見本

入　院　誓　約　書

ご記入時のお願い
- 各欄の押印は、異なる印鑑をお使いください。（未成年者は除く。）
- 現住所の記載はマンション・アパート名・部屋番号まで記入してください。
- 勤務先の記載例：○○○○株式会社福岡営業所。年金受給者の場合は「年金受給」と記入してください。

九州大学病院長　殿

願出人は、
- 入院に関して、貴院のきまりを守り医師等貴院職員の指示に従います。
- 診療に要した費用を請求日より 30 日以内に支払います。
- 退院や転院を勧告された場合はすみやかに応じます。

科	病棟コード（　　）病室番号（　　）号室	入院日：令和　　年　　月　　日

願出人（診療費等支払者）

❶ 入院患者

（フリガナ）　　男・女　明・大・昭・平・令　年　月　日生

氏　名　　(印)　（国籍）　（母国語）

現住所　（〒　　－　　）

勤務先名　　電話（携帯・自宅・勤務先）（　　）

電話（携帯・自宅・勤務先）（　　）

❷ 患者以外（＊代筆不可）（連帯債務者）

患者本人が未成年、成年被後見人または意識障害、心身喪失等により、患者以外の者が願い出をする場合には下記に必要事項を記入すること。 また、患者本人以外が診療費等支払者になる場合も下記に必要事項を記入すること。

（フリガナ）　　患者との続柄（　　）

氏　名　　(印)　大・昭・平　年　月　日生

お仕事をされている方、年金を受給されている方等、支払能力がある成年の方です。患者と同居も可。

現住所　（〒　　－　　）

勤務先名　　電話（携帯・自宅・勤務先）（　　）

電話（携帯・自宅・勤務先）（　　）

❸ 身元引受人

（患者以外の願出人または連帯保証人と同じ場合は、氏名のみで構いません。）

（フリガナ）　　患者との続柄（　　）

氏　名　　(印)　大・昭・平　年　月　日生

❷ または ❹ と同一の場合は、氏名のみ記入。

現住所　（〒　　－　　）

勤務先名　　電話（携帯・自宅・勤務先）（　　）

電話（携帯・自宅・勤務先）（　　）

＜お支払いの保証＞　＊選択してチェックを入れてください。

☐ クレジットカードによる保証（別紙申込書を記入）　☐ 連帯保証人　☐ 入院保証金（預り金）

＊連帯保証人にチェックを入れた場合は、以下の記入をお願いします。

❹ ＊連帯保証人（＊代筆不可）

私は、入院願出にかかる患者の診療により生じる診療費、損害賠償その他の債務に従たるすべての債務について極度額300万円を上限として、願出人と連帯して支払いの責任を持ちます。

（診療費等支払者とは別世帯で、独立して生計を営んでいる成年者かつ、支払能力のある身元確実な方をお願いします。）

（身分証明書 {運転免許証・パスポート・マイナンバーカード［表面のみ］等} の写しを添付してください。）

（フリガナ）　　患者との続柄（　　）

氏　名　　(印)　大・昭・平　年　月　日生

❷ とは別の方で、お仕事をされている方、年金を受給されている方等、支払能力がある成年の方です。診療費等支払者とは別世帯の方。

現住所

勤務先名　　電話（携帯・自宅・勤務先）（　　）

電話（携帯・自宅・勤務先）（　　）

3ヶ月以内に同じ病気で他の病院に入院したことがありますか？
1．はい［　　病院　　月　　日から　　月　　日まで　］　2．いいえ

患者番号								

本院が「患者の保険証の発行元に限度額適用認定証情報を確認のうえ使用する」ことに
☐ 同意します　☐ 同意しません

（お願い）
1.太枠の中を記入し、該当する所に○印を付けてください。
2.必ず連絡の取れる連絡先を記入してください。
3.記入内容に変更がある場合、患者サービス課入院受付までお知らせください。

◎本書にかかる個人情報につきましては、当院の個人情報保護規程に基づき対応させていただきます。

入　院　誓　約　書

九州大学病院長　殿

願出人は、

・入院に関して、貴院のきまりを守り医師等貴院職員の指示に従います。
・診療に要した費用を請求日より 30 日以内に支払います。
・退院や転院を勧告された場合はすみやかに応じます。

