

# 入退院手続きに ついて

必ずご確認ください

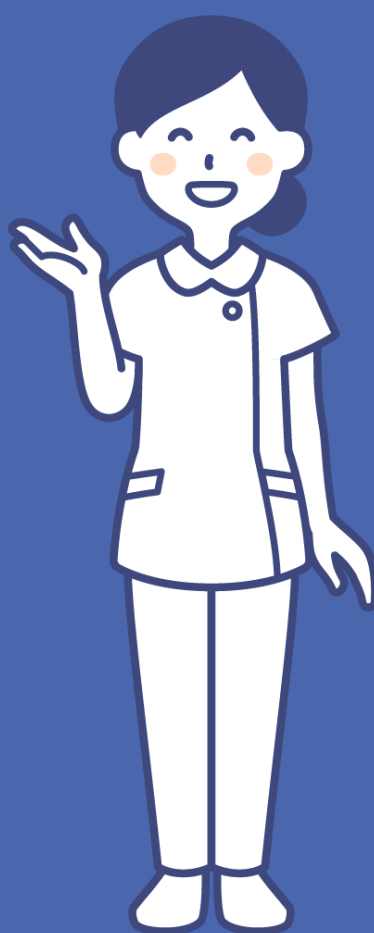


地方独立行政法人 広島市立病院機構

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

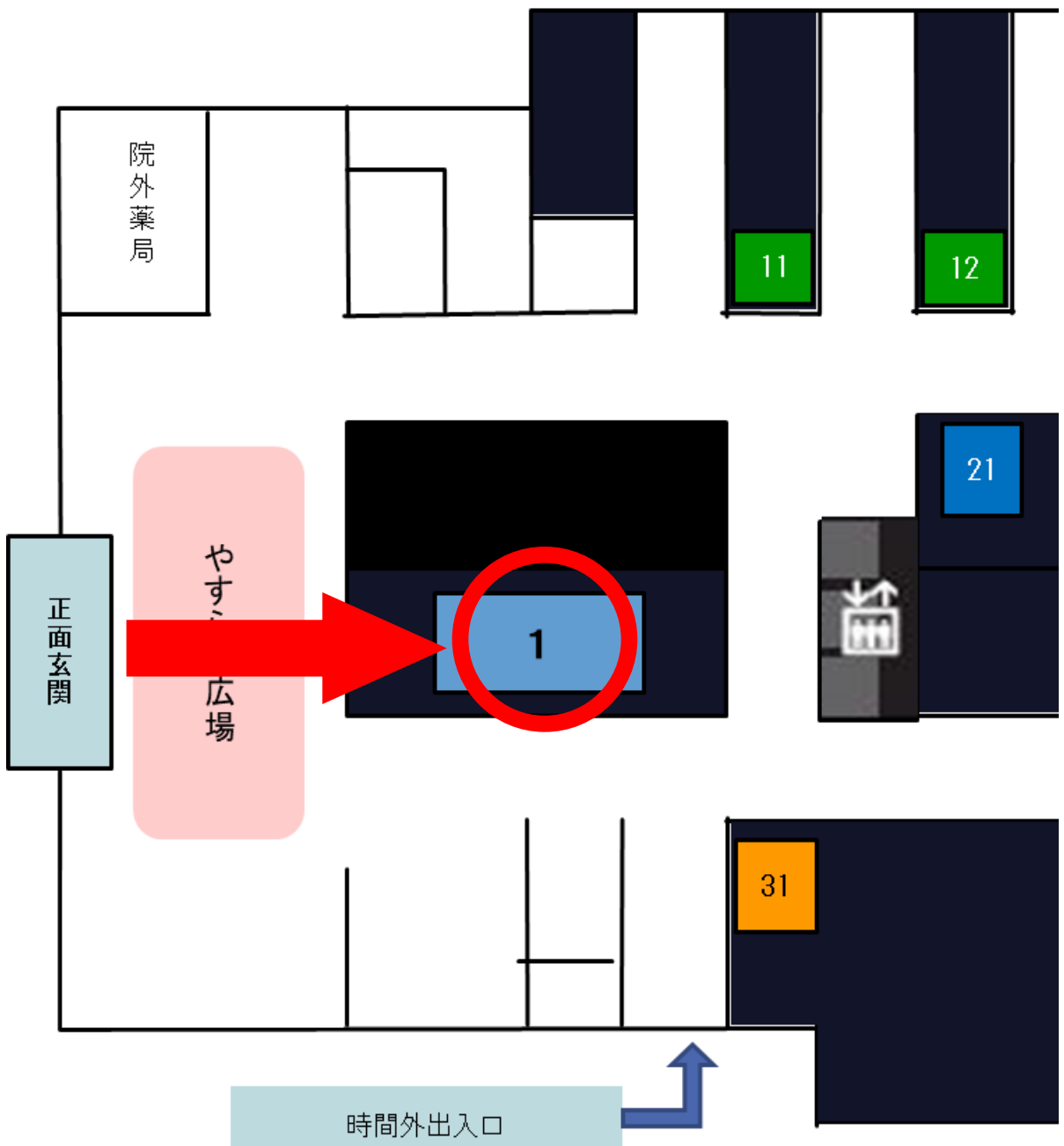




# 入院当日

## ✓ 手続きの場所

1階 **1** - **6** 番 入院

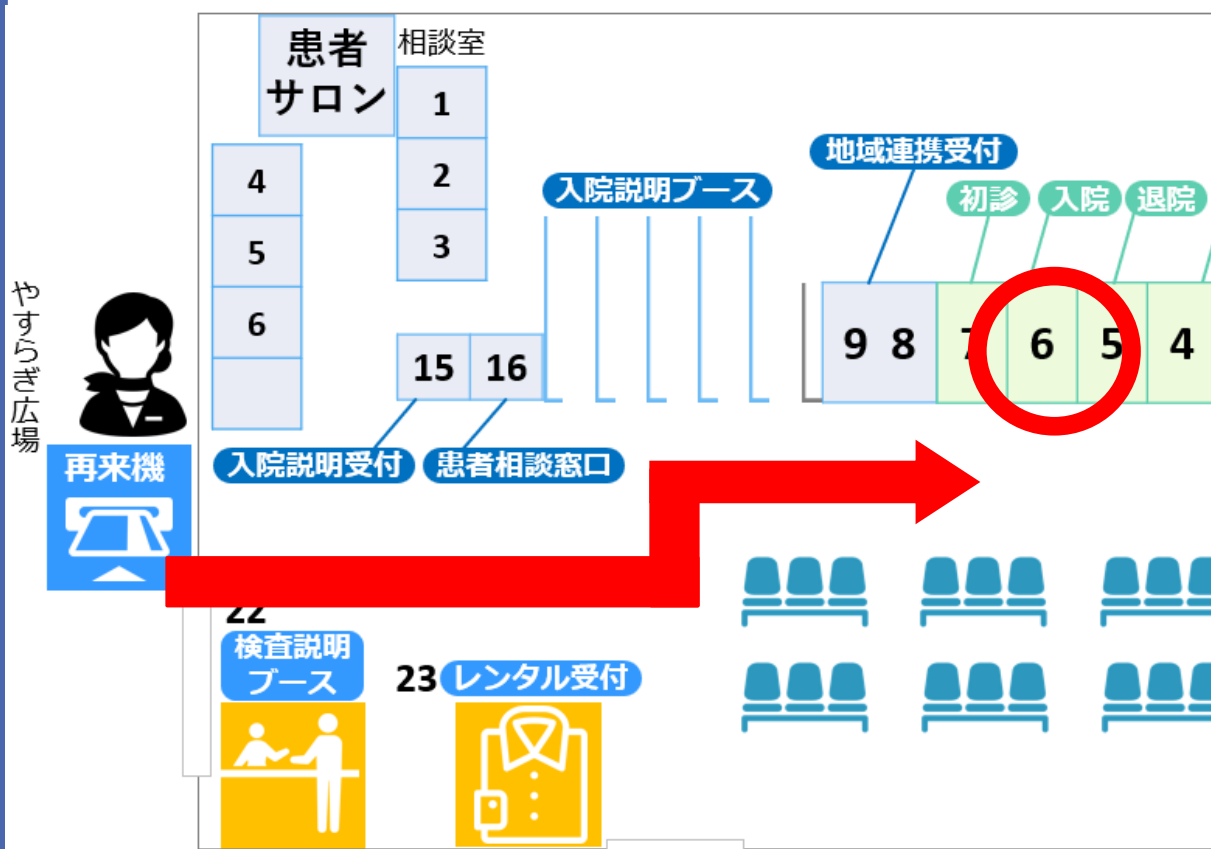




# 入院当日

## ✓ 手続きの場所

1階 **1** - **6** 番 入院



再来受付をおこなわず  
直接おこしてください



# 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  
してください



## 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

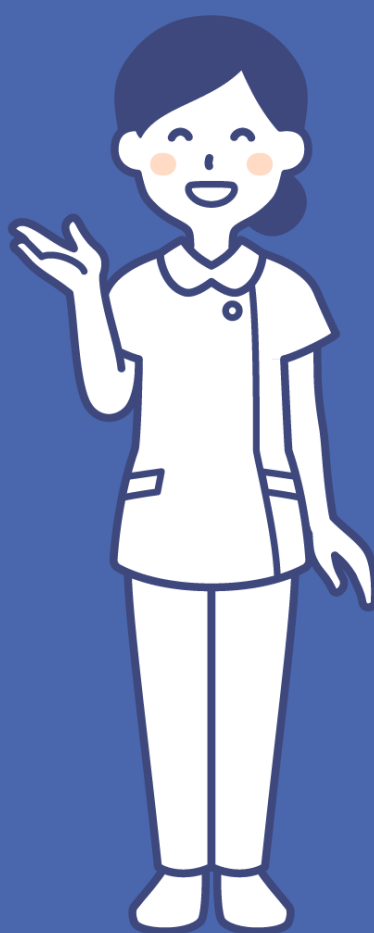
医療費

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	係	課長補佐 (事)主任	医事課長	看護部長
診療科	科				
