

※ ご記入いただく前にお読みください ※

- ・患者様・連帯保証人様記入欄は、それぞれ **ご本人の自署** にてご記入ください。
- ・患者様の自筆でご記入が困難な場合は、代筆でも構いませんが、必ず患者様ご本人が確認の上、代筆をご依頼ください。また、代筆者の欄にご氏名・続柄の記入・押印をお願いします。
- ・連帯保証人は、20歳以上の責任能力を有する方にお願ひしてください。

入院証書 (入院 年 月 日)

公益社団法人 群馬県医師会 群馬リハビリテーション病院長殿

私は、以下の事項を遵守することを、連帯保証人と連署にて誓約いたします。

1. 貴院の指示・指導を守り、療養に専念します。
2. 貴院の諸規則（入院案内等に記載）を守り、周辺地域・他の患者・貴院職員等に迷惑をかけません。
3. 療養に関わる費用等の支払は、貴院指定の期日を守り遅滞なく行います。
4. 退院の指示のあったときには、指定の期日を守り退院いたします。
5. 設備・備品等を破損、汚損した場合には、弁償いたします。
6. 飲酒・無断外出・無断外泊をした際には、退院いたします。
7. 貴院における患者の権利と義務（入院案内等に記載）を了承いたします。
8. 貴院の個人情報の取扱い方針に同意します。また、特別の配慮を要する場合は、別途申し出ます。
9. 私物の盗難、紛失に関しては、自己の責任において管理し、貴院の責任を迫及いたしません。
10. 連帯保証人がその責務を果たすことが出来ない状態及び、連帯保証人の変更をする必要が生じた際には、遅滞なく貴院に報告し、代替りの連帯保証人を提出いたします。
11. 療養の給付と直接関係のないサービス等※に関する費用の支払いに同意します。

※ 当院の療養の給付と直接関係のないサービスの料金詳細は裏面に記載してあります。

患者様記入欄	住所	〒	都府県	郡市区			
	ふりがな	.....			男	明 昭	
	氏名	.....	印	女	生年月日	大 平	年 月 日
	電話	.....			※ 携帯電話	.....
代筆者	.....			印	患者様との続柄		.....

連帯保証人様記入欄	住所	〒	都府県	郡市区			
	ふりがな	.....			男	明 昭	
	氏名	.....	印	女	生年月日	大 平	年 月 日
	電話	()			※ 携帯電話	.....
患者様との続柄							

※ 携帯電話をお持ちでない場合は空欄で結構です

→ 引き続き裏面もご記入下さい

入院についての自己申告のお願い

これまでの入院について正しく申告されないと、保険の入院料の一部が後で自己負担になることがありますので、必ずご記入ください。

1. あなたは、この3ヶ月以内に病院に入院したことがありますか？
 はい ・ いいえ > 「はい」の方は、以下にお答えください（退院証明書ご持参の方は、回答不要です）
2. 前回の入院先の病院名 [_____]
3. 前回の入院期間 [_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日]
4. 入院となった主たる病名 [_____]

お支払方法

お支払方法を以下の①~④からお選びください。番号の横の にチェックを入れてください。

	請求書お届け先	お支払方法	領収書
<input type="checkbox"/> ①	患者様のお部屋	窓口で現金・クレジットカード支払	支払時にお渡し
<input type="checkbox"/> ②	窓口にて保管	窓口で現金・クレジットカード支払	支払時にお渡し
<input type="checkbox"/> ③※	ご指定のご住所	窓口で現金・クレジットカード支払	支払時にお渡し
<input type="checkbox"/> ④※	ご指定のご住所	コンビニ・郵便局（払い込み）	入金確認後郵送 (入金確認期間 3~12 日)

※ ③④を選択された方は、以下に送付先、ご住所氏名をご記入ください。

③ ④ 請求書 支払者 送付先 様	〒	都 府 郡 道 県 市 区	
	住所		
	ふりがな		男 ・ 女
	氏名		印	患者様との続柄 _____
	電話	()	

<< 払込によるお支払をご希望される方へ >> (※必ずお読みください)

- ・支払者様に確認のお電話をさせていただきます。必ず、患者様・支払者様が同意されていることをご確認下さい。支払者様が自署で押印のうえご記入ください。
- ・払込は、当院が送付した払込用紙を使い、払込期限内に郵便局・コンビニエンスストアにてお支払下さい。
- ・領収書は、ご入金後10日前後でご送付いたします。
- ・支払者様の氏名ご住所等に変更・お支払方法の変更の際には、速やかにご連絡ください。
- ・郵便事情等により請求書・払込用紙が届かない場合は、ご連絡を下さい。再度郵送させていただきます。

<< ご 注 意 >>

- ※ ご退院の際は、当日お支払いの後、お帰りください。(払込によるお支払もできます。)
- ※ 個人情報保護のため、お電話等での入院費用等のお問合せには、お答えできません。ご了承ください。
- ※ お支払方法の変更をご希望される方は、窓口までお申し出下さい。
- ※ 郵便局での10万円以上の払込には、支払者様の本人確認が必要となります。
- ※ コンビニエンスストアでは、30万円を超える払込が出来ない場合がございます。郵便局をご利用ください。

<< 退院後アンケートのお願い >>

当院では退院からおおよそ3ヶ月後に皆様の現状をお伺いするアンケートを実施しています。ご協力をお願い致します。

- | | |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 送付を許可する | <input type="checkbox"/> 送付を許可しない |
| <送付先> | |
| <input type="checkbox"/> 表面本人住所 | <input type="checkbox"/> 支払者様・請求書送付先住所 |
| <input type="checkbox"/> 連帯保証人様住所 | |
| <input type="checkbox"/> その他（お手数ですが、下の欄にご記載ください） | |

療養の給付と直接関係のない費用の掲示
(院内にもその他詳細の掲示があります。ご確認ください。)

文書料	2,160~10,800 円
紙おむつ類	1 枚 18~191 円
洗濯	業者洗濯券・1 枚/800 円

(税込表示)