|  |  |
| --- | --- |
| 受診科目番号 | 科　　　　番 |
| 入院許可番号 | 科　　　　番 |
| カルテ番号 | － |

Admission Application Form

入 院 申 込 書

**To the Director of Yokohama Municipal Citizen's Hospital**

**横浜市立市民病院長**

Post code・郵便番号　　 　―

Applicant’s address・申込者住所:

Phone No・電話:

　Name・氏名:

Relationship to patient・患者との続柄:

Phone No (work)・勤務先電話:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| カタカナ  Name/氏名 |  | | Gender 性別 | □Male/男  □Female/女 |
| Date of birth  生年月日 | Year/年　　　　Month/月　　　Day/日 | | Age 年齢 | years old/歳 |
| Address (home) /住所 | | | | |
| Phone/電話: | | | | |
| Address (work) /勤務先又は連絡先 | | | | |
| Work/電話： | | | | |
| Head of household /世帯主：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Relationship/続柄： | | | | |
| Nationality /国籍  ＊Optional/任意 |  | Preferred language  主要言語 | |  |

This is an application for hospitalization of the following person/次の者の入院を申し込みます。

|  |
| --- |
| Special consideration required for religious reason (if any) /宗教などの理由により特別に配慮が必要な事項 |
| Type of health insurance/ 保険の種類  □ Japanese health insurance / 日本の保険 ( □public/公的保険 □private/プライベート保険)  □ Overseas health insurance / 海外の保険  (Name & phone No. of insurance company / 保険会社名・電話：　　　　　　　　　　　　 　）  \*Please present your primary and/or other health insurance card /保険証やその他の医療証をお待ちの場合はご提示ください  □ Uninsured / 保険に加入していない |

I hereby swear that I will abide by the rules of the hospital upon admission, follow the instructions given, cause no problems regarding payment of the expenses and other matters, and fulfill my obligation with my guarantor in case of any violations. /私は、入院した場合には病院の諸規定を守り、指示に従い、諸費用の支払等について一切、迷惑をかけないことを誓約します。

yyyy年　　　mm月　　　dd日

Signature of patient/患者署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　Seal/印

* No seal required if signed by yourself/自署の場合は押印不要

Emergency contact details/緊急連絡先

Address/住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　Phone No./電話

Name/氏名

Address(work)/勤務先　　　　　　　　　　　　　　　　 Phone No./電話

（**Note**/注意）

1. If the patient is a minor or other dependent, the person responsible for the support of the patient should fill in the form under the patient's name and affix his/her seal./患者本人が未成年等で被扶養者である場合は、扶養義務者が患者氏名の下に記入し、押印してください。

２ The personal information on this document may be used for purposes, such as operations concerning medical consultation and notification of late payment of medical expense. (It may be provided to the Immigration Services Agency of Japan in the event that payment of medical fees is overdue)/ご記入いただいた個人情報につきまして、診療にかかわる業務のほか、診療費用の支払が滞った場合などの連絡に利用することがあります。（診療費用の支払が滞った場合には、日本の出入国在留管理庁に提供することがあります）

３　Information related to medical treatment may be shared with overseas medical institutions.

診療にかかわる情報を海外の医療機関と共有する場合があります。

4. If the doctor deems it necessary for medical treatment, we may get your medical information from previous medical institutions. In this case, you will be responsible for all costs incurred. /医師が診療に必要と判断した場合、過去にご自身がかかった医療機関から診療情報の提供を受けることがあります。その際、発生する費用については、原則患者さん自身にご負担いただきます。

5. Medical disputes arising in Japan are subject to the jurisdiction of Japan and will be resolved by according to Japanese law as the governing law. The Yokohama Summary Court or Yokohama District Court shall have jurisdiction over all disputes related to medical treatment at the Hospital (including court arbitration proceedings)/ 日本国内における医療紛争は日本の裁判管轄とされ、準拠法として日本法の適用により紛争解決が図られます。当院の診療に関する一切の紛争（裁判所の調停手続きを含む）は、横浜簡易裁判所又は横浜地方裁判所が管轄です。

**※⃞　Please check here to indicate that you have read and agree to the above./上記の内容に同意し、チェックして下さい。**

Please use a black ballpoint pen to fill out the form. (Please do not use an erasable ballpoint pen.)記入は、黒のボールペンでお願いします。（消せるボールペンは使用しないでください。）

※　If you have a credit card, you can apply for payment of medical expenses incurred during this hospitalization using your credit card by filling out the necessary information on the form./クレジットカードをお持ちの方については、必要事項をご記入いただくことにより、クレジットカードを使用して今回の入院中に発生した診療費を支払うこと申請することができます。

Please note that if we do not receive payment for medical fee within 7 days of the billing date, we will use the following credit card to settle the bill, whether you have requested it or not. /請求日から７日以内に診療費のご入金がない場合は、ご希望の有無にかかわらず、下記のクレジットカードで決済させていただきますので、あらかじめご了承ください。

(Receipt and the customer’s copy of the card transaction will be given to you at the counter on your next appointment or sent by post at a later date./領収書及びカード利用控は、次回来院時に窓口でのお渡し又は後日郵送させていただきます。）

Credit card number verification and payment application form (for admission application)

クレジットカード番号確認・支払い申込書（入院時申込用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □　I hereby apply to use the following credit card to pay the medical expenses incurred during my stay at the hospital. (The payment will be processed automatically after the bill is issued. /下記のクレジットカードを使用して、今回の入院中に発生した診療費を支払うことを申請します。（会計発行後、自動的に決済処理を行います。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Applicant/申請者(cardholder/カード名義人）  Name/氏名　　　　　　　　　　　 　　　　 (Relationship to patient/患者との続柄：　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Card No.  カード番号 |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |
| Good thru  有効期限 | yyyy年　　　　mm月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Card type  カード種別 | VISA　・　MASTER　・　JCB　・　AMEX　・　NICOS　・　DINERS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Payment method  支払方法 |  | | Single payment  １回払い | | | | |  | | 2 installments  ２回払い | | | | |  | | Single payment at the time of the bonus income  ボーナス一括払い | | | | | |
|  | | Revolving payments  リボ払い | | | | |  | | Installment payment/分割払い  （ ３・５・６・10・12 installments/回払い） | | | | | | | | | | | | |
| Where to send the receipt/領収書の送付先(\*Fill in only if different from patient address/患者住所と異なる場合のみ記入）  Address/住所 〒  Recipient's name/宛名: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※Payment will be made by a single payment if the payment method is not specified. Revolving payment and installments may be unavailable depending on the card you are using. Also, the preset usage limit cannot be exceeded. /支払方法の指定がない場合は「１回払い」とさせていただきます。カードによっては、「リボ払い・分割払い」がご利用になれない場合があります。また、設定の利用限度額を超えることはできません。

|  |
| --- |
| 受付者名：　　　　　　カード処理日：　　　年　　　月　　　日　担当者名： |

【Office use事務処理欄】病棟　→　入院係