入院病棟					
患者番号					

### 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			明治 大正 昭和 平成 令和	年	月	日生	性別	男・女
	氏名			(満 歳)					
	住所	(〒 - )		電話 ( )		-			
	勤務先								
本人	勤務先所在地	(〒 - )		電話 ( )		-			

身元 引 受 人	ふりがな			患者との 関係		勤務先	
	氏名			年齢	(満 歳)		
	住所	(〒 - )		電話 ( )		-	
本人	勤務先所在地	(〒 - )		電話 ( )		-	

連 帯 保 証 人	入院料その他の料金(極月額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			患者との 関係		勤務先		
	氏名			年齢	(満 歳)			
	住所	(〒 - )		電話 ( )		-		
本人	勤務先所在地	(〒 - )		電話 ( )		-		

- 貴方はこの3ヶ月以内に他の病院(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、本書と共に提出ください。以下の回答は不要です。
- 前回の入院先の病院名 [ ] TEL -
- 前回の入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日
- 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		生年 月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年
	氏名	患者ご本人			
	住所	患者ご本人			
	勤務先 所在地	患者ご本人			
身元 引受人	ふりがな		患者との 関係		
	氏名	身元引受人			
	住所	身元引受人			
	勤務先 所在地	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い				
	ふりがな		患者との 関係		
	氏名	連帯保証人			
	住所	連帯保証人			
	勤務先 所在地	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		生年 月日	明治	年
	氏名			大正 昭和 平成 令和	
ご	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、患者と生計を共にし、独立の生計を営む成年者の方をお願い)				
	ふりがな		患者との 関係		(満 歳)
	氏名				電
	住所				電
	勤務先 所在地	(〒 - )			電