科	病棟コード（　　）病室番号（　　）号室	入院日：令和　　年　　月　　日

願出人（診療費等支払者）

入院患者

(フリガナ)　　男・女　明・大・昭・平・令　年　月　日生

氏　名　(印)　(国籍)　(母国語)

現住所　(〒　－　)

勤務先名　電話（携帯・自宅・勤務先）　(　)

電話（携帯・自宅・勤務先）　(　)

患者以外（連帯債務者）＊代筆不可

患者本人が未成年、成年被後見人または意識障害、心身喪失等により、患者以外の者が願い出をする場合には下記に必要事項を記入すること。 また、患者本人以外が診療費等支払者になる場合も下記に必要事項を記入すること。

(フリガナ)　患者との続柄（　　）

氏　名　(印)　大・昭・平　年　月　日生

現住所　(〒　－　)

勤務先名　電話（携帯・自宅・勤務先）　(　)

電話（携帯・自宅・勤務先）　(　)

身元引受人

(患者以外の願出人または連帯保証人と同じ場合は、氏名のみで構いません。)

(フリガナ)　患者との続柄（　　）

氏　名　(印)　大・昭・平　年　月　日生

現住所　(〒　－　)

勤務先名　電話（携帯・自宅・勤務先）　(　)

電話（携帯・自宅・勤務先）　(　)

＜お支払いの保証＞　**＊選択してチェックを入れてください。**

☐ クレジットカードによる保証（別紙申込書を記入）　☐ 連帯保証人　☐ 入院保証金（預り金）

＊連帯保証人にチェックを入れた場合は、以下の記入をお願いします。

＊連帯保証人代筆不可

私は、入院願出にかかる患者の診療により生じる診療費、損害賠償その他の債務に従たるすべての債務について極度額300万円を上限として、願出人と連帯して支払いの責任を持ちます。

(診療費等支払者とは別世帯で、独立して生計を営んでいる成年者かつ、支払能力のある身元確実な方をお願いします。)

(身分証明書 {運転免許証・パスポート・マイナンバーカード [表面のみ] 等} の写しを添付してください。)

(フリガナ)　患者との続柄（　　）

氏　名　(印)　大・昭・平　年　月　日生

現住所　(〒　－　)

勤務先名　電話（携帯・自宅・勤務先）　(　)

電話（携帯・自宅・勤務先）　(　)

3ヶ月以内に同じ病気で他の病院に入院したことがありますか？

1．はい［　　病院　　月　　日から　　月　　日まで ］　2．いいえ

患　者　番　号							

本院が「患者の保険証の発行元に限度額適用認定証情報を確認のうえ使用する」ことに

☐ 同意します　☐ 同意しません

（お願い）

1.太枠の中を記入し、該当する所に〇印を付けてください。

2.必ず連絡の取れる連絡先を記入してください。

3.記入内容に変更がある場合、患者サービス課入院受付までお知らせください。

◎本書にかかる個人情報につきましては、当院の個人情報保護規程に基づき対応させていただきます。

入　院　誓　約　書（病棟控）

九州大学病院長　殿

願出人は、

・入院に関して、貴院のきまりを守り医師等貴院職員の指示に従います。
・診療に要した費用を請求日より 30 日以内に支払います。
・退院や転院を勧告された場合はすみやかに応じます。

科	病棟コード（　　）病室番号（　　）号室	入院日：令和　　年　　月　　日

願出人（診療費等支払者）

入院患者

（フリガナ）　　男・女　明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生

氏　名　　（国籍）　　（母国語）

現住所　（〒　　－　　）

勤務先名　　電話（携帯・自宅・勤務先）　（　　）

電話（携帯・自宅・勤務先）　（　　）

患者以外（連帯債務者）＊代筆不可

患者本人が未成年、成年被後見人または意識障害、心身喪失等により、患者以外の者が願い出をする場合には下記に必要事項を記入すること。 また、患者本人以外が診療費等支払者になる場合も下記に必要事項を記入すること。

