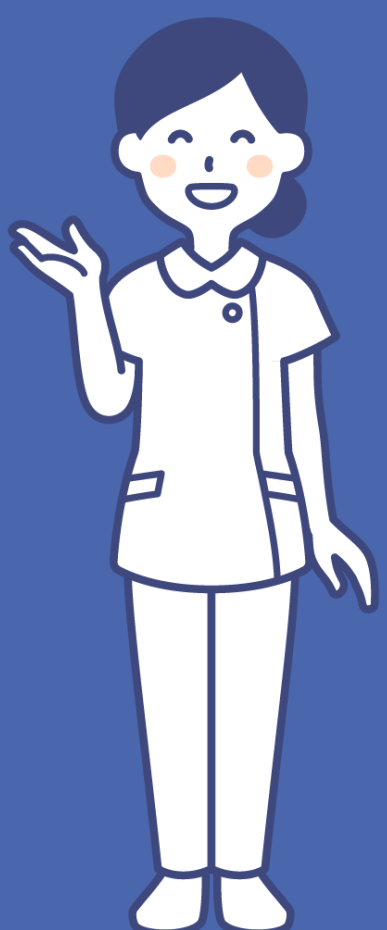
入退院手続きについて

必ずご確認ください

地方独立行政法人 広島市立病院機構
広島市立北部医療センター安佐市民病院
Hiroshima City North Medical Center Asa Citizens Hospital

