

特別療養環境(差額病床・差額室)利用申込書

一般病棟用

申込日: 年 月 日

医療法人社団樹章会

本永病院 病院長 殿

私は、この度の入院・転室に際し、下記に記載する特別療養環境室(差額病床・差額室)の利用を申込致します。

また、特別療養環境室の利用に対する料金(差額室料)は、貴院の指定する期日までに入院療養費と合わせてお支払い致します。

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
患者氏名		性別	男・女
使用部屋	号室		
2人部屋	402~407 505~511 517・518 (特別室用ベッド・テレビ)		550円 / 1日につき (税込)
2人部屋	502・503 520~523 (特別室用ベッド・テレビ・洗面台)		1100円 / 1日につき (税込)
個室	525・526 (特別室用ベッド・テレビ・浴室・トイレ・冷蔵庫・流し台・応接セット)		5500円 / 1日につき (税込)
利用開始日	年 月 日	利用終了日	年 月 日
申込者氏名 (料金支払者)	①	(患者との) 続柄	
申込者 住所	〒		
連絡先 ①自宅		連絡先 ②携帯	

【注意事項】

1. 申込時の内容に変更が生じた場合は、改めて本書の作成をします。
2. 差額室料の同じ特別療養環境室に移動した場合は、新たに申込書は提出しません。
3. 特別療養環境室の差額室料は、利用開始日(入室日)と退室日(退院日・他の部屋への移動日)の利用時間に関わらず、それぞれ1日として計算します。
4. 診療・救急患者等の事情により、部屋を移動(変更)する場合があります。また、急を要する場合にはご家族の了承を得ず部屋を移動(変更)する場合がありますのでご了承下さい。