

入院申込書兼支払同意書

科

この入院申込書は入院するとき必ず持参し

⑤番窓口(入院・退院受付)へ提出してください。

令和 年 月 日
(入院年月日)

弘前大学医学部附属病院長 殿

私は、弘前大学医学部附属病院への入院を申込みします。

貴院に入院して治療を受けるに当たっては、貴院の諸規則並びに診療上指示された事項を堅く守り、療養に専念します。

また、入院費用などについては、裏面の記載による請求に応じて支払うことを同意します。

患者の責任に起因する事故などが生じた場合は、連帯保証人と共に責任を負うことを以下のとおり連署によって約束します。

なお、支払義務者が入院費用の支払いを怠ったときには、連帯保証人がその支払いの責任を負い、貴院に対して一切の損害をかけないこととします。

申込者 (患者)	ふりがな		印 シャチハタ×	性別	生年月日(年齢)			
	氏名			男・女	大・昭・平・令	年	月	日(満才)
	現住所 (くわしく)					電話番号		
	職業		勤務先名			勤務先の 電話番号		
	世帯主		患者さん との関係			世帯主の 職業		
支払義務者	支払い能力のある方とし、患者さんと同一人でも差し支えありません。(その場合は、氏名以外の記入は必要ありません。)							
	ふりがな		印 シャチハタ×	性別	患者さんとの関係	生年月日		
	氏名			男・女		大・昭・平	年	月
	現住所 (くわしく)					電話番号		
	職業		勤務先名			勤務先の 電話番号		
連帯保証人	支払い能力のある方とし、支払義務者と世帯および生計を別にしている成年者としてします。							
	ふりがな		印 シャチハタ×	性別	患者さんとの関係	生年月日		
	氏名			男・女		大・昭・平	年	月
	現住所 (くわしく)					電話番号		
	職業		勤務先名			勤務先の 電話番号		

入院中の入院
費用について
の連絡先

患者

その他(氏名・連絡先・患者さんとの関係を記入してください)

支払義務者

※翌月10日(土日祝日の場合はその前営業日)まで入院されていた場合は、前月分の請求書を上記の連絡先へ送付致します。

* 過去3ヶ月以内の入院歴を必ずお知らせください。

なし

あり

過去3ヶ月以内の入院期間						医療機関名	
年	月	日	～	年	月	日	
年	月	日	～	年	月	日	
年	月	日	～	年	月	日	

* 退院証明書をお持ちの方はご持参ください。

2019.05
(表面)

【入院費用について】

当院は、厚生労働省により『DPC対象病院』に指定されています。

- ① 入院の費用については、包括評価算定方式と出来高算定方式の組み合わせとなります。

$$\text{入院費用} = \text{「包括評価算定」} \times \text{入院日数} + \text{「出来高算定」}$$

※1 包括評価算定方式による費用部分は、患者さんの傷病名や手術、処置等の内容に応じて分類された診断群分類に基づき1日あたりの費用が決まります。
どの診断群分類に該当するかは主治医が判断します。

※2 出来高算定方式による費用部分には、入院中の手術料や一部の処置・検査料(内視鏡検査料など)が含まれます。

- ② 神経科精神科・歯科口腔外科に入院される患者さん及び包括評価の診断群分類に該当しない入院患者さんの入院費は、「出来高算定方式」のみにより算定されます。

$$\text{入院費用} = \text{出来高算定(入院基本料+投薬・注射料+検査料+画像診断料+手術料や内視鏡検査料など)}$$

上記で算出した金額に、健康保険による割合を乗じて得た金額(限度額認定証を提示した場合は、上記の金額のうち限度額が適用されます。)に入院時食事療養費と保険外の金額を加えた金額を請求します。

上記「保険外の金額」のうち、出産や死亡の際の行政手続きに必要な書類(申し込みの有無にかかわらず発行します)については、料金は下記のとおりとなります。

ご理解のうえ、同意頂きますようお願い申し上げます。

○行政手続きに必要な書類

・出生届関係：「出生証明書」2,160円(税込) (「証明書料」として)

・死亡届関係：「死亡診断書(死体検案書)」2,700円(税込)

※死後処置については、別途料金がかかります。ねまきあり:7,668円(税込) ねまきなし:5,832円(税込)

・死産届関係：「死産証書(死胎検案書)」2,160円(税込) (「証明書料」として)

なお、「行政手続きに必要な書類」については、「申込書」および「(受け取りが本人以外の場合の)委任状」は不要です。