

※必ずお読みください※

入院予定の患者さまへ

入院にあたり、皆様には連帯保証人を代行する保証会社（ナップメディカル）への加入、または個人の連帯保証人を立てていただく必要がございます。以下に、個人の連帯保証人に関する詳細をご案内いたします。

◆連帯保証人とは？

連帯保証人は、患者様の医療費等の未払いが生じた場合に、その支払い義務を患者様と同様に負う方を指します。万が一の際には、連帯保証人様にお支払いをお願いすることがありますので、信頼できる方をご指定ください。

◆連帯保証人が必要な理由

病院では、安心して医療を受けていただける環境を提供するため、医療費のお支払いが確実に行われるよう保証体制を整えております。連帯保証人のご指定はその一環として必要となります。

◆連帯保証人の条件

- ①患者様と別世帯、別住所で独立の生計を営む成年者であること
- ②経済的に安定しており、当院が定める極度額(連帯保証人が支払う上限金額)までのお支払い能力があること
- ③公的機関発行の身分証のコピーのご提出と連帯保証人引き受け承諾書への署名・捺印をしていただける方

連帯保証人を受けられる方へ

連帯保証人には以下の責任が伴いますので、内容を十分にご理解いただきますようお願いいたします。

連帯保証人の責任について

◆極めて大きな法的責任が生じるケースがある

連帯保証人は、患者様が医療費などを支払えない場合に、患者様に代わって当院が定める極度額(連帯保証人が支払う上限金額)までの支払いを行う義務を負います。この責任は非常に重く、ご自身の財産や生活にも影響を与える可能性があります。

◆保証人との違い

通常の保証人とは異なり、連帯保証人には以下の権利がありません。

- ・**催告の抗弁権**: 連帯保証人は、まず患者本人に支払いを催促するよう求める権利がありません。
- ・**検索の抗弁権**: 連帯保証人は、患者本人の財産から先に支払わせるよう求める権利がありません。

◆個人の連帯保証人の手続きについて

以上をご了承していただいた上で、裏面の『重要事項説明書兼連帯保証人引き受け承諾書』の内容をよくお読みになり、連帯保証人様ご自身で各項目への☑と署名捺印をお願いいたします。ご不明点があれば、お電話または受付までお気軽にお問い合わせください。

「重要事項説明書兼連帯保証人引き受け承諾書」

◆個人として連帯保証人を引き受けられる方へ

下記の項目をご確認いただき、すべてのチェックボックスにチェックマークを入れてください。
併せて、署名・捺印のうえ、必要書類とともにご提出くださいますようお願い申し上げます。

◆ご確認事項

当院の極度額 100 万円

- 1 極度額について、ご理解されていますか。 はい ☐
※極度額とは、主たる債務者である入院患者様が医療費のお支払いについて未納となった場合に、連帯保証人の方が支払う義務を負う上限額のことを言います。
- 2 連帯保証人になる意思是明確にありますか。 はい ☐
※連帯保証人になれば、上記の極度額の範囲で、患者様の入院費用について支払義務を負うことになります。身元引受人とも保証人とも全く異なり催告の抗弁権・検索の抗弁権が無く、極めて大きな法的責任が生じます。この点を十分にご理解ください。
- 3 入院患者様と別世帯、別住所で独立の生計を営む成年者で極度額までの支払能力はありますか？ はい ☐
- 4 連帯保証人欄の署名・捺印は、必ず連帯保証人様ご自身で行ってください。 はい ☐

◆公的機関発行の身分証の提出 ※ご提出いただけない場合は、保証会社への加入をお願いしております。
連帯保証人様の本人確認書類として、以下のいずれかのコピーを、入院当日までに必ずご提出をお願いします。

※提出する身分証の横の□に、チェックマークを入れてください。

- ☐ 運転免許証（返納済みの場合は、平成 24 年 4 月 1 日以降に発行された運転経歴証明書でも代用可能です。）
- ☐ マイナンバーカード
（専用フィルムに入れ、表面の『性別』と『臓器提供意思表示欄』が隠れた形でのコピーをお願いします）
- ☐ 資格確認書（住所の記載がない場合は住所が確認できる証明書等を合わせて持参してください）
- ☐ 住民票
- ☐ 印鑑証明書（印鑑証明書をご提出の場合は実印での押印をお願いいたします。）
- ☐ 在留カード

※当院が患者さんの個人情報を収集する場合、その他の目的に個人情報を利用する事は一切ございません。
また、収集した個人情報は返却できかねますのでご了承ください。ご理解いただき情報提供いただきますようお願いいたします。

※必ず自署にてご記入ください※

表面に記載しております『連帯保証人を受けられる方へ』の内容と上記の内容を十分に理解した上で、
患者名 氏 の 入院日(西暦) 年 月 日からの入院予定に伴う入院医療費に
ついて、連帯保証人をお引き受けすることを承諾いたします。

記入日 (西暦) 年 月 日

氏 名 ⑩ 入院患者との続柄

性 別 男 ・ 女 生年月日 (西暦) 年 月 日

住 所 〒

電 話 (自宅) 電 話 (携帯)

勤務先名称 勤務先電話番号

極度額 100 万円 極度額・・・連帯保証人が支払いの責任を負う金額の上限金額 (入院ごと)

空欄にはせず、該当ない場合は なし とご記入ください。

医療機関名：医療法人社団明理会 新松戸中央総合病院 御中

(事務記入： ☐ 別世帯)