

患者番号
フリガナ
患者様氏名
生年月日
年齢・性別

※ 赤枠内のみご記入ください
※ 記入漏れが無いようお願い致します

(記入例) 入院申込書

入院年月日	年 月 日	← ご入院後にスタッフが記入します		
フリガナ 氏 名	キョウリツ ハナコ 共立 花子	保険 区分	国保 老人 本人 社保 自費 家族	
生年月日	西暦 年 〇月 △日	(〇〇 歳) ご入院時の年齢		
自宅住所	千葉県船橋市習志野台4-13-△△ 固定電話 無い場合は「×」を記入 携帯電話 090-××××-〇〇〇〇			
ご本人勤務先	勤務先名 無い場合は「×」を記入 電話 無い場合は「×」を記入			
家族連絡人①	氏名 共立 太郎		関係 夫 or パートナー	
	住所 千葉県船橋市習志野台4-13-△△			
	電話 090-△△△△-〇〇〇〇			
	勤務先名 共立習志野台病院		電話 047-466-3018	
家族連絡人②	氏名 共立 一子		関係 義母 (他、実母・実父・義父等、ご親族の方)	
	住所 千葉県船橋市習志野台4-17-××			
	電話 080-〇〇〇〇-△△△△			
	勤務先名 無い場合は「×」を記入		電話 無い場合は「×」を記入	
退院年月日	年 月 日	AM	時	分
		PM		

※家族連絡人は必ず①、②をご記入下さい。

千葉県船橋市習志野台4丁目13番16号

医療法人社団 良知会
共立習志野台病院

TEL 047(466)3018

医療法人社団 良知会 共立習志野台病院

入院誓約書

私はこの度貴院にて入院治療することにつきましては、貴院の諸規則並びに治療上指示されましたことを遵守することは勿論、入院中の心得を守り決して貴院にご迷惑をかけないことを連帯保証人と連署をもって誓約致します。

医療法人社団 良知会
共立習志野台病院 院長 殿

年 月 日

(提出日を記入)

患者様 氏 名

⑩

住 所

T E L

「ご主人さま」「パートナーさま」直筆でご記入ください。

連帯保証人様 氏 名

⑩

住 所

T E L

千葉県船橋市習志野台4丁目13番16号

医療法人社団 良知会

共立習志野台病院

本人の自署であれば押印の必要はありません。

記入例

分娩についての同意書

私は「Welcome Baby」の冊子を読み、その内容を理解いたしました。

医療法人社団 良知会
共立習志野台病院 院長殿

年 月
(提出日を記入)

患者様

氏 名

㊞

住 所

連帯保証人様

「ご主人さま」「パートナーさま」直筆でご記入ください。

氏 名

㊞

住 所

患者様との続柄

※本人の自署であれば押印の必要はありません。

医療法人社団 良知会
共立習志野台病院
産婦人科 院長

患 者 番 号
フ リ ガ ナ
患 者 様 氏 名
生 年 月 日
年 齢 ・ 性 別

(記入例) 個人情報の取扱いに関する同意書

共立習志野台病院(以下「当院」)は、診療およびこれに付随する業務を行うにあたり、患者様の個人情報を取得・利用いたします。当院は個人情報の保護に関する法律および関連法令を遵守し、個人情報を適正に取扱います。

【1.利用目的】

当院は、医療事故防止のため、下記に患者様のお名前等を掲示いたします。

- ・ベッドサイド
- ・病室入口(必要時以外は他患者様に見えない仕様です)

【2.同意の任意性】

本同意は任意ですが、同意をいただけない場合、適切な医療サービスの提供が困難になることがありますのでご了承ください。

【3.お問い合わせについて】

患者様に関するお電話での問い合わせは原則お答えしかねますのでご了承ください。

【4.ご面会について】

ご入院中、面会者の制限を希望される方は、入院時にスタッフへお申し出ください。

共立習志野台病院 病院長殿

年 月 日

上記確認の上、個人情報の取扱いに同意します。

(提出日を記入)

