

※ 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 入院費その他の諸費用等については遅滞なく支払い、退院の際に未精算金がある場合は速やかに全額支払います。
- 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、貴院の責任を追及いたしません。
- 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。

患者様記入欄	〒	都府県	郡市区			
	住所 ふりがな	_____				
	氏名	印	男・女	生年月日	大平 昭令	年 月 日
	電話	( )	携帯電話	( )		
代筆者	印		患者様との続柄 _____			

身元保証人記入欄	〒	都府県	郡市区			
	住所 ふりがな	_____				
	氏名	印	男・女	生年月日	大平 昭令	年 月 日
	電話	( )	携帯電話	( )		
患者様との続柄 _____						

※連帯保証人様記入欄	〒	都府県	郡市区			
	住所 ふりがな	_____				
	氏名	印	男・女	生年月日	大平 昭令	年 月 日
	電話	( )	携帯電話	( )		
患者様との続柄 _____						
連帯保証人の債務極度額(保証の上限額)は一入院につき 100 万円とします。						

※ 連帯保証人は、患者本人及び身元保証人とは独立した生計を営み支払能力のある成年者とします。

→ 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※	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"/> ③※	ご指定のご住所	コンビニ(払込)	入金確認後郵送 (入金確認期間 3~12 日)

※ ②③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。

② ③ 請求書 送付先 様		〒 _____	都 府 県 _____	郡 市 区 _____	
	住所	_____			
	ふりがな	_____ 男 _____			
	氏名	_____ 印 _____	女 _____	患者様との続柄 _____	
	電話	_____ ( _____ ) _____			

※窓口でのお支払いは月曜日～土曜日となります（日・祝日はお支払いできません）。

請求書がお手元に届きましたら、2週間以内にお支払いをお願い致します。

<< 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い下さい。
- ・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。
- ・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。

### << 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） |  |

オンライン資格確認システムを用いた「限度額適用認定証情報」の照会に同意

する                       しない

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
洗濯	業者洗濯券・1枚/950 円

(税込表示)