

身元引受書兼診療費等支払保証書

独立行政法人地域医療機能推進機構 京都鞍馬口医療センター 院長殿

事務部長	医事課長	係 員

入院日 平成 年 月 日

患者番号 _____

フリガナ _____

患者氏名 _____

上記患者の貴病院入院中の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、身元引受人の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	現住所	〒 []-[] TEL _____	
	フリガナ		
	氏名	Ⓜ	本人との関係
	職業	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	勤務先	名称	
	住所	〒 []-[] TEL _____	

- (注) 1. 身元引受人は、成年者をお願いします。
 なお、支払義務者又は連帯保証人が身元引受人となる場合、「身元引受人」欄の記入については、「氏名」欄以外の記入は不要です。
 2. 「身元引受人」本人が自署する場合は押印は不要です。但し、それ以外の場合は氏名の右横に押印が必要となります。

上記患者の貴病院入院中の診療費等は、請求書記載の納付期限内（退院時の場合は退院時）に支払義務者が必ず支払い致します。
 万一、指定の期日までに診療費等の支払いができなかった場合には、連帯保証人が支払義務者と連帯して滞り無く支払い致します。
 なお、支払義務者及び連帯保証人の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。

支払義務者	現住所	〒 []-[] TEL _____	
	フリガナ		
	氏名	Ⓜ	本人との関係
	職業	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	勤務先	名称	
	住所	〒 []-[] TEL _____	
連帯保証人	現住所	〒 []-[] TEL _____	
	フリガナ		
	氏名	Ⓜ	支払義務者との関係
	職業	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	勤務先	名称	
	住所	〒 []-[] TEL _____	

- (注) 1. 支払義務者は、支払能力を有する成年者をお願いします。
 なお、患者さんが未成年等の場合は親権者等の方をお願いします。
 (この要件を満たす場合、患者さんと支払義務者とが同一人でも差し支えありません。)
 2. 連帯保証人は、支払義務者とは独立した生計を営む支払能力を有する成年者をお願いします。