

# 入院誓約書及保証書

(入院年月日) 年 月 日

公益財団法人 鷹揚郷腎研究所弘前病院 殿

このたび、貴院に入院して治療を受けることになりましたが、入院中は貴院の規則並びに診療上の指示事項を守り、療養に専念します。万一これに違反した場合は、いつ退院を命ぜられても異議は申しません。また、入院費の支払い及び患者の責任に起因する事故等が生じた場合は、保証人と共にすべての責任を負う事を、下記の通り連署によって保証します。令和2年4月1日の民法改正により、

「連帯保証人となっていていただく際、支払い上限額（極度額）を明確に定めなければ保証契約が無効となります。」と取り扱いが変更されました。この改正を受け、  
**当院の支払い上限額（極度額）を一律 300,000 円とさせていただきます。**

( 記入はすべて 消えないボールペンでご記入願います。 )

( 訂正は二重線を引き 訂正箇所に印鑑を押してください )

願出人	願ひ人は、患者さん本人になりますので、患者欄は必ず記入してください。							
	フリガナ			印 (シャチハタ不可)	大・昭 平・令	年	月	日生
	氏名							
	現住所	TEL ( ) -						
	職業	勤務先 名称	TEL ( ) -					
	世帯主 氏名	大・昭・平・令 年 月 日生			職業		世帯主 との関係	
	患者さんが未成年及び心神喪失者である場合にのみ記入してください。							
	フリガナ			印 (シャチハタ不可)	大・昭 平・令	年	月	日生 ( 才 )
	氏名							
	現住所	TEL ( ) -						
職業	勤務先 名称	TEL ( ) -				患者 との関係		
保証人は、成年者で、支払い能力のある身元確実な方とします。(年金受給者でも可)								
保証人	フリガナ			印 (シャチハタ不可)	大・昭 平・令	年	月	日生 ( 才 )
	氏名							
	現住所	TEL ( ) -						
	職業又は 年金受給	年金受給者	職業 勤務先名称	TEL ( ) -				患者 との関係

この入院保証書は、入院する時に必ず持参し受付へ提出してください。