

※ 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をお願いしてください。

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. 自他の健康のために病院敷地内で禁煙を厳守し、職員の指導に従います。
8. 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。
9. 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。
10. 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。
11. 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。
12. 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<br>記入欄 | 住所   | 〒     | 都府道     | 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<br>記入欄 | 住所      | 〒     | 都府道 | 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(払込)         | 入金確認後郵送<br>(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<br>請求書<br>支払者<br>送付先<br>様 | 〒  | 都 府 郡<br>道 県 市 区 |             |
|                               | 住所 | ふりがな             | 男<br>・<br>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。
- ※ お支払い時に、払込手数料をご負担いただきます。
- ※ 30万円を超える場合は、ご利用になれません。

### << 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   | 2,200~11,000 円  |
| 紙おむつ類 | 1 枚 19~140 円    |
| 洗濯    | 業者洗濯券・1 枚/800 円 |

(税込表示)