

入院申込書 (入院保証契約書)

兼 保険適用外諸料金負担同意書

(宛先) 葦崎市立病院長

私は、このたびの入院に際しまして貴院の諸規定及び主治医の指示を遵守します。貴院からの指示を守れなかった場合は退院の指示に従います。保険適用外の物品(別紙)について、使用した場合にその費用を個人負担することについて同意いたします。また、私の身元につきましては家族(および連帯保証人)が一切を引き受けます。診療費用及び諸用金は遅滞なく支払います。

令和 年 月 日 (入院日)

入院患者記入欄

フリガナ		生年月日	年 月 日
患者氏名			
現住所	〒 -		
電話番号		携帯番号	

当院では入院に際して、下記の①もしくは②のどちらかを選択してください。

(申し込む方の□にレ点を付けてください。)

① 連帯保証人不要サービス申込み欄

連帯保証人の代わりに、貴院の連帯保証人不要サービス【名称：入院医療費保証サービス】に保証料(5,000円)を添えて申し込み致します。 申込者氏名【 】

・保証限度額及び保証期間 500,000円/3か月間 (入院中に保証期間を超えた場合は、改めて保証料が必要となります。)

・保証受託会社：ナップメディカル/ナップ賃貸保証株式会社

注1. 病院受付窓口での入院申込書の提出時に、保証料(サービス利用料)をお支払いいただきます。

注2. 保証料(サービス利用料)は返金及び退院費用への充当はされません。予めご了承ください。

② 連帯保証人

別紙の『連帯保証人引き受け承諾書』に連帯保証人が自署し、本人確認書類(※公的機関発行の身分証)を提示の上、入院当日(緊急入院時は3日以内)に病院受付窓口提出します。

◆連帯保証人の極度額(連帯保証人が支払いの責任を負う上限金額)

金500,000円

- 連帯保証人様が入院医療費の極度額を理解している。
- 連帯保証人様が極度額まで連帯保証する意向である。
- 別紙承諾書に連帯保証人様ご本人が署名の上、公的機関発行の身分証明書の写しを提示する。
- 連帯保証人様は入院患者と別世帯、別住所で独立の生計を営む成年者(※)で支払い能力がある。

※保護者を除く。二世帯でも可

注1. 一人暮らしの場合、身元引受人と連帯保証人が同一の方になる場合があります。

注2. 連帯保証人を立てられず、保証会社への加入も難しい場合は個別のご相談が必要になります。

<裏面に続く>

緊急連絡先

氏名			続柄	
住所	〒 -			
電話番号			携帯番号	
勤務先名	電話 ()			

※ 交通事故・業務による傷病（公務災害・労務災害）その他特殊事情による受傷で入院される方は、あらかじめ受付窓口へ申し出てください。

※ 本入院申込書の提出は、受付窓口（時間外及び休日は会計窓口）へお願いします。

〔病衣使用〕（該当する方にレ点を付けてください）

- 病衣を使用し、使用料を支払うことに同意します。・・・使用料 1日70円（税別）
- 病衣を使用しません

● 今回の入院前（3か月以内）に他の医療機関に入院されていた方は、ご記入ください。

医療機関名	入院期間	病名

※ 上記は、入院費を算定するにあたり大切な確認事項になりますので間違いのないようご記入ください。
 なお、記載された医療機関発行の退院証明書があわせて必要となりますので、予めご用意ください。

診察券番号： _____

■ 医事職員確認欄

限度額認定の説明	<input type="checkbox"/> 説明の実施
	<input type="checkbox"/> オンライン資格確認の同意（有・無）
連帯保証人関係	<input type="checkbox"/> 説明の実施
	<input type="checkbox"/> 自署
	<input type="checkbox"/> 公的機関発行の身分証
不要サービス	<input type="checkbox"/> 入院保証料（5,000円）の授受

リーダー	担当

「重要事項説明書兼連帯保証人引き受け承諾書」

個人として連帯保証人を引き受けられる方へ

以下の点につきましてご確認の上、チェックボックスにレ点チェックをご記入ください。

また署名押印の上、必要書類と合わせて提示をお願い致します。

※ご確認事項

- 1 極度額について、ご理解されていますか。 はい
極度額とは、主たる債務者である入院患者様が医療費のお支払いについて未納となった場合に、連帯保証人の方が支払う義務を負う上限額のことを言います。
- 2 連帯保証人となる意思是明確にありますか。 はい
連帯保証人になれば、上記の極度額の範囲で、患者様の入院費用について支払義務を負うことになります。緊急連絡先とも保証人とも全く異なり催告の抗弁権・検索の抗弁権が無く、極めて大きな法的責任が生じます。この点を十分にご理解ください
- 3 入院患者様から、入院に必要な費用等の説明は受けましたか。 はい
- 4 入院患者様と別世帯、別住所で独立の生計を営む成年者で極度額までの支払い能力はありますか はい
- 5 連帯保証人欄の署名押印は、必ず連帯保証人様ご自身で行ってください。

