

# 保 証 書

入院日 年 月 日

東京大学医科学研究所附属病院

病 院 長 殿

患者氏名 年 月 日生

現住所

職業又は勤務先

貴院の入院を許可されましたので、貴院の諸規則およびその他指示事項を守ります。万が一、諸規則等を守れずに、貴院または他者にご迷惑をおかけした場合は、いつ退院を命ぜられても決して意義を申し立てません。

本人の身上ならびに医療費等の支払については保証人において連帯の責任をもっていっさいを引受け、決して貴院にご迷惑をおかけしないことを保証します。

なお、支払限度額は 100 万円といたします。

連帯保証人	住 所
	職業又は勤務先
	患者との関係
	電話
氏 名	Ⓜ 年令 歳

- 連帯保証人の異動のあった場合は、速やかに保証書を提出し直していただきます。
- 保証人は独立の生計を営む方に限ります。
- この保証書は入院する時に受付カウンターに提出してください。
- この保証書は入院の都度、提出してください。