入 院 時 提 出

入　院　証　書

令和　　年　　月　　日

国家公務員共済組合連合会

熊本中央病院長　殿

この度、貴院への入院に際し、入院についての諸規則及び診療上の指示並びに下記の事項を順守し、貴院にご迷惑をかけないことを、身元引受人及び連帯保証人と連携のうえ約束いたします。

記

1.診療に関する患者負担の費用については、貴院から指示があり次第、指定日までに支払います。

2.身元引受人・連帯保証人は、患者と連携して上記費用を支払います。

3.退院の指示があった場合には、期日までに退院します。

なお、退院が困難な場合には、身元引受人又は連帯保証人が引き取ります。

4.身元引受人及び連帯保証人の記載事項に変更があった場合は、速やかにお届けします。

なお、連帯保証人が長期不在となる場合には、改めて別の連帯保証人を選定し、お届けします。

患者	フリガナ		㊞	年齢	生 年 月 日
	氏名			満　歳	M. T. S. H. R.　年　月　日
	現住所	〒		自宅 tel	
				携帯 tel	
	勤務先			勤務先 tel	
身元引受人	フリガナ		㊞	患者との関係	生 年 月 日
	氏名				M. T. S. H. R.　年　月　日
	現住所	〒		自宅 tel	
				携帯 tel	
	勤務先			勤務先 tel	
	※　但し、身元引受人の極度額（保証限度額）は２０万円とします。				
連帯保証人	フリガナ		㊞	患者との関係	生 年 月 日
	氏名				M. T. S. H. R.　年　月　日
	現住所	〒		自宅 tel	
				携帯 tel	
	勤務先			勤務先 tel	
	※　但し、連帯保証人の極度額（保証限度額）は２０万円とします。				

※　記入上の注意

①連帯保証人は、独立した生計を営んでいる方で、できるだけ熊本県在住の方を選定して下さい。

②身元引受人と連帯保証人の欄は別々の方を記載して下さい。

③入院証書は、入院後3日以内に入院されている病棟ナースステーション(事務担当)へご提出下さい。

④記入は、万年筆又はボールペンで明確にお願いします。

証書番号	