

身元保証<入院特化型>申込書

ふりがな		性別	男性	女性	年齢	歳
利用者の方の氏名	様	生年月日	明治	大正	昭和	年 月 日
ふりがな		性別	男性	女性	年齢	歳
利用者の方の氏名	様	生年月日	明治	大正	昭和	年 月 日
おすすめ	住所		電話			
	駐車場 有・無 ()		携帯			
	独居・同居 ()		メール			
緊急連絡先	ふりがな	続柄	電話			
	氏名	様	メール			
	ふりがな	続柄	電話			
	氏名	様	メール			
※法定相続人代表者の方を必ず記載下さい。	ふりがな	続柄	電話			
	氏名	様	メール			
ケアマネジャー	氏名	様	事業所名			
	住所			電話		
入院について 入院が決まっている場合	医療機関名					
	住所		電話			
	入院事由 *病名、担当医師、予定している検査や処置、手術、入院予定期間等をできるだけ詳しくお書き下さい。					
	告知欄		・健康保険が適用されない自由診療はありますか？ <input checked="" type="radio"/> 有る <input type="radio"/> 無い ・先進医療や個室利用等保険外併用診療はありますか？ <input checked="" type="radio"/> 有る <input type="radio"/> 無い			

※上記で「有る」と回答された方は、お申し込み頂けません。告知義務違反にあたる場合は入院中であっても当契約を解除致します。

NPO 法人 ひとり暮らし高齢者の笑顔をつくる会 御中

平成 年 月 日

私は裏面重要事項に同意の上、身元保証<入院特化型> 標準タイプ 終身タイプ 一泊タイプ を申し込みます。

ご利用者又は代筆される方のご署名

印

当申込書は、「NPO 法人ひとり暮らし高齢者の笑顔をつくる会 身元保証係」まで送付下さい。 お問い合わせ先 TEL 06-6585-7131
FAX 06-6585-7818 郵送 〒556-0023 大阪市浪速区稲荷 1-5-39 ターミナルサイド太田 702 号

<添付資料> 添付漏れが無いよう、チェックをおつけ下さい。

- 健康保険被保険者証、後期高齢者医療被保険者証等コピー
- 限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証コピー
- 高齢者受給証コピー（70歳以上75歳未満の方）
- 診断書本紙（入院が決まっている場合）
- 年金や給与等定期所得あるいは一定残高を証する通帳コピー（表紙裏面と直近3ヶ月分の記帳内容）

【事務局使用欄】

理事長	部長	担当

