

保険外費用申込書

当院では、健康保険法の療養に該当しない保険外負担の料金について、実費のご負担をお願いしています。下記の項目について使用された場合、利用日数に応じて、使用料を入院費にて請求させていただきます。使用されるものに☑チェックをして下さい。

<input type="checkbox"/>	病衣使用申込書
【使用料金】	<input type="checkbox"/> パジャマ・() 1日60円(税込) <input type="checkbox"/> 寝間着 1日55円(税込) <input type="checkbox"/> 特殊寝間着 1日71円(税込)
【使用期間】	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日
<input type="checkbox"/>	テレビ・冷蔵庫使用申込書
【使用料金】	1日 110円(税込)
注:	1. 使用を中止する場合は、病棟ナースステーションまでお申し出下さい。 2. テレビ、冷蔵庫いずれかのご使用の場合も、料金は同一です。
【使用期間】	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日
【使用期間】	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日
<input type="checkbox"/>	個室・二人部屋使用申込書
【病室】 号室 【室料】 1日..... 円(税込)
【使用期間】	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日
【病室】 号室 【室料】 1日..... 円(税込)
【使用期間】	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日
<input type="checkbox"/>	インターネット回線使用申込書
【使用料金】	1日 110円(税込) ※別紙説明文書有り
【病室】 号室
【使用期間】	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日
【貸出備品】	無 ・ 有 (LAN ケーブル ・ 無線ルーター ・ 延長コード) *貸し出したものを○で囲む
	※有の場合→使用中止連絡 (未・済) (事務内線 1163)

上記の保険外費用について同意の上、申込みます。

入院日 20 年 月 日

患者名 _____