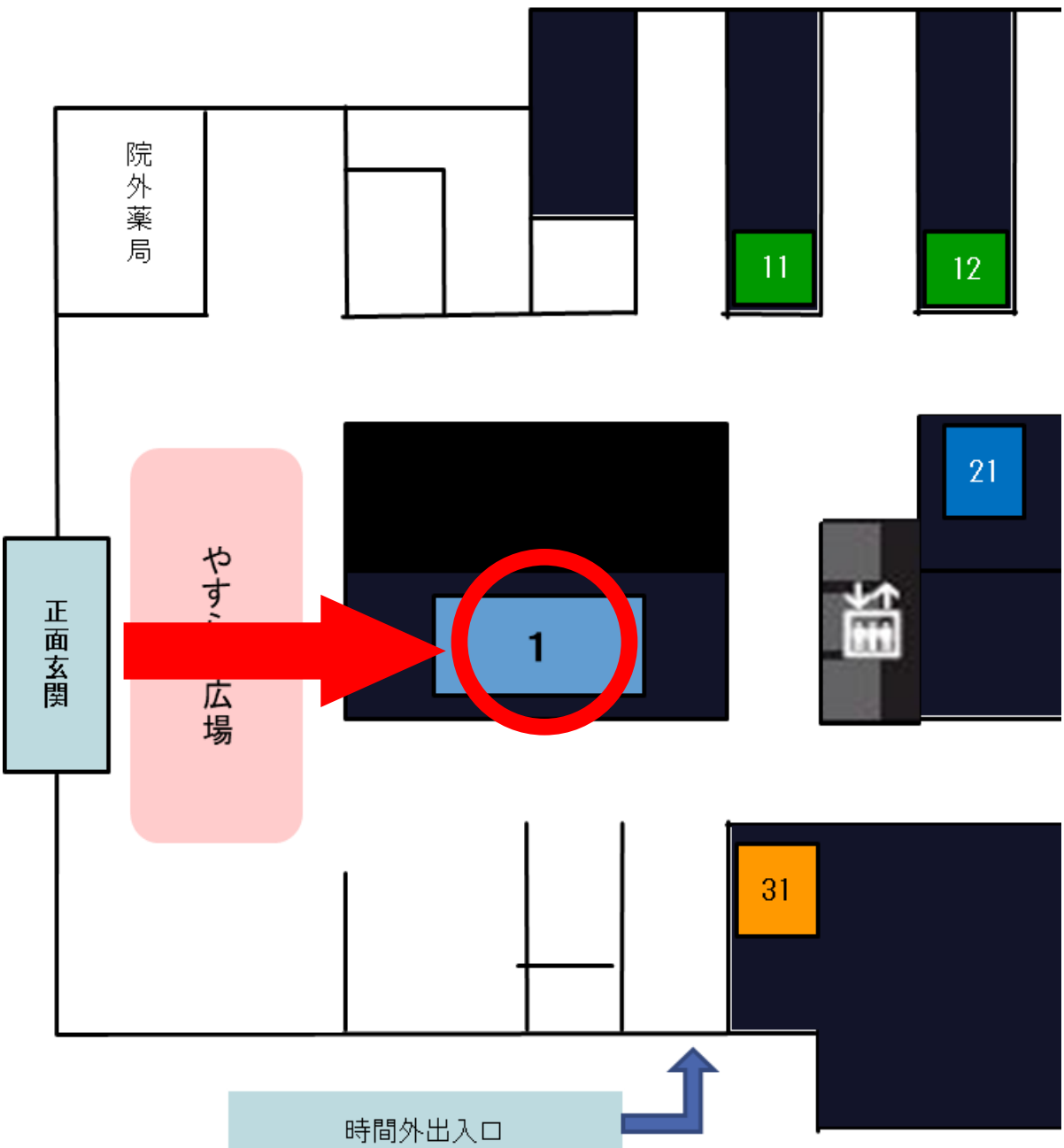
ご入院の前に



入院当日

手続きの場所

1階 1 − 6番　入院



入院当日

手続きの場所

1階 **1** ー **6** 番　入院

再来受付をおこなわず
直接おこしください

窓口

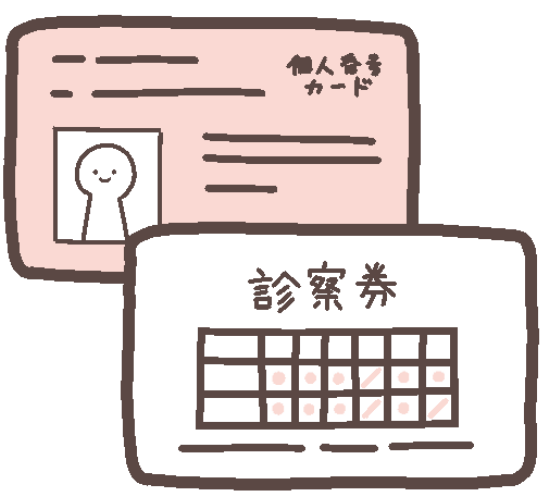
交通機関について

入院患者様用の駐車場はございません

- 公共交通機関、またはご家族の送迎でお越しください

入院手続きに必要なもの

- 診察券
- マイナンバーカード
  または資格確認証
- 各種医療証（お持ちの方）
- 退院証明書（お持ちの方）
- 入院申込書
  （要記入）



高額医療制度とは

医療費の負担を軽減する
制度があります

入院費用が高額になる場合、
自己負担額に上限（自己負担
限度額）が設けられます

医療費のお支払いが、所得
区分に応じた自己負担限度
額になります

自己負担額限度額について

患者さんの同意をもって、オンラインで自己負担限度額の情報を取得できます

お問い合わせ場所

1階 1－7番　窓口

オンラインで保険資格情報の確認ができない場合、保険証の発行元へお問い合わせください

自己負担額の計算

- 上限額はひと月単位（1日から月末まで）で計算されます
- 月をまたぐ場合は月ごとの計算となります

月をまたいで入院する場合

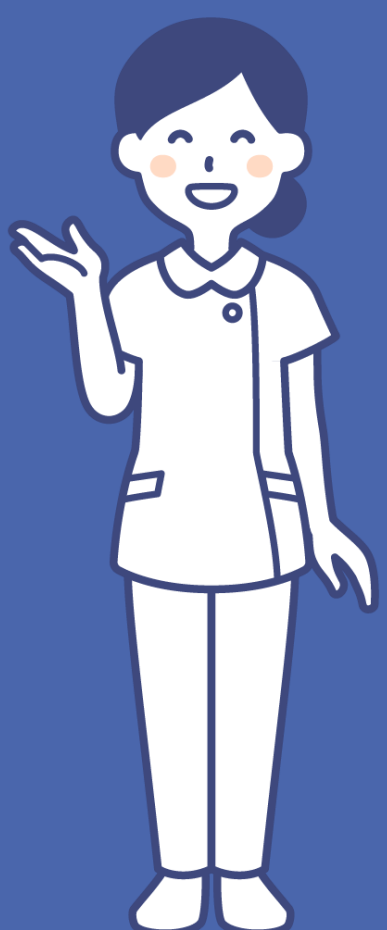
前月	当月
入院期間	
医療費	医療費

▼ ▼

月ごとの計算

保険適用外負担分（差額ベッド代など）や入院中の食事負担額等は対象外

書類の書き方



入院申込書

ご記入をお願いします

入　院　日	令和　　年　　月　　日
診　療　科	科
入 院 病 棟	
患 者 番 号	

係	課長補佐 (事)主任	医事課長

看護部長

入　院　申　込　書

広島市立北部医療センター安佐市民病院長　様　　令和　　年　　月　　日

私は、貴院に入院治療を申し込みます。
また、入院料その他の料金は、請求どおり遅滞なく支払うことを、連帯保証人と連署をもって約束します。
記載した個人情報は、入院料その他の料金が滞納となった場合、滞納整理に使用することを了承します。
また、このことについて、連帯保証人の同意を得ています。

