

## 特別療養環境室（希望有料差額ベッド）のご案内

当院では所定の設備品を設けた1人部屋の個室が4室あり、希望により入室することができます。医療保険の給付対象とはならず、実費の負担をお願いしております。費用に関しては、同意書の提出を以て費用をご負担頂きます。（別途消費税を頂いております）

病室	203号、205号、215号、216号
差額料金	5,000円（税別）
設備品	シャワートイレ、シャワールーム、洗面台、電話（有料）、無料テレビ、冷蔵庫、小机・椅子もしくはソファ、個人用照明、収納タンス

- ◆治療上の必要があり当院より個室入室のお願いをした場合には料金を頂きません。
- ◆差額料金は1日付毎に頂いております。午前0時から午後12時までを1日として取り扱います。午前0時をまたいだ場合には入室時間にかかわらず2日分の料金を頂いております。
- ◆部屋数に限りがございますので、ご希望の際には予めご予約を頂き、同意書の提出を入院当日受付までご提示下さい。ご予約を頂きましても当日満室の場合には大部屋へのご入院となります旨ご了承お願いいたします。

## 特別療養環境室（有料差額ベッド）希望入室同意書

高瀬クリニック院長殿

特別療養環境室の入室にあたり、当文書に基づき十分な説明をうけ私の意思により入室を希望致します。差額ベッドの特別料金につきましては遅滞なく支払うことを同意致します。

入室日： 平成 年 月 日より

差額室料： 5,000円（税別）

入院患者氏名： \_\_\_\_\_ ⑩

連帯保証人氏名： \_\_\_\_\_ ⑩（続柄 \_\_\_\_\_）

※患者本人が記載出来ない場合のみ保証人を記載して下さい

病院説明者

日付 /