

身元引受書兼診療費等支払保証書

入部簡章出

独立行政法人 地域医療機能推進機構 京都府福口医療センター 院長殿 年 月 日

患者番号 _____ 患者氏名 _____

上記患者の貴病院内中の診療費等は、請求書記載の納付期限内（退院の場合は退院時）に支払義務者が必ず支払いたします。万一、指定期日までに診療費等の支払いができなかった場合は、連帯保証人が支払義務者と連帯し、滞りなく支払いいたします。

なお、支払義務者および連帯保証人の記載事項に変更があった場合には、速やかに届け出ることをとします。

氏名		フリガナ	フリガナ
性別		女	男
生年月日		年 月 日	年 月 日
住所		自宅電話番号	携帯電話
勤務先住所		勤務先電話番号	
極度額		50万円	
(保証限度額)			

支払義務者は、支払能力を有する成年者（親者が未成年者の場合は親権者）を記載してください。親者が支払能力を有する場合は、親者本人で差し支えありません。

氏名		フリガナ	フリガナ
性別		女	男
生年月日		年 月 日	年 月 日
住所		自宅電話番号	携帯電話
勤務先住所		勤務先電話番号	

連帯保証人は、支払義務者と別世帯で独立の生計を営み、支払能力を有する成年者を記載してください。上記患者の貴病院内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ず、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には、速やかに届け出ることをとします。

氏名		フリガナ	フリガナ
性別		女	男
生年月日		年 月 日	年 月 日
住所		自宅電話番号	携帯電話
勤務先住所		勤務先電話番号	

身元引受人は、患者本人以外の成年者を記載してください。支払義務者または連帯保証人が身元引受人となる場合は、氏名欄以外の記入は不要です。