本人氏名

印

住 所

電話番号

本同意書の控えが必要な方はお申し出ください。

本人の自署であれば押印の必要はありません。

出産育児一時金直接支払合意書

当院では、出産時の入院費用の準備金ができるだけ少なくて済むよう、21年10月から始まった「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」をご利用いただくことを原則としております。

- 妊婦の方がご加入されている医療保険者に、当院が妊婦の方に代わって出産育児一時金を請求いたします。手続きについて手数料はいただきません。
- 退院時に当院からご請求する費用について、原則50万円の一時金の範囲内であれば、現金等でお支払いいただく必要がなくなります。
 - ・ 出産費用が50万円を超えた場合は、不足額を窓口でお支払いいただきます。
 - ・ 出産費用が50万円未満で収まった場合は、その差額分を医療保険者に請求することができます。
- ※ 当院が医療保険者から受け取った一時金の額の範囲で、妊婦の方へ一時金の支給があったものとして取り扱われます。
- 帝王切開などの保険診療を行った場合、3割の窓口負担をいただきますが、一時金をこの3割負担のお支払いにも充てさせていただきます。
- この仕組みを利用なさらず、一時金を医療保険者から受け取りたい場合には、お申し出ください。その場合、出産費用の金額について退院時に現金等でお支払いいただくことになります。

以上の説明を受け、

保険組合名を記入

全国健康保険協会 千葉支部 (保険者名), 記号: 1000 /番号: 4663018

から支給される一時金について、直接支払制度を利用することに同意するかしないか、どちらかに丸印を付けてください。

同意します

同意しません

1枚目・2枚目に押印
(シヤチハタ不可)

西暦 年 4 月 日 この書類の提出日

被保険者(世帯主)

ご主人さまの扶養 → ご主人様の氏名
ご自身が健康保険に加入 → ご自分の氏名

印

患者氏名

共立 花子

印

患者 I D
(カルテ No.)

診察券 I D を記入

〒274-0063
船橋市習志野台4丁目13番16号
電話 047(466)3018
医療法人社団 良知会
共立習志野台病院

出産育児一時金直接支払合意書

当院では、出産時の入院費用の準備金ができるだけ少なくて済むよう、21年10月から始まった「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」をご利用いただくことを原則としております。

- 妊婦の方がご加入されている医療保険者に、当院が妊婦の方に代わって出産育児一時金を請求いたします。手続きについて手数料はいただきません。
- 退院時に当院からご請求する費用について、原則50万円の一時金の範囲内であれば、現金等でお支払いいただく必要がなくなります。
 - ・ 出産費用が50万円を超えた場合は、不足額を窓口でお支払いいただきます。
 - ・ 出産費用が50万円未満で収まった場合は、その差額分を医療保険者に請求することができます。
- ※ 当院が医療保険者から受け取った一時金の額の範囲で、妊婦の方へ一時金の支給があったものとして取り扱われます。
- 帝王切開などの保険診療を行った場合、3割の窓口負担をいただきますが、一時金をこの3割負担のお支払いにも充てさせていただきます。
- この仕組みを利用なさらず、一時金を医療保険者から受け取りたい場合には、お申し出ください。その場合、出産費用の金額について退院時に現金等でお支払いいただくことになります。

以上の説明を受け、

船橋市

(保険者名)、記号: 船 /番号: 4663018

から支給される一時金について、直接支払制度を利用することに同意するかしないか、どちらかに丸印を付けてください。

同意します

同意しません

1枚目・2枚目に押印
(シヤチハタ不可)

西暦 年 4月 日 1 ←この書類の提出日

被保険者(世帯主)

マイナ保険証[世帯主]の項目に
記載されている氏名

印

患者氏名

共立 花子

印

患者 I D
(カルテ No.)

診察券 I D を記入

〒274-0063
船橋市習志野台4丁目13番16号
電話 047(466)3018
医療法人社団良知会
共立習志野台病院