

特別療養環境室(差額ベッド)入室申込書

くじらホスピタル病院長殿

私は、貴院に入院するにあたり、より良好な入院環境を希望いたしますので、下記に記載する特別療養環境室（差額ベッド）に入室することを申し込みいたします。

料金	20,900 円	16,500 円	12,100 円	6050 円	5,500 円
----	----------	----------	----------	--------	---------

【料金は 1 日(0:00～24:00)当たり・消費税込】

申 込 日	年 月 日
入 室 希 望 日	年 月 日より 年 月 日まで入室・ 退院日まで希望します。
患 者 氏 名	I D ()

申込者(料金支払者) 氏 名	㊞
住 所	〒
患者様とのご関係(続柄)	
連 絡 先 電 話 番 号	— —

上記の特別療養環境室（差額ベッド）の入室にあたり、十分な説明を受けました。

説 明 日 年 月 日

保険医療機関側説明者氏名 ㊞

患者側で説明を受けた者の 氏名 (続柄)

注 意

1. 特別療養環境室（差額ベッド）の切換えは午前0時といたします。
2. 4床室より特別療養環境室（差額ベッド）に転室された場合、また、特別療養環境室（差額ベッド）より4床室に転室された場合、その日の室料は特別療養環境室料金とさせていただきます。
3. 特別療養環境室（差額ベッド）の費用は、高額療養費の対象外となります。
4. 申込時の内容に変更があった場合、または、患者側が他の特別療養環境室（差額ベッド）に変更の希望をするときには、改めて本申込書を作成いたします。
5. 何らかの事由により特別療養環境室（差額ベッド）の入室を希望しなくなった場合には、申込者よりその旨保険医療機関側に申し出いたします。
6. 申込内容の確認として、本申込書の写しを申込者に交付いたします。
7. 本申込書については、申し出によりいつでも提示いたします。