

特別療養環境室(特別室)に係る 差額ベッド料支払い同意書

おび中央病院(以下病院という)に入院中の _____ は病院
が差額ベッド料として徴収する下記の内容について説明を受け同意をした上で下記病室に
入院することを希望します。

なお、保険外の特別料金分(差額ベッド料)について、下記のとおり支払うことを承諾します。

<徴収内容>

- 101号室差額ベッド料として
(バス・トイレ・ソファ・テーブル・洗面台完備) 金額 ¥3,000円(1日につき 税別)
- 102号室差額ベッド料として
(シャワー・トイレ・ソファ・テーブル・洗面台完備) 金額 ¥2,500円(1日につき 税別)
- 201号室差額ベッド料として
(バス・トイレ・ソファ・テーブル・洗面台完備) 金額 ¥3,000円(1日につき 税別)
- 210号室差額ベッド料として
(シャワー・トイレ・ソファ・テーブル・洗面台完備) 金額 ¥2,500円(1日につき 税別)

※ 上記対象項目□に☑して下さい。

年 月 日

患者氏名 _____ ⑩

代理人氏名 _____ ⑩

※患者本人が記入できない場合は代理人がご記入ください。