（フリガナ）　　患者との続柄（　　）

氏　名　　大・昭・平　　年　　月　　日生

現住所　（〒　　－　　）

勤務先名　　電話（携帯・自宅・勤務先）　（　　）

電話（携帯・自宅・勤務先）　（　　）

身元引受人

（患者以外の願出人または連帯保証人と同じ場合は、氏名のみで構いません。）

（フリガナ）　　患者との続柄（　　）

氏　名　　大・昭・平　　年　　月　　日生

現住所　（〒　　－　　）

勤務先名　　電話（携帯・自宅・勤務先）　（　　）

電話（携帯・自宅・勤務先）　（　　）

＜お支払いの保証＞　　**＊選択してチェックを入れてください。**

☐ クレジットカードによる保証（別紙申込書を記入）　☐ 連帯保証人　☐ 入院保証金（預り金）

＊連帯保証人にチェックを入れた場合は、以下の記入をお願いします。

＊連帯保証人代筆不可

私は、入院願出にかかる患者の診療により生じる診療費、損害賠償その他の債務に従たるすべての債務について極度額300万円を上限として、願出人と連帯して支払いの責任を持ちます。

（診療費等支払者とは別世帯で、独立して生計を営んでいる成年者かつ、支払能力のある身元確実な方をお願いします。）

（身分証明書｛運転免許証・パスポート・マイナンバーカード［表面のみ］等｝の写しを添付してください。）

（フリガナ）　　患者との続柄（　　）

氏　名　　大・昭・平　　年　　月　　日生

現住所　（〒　　－　　）

勤務先名　　電話（携帯・自宅・勤務先）　（　　）

電話（携帯・自宅・勤務先）　（　　）

3ヶ月以内に同じ病気で他の病院に入院したことがありますか？

1．はい［　　病院　　月　　日から　　月　　日まで ］　2．いいえ

患者番号							

本院が「患者の保険証の発行元に限度額適用認定証情報を確認のうえ使用する」ことに

☐ 同意します　☐ 同意しません

（お願い）

1.太枠の中を記入し、該当する所に○印を付けてください。
2.必ず連絡の取れる連絡先を記入してください。
3.記入内容に変更がある場合、患者サービス課入院受付までお知らせください。

◎本書にかかる個人情報につきましては、当院の個人情報保護規程に基づき対応させていただきます。

入　院　誓　約　書（患者控）

九州大学病院長　殿

願出人は、

・入院に関して、貴院のきまりを守り医師等貴院職員の指示に従います。
・診療に要した費用を請求日より 30 日以内に支払います。
・退院や転院を勧告された場合はすみやかに応じます。

科	病棟コード（　　）病室番号（　　）号室	入院日：令和　　年　　月　　日

願出人（診療費等支払者）

入院患者

（フリガナ）　　男・女　明・大・昭・平・令　年　月　日生

氏　名　　（国籍）　　（母国語）

現住所　（〒　　－　　）

勤務先名　　電話（携帯・自宅・勤務先）　（　　）

電話（携帯・自宅・勤務先）　（　　）

患者以外（連帯債務者）＊代筆不可

患者本人が未成年、成年被後見人または意識障害、心身喪失等により、患者以外の者が願い出をする場合には下記に必要事項を記入すること。 また、患者本人以外が診療費等支払者になる場合も下記に必要事項を記入すること。

（フリガナ）　　患者との続柄（　　）

氏　名　　大・昭・平　年　月　日生

現住所　（〒　　－　　）

勤務先名　　電話（携帯・自宅・勤務先）　（　　）

電話（携帯・自宅・勤務先）　（　　）

身元引受人

（患者以外の願出人または連帯保証人と同じ場合は、氏名のみで構いません。）

（フリガナ）　　患者との続柄（　　）

氏　名　　大・昭・平　年　月　日生

現住所　（〒　　－　　）

勤務先名　　電話（携帯・自宅・勤務先）　（　　）

電話（携帯・自宅・勤務先）　（　　）

＜お支払いの保証＞　　**＊選択してチェックを入れてください。**

☐ クレジットカードによる保証（別紙申込書を記入）　☐ 連帯保証人　☐ 入院保証金（預り金）

＊連帯保証人にチェックを入れた場合は、以下の記入をお願いします。

＊連帯保証人代筆不可

私は、入院願出にかかる患者の診療により生じる診療費、損害賠償その他の債務に従たるすべての債務について極度額300万円を上限として、願出人と連帯して支払いの責任を持ちます。