患者ご本人	ふりがな 氏　名		生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和　年　月　日生 (満　歳)	性別	男・女
	住　所	(〒　－　)		電話(　　)　－		
	勤務先					
	勤務先所在地	(〒　－　)		電話(　　)　－		

身元引受人	ふりがな 氏　名		患者との関係 年　齢	(満　歳)	勤務先	
	住　所	(〒　－　)		電話(　　)　－		
	勤務先所在地	(〒　－　)		電話(　　)　－		

連帯保証人	入院料その他の料金(極度額25万円)については、指定の期日までに支払うことを患者本人と連帯して保証します。 (連帯保証人は、患者と生計を異にし、独立の生計を営む成年者の方をお願いします。)					
	ふりがな 氏　名		患者との関係 年　齢	(満　歳)	勤務先	
	住　所	(〒　－　)		電話(　　)　－		
	勤務先所在地	(〒　－　)		電話(　　)　－		

1　貴方はこの3ケ月以内に他の病院(保険医療機関)に入院していたことがありますか?
《　はい　・　いいえ　》　⇒　《 はい 》の方は、以下の問いにもお答えください。
※　入院先での退院証明書をお持ちの方は、本書と共にご提出ください。以下の回答は不要です。
2　前回の入院先の病院名　〔　　〕　TEL　　－
3　前回の入院期間　年　月　日　～　年　月　日
4　入院中の主な病名　〔　　〕

(注)　この「入院申込書」は、入院時にご持参いただき、入退院受付(1-⑥番)に提出してください。

2022.11改正

入院申込書

ご記入をお願いします

患者ご本人	ふりがな 氏　名		生年月日	明治 大正 昭和 年
	住　所	（〒		電
	勤務先			
	勤務先所在地	（〒　　－　　）		電

患者ご本人

身元引受人	ふりがな 氏　名		患者との関係	（満　　歳
	住　所	（〒		電
	勤務先所在地	（〒　　－　　）		電

身元引受人

連帯保証人	入院料その他の料金（極度額25万円）については、指定の期日までに支払うことを患者 （連帯保証人は、患者と生計を異にし、独立の生計を営む成年者の方をお願			
	ふりがな 氏　名		患者との関係	（満　　歳
	住　所	（〒		電
	勤務先所在地	（〒　　－　　）		電

連帯保証人

代筆も可能です

入院申込書

ご記入をお願いします

患者ご	ふりがな 氏　名		生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和　年
	住　所	(〒　　－　　)　電		

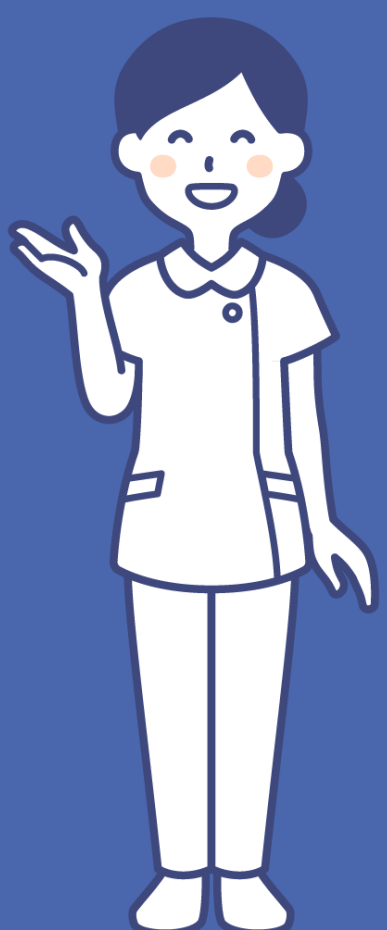
- 患者ご本人. 身元引受人と別世帯の成人
- 独立して生計を営む方
- 支払い能力のある方

