

身元保証サポート<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
おすまい	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		
ケアマネジャー	氏名		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、担当ドクター、予定している手術や措置、入院予定期間等をできるだけ詳しくお書き下さい。				
	<p>告知欄</p> <p>・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</p> <p>・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</p> <p style="font-size: small; color: red;">※上記で「有る」と回答された方は、当サポートにお申し込み頂けません。また「無い」と答えられた方が諸事情により自由診療や保険外併用診療を勧められた際は、必ず事前に当会までご相談下さい。事前の連絡を頂けなかった場合には、当会は、告知義務違反として入院中であっても当契約を解除することができるものと致します。</p>				

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

私は裏面重要事項説明書に同意の上、身元保証サポート<入院特化型> 標準タイプ 終身タイプ 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 事務局 身元保証サポート係」まで送付下さい。

FAX 06-7635-2890 郵送 〒530-0012 大阪市北区芝田 1 丁目 1-4 阪急ターミナルビル 16 階 スタードッグス(株)内

<添付資料> 添付漏れが無いよう、チェックをおつけ下さい。

- 健康保険証コピー 限度額適用認定証または標準負担額減額認定証コピー (70 歳未満の方)
- 高齢者受給証コピー (70 歳以上の方) 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	係長	担当

