

## 第1号様式

入院申込書						
① 入院希望者	(フリガナ) 氏名			性別	男・女	生年月日
	(フリガナ) 現住所	〒		大正昭和平成年月日		
② 家族の状況	氏名	年令	入院希望者との続柄	同居・別居の別	職業・勤務先	備考
③事故発生年月日	平成・令和年月日					
現在治療・介護 ④を受けている 場所	1 自宅 2 病院 名称 所在地 3 その他 名称 所在地					
現在介護に従事 ⑤している者及び 直近1ヶ月間の 介護日数	1 病院その他の施設及び事業所の職員 2 家族 (主たる介護者の氏名) 3 その他 ( ) <日>					
治療又は介護等 ⑥に関する費用の 支払状況 (直近3ヶ月分)	支払先	1 病院その他の施設		2 事業所	3 その他	
	支払金額 (平均月額) )	円		円	円	
⑦入院した時の 費用負担者	氏名	入院希望者との続柄 ( )				
	連絡先	〒 TEL				
	支払方法					

湘南東部総合病院への入院をご承認ください。については、上記の記載事項は事実に相違ありません。

令和 年 月 日

湘南東部総合病院  
院長 小松 弘一 殿

入院希望者 氏名

申込者 氏名 印  
入院希望者との続柄 ( )

申込者住所

申込者TEL