

## 各種申込書

いずれの書類も、日付は入院日でも記入日でも構いません。  
入院者が未成年(18歳未満)の場合は、親権者のサインもお願いします。

### ①入院申込書 (兼入院治療費支払誓約書)

- 診療費等支払者の欄は、入院者(申込者)と同一の場合は記入不要です。
- 連帯保証人は配偶者不可です。成人の方、別生計の方でお願いします。  
遠方にお住まい等で直接記入いただけない場合は、確認をとっていただいた上で代筆可です。その場合は印鑑も不要です。

### ②個人情報の利用および保険外負担についての同意書

- 両面刷りですので、裏面まで確認いただいた上、サインをお願いします。

### ③個室等利用申込書 (同意書)

- 部屋希望の第一希望が4人部屋以外の方は事前にご記入ください。

### ④病室指名表示・面会対応申請書

- 該当する項目に○をつけていただき、サインをお願いします。

### ⑤入院患者さんへのお願い事項と同意書

- お読みいただいた上でサインをお願いします。

---

### ●ご案内

- 高額療養費制度 (70歳未満の患者さん)
- 高齢者医療制度 (70歳以上の患者さん)

# 入院申込書（兼入院治療費支払誓約書）

社会医療法人誠光会 淡海医療センター 病院長 殿

この度、貴院に入院し診療を受けたいので連帯保証人連署のうえ申し込みします。

入院の際は貴病院の諸規則を守り、指示に従います。また、下記事項を相違なく履行することを誓約いたします。

西暦 年 月 日

## 記

- 入院者の一身上に関することについては、申込者または連帯保証人が一切の事項を引き受けます。
- 入院料、治療費その他諸経費は、指定の期日までに入院者、申込者または診療費等支払者、連帯保証人が責任を持って納入いたします。
- 退院を命ぜられた場合は、申込者または連帯保証人の責任において、指定の期日までに必ず引き受けます。

入院者 (申込者)	ふりがな		性別	男・女	診察券 番号	
	氏名	印				
	生年月日	西暦	年	月	日生（	歳）
	住所	〒	—			
	携帯番号		—	—	電話番号	— —
	勤務先				電話番号	— —

診療費等 支払者	氏名	印	(入院者との続柄)			
	生年月日	西暦	年	月	日生（	歳）
	住所	〒	—			
	携帯番号		—	—	電話番号	— —
	勤務先				電話番号	— —

- (お願い)
- 診療費等支払者は、成年者でかつ支払能力のある方をお願いします。
  - 入院者と診療費等支払者が同じ場合は、診療費等支払欄の記載は不要です。
  - 入院者本人が被扶養者の場合には、その保護者（扶養義務者）も診療費等支払者に署名捺印をしてください。

連帯 保証人	氏名	印	(入院者との続柄)			
	※支払能力のある成年者で入院者とは別世帯または別生計の方。（配偶者は不可）					
	生年月日	西暦	年	月	日生（	歳）
	住所	〒	—			
	携帯番号		—	—	電話番号	— —
勤務先				電話番号	— —	
極度額	600,000円					

私（連帯保証人）は、上記入院者の一身上に関する引き受け及び入院中の医療費等について未納の場合は、連帯してその責任を負うことを誓います。（極度額）

(注) 都合により連帯保証人への確認をさせていただく場合がありますのでご了承ください。

病院記入欄

入院日 年 月 日

病棟

退院日 年 月 日

病棟

確認印

# 個人情報利用および保険外負担についての同意書

社会医療法人誠光会 淡海医療センター 病院長 宛

西暦 年 月 日

私は、「個人情報利用および保険外負担について」を認識し、その利用の際には同意します。

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 様 (続柄 \_\_\_\_\_)

## 個人情報の利用について

当院では、「個人情報に関する当院の基本方針」を定め、患者さんの個人情報保護に万全を期しています。迅速かつ的確な医療を安全に受けていただくために、患者さんの個人情報について下記の目的に利用させていただきます。

