

*太枠内を全てご記入ください
*裏面も必ずご記入ください

入院申込書兼誓約書

公益財団法人北海道医療団 帯広西病院 病院長 殿

記載年月日 年 月 日

私は、この度貴院に入院するにつきましては、下記事項を守り決して貴院にご迷惑を掛けないことは勿論、万一人に都合のあった場合は、連帯保証人においてその一切をお引き受け致します。

- 療養上の諸規則並びに治療上及びその他に関する指示を固く守ります。
- 入院にかかる負担金及びその他諸経費を所定の期日に遅滞なくお支払い致します。
尚、期日までに支払うことができない場合には下記保証人をもって「極度額50万円の範囲内」で連帯して支払いを補償致します。
- 金品等の持ち込みは必要最小限にとどめ、万一紛失した場合は当院に故意または重大な過失がある場合を除き貴院に責任は問いません。
- 貴院の諸設備、備品等を破損した場合は速やかに申し出しその原状回復に係る費用負担等の処理につきましては貴院の指示に従います。
- 保護者、保証人に異動があった場合は速やかにお届け致します。

●患者本人記入欄

フリガナ				
名前		⑧	性別	男 ・ 女
生年月日		年 月 日		
自宅	住所	〒	電話番号	— —
			携帯電話	— —
			メールアドレス	@
勤務先	フリガナ			
	名称		電話番号	— —
	住所	〒		

●保証人記入欄

- ①患者様本人とは別世帯で支払能力のある方を記載してください。
- ②別世帯とは同居であっても生計を別に行っている場合を含みます。
- ③事務局からの連絡はメールアドレスを利用させていただきます。
- ④連帯保証債務の極度額：50万円

フリガナ						
名前		⑧	性別	男 ・ 女	続柄	
自宅	住所	〒	電話番号	— —		
			携帯電話	— —		
			メールアドレス	@		
勤務先	フリガナ					
	名称		電話番号	— —		
	住所	〒				

同意書

公益財団法人北海道医療団 帯広西病院 病院長 殿

●健康保険証のオンライン資格確認に関すること

当院ではマイナンバーカード等を利用したオンライン資格確認システムを導入しております。
これにより医療保険の資格情報の確認と診療情報の取得が可能になります。

適切な診療行為を行う目的で医療保険の資格および診療情報の取得にご同意いただけますか？

- ☐ 同意する
☐ 同意しない

●写真及び動画の利用に関すること

・利用目的

当院では、病院の広報活動（ホームページ、公式SNS、パンフレット、広報誌等）のために
入院患者様、入所者様の様子（写真・動画）を利用させていただきます。

必要な範囲内でトリミングや色調補正等の加工を行うことがあります。

・遵守事項

掲載にあたっては、個人情報保護方針を遵守し、プライバシー保護に万全を期します。
氏名などの個人情報は事前の承諾なく掲載はいたしません。

・掲載の取り消し

同意後であっても、申し出ていただくことによりいつでもこの同意を撤回できます。
この場合は速やかにデータの削除等を行います。

当院の広報活動への協力（写真・動画掲載）同意いただけますか？

- ☐ 同意する（お顔の掲載も可）
☐ 同意する（お顔が写らない加工・アングルを条件とする）
☐ 同意しない

ご署名日 年 月 日

患者・入所者氏名

ご署名 続柄等 :

患者様ご本人が署名できない場合は代理人（ご家族、保証人等）がご署名ください

令和8年7月10日～