

支払に係る入院誓約書 兼 後日支払確認書

自衛隊札幌病院長 殿

令和 年 月 日

この度、貴院に入院するに当たり、入院に係る費用の支払等の一切については、患者本人及び連帯保証人と連帯して責任を負い、貴院の求めに応じ、定められた金額を支払うことを誓約致します。

あわせて、以下の記載内容に変更が生じた場合は、速やかに連絡することを誓約致します。

万一、支払が滞ることがあれば、国の債権の管理等に関する法律（昭和31年法律第114号）などに基づく裁判上の手続を執られたとしても異議を申し立てません。

また、病院の施設、機材等を破損等した場合は、その費用を弁償いたします。

願 出 人	患 者	現住所	〒 ー 【自宅 TEL】 【マンション名等を略さずに部屋番号もご記入ください】		
		勤務先	【勤務先 TEL】 連絡可能時間 時頃～ 時頃 【無職の方は親族等連絡の取れる方の氏名・連絡先をご記入ください。】		
		勤務先所在地	〒 ー 【無職の方は親族等連絡の取れる方の現住所をご記入ください。】		
		フリガナ氏名	【携帯 TEL】		
	保護者、配偶者等	フリガナ氏名	患者との続柄	生年月日	大・昭・平・令・西暦 ・

※ 連 帯 保 証 人	私（連帯保証人）は、自衛隊札幌病院長に対し、上記患者の入院に係る費用の支払等について、願出人と共に支払の責任を負います。				
	現住所	〒 ー 【自宅 TEL】 【マンション名等を略さずに部屋番号もご記入ください】			
	勤務先	【勤務先 TEL】 連絡可能時間 時頃～ 時頃 【無職の方は親族等連絡の取れる方の氏名・連絡先をご記入ください。】			
	勤務先所在地	〒 ー 【無職の方は親族等連絡の取れる方の現住所をご記入ください。】			
	フリガナ氏名	男・女	生年月日	大・昭・平・令・西暦 ・	患者との続柄
	保証限度額	30万円	<input type="checkbox"/> 願出人には、連帯保証人がおりません。		

※ 連帯保証人は、同居・別居に関係なく、患者と別に独立して生計を営み、支払能力のある成人者でお願いします。

※ 連帯保証人は、原則として保証人自ら記載してください。同一筆跡の場合は、電話等にて保証意思の確認を行います。

入院日 令和 年 月 日

注意	<ol style="list-style-type: none">1. 問い合わせ・相談のある場合は、医事課入院係に御連絡下さい。 → 011-581-3101 (内線4278) AM8時15分～PM5時2. この書類は、入院時又は入院後、速やかに入院受付に提出して下さい。3. お支払いの詳細につきましては、「入院のご案内」、「入院費・個室利用料金のお支払いについて(家族・一般用)」をご覧ください。4. 診療時間外及び病院休診日等は、診療費の計算ができませんので、退院日の翌月10日以降の平日に診療費を電話等でお問い合わせください。5. 支払が遅くなった場合は、勤務先・連絡先等に電話、封書及び訪問にて確認させていただくことがあります。
----	--

自衛隊札幌病院長からのお願い

- 1 携帯電話番号の提示をお願いします。
- 2 本人確認書類(免許証、マイナンバーカード、外国人登録証明書等)の提示をお願いします。