### <診療を目的として利用するもの>

1. 当院の内部で利用するもの
  - ・患者さんに迅速で的確な医療を安全に受けていただくために利用します。
  - ・医療保険事務、病棟管理、受付、会計、経理、医療安全対策、医療サービス向上に利用します。
2. 他の事業者や本人以外への情報提供
  - ・他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者との円滑な連携のための情報交換に利用します。
  - ・他の医療機関等から診療上の問い合わせがあった場合の回答に利用します。
  - ・患者さんの診療を行うにあたって、外部の医師等の意見・助言を求める場合に利用します。
  - ・ご家族等への病状説明に利用します。
  - ・検体検査等を外部業者に委託した場合に、誤認防止のために利用します。
  - ・医療保険事務のうち、保険事務の委託、審査支払機関へのレセプト提出、審査支払機関または保険者からの問い合わせに対する回答に利用します。
  - ・病棟管理、受付、会計等の事務の委託、未収金等に係る法律事務所への情報提供に利用します。
  - ・事業者等から委託を受けて健康診断等を行った場合は、事業者等へその結果を通知いたします。
  - ・医師賠償責任保険等に係る保険会社等への相談または届け出に利用します。

### <上記以外の利用目的> 1.

#### 当院の内部で利用するもの

- ・医療サービスや当院業務の維持・改善のための基礎資料として利用します。
  - ・内部で行われる症例研究、臨床研修、教育、学生実習への協力を利用します。
  - ・治療経過、予後調査および業務改善の為にアンケート調査に利用します。
2. 他の事業者や本人以外への情報提供
    - ・当院の運営管理について外部監査を受ける場合、外部監査機関に提供することがあります。
    - ・法令に基づく場合、人の生命・身体・財産の保護のために必要がある場合や、公衆衛生の向上・児童の健全育成のために必要がある場合および行政機関から法令に基づく協力依頼がある場合には、例外として、ご本人の同意を得ることなく提供することがあります。
  3. 学会発表や学術誌発表などの研究
    - ・医学・医療の進歩のために匿名化したうえで利用することがあります。

### <注意事項>

- ・「同意書」の提出をもって患者さんの同意を得たものと致しますのでご了承ください。
- ・利用目的に対する同意および留保は、患者さんからの申し出によりいつでも変更できます。
- ・開示、訂正、削除が必要な場合、利用の制限や停止をご希望の方は主治医までお申し出ください。

(裏面あり)

# 自費でご負担いただく費用一覧

下記については、保険外負担として患者さんご自身で別途ご負担いただきます。

## 保険外負担一覧表

### ○室料差額料金（1日）

特別の療養環境を提供する部屋（医療保険適用病床）	料金（税込）
ジュニアスイート	24,200円
特別室	14,300円
準特別室	11,000円
個室（小）	6,600円
2人部屋	3,300円

### ○文書料

文書名称	料金（税込）
01. 普通診断書（当院様式）	3,300円
02. 普通診断書（英文）	5,500円
03. 健康診断書	3,300円
04. 特別診断書	5,500円
05. 年金診断書	5,500円
06. 年金・障害診断書	5,500円
07. 入院手術証明書	5,500円
08. 各種証明書（医師証明）	3,300円
09. 各種意見書（その他）	2,200円
10. 死亡診断書	5,500円
11. 死亡診断書（2通目以降）	3,300円
12. 死体検案書	11,000円
13. 死体検案書（2通目以降）	5,500円
14. 出産手当金	2,200円
15. 肝炎証明書	3,300円
16. おむつ証明書	3,300円
17. 介護保険サービス用診断書	3,300円
18. 臨床調査個人票（新規・更新）	5,500円
19. 小児慢性特定疾病 医療意見書	3,300円
20. 診療情報提供料（英文）	11,000円
21. 学校関係書類	330円
22. 証明手数料	500円
23. 傷病手当金請求書（特別療養受給者）	3,300円

### 【自賠責】

文書名称	料金（税込）
24. 自賠責診断書	5,500円
25. 自賠責明細書	5,500円
26. 市町村交通共済診断書	3,300円
27. 後遺障害診断書	5,500円

