

|    |     |      |      |      |     |      |       |        |
|----|-----|------|------|------|-----|------|-------|--------|
| 院長 | 副院長 | 事務部長 | 看護部長 | 業務班長 | 専門職 | 契約係長 | 財務管理係 | 算定・病歴係 |
|    |     |      |      |      |     |      |       |        |

## 記入例

## 身元引受書兼診療費等支払保証書

提出日を記入 → 令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構岩手病院長 殿

ふりがな **いわて はなこ**  
患者氏名 **岩手 花子**

上記患者の貴院入院中の患者本人の身上に関する事項は、身元引受人において引き受け、退院の指示があった場合には、指定の期日に本人を引き取ります。  
なお、身元引受人の記載事項に変更があった場合は、速やかに届け出ることとします。

|       |        |   |  |
|-------|--------|---|--|
| 身元引受人 | 現住所    | 〒 021 - 0000 電話 0191 - 00 - 0000<br>岩手県一関市〇〇〇町0-0 |  |
|       | ふりがな氏名 | いわて いちろう<br>岩手 一郎                                 | 患者との関係 夫   |
|       | 職業     | 会社員   | 生年月日 大正(昭)・平成・令和 00年 00月 00日                         |
|       | 勤務先    | 名称 株式会社 〇〇〇                                       | 住所 〒 021 - 0001 電話 0197 - 00 - 0000<br>岩手県一関市〇〇〇町9-9 |

- (注) 1. 身元引受人は、成年者をお願いします。  
なお、支払義務者又は連帯保証人が身元引受人となる場合、「身元引受人」欄の記入については、「氏名」欄以外の記入は不要です。  
2. 「身元引受人」本人が自署する場合は押印は不要です。但し、それ以外の場合は氏名の右横に押印が必要となります。

上記患者の貴院入院中の診療費等は、請求書記載の納付期限内（退院の場合は退院時）に支払義務者が必ず支払いいたします。  
万一、指定の期日までに診療費等の支払ができなかった場合には、連帯保証人が支払義務者と連携して滞り無く支払いいたします。  
なお、支払義務者及び連帯保証人の記載事項に変更があった場合は、速やかに届け出ることとします。

|             |        |   |  |
|-------------|--------|---|--|
| 支払義務者       | 現住所    | 〒 025 - 0000 電話 0198 - 00 - 0000<br>岩手県花巻市〇〇〇町1-1 |  |
|             | ふりがな氏名 | いわて たろう<br>岩手 太郎                                  | 患者との関係 長男  |
|             | 職業     | 会社員   | 生年月日 大正(昭)・平成・令和 00年 00月 00日                         |
|             | 勤務先    | 名称 株式会社 〇〇〇〇                                      | 住所 〒 025 - 0000 電話 0198 - 00 - 0000<br>岩手県花巻市〇〇〇町0-0 |
| 連帯保証人       | 現住所    | 〒 023 - 0000 電話 0196 - 00 - 0000<br>岩手県奥州市〇〇〇町0-0 |  |
|             | ふりがな氏名 | いわて じろう<br>岩手 二郎                                  | 支払義務者との関係 弟  |
|             | 職業     | 薬剤師   | 生年月日 大正(昭)・平成・令和 00年 00月 00日                         |
|             | 勤務先    | 名称 〇〇〇〇調剤薬局                                       | 住所 〒 023 - 0000 電話 0196 - 00 - 0000<br>岩手県奥州市〇〇〇町1-1 |
| 極度額 (保証限度額) |        | 300万円   | 保証する入院期間 (入院日から2年間) 年 月 日～ 年 月 日                     |

- (注) 1 支払義務者は、支払能力を有する成年者をお願いします。  
なお、患者さんが未成年者等の場合は親権者等の方をお願いします。  
(この要件を満たす場合、患者さんと支払義務者とが同一人でも差し支えありません。)  
2 連帯保証人は、支払義務者とは独立した生計を営む支払能力を有する成年者をお願いします。  
3 「支払義務者」「連帯保証人」本人が自署する場合は押印は不要です。但し、それ以外の場合は氏名の右横に押印が必要となります。