

# 誓約書

医療法人健康会 嶋田病院 院長 殿

このたび、貴院に入院して治療を受けたいので入院の申し込みをいたします。  
入院に際しては、貴院の諸規則を守り、指示に従います。また、下記事項についても  
連帯保証人とともに責任を負い、貴院に迷惑をかけないことを誓約します。

- 1 入院に関する諸規則、その他の指示事項を必ず守ります。
- 2 医療行為についての説明を受け、同意したうえで、診療内容について医師の指示  
に従います。
- 3 入院治療費、その他の費用は、請求のあった日から14日以内の納期限までに延  
滞なく支払い、退院時には、全額清算致します。
- 4 退院の指示がありましたら、必ず期日までに退院いたします。
- 5 貸与品や備品を紛失、破損、汚損等の場合は、貴院の指示に従い、弁償金を支払  
います。
- 6 診療費等支払者が支払いを怠ったときには、連帯保証人がその弁済の責任を負い、  
貴院に対して一切の損害をかけないことを誓約いたします。

※ 極度額は連帯保証人が保証する負担金額の上限額となります。

年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

〔診療費等支払者〕 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

現住所 \_\_\_\_\_

自宅電話 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

携帯電話 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

.....  
〔連帯保証人及び極度額〕

連帯保証人氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

極度額 金 100 万円

現住所 \_\_\_\_\_

自宅電話 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

携帯電話 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

患者との続柄 \_\_\_\_\_