※提出必須書類

連帯保証人様の御本人確認のため、以下いずれかの書類のご提示（コピー可）をお願い致します。

- 運転免許証
- 住民票
- パスポート
- 健康保険証
- マイナンバーカード〈ケースに入れた状態の表面〉

上記の内容を十分に理解した上で_____氏の西暦 年 月 日から入院予定の入院医療費についての連帯保証人を引き受けることを承諾いたします。

※必ず自署にてご記入ください※

記入日（西暦） 年 月 日

該当のない場合は、空白ではなく【なし】とご記入ください。

スタンプ印（シャチハタ等）不可

氏名 _____ 印 _____ 入院患者との続柄 _____

性別 男 ・ 女 _____ 生年月日（西暦） 年 月 日 _____

住所 〒 _____

電話（自宅） _____ 電話（携帯） _____

勤務先名称 _____ 勤務先電話番号 _____

極度額 500,000 円 極度額・・・連帯保証人が支払いの責任を負う金額の上限金額（入院ごと）

※ 健康保険の適用の有無や、治療内容・入院期間の変更等により、入院費用が「極度額（補償限度額）」を超えることが明らかになった場合、再度重要事項説明書兼連帯保証人引き受け承諾書をご記載いただくことがあります。

記入例

「重要事項説明書兼連帯保証人引き受け承諾書」

個人として連帯保証人を引き受けられる方へ

以下の点につきましてご確認の上、チェックボックスにレ点チェックをご記入ください。

また署名押印の上、必要書類と合わせて提示をお願い致します。

※ご確認事項

- 1 極度額について、ご理解されていますか。 はい
極度額とは、主たる債務者である入院患者様が医療費のお支払いについて未納となった場合に、連帯保証人の方が支払う義務を負う上限額のことを言います。
- 2 連帯保証人となる意思は明確にありますか。 はい
連帯保証人になれば、上記の極度額の範囲で、患者様の入院費用について支払義務を負うことになります。緊急連絡先とも保証人とも全く異なり催告の抗弁権・検索の抗弁権が無く、極めて大きな法的責任が生じます。この点を十分にご理解ください
- 3 入院患者様から、入院に必要な費用等の説明は受けましたか。 はい
- 4 入院患者様と別世帯、別住所で独立の生計を営む成年者で極度額までの支払い能力はありますか はい
- 5 連帯保証人欄の署名押印は、必ず連帯保証人様ご自身で行ってください。

※提出必須書類

御本人確認のため、以下いずれかの書類のご提示（コピー可）をお願い致します。

運転免許証のコピー

住民票

パスポート

健康保険証

印鑑証明書（印鑑証明書提出の場合は実印で押印お願いいたします）

マイナンバーカード〈ケースに入れた状態の表面〉

上記の内容を十分に理解した上で 山田 太郎 氏の西暦 2021 年 2 月 1 日から入院予定の入院医療費についての連帯保証人を引き受けることを承諾いたします。

※必ず自署にてご記入ください※

該当のない場合は、空白ではなく【なし】とご記入ください。

記入日（西暦） 2021 年 1 月 20 日

スタンプ印（シャチハタ等）不可

氏名 山田次郎



入院患者との続柄 兄

性別 男 ・ 女

生年月日（西暦） 1987 年 3 月 4 日

住所 〒 〇県●市〇〇1-2-3

電話（自宅） なし

電話（携帯） 090 - 1234 - 1234

勤務先名称 山田商事

勤務先電話番号 061 - 1234 - 1234

極度額 500,000 円 極度額・・・連帯保証人が支払いの責任を負う金額の上限金額（入院ごと）

※ 健康保険の適用の有無や、治療内容・入院期間の変更等により、入院費用が「極度額（補償限度額）」を超えることが明らかになった場合、再度重要事項説明書兼連帯保証人引き受け承諾書をご記載いただくことがあります。