### 【労災・公務災害（非課税）】

文書名称	料金（税込）
28. 労災関係障害診断書	5,000円
29. 再発証明書	7,000円
30. 年金通知様式4号	5,000円
31. 休業補償給付支給請求書（様式第8号・第16号の6）	3,000円
32. アフターケア更新診断書	3,000円

### ○その他

利用項目	使用単位	料金（税込）
カルテ開示手数料	1回	5,500円
放射線科/検査課 CD-R（一般撮影/CT等/検査データ等）	1枚	1,100円
セカンドオピニオン	30分まで	11,000円
セカンドオピニオン	30分超	5,500円
散髪代	1回	3,000円
付添い簡易ベッドと寝具セット	1日	500円
付添い簡易ベッド	1日	200円
付添い寝具	1日	300円
付添い食（朝）	1食	360円
付添い食（昼）（夜）	1食	500円
特別食（ディナーメニュー）	1食	3,300円
エンゼルケア	1回	19,800円
寝間着	1日	3,300円

# 個室等利用申込書（同意書）

社会医療法人誠光会 淡海医療センター 病院長 殿

患者氏名

男 ・ 女

生年月日 西暦

年

月

日生

上記の者の個室等の利用を申し込みます。また、利用にあたり、諸規則、指示等を固く守り、費用について下記の料金を遅延なく支払いすることに同意します。

利用部屋番号\_\_\_\_\_号室(特別室・準特別室・個室(大)・個室(小)・二床室)  
1日あたりの室料差額料金\_\_\_\_\_円であることを確認いたしました。

西暦 年 月 日

室料差額料金 住所

支払者 氏名

TEL

職業（

印

）本人との関係（ ）

# 病室氏名表示・面会対応申請書

病室氏名表示について（平時は病室番号のプレートに覆われており  
氏名は見えない状態になっています）

表示します ・ 表示しません

どちらかに○を付けてください

ご入院の問い合わせ（面会機能・外線電話）について

1. 答えない
2. 答えてよい

どちらかに○を付けてください

淡海医療センター 病院長殿

以上の通り、申請いたします。

西暦 年 月 日

氏名（署名）

【親権者または後見人】（患者が未成年者等の場合）

氏名（署名）

患者さんとの続柄（ ）

## 入院患者さんへのお願い事項と同意書

当院入院中の患者さんは、保険請求上の制約により、他の医療機関には受診できません。独自で、他院に受診された場合は、全額自費診療となりますのでご了承ください。入院中に、この件に関してのお問合わせが発生した場合は、入院病棟事務、病棟師長、看護師等にお問合せください。

社会医療法人誠光会 淡海医療センター 病院長 殿

私は、他院受診に関する説明を受け、説明内容に同意します。

年 月 日

入院患者さん本人

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

親権者または後見人（患者が未成年等の場合）

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

患者さんとの続柄（ \_\_\_\_\_ ）

## 限度額適用認定証等の取得に関する同意書

社会医療法人 誠光会 淡海医療センター 病院長様

入院費等で医療費が高額になる場合、患者さんご自身で限度額適用認定証の発行手続きを保険者に申請して頂く必要がございます。

当院ではオンライン資格確認システムを導入しており、患者さんの同意が頂ければオンライン確認システムより患者さんが保険者に申請することなく限度額情報等を取得することができます。

同意を頂けずとオンライン資格確認システムより、限度額認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証、特定疾病療養受領証の情報を取得し、上記情報を適用して診療費を計算致します。

診療費が高額になった際には、患者さんへの請求は所得に応じた上限額等となります。

同意されない場合は、患者さん自身で保険者へ限度額認定証等の交付手続きを実施するか、限度額認定証を使用せずお支払をして頂くこととなります。

当院がオンライン資格確認システムを利用して、限度額適用認定証等の情報を取得し、診療費の請求を行うことに、

同意します

同意しません

年 月 日

患者名 \_\_\_\_\_

代筆者 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

《本件に係るお問い合わせ先》  
淡海医療センター 医事課入院係

※職員記入欄：【ID \_\_\_\_\_】