

入院誓約書

年 月 日

大阪市立総合医療センター 病院長 様

この度の入院につきまして、次の事項を遵守することを連帯保証人と連署のうえ誓約します。

1. 「入院中に守っていただくこと」（入院のご案内P9）を遵守し、病院の指示に従い療養に専念します。
2. 暴言、暴力、セクハラ行為等、一切の迷惑行為を行いません。
これらを行った場合、以降の診療を不応需とされることに同意します。
3. 入院料その他諸料金は遅延なく支払い、ご迷惑をおかけしません。
4. 連帯保証人は、入院料その他諸料金の支払について、500,000円を限度額として連帯責任をもちます。
5. 届出内容が不明と判断された場合は、関係機関へ調査することに同意します。
6. 主治医が治療終了と判断された場合、退院・転院する事に同意します。
7. オンライン資格確認による限度額適用認定証情報、限度額適用・標準負担額減額認定証情報及び特定疾病療養受療証情報の取得・適用に同意します。

【全項目記載必要】

患 者	フリガナ		生年月日	
	氏名	⑩	年 月 日	
	住所		電話（自宅） （ ） —	
			電話（携帯） （ ） —	
	連絡先 又勤務先		電話 （ ） —	
フリガナ 保護者氏名 （未成年等の場合）	⑩	患者との 続柄		

事前にクレジットカード情報を登録し、

退院後、請求確定時に決済する事を希望される方は連帯保証人の記載は必要ありません。（詳しくは裏面参照）

事前クレジットカード登録・決済を希望しますか？

- はい（裏面の質問にお答えください） いいえ（連帯保証人の記入をお願いします）

連帯保証人 （後見人）	フリガナ		生年月日	
	氏名	⑩	年 月 日	
	住所		電話（自宅） （ ） —	
			電話（携帯） （ ） —	
	勤務先名 勤務先所在地		電話 （ ） —	
患者との関係				

- （注）
1. 連帯保証人は支払能力を有する成年者とします。
 2. 必要事項をご記入のうえ入院当日に総合案内へ提出してください。
 3. 本記載内容に変更が生じた場合は、速やかに入退院センター窓口へ届出してください。
 4. 個人情報につきましては、適切に管理いたします。
 5. 入院誓約書に不明な記述があった場合は、確認のため、連帯保証人様へお電話をさせていただくことがありますのでご了承ください。なお、連絡する場合は、06-6926-3471の電話よりご連絡いたします。

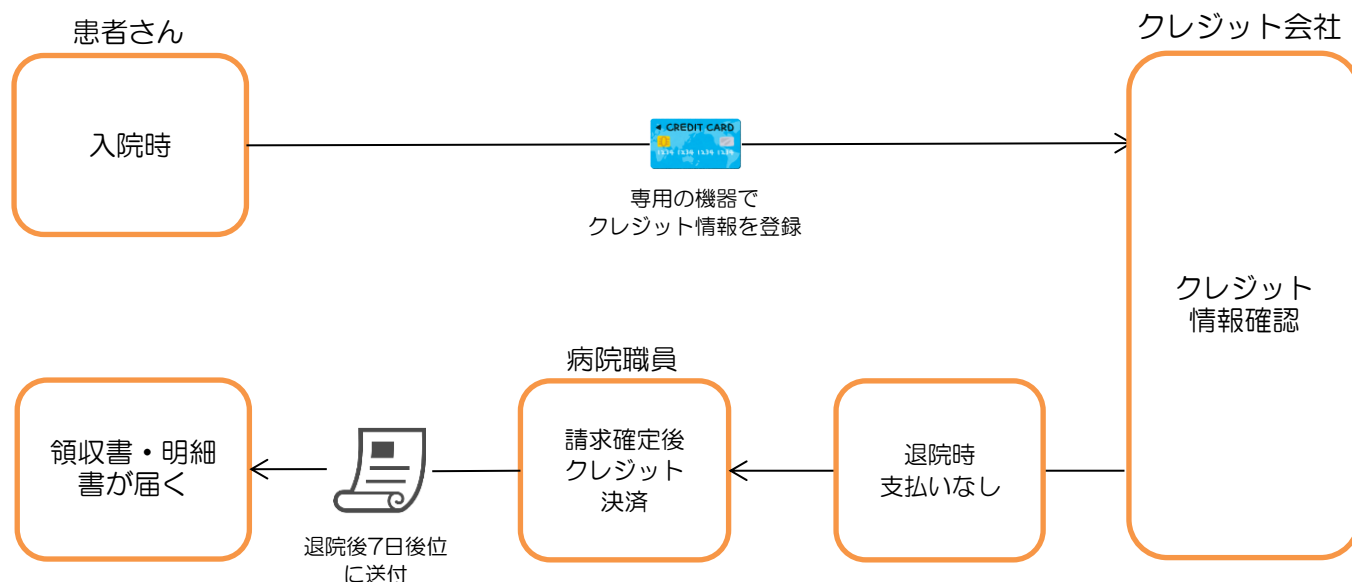
退院後の後日精算について

当院では、事前にクレジットカード情報を登録をし、退院後請求確定時に決済する事を希望される方は退院日にお支払いをせずにご帰宅いただいています。

詳しくは下記の「事前クレジット決済の流れについて」をご参照いただき、希望される方は下記の質問へのご記入をお願いいたします。

※クレジット会社によるカード審査が通らなければ、通常とおりの退院時精算となります。

事前クレジット決済の流れについて



下記の質問にお答えください

1. 領収書・明細書の送付先

患者の現住所 ・ その他の住所

(その他の住所)

氏名	本人との関係
住所 〒	
電話 (自宅)	(携帯)

2. 入院費の電話連絡について

請求金額が10万円以上になる患者さんについては入院費の電話連絡が希望できます。
(10万円以下の患者さんには基本的には連絡いたしませんので、予めご了承ください)

電話連絡を希望します ・ 希望しません

※ 請求確定時に過去の未納請求分がある場合は、
合算して請求させていただきますので予めご了承ください。

会計確認者	入退院センター	
	カード登録結果	担当者
	可 ・ 不可	