

身元引受書兼診療費等支払保証書

柳澤病院長 殿

平成 年 月 日

ふりがな
患者氏名

貴院入院中の上記患者本人の身上に関する事項は、身元引受人において引き受け、退院の指示があった場合には指定の期日に本人を引き取ります。なお、身元引受人は成年者とし、記載事項に変更があった場合は、速やかに届け出ることとします。

身元引受人 (自筆)	現住所	〒 —		
	ふりがな			
	氏名	⑩	患者との関係	
	職業	生年月日	大・昭・平	年 月 日
	勤務先	名称		
	住所	〒 —		
		電話 — —		

貴院入院中の上記患者の診療費等は、毎月20日まで(退院の場合は退院日)に支払い義務者が必ず支払い致します。万一、指定日に診療費等の支払いができなかった場合には、連帯保証人が支払い義務者と連携して、7日以内に支払いいたします。
尚、支払義務者及び連帯保証人は支払い能力を有する成年者とし、変更があった場合は、速やかに届けることとします。

支払義務者 (自筆)	現住所	〒 —		
	ふりがな			
	氏名	⑩	患者との関係	
	職業	生年月日	大・昭・平	年 月 日
	勤務先	名称		
	住所	〒 —		
		電話 — —		

連帯保証人 (自筆)	現住所	〒 —		
	ふりがな			
	氏名	⑩	支払義務者との関係	
	職業	生年月日	大・昭・平	年 月 日
	勤務先	名称		
	住所	〒 —		
		電話 — —		

(注) この身元引受書兼診療費等支払保証書にご記入いただいた個人情報、病院内にて使用するもので、他の目的に使用されるものではありません。