

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	キョウリツ ハナコ	保険区分	国保 老人 本人	
氏名	共立 花子		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
	住所	千葉県船橋市習志野台4-17-×× (他、実母・実父・義父等、ご親族の方)		
	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。

記入例 (社保)

出産育児一時金直接支払合意書

出産の際は、ご加入の医療保険者から出産育児一時金等（原則 50 万円）が支給されます。

当院では、窓口でのお支払いは一時金の額をあらかじめ差し引いた額とし、当院が医療保険者に直接一時金の請求を行う「直接支払制度」のご利用を原則としております。

退院時に出産費用の金額をいったんお支払いいただき、後からご自身で出産育児一時金等の申請を行っていただくよりも、窓口でのお支払い額を抑えることができます。

- 妊婦の方が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。
- 退院時に当院にお支払いいただく費用から、一時金の額（原則 50 万円）を差し引きます。
 - ・ 出産費用が一時金の額を超えた場合は、不足額を窓口でお支払いいただきます。
 - ・ 出産費用が一時金の額に収まった場合は、医療保険者からその差額の支給を受けることができます。
※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、出産費用の全額を現金でお支払いいただくことになります。※事前に保証金をお預かりいたします。

＜妊婦の方へお願い＞

加入する医療保険者等に変更があった場合には、速やかにマイナ保険証又は変更後の資格確認書をご提示ください。

※マイナ保険証とは、健康保険証利用登録済みのマイナンバーカードを指します。

※退職後半年以内の方で、現在は国民健康保険など退職時とは別の医療保険にご加入の方は、在職時の医療保険から給付を受けることもできます。その際は、退職時に交付されている資格喪失証明書も併せてご提示ください。

（詳細は以前のお勤め先にお問い合わせください）

以上の説明を受け、

（例）全国健康保険協会 千葉支部

※健康保険組合（保険者）の名称を記入
（ご自分の氏名ではありません）

（保険者名） から支給される一時金について

1枚目・2枚目に押印
（シャチハタ不可）

直接支払制度を利用することに同意いたします。

この書類の提出日 → 年 月 日

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

被保険者（世帯主）氏名

印

患者氏名

共立 花子

印

患者 I D（診察券 No.）

診察券 I D を記入

※『保険者名』の確認方法

- ・ マイナ保険証 マイナポータルにログイン後、「健康保険証」を選択
→ 「資格情報」より「保険者名」に記載
- ・ 資格確認書 オモテ面 項目「保険者名称」に記載

〒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

記入例 (国保)

出産育児一時金直接支払合意書

出産の際は、ご加入の医療保険者から出産育児一時金等（原則 50 万円）が支給されます。

当院では、窓口でのお支払いは一時金の額をあらかじめ差し引いた額とし、当院が医療保険者に直接一時金の請求を行う「直接支払制度」のご利用を原則としております。

退院時に出産費用の金額をいったんお支払いいただき、後からご自身で出産育児一時金等の申請を行っていただくよりも、窓口でのお支払い額を抑えることができます。

- 妊婦の方が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。
- 退院時に当院にお支払いいただく費用から、一時金の額（原則 50 万円）を差し引きます。
 - ・ 出産費用が一時金の額を超えた場合は、不足額を窓口でお支払いいただきます。
 - ・ 出産費用が一時金の額に収まった場合は、医療保険者からその差額の支給を受けることができます。
※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、出産費用の全額を現金でお支払いいただくことになります。※事前に保証金をお預かりいたします。

＜妊婦の方へお願い＞

加入する医療保険者等に変更があった場合には、速やかにマイナ保険証又は変更後の資格確認書をご提示ください。

※マイナ保険証とは、健康保険証利用登録済みのマイナナンバーカードを指します。

※退職後半年以内の方で、現在は国民健康保険など退職時とは別の医療保険にご加入の方は、在職時の医療保険から給付を受けることもできます。その際は、退職時に交付されている資格喪失証明書も併せてご提示ください。

（詳細は以前のお勤め先にお問い合わせください）

以上の説明を受け、

(例) 船橋市

※健康保険組合（保険者）の名称を記入
(ご自分の氏名ではありません)

(保険者名) 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いたします。

この書類の提出日 → 年 月 日

1枚目・2枚目に押印
(シャチハタ不可)

マイナ保険証 [世帯主] の項目に
記載されている氏名

被保険者（世帯主）氏名

印

共立 花子

患者氏名

印

診察券 I D を記入

患者 I D (診察券No.)

※『保険者名』の確認方法

- ・ **マイナ保険証** マイナポータルにログイン後、「健康保険証」を選択
→ 「資格情報」より「保険者名」に記載
- ・ **資格確認書** オモテ面 項目「保険者名称」に記載

〒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