

(患者様控/病院控)

病院記載欄	診療科		担当	照査
	病棟			
	ID番号	-		

受理年月日

入院申込書（兼誓約書）

北見赤十字病院長 様

提出日 令和 年 月 日

このたびの入院については、貴院からの説明を十分理解しましたので、入院を申し込みます。入院後は、貴院の諸規則並びに診療上指示されたことを守り、診療及び療養の給付と直接関係のないサービス等（裏面に記載）に関する患者負担費用については、遅滞なく支払うことを連帯保証人と連署をもって約束します。

※入院を申し込むにあたり、患者様の容態によりご本人からの了解を得る事が困難であるときは、ご家族の了解をもってこれに代えさせていただきます。（患者様が未成年の場合は、法定代人である親権者とします。）

※記入事項に変更が生じた場合は速やかに届出願います。

【入院年月日】 令和 年 月 日

●患者様本人 ※原則、自署でご記入ください。（患者様が未成年の場合は、法定代理人である親権者がご記入ください。）

(カナ) 氏名			電話
			携帯 - -
現住所	〒 -		
生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日	満年齢 歳
勤務先	名称	電話 - -	
	住所		

●連帯保証人 ※連帯保証人は、患者ご本人とは別世帯で、独立した生計を営んでおられる方を選定してください。（同住所の夫婦は原則同世帯となります）
※原則、自署でご記入ください。

(カナ) 氏名	印	続柄	父母・子・兄弟（姉妹）・孫
			祖父母・その他（ ）
現住所	〒 -		電話 - -
			携帯 - -
生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日	満年齢 歳
勤務先	名称	電話	
	住所	- -	
	限度額	1ヶ月につき 200,000円	

※限度額は患者さんがお支払い頂けなかった場合に、連帯保証人にご負担頂く金額の上限です。

以下項目について、該当する項目の□にチェックをしてください。

【限度額適用認定証のオンライン資格確認について】

- オンライン資格確認に同意する。
 オンライン資格確認に同意せず、ご自身で限度額申請手続きを行う。

【臓器提供の意思表示について】

- ある ない わからない

※ 本用紙は、健康保険証、医療受給者証等を添えて、患者支援センターへ速やかにご提出ください。

保険外負担金同意書

名称	単位	金額(税別)	金額(税込)
T字帯 大・小	1枚	¥300	¥330
腹帯(学童・乳児・幼児・大人)	1枚	¥400	¥440
術後伸縮腹帯 ソフラビレイ	1枚	¥1,200	¥1,320
紙オムツ 新生児用・低出生体重児用	1枚	¥30	¥30
紙オムツ 小児用	1枚	¥50	¥50
紙オムツ 大人用	1枚	¥200	¥220
おしりふき	1袋	¥200	¥220
尿取りパッド	1枚	¥50	¥50
ナプキン	1枚	¥50	¥50
オサンパット ロイヤル直後	1枚	¥800	¥880
オサンパットレモン1枚	1枚	¥150	¥160
妊娠検査	1回	¥2,060	—
産用セット	1組	¥8,500	—
産褥e直後パット	1枚	¥800	—
臍帯箱	1個	¥400	—
うぶごえアルバム	1個	¥2,800	—
エムニケーター	1個	¥250	—
リペアニプル	1本	¥1,000	—
カネソン新母乳パック1入	1枚	¥60	—
メデラ(搾乳器)貸し出し(1日につき)	1個	¥1,000	—
ベビーキャップ	1個	¥200	—
ミルクポン25ml	1個	¥30	¥30
風疹ワクチン	1回	¥7,550	¥8,400
お祝い膳 大人 (3食目以降)	1食	¥3,000	—
お祝い膳 子ども	1食	¥670	—
新生児追加検査事務手数料	1回	¥500	—
選定入院料	1日	—	¥3,000
選択メニュー(食事加算)	1食	—	¥20
コロナ抗原検査(転院先からの依頼)	1回	¥5,850	—
コロナPCR検査(転院先からの依頼)	1回	¥7,250	—
インフルエンザ抗原検査(転院先からの依頼)	1回	¥1,610	—
エンゼルケア		¥5,000	¥5,500
ガーゼねまき	1枚	¥800	¥880
エンゼルデンチャー	1個	¥1,800	¥1,980
セーフティセット アプリケーター	1セット	¥3,500	¥3,850

療養の給付と直接関係のない上記内容及び、その他のサービス等の提供を受けた場合は、それに係る費用の徴収に同意いたします。

年 月 日

北見赤十字病院長 殿

患者氏名 _____

代理人氏名(続柄) _____

* ご不明な点がございましたら、本館1階 入院案内窓口にお問い合わせください。

2024年4月1日 現在