

入院保証書

滋賀県立精神医療センター病院長 様

年 月 日

入院患者	ふりがな		現住所	TEL () -
	氏 名	(印)		
	生 年 月 日	年 月 日生	不在時の 連絡先 (勤務先等)	

同居親族	ふりがな		現住所	TEL () -
	氏 名	(印)		
	生 年 月 日	年 月 日生	不在時の 連絡先 (勤務先等)	
患 者 と 続 柄				

連 帯 保 証 人	ふりがな		現住所	TEL () -
	氏 名	(印)		
	生 年 月 日	年 月 日生		
	患 者 と 続 柄		不在時の 連絡先 (勤務先等)	
極 度 額 500,000円				

このたび滋賀県立精神医療センターに入院するにつきましては、次の事項を必ず守ることを同居親族および連帯保証人とともに約束します。

- 1 病院の諸規定を固く守り、指示に従って療養します。
これに反したときは、退院を求められても異議はありません。
- 2 治療費等所定の費用は、指定された日までに納入します。
- 3 退院の指示があった場合には、必ず期日までに退院します。

注1 連帯保証人は、治療費等所定の費用の支払い能力がある成年の方を選定してください。
2 記載事項に変更が生じたときは、速やかに届けてください。