

保証委託申込書

申請日(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

株式会社シャイニング 保証人事業部

私、(申込者氏名) _____ は、入院費用に係る債務について、
別添「別添保証委託約款」に同意の上、申込みます。

ご記入が困難な場合は、※の箇所のみご記入ください。弊社よりお電話にて内容を確認し、追記します。

入院予定日※	年 月 日 ~ 日間		
限度額適用 認定証	限度額適用 認定証申込	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
フリガナ ※			押 印
患者様氏名 ※			
生年月日	M・T・S・H・R	年 月 日 (歳)	
性別	男 ・ 女	配偶者の有無	有 ・ 無
住所	〒 _____	都道府県	
電話番号 ※	自宅() _____	携帯() _____	—
メールアドレス		連絡 可能時間	~
職業	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約(準)社員 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他()		
保険の種類	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 共済保険 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格証明書 <input type="checkbox"/> 持っていない <input type="checkbox"/> その他		
勤務先		部署	
勤務先住所	〒 _____	都道府県	
勤務先電話番号	() _____	内線() _____	業種 _____
役職		勤続年数 _____ 年 _____ か月	年収 _____ 万円
入院保証人の 支払方法 ※	<input type="checkbox"/> クレジットカード決済 <input type="checkbox"/> デビットカード決済 <input type="checkbox"/> 銀行振り込み <input type="checkbox"/> 銀行口座引き落とし <input type="checkbox"/> 電話クレジットカード決済 <input type="checkbox"/> 病院預かり <input type="checkbox"/> その他()		

本人以外の緊急連絡先

フリガナ			
連絡者氏名			
生年月日	M・T・S・H・R	年	月 日 (歳)
性別	男 ・ 女	配偶者の有無	有 ・ 無
住所	〒	—	都道府県
電話番号	自宅()	—	携帯() —
メールアドレス		連絡可能時間	~
勤務先名称			
勤務先住所	〒	—	都道府県
勤務先電話番号	()	—	内線() 業種

申込者が本人以外の場合は、ご記入ください。(本人が申込者の場合は記入不要)

フリガナ			押印	
患者様氏名				
生年月日	M・T・S・H・R	年	月 日 (歳)	
性別	男 ・ 女	配偶者の有無	有 ・ 無	
住所	〒	—	都道府県	
電話番号	自宅()	—	携帯() —	
メールアドレス		連絡可能時間	~	
勤務先名称				
勤務先住所	〒	—	都道府県	
勤務先電話番号	()	—	内線() 業種	

下記は、申込者の記入不要です。

医療機関記入	病院名		病院コード		カルテ番号	
弊社記入欄	受領日	年	月	日	受領者名	
	入金日	年	月	日	登録者名	
備考						