連帯保証人

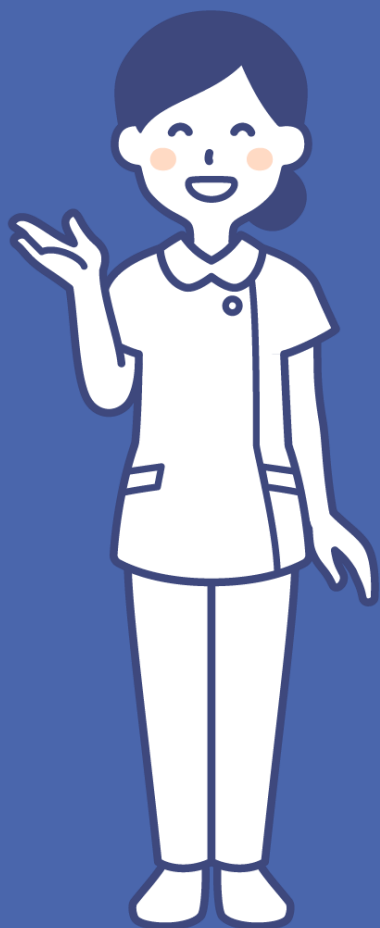


## 入院申込書

- .....
- 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

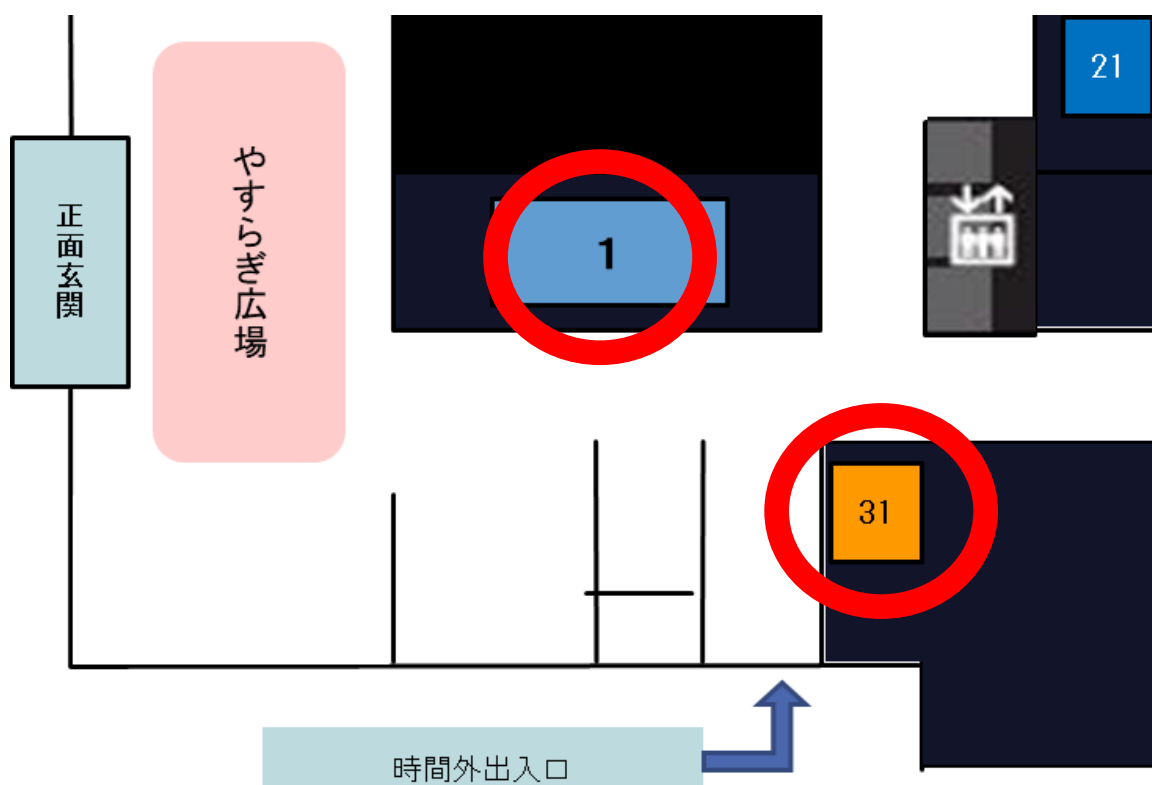
☑ 診察券をご提示ください

● 開院日8:30~17:00

1階 **1** - **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 <b>1</b> 横	開院日8:30～17:00
1階 <b>31</b>	全日24時間

#### 窓口（現金）

1階 <b>1</b> 横	開院日9:00～17:00
1階 <b>31</b>	上記以外

#### 窓口（クレカ）

1階 <b>1</b>	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

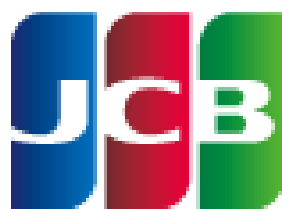
### 銀行

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



# 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

