◆入院医療費保証サービスとは◆

安心した入院生活をサポートするサービスです。

●スムーズに入院、安心して治療に専念

- コロナ禍の中で、
  ⇒連帯保証人をお願いする人が思いつかない。
  ⇒連帯保証人に同意書のサインをもらいに行くだけでも不安がある。
- 入院することが知られて、家族や親族の方に無用な心配をかけたくない。
- 家族や友人・知人に連帯保証人を頼んで迷惑をかけたくない。

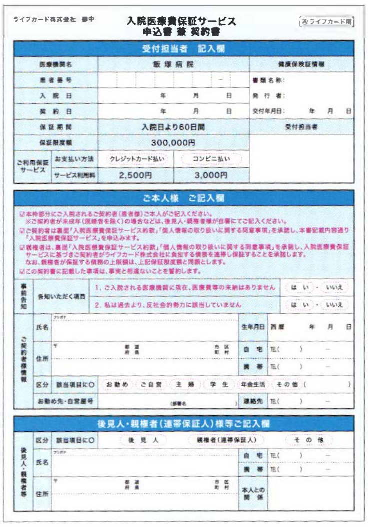
入院医療費保証サービスはこのようなお悩みを解決します。

●入院医療費保証サービス商品概要（入院1回あたり）

【保　証　料】	クレジットカード払い：2,500円 コンビニ払い：3,000円
【保証期間】	入院日より最大60日間
【保証極度額】	300,000円

お申込みからご契約まで

「入院医療費保証サービス申込書兼契約書」に必要事項をご記入いただくだけです。
ライフカード指定の申込書にご記入ください。　**お申込み窓口：飯塚病院 医事課 入退院会計係**



ライフカード株式会社　御中　　　　ライフカード用

入院医療費保証サービス
申込書 兼 契約書

受付担当者　記入欄

医療機関名	飯塚病院		健康保険証情報
患者番号	－		書類名称：
入院日	年　月　日		発行者：
契約日	年　月　日		交付年月日：　年　月　日
保証期間	入院日より60日間		受付担当者
保証限度額	300,000円		
ご利用保証サービス　お支払い方法	クレジットカード払い	コンビニ払い	
ご利用保証サービス　サービス利用料	2,500円	3,000円	

ご本人様　ご記入欄

☑本枠部分にご入院されるご契約者（患者様）ご本人がご記入ください。
※ご契約者が未成年（既婚者を除く）の場合などは、後見人・親権者様が自署にてご記入ください。
☑ご契約者は裏面「入院医療費保証サービス約款」「個人情報の取り扱いに関する同意事項」を承諾し、本書記載内容通り「入院医療費保証サービス」を申込みます。
☑親権者は、裏面「入院医療費保証サービス約款」「個人情報の取り扱いに関する同意事項」を承諾し、入院医療費保証サービスに基づきご契約者がライフカード株式会社に負担する債務を連帯し保証することを承諾します。
なお、親権者が保証する債務の上限額は、上記保証限度額と同額とします。
☑この契約書に記載した事項は、事実と相違ないことを誓約します。

事前告知　告知いただく項目	1. ご入院される医療機関に現在、医療費等の未納はありません		はい・いいえ
	2. 私は過去より、反社会的勢力に該当していません		はい・いいえ
ご契約者様情報　氏名	フリガナ	生年月日	西暦　年　月　日
住所	〒　都道府県　市区町村	自宅	TEL（　）　－
		携帯	TEL（　）　－
区分　該当項目に○	お勤め　ご自営　主婦　学生　年金生活　その他（　）		
お勤め先・自営屋号	（部署名　）	連絡先	TEL（　）　－

後見人・親権者（連帯保証人）様等ご記入欄

後見人・親権者等　区分　該当項目に○	後見人　親権者（連帯保証人）　その他		
氏名	フリガナ	自宅	TEL（　）　－
		携帯	TEL（　）　－
住所	〒　都道府県　市区町村	本人との関係	

注意事項

1.お支払いいただいた保証料は、ご返金できません。
2.保証料は、入院費用にはあてられません。
3.万一、ご契約者さまが病院に対してお支払いを延滞した場合、ご契約者さまに代わりライフカードが入院費用を立替払いいたします。ただし、ライフカードが立替払いした入院費用につきましてはご契約者さまへ請求させていただきます。

本件に関するお問い合わせ先

ライフカード株式会社　福岡事務所	092-433-2052 平日 10:00 から 17:00
飯塚病院 医事課 入退院会計係	0948-29-8006（直通） 平日 8:30 から 17:00

ライフカード株式会社
東京都港区芝2-31-19　バンザイビル　〒105-0014