入 院 申 込 書

医療法人医誠会 医誠会国際総合病院 病院長殿

ID：
入院日：　　年　　月　　日

入院者	＊ 入院者が自署できない場合は、申込者兼キーパーソンが代筆記載		
ふりがな		男 女	（成年後見人）　有　・　無
氏　名			（生年月日） 西暦　　年　　月　　日

申込者兼患者側責任者（キーパーソン）自署	記入日：　　年　　月　　日 ＊ 入院者が指定された方もしくはご家族間で話し合い指名された方		
ふりがな		男 女	（入院者との続柄）本人・（　　）
氏　名			（生年月日） 西暦　　年　　月　　日
現　住　所	※ マンション名、部屋番号までご記入ください		
連　絡　先	①（　　）－　　－　　②（　　）－　　－		
勤　務　先	（電話　　－　　－　　）		

緊急時連絡先　キーパーソン以外の方		
1	氏名　（入院者との続柄　　）	
	連絡先　①（　　）－　　－	連絡先　②（　　）－　　－
2	氏名　（入院者との続柄　　）	
	連絡先　①（　　）－　　－	連絡先　②（　　）－　　－

連帯保証人　自署	記入日：　　年　　月　　日 ＊入院者とは別世帯で支払能力のある方、入院中の医療費等について保証する金額は500万円を上限
氏　名 （自署）	印　（入院者との続柄　　）
生年月日	西暦　　年　　月　　日（　　才）
住　所	※ マンション名、部屋番号までご記入ください
連　絡　先	（携帯）　　－　　－　　（自宅）　　－　　－
勤　務　先	（電話　　－　　－　　）

※ ご記載内容に変更が生じた場合は、速やかに職員にお申し出ください。
※ 入院誓約書の内容を確認・誓約した上でお申し込みください。

入院誓約書

2025年2月　医誠会本部作成