担当

入院申込書

小国町立病院長 殿

私は、このたび貴院に入院することが決まりましたので、次のことを誓約し、身元引受人と連署のうえ、入院を申し込みます。

記

- 1 病院の規則や指示に従い、治療に専念いたします。
- 2 診療費及びその他の費用は、貴院の請求に基づき、すみやかにお支払いいたします。
- 3 身元引受人は、私の身元及び諸費用の支払いに関する一切の事項を引き受け、貴院にご迷惑をおかけいたしません。

令和 年 月 日

◇太枠線内を記入し、入院の際にご提出ください。そのときに保険証等もご提示ください。

入院患者	ふりがな氏名	(自署)	性別	男・女	生年月日	大昭平令	年	月	日
	住所	〒 () -							
	勤務先	勤務先所在地	() -						
	世帯主	続柄	勤務先						
	この3ヶ月以内の入院 (有・無)			有の場合 _____ 医院・病院					

◇『入院患者』本人が申し込みをされる場合は、『申込者』の記入は不要です。

◇『申込者』の欄は、入院患者が未成年者の場合やその他特別の事情により患者本人が申し込みできない場合に、配偶者、親権者、後見人又は近親者の方が記入し、『入院患者』の欄も合せて記入ください。

申込者	氏名	(自署)	続柄	生年月日	大昭平令	年	月	日
	住所	〒 () -						
	勤務先	勤務先所在地	() -					

◇『身元引受人』は、患者と別世帯の独立した生計を営む支払能力を有する成年者をお願いします。

身元引受人	氏名	(自署)	続柄	生年月日	大昭平令	年	月	日
	住所	〒 () -						
	勤務先	勤務先所在地	() -					
	極度額	30万円 ※身元引受人は、入院患者が負担する入院料その他の費用について、極度額の範囲内で連帯して保証する。						

備考	
----	--

同意書

私は診療を受けるにあたり、以下の項目について、その使用量及び利用回数に応じた実費負担に同意します。なお、費用については遅滞なく納入いたします。

(負担項目一覧)

No.	項目	単価(税込)	No.	項目	単価(税込)
1	普通健康診断書料 (普通診断書を含)	2,200 円/件	8	選定療養費 (180日を超えた入院料金)	2,070 円/日
2	普通死亡診断書料	2,200 円/件	9	浴衣 M/L (エンゼルケア用)	3,630 円/枚
3	病院様式証明書料	2,200 円/件	10	浴衣 LL (エンゼルケア用)	4,235 円/枚
4	精密健康診断書料 (生命保険等に係る診断書料含)	4,400 円/件	11	タオル	100 円/枚
5	死体処置料	5,500 円/体			
6	生検送料	480 円/通			
7	水(500ml)	100 円/本			

※単価は消費税込みの料金となります。
※院内に掲示している保険外負担が発生する場合があります。

特別室・1床室 利用申込書

私は、入院室料差額に同意のうえ、下記により特別室又は1床室の利用を申し込みます。ただし、病院側の都合により転室等の指示があった場合は、その指示に従うのは勿論のこと、その他一切の異議申し立てはいたしません。

記

利用開始日 令和 年 月 日 (号室)

変更日 令和 年 月 日 (号室)

変更に同意します 署名

	特別室	1床室
利用を申込み 込む病室 (右表に○)	11号室・12号室 ※電話料金は使用相当分を別途請求させていただきます。	13号室・15号室・16号室 17号室・18号室・20号室 27号室
入院室料差額	3,850円/日	2,200円/日

※単価は消費税込みの料金となります。
※特別室・1床室の利用を途中で中止・変更する場合は、看護師にお申し出ください。