

院 長	副院長	事務局長	次 長	医事課長

※太枠の中を記入してください。

(産科用)

入 院 申 込 書

年 月 日 (入院日)

群馬県立小児医療センター院長あて

次のとおり入院を申し込みます。

入院に当たっては、診療上の指示に従い、病院の諸規則その他の指示を守り、病院に迷惑をかけないことを誓約します。

入 院 者	住 所	〒		
	電話番号	TEL		携帯電話
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	西暦 年 月 日 (男・女)		
	勤 務 先	TEL		
申 込 者 (保護者等) ※入院者が未成年の場合に記入	住 所	〒		
	電話番号	TEL		携帯電話
	氏 名		入院者との関係	
	生年月日	西暦 年 月 日		
	勤 務 先	TEL		

入 院 保 証 書

身元引受人は、入院者の身元に関する事項を引き受け、退院の指示があった場合には、指定の期日に入院者を引き取ります。

連帯保証人は、入院者が診療費等を所定の期日までに支払うことができなかった場合には、極度額を限度として入院者と連帯して支払います。

身元引受人 (保護者・配偶者等) ※申込者と同じ場合は、氏名の記入で可	住 所	〒		
	電話番号	TEL		携帯電話
	氏 名		入院者との関係	
	生年月日	西暦 年 月 日		
	勤 務 先	TEL		
	連帯保証人 (入院者の保護者・配偶者以外で、独立した生計を営み、支払い能力のある成年者) 極 度 額	住 所	〒	
電話番号		TEL		携帯電話
氏 名			入院者との関係	
生年月日		西暦 年 月 日		
勤 務 先		TEL		
1, 0 0 0, 0 0 0 円 (病院記載欄)				

外来カルテ番号		産科病棟
---------	--	------

- 注 1 「申込者欄」は、入院者が未成年者である場合に記入してください。
- 2 「申込者」が「身元引受人」又は「連帯保証人」となる場合は、身元引受人欄は氏名欄のみ署名、連帯保証人欄は、氏名欄のみ署名してください。
- 3 「連帯保証人」は、入院者の保護者・配偶者以外で、独立した生計を営み、支払能力のある成年者としてください。
- 4 「身元引受人」が「連帯保証人」となる場合は、連帯保証人欄は、氏名欄のみ署名してください。
- 5 入院者が「未成年者」である場合は、「身元引受人」と「連帯保証人」は別の方としてください。
- 6 「予約入院」の方は入院当日、「日帰り入院」の方は麻酔科受診時に受付へ提出してください。