

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	
	氏名	(印)		
	生年月日	年 月 日生	不在時の連絡先 (勤務先等)	TEL () -

同居親族*	ふりがな		現住所	
	氏名	(印)		
	生年月日	年 月 日生	不在時の連絡先 (勤務先等)	TEL () -
患者との続柄			不在時の連絡先 (勤務先等)	

※ 同居親族がない場合は、これに代わる方がご記入ください。(例：実家の父母等)

連帯保証人	ふりがな		現住所	
	氏名	(印)		
	生年月日	年 月 日生	不在時の連絡先 (勤務先等)	TEL () -
患者との続柄			不在時の連絡先 (勤務先等)	

極 度 額 300,000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。
本人または同居親族が納入しない場合は、連帯保証人において、極度額を限度として、必ず納入します。
- 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、患者と別に生計を営んでい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。