様式第1号（第5条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 椎葉村国民健康保険病院長　殿 | 連帯保証人住所患者との続柄 | 入院願出人住所患者との続柄 | 身元保証書右の者が貴病院に入院致しますについて本人の身元に関する一切の事項を引受け入院治療費等の支払についてはすべて私共が連帯保証し些かも迷惑をお掛けしないことを後日のため茲に連署確約致します。　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | 医事係 | 事務長補佐 | 事務長 | 院長 |
|  |  |  |  |
| 入院申込書　（事務所提出分）住所　　　　　　　　　　　　　患者　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　㊞生年月日　　年　　月　　日生此度貴病院に入院治療致し度いので許可下さるよう願上げます。尚入院の上は入院の規則入院の心得その他指示事項を堅く守ります。万一右に反し不都合の所為があったときは退院を命ぜられても異議ありません。右誓約します。 |
| （家族外の者）職業　　　氏名　　　　　　　　㊞（年令　　　才） | （家族の者）職業　　　氏名　　　　　　　　㊞（年令　　　才） |