連帯保証人	(連帯保証人は、患者と生　　にし、独立の生計を営む成年者の方をお願			
	ふりがな 氏　名		患者との関係	(満　　歳
	住　所	連帯保証人　電		
	勤務先所在地	(〒　　－　　)　電		

入院申込書

- 連帯保証人を立てることが難しい場合は医事課へご相談ください

お支払いと退院



入院費用について

☑ 概算をご希望の方は
退院前日に病棟スタッフへ

入院当日

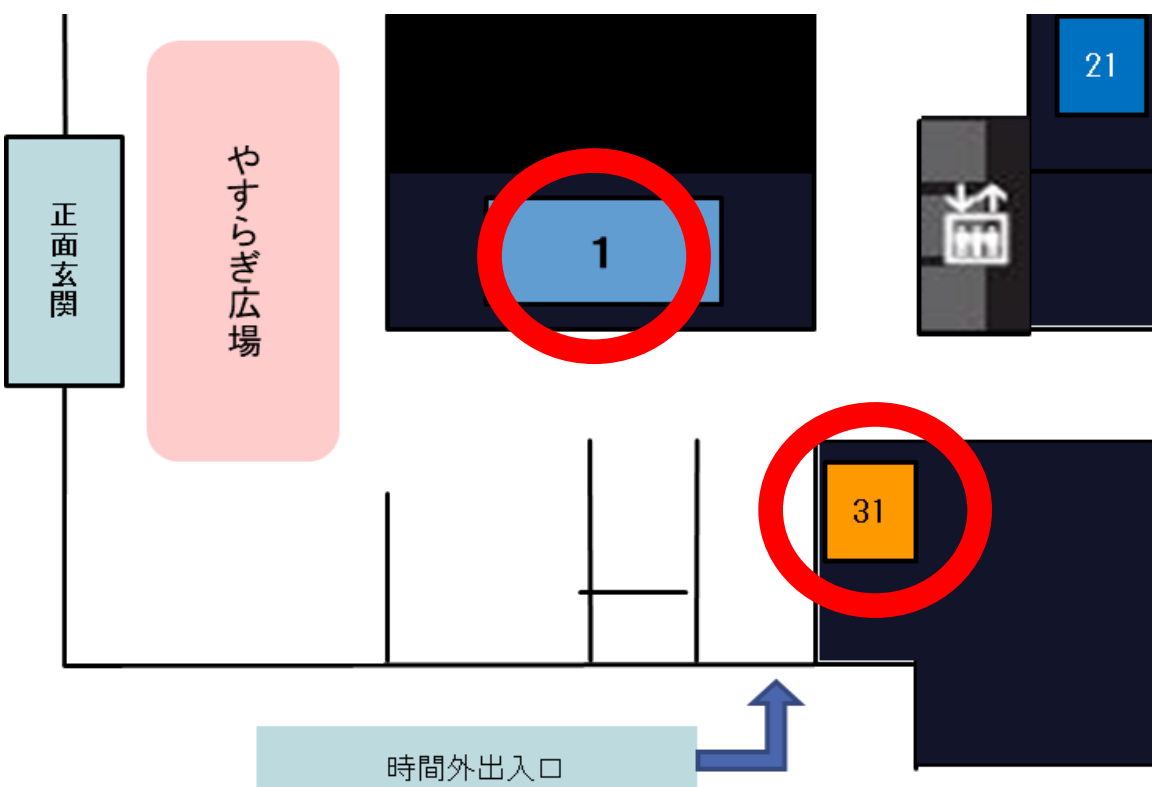
診察券をご提示ください

- 開院日8:30～17:00

1階 1 ー 5 番　退院

- 時間外及び閉院日

1階 31 救命救急



窓口

お支払いについて

お支払い場所・時間

窓口（現金・クレカ）	
1階 1 横	開院日8:30～17:00
1階 31	全日24時間

窓口（現金）	
1階 1 横	開院日9:00～17:00
1階 31	上記以外

窓口（クレカ）	
1階 1	開院日8:30～17:00

お支払いについて

銀行振込・クレジット
カードでお支払いできます

銀　行

広島信用金庫

※他行のキャッシュカードも可

クレジット

VISA　MasterCard　JCB

AMERICAN EXPRESS　Diners Club INTERNATIONAL

ご確認

ありがとうございました

地方独立行政法人 広島市立病院機構
広島市立北部医療センター安佐市民病院
Hiroshima City North Medical Center Asa Citizens Hospital