（診療費等支払者とは別世帯で、独立して生計を営んでいる成年者かつ、支払能力のある身元確実な方をお願いします。）

（身分証明書 {運転免許証・パスポート・マイナンバーカード [表面のみ] 等} の写しを添付してください。）

（フリガナ）　　患者との続柄（　　）

氏　名　　大・昭・平　年　月　日生

現住所　（〒　　－　　）

勤務先名　　電話（携帯・自宅・勤務先）　（　　）

電話（携帯・自宅・勤務先）　（　　）

3ヶ月以内に同じ病気で他の病院に入院したことがありますか？

1．はい［　　病院　　月　　日から　　月　　日まで ］　2．いいえ

患者番号								

本院が「患者の保険証の発行元に限度額適用認定証情報を確認のうえ使用する」ことに

☐ 同意します　☐ 同意しません

（お願い）

1.太枠の中を記入し、該当する所に○印を付けてください。
2.必ず連絡の取れる連絡先を記入してください。
3.記入内容に変更がある場合、患者サービス課入院受付までお知らせください。

◎本書にかかる個人情報につきましては、当院の個人情報保護規程に基づき対応させていただきます。

入　院　誓　約　書（連帯保証人控）

九州大学病院長　殿

願出人は、

・入院に関して、貴院のきまりを守り医師等貴院職員の指示に従います。
・診療に要した費用を請求日より 30 日以内に支払います。
・退院や転院を勧告された場合はすみやかに応じます。

科	病棟コード（　　）病室番号（　　）号室	入院日：令和　　年　　月　　日

願出人（診療費等支払者）

入院患者

（フリガナ）　　男・女　明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生

氏　名　　（国籍）　　（母国語）

現住所　（〒　　－　　）

勤務先名　　電話（携帯・自宅・勤務先）　（　　）

電話（携帯・自宅・勤務先）　（　　）

患者以外（連帯債務者）＊代筆不可

患者本人が未成年、成年被後見人または意識障害、心身喪失等により、患者以外の者が願い出をする場合には下記に必要事項を記入すること。 また、患者本人以外が診療費等支払者になる場合も下記に必要事項を記入すること。

（フリガナ）　　患者との続柄（　　）

氏　名　　大・昭・平　　年　　月　　日生

現住所　（〒　　－　　）

勤務先名　　電話（携帯・自宅・勤務先）　（　　）

電話（携帯・自宅・勤務先）　（　　）

身元引受人

（患者以外の願出人または連帯保証人と同じ場合は、氏名のみで構いません。）

（フリガナ）　　患者との続柄（　　）

氏　名　　大・昭・平　　年　　月　　日生

現住所　（〒　　－　　）

勤務先名　　電話（携帯・自宅・勤務先）　（　　）

電話（携帯・自宅・勤務先）　（　　）

＜お支払いの保証＞　　＊選択してチェックを入れてください。

☐ クレジットカードによる保証（別紙申込書を記入）　☐ 連帯保証人　☐ 入院保証金（預り金）

＊連帯保証人にチェックを入れた場合は、以下の記入をお願いします。

＊連帯保証人代筆不可

私は、入院願出にかかる患者の診療により生じる診療費、損害賠償その他の債務に従たるすべての債務について極度額300万円を上限として、願出人と連帯して支払いの責任を持ちます。

（診療費等支払者とは別世帯で、独立して生計を営んでいる成年者かつ、支払能力のある身元確実な方をお願いします。）

（身分証明書 {運転免許証・パスポート・マイナンバーカード [表面のみ] 等} の写しを添付してください。）

（フリガナ）　　患者との続柄（　　）

氏　名　　大・昭・平　　年　　月　　日生

現住所　（〒　　－　　）

勤務先名　　電話（携帯・自宅・勤務先）　（　　）

電話（携帯・自宅・勤務先）　（　　）

3ヶ月以内に同じ病気で他の病院に入院したことがありますか？

1．はい［　　病院　　月　　日から　　月　　日まで ］　2．いいえ

患者番号								

本院が「患者の保険証の発行元に限度額適用認定証情報を確認のうえ使用する」ことに

☐ 同意します　☐ 同意しません

（お願い）

1.太枠の中を記入し、該当する所に○印を付けてください。
2.必ず連絡の取れる連絡先を記入してください。
3.記入内容に変更がある場合、患者サービス課入院受付までお知らせください。

◎本書にかかる個人情報につきましては、当院の個人情報保護規程に基づき対応させていただきます。