

# 入院申込書（兼入院契約書）兼 入院に関する同意書

令和 年 月 日

医療法人成蹊会 佐世保北病院長 殿

貴院への入院を申し込みます。入院に際し、下記の事項について、支払義務者及び連帯保証人と連名の上、同意します。

## 記

- 貴院の諸規則・入院案内・病棟その他の約束事を守り、医師・看護職員等の指示に従います。規則・約束・指示事項に違犯した場合、退院を命じられても異議を申しません。
- 貴院の設備・備品等を破損させた場合は弁済いたします。
- 外出・外泊または離院の際、自傷・他害の行為または他の事故が発生した場合、入院者・支払義務者・連帯保証人の責任において処理し、貴院に迷惑をかけません。
- 入院費及びその他の費用について、指定の期日までに支払いが出来なかった場合には、支払義務者及び連帯保証人が滞りなく支払います。なお、連帯保証人の保証限度額は以下に記載のとおりです。
- 支払義務者及び連帯保証人に変更があった場合、直ちに連絡します。

入院者	住所	〒	電話	
	フリガナ		生年月日	大・昭・平・令
	氏名	(印)		

支払義務者	住所	〒	自宅電話	
	フリガナ		携帯電話	
	氏名	(印) 続柄( )	生年月日	大・昭・平・令
勤務先		電話		

※入院者と支払義務者が同一の場合、支払義務者欄は氏名・押印のみ

連帯保証人	住所	〒	自宅電話	
	フリガナ		携帯電話	
	氏名	(印) 続柄( )	生年月日	大・昭・平・令
勤務先		電話		
保証限度額	50万円			

※連帯保証人は入院者と独立して生計を営んでいる支払い能力のある成年者をお願いします。

## 保険外負担に関する承諾書

当院では、快適な入院生活をすごしていただくため、下記の保険外のサービスをご用意しております。内容を確認の上、ご利用ください。  
申込を承諾される項目については、項目名にある□にチェックして下さい。

□金銭管理代行費	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者さまご自身での金銭管理が難しい場合、金銭を事務所でお預かりします</li> <li>日用品、嗜好品、その他購入を希望する際、必要額をお渡します。また、毎月の必要なお支払いは、代わってお支払いします。</li> <li>なお、患者さま毎に厳正に分別管理をするとともに、毎月1回、収支状況をお知らせします。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>50円/1日 (利用の有無に 関わらず)</li> </ul>
□日用品購入代行費	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者さまがご自身で買物に行けない等の場合、ご希望の日用品・嗜好品等の商品を職員が代わって購入します。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>350円/1回</li> </ul>
□洗濯	<ul style="list-style-type: none"> <li>ランドリーカード。病院内にあるカード式洗濯機・乾燥機で洗濯ができます。事務所にてランドリーカードを購入ください。(カード1枚 1050度)</li> <li>みつばクリーニング店に洗濯を依頼する。(週2回、集荷)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>カード1枚 1,500円</li> <li>500円/1袋</li> </ul>
□私物保管料	<ul style="list-style-type: none"> <li>病棟に備え付けのチェストで不足する場合、病院にて、私物をお預かりします（貴重品等除く）</li> <li>衣装ケースが必要な場合、別途、実費をいただきます。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>10円/1日 (衣装ケース)</li> </ul>
□タクシー代	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神科以外の病気で、他の医療機関を利用する際、原則、ご家族さまが付き添うこととなりますが、やむを得ず、看護師が付き添う場合、行き・帰りのタクシー（介護タクシーを含む）代金はご負担いただきます。</li> <li>また、看護師だけ帰院する際も実費を負担いただきます。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>実費</li> </ul>

□病院車使用料	<ul style="list-style-type: none"> <li>外出等で病院車を利用する場合、距離に応じ費用を負担いただきます。(運転は当院職員に限る)</li> </ul>	・ 200円/5km 毎
---------	------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------

○歯科診療・理髪等必要な場合、利用に応じ実費をいただきます。

年 月 日

【本人】 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

【支払義務者】 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

※本人と支払義務者が同一の場合、支払義務者の記入は不要です。

◎当院では、入院患者さまのご負担軽減のため、株式会社リンクウィズと提携し、「入院パック」をご用意しています。病衣・肌着・日用品・おむつ等が定額でご利用できるサービスです。詳しい説明等は別紙をご覧下さい。

◎金銭管理代行費につきましては、申込日から退院日もしくは解約日までの期間の代行費となります。