

永寿総合病院院長 殿

**特別療養環境室(差額ベッド)に関する  
説明・同意書 兼 入室申込書**

種類	部屋番号	1日あたりの料金
個室・2床室・3床室	病棟 号室	円(税込)
利用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
備考		

## 【差額ベッド料金の計算方法】

差額料金は、健康保険による入院料と同様に入退院日の時間に関係なく、入院日・退院日をそれぞれ1日として計算いたしますので、ご了承ください。

(例: 1泊2日で入院された場合、差額料金は2日分として計算いたします。)

**上記の特別療養環境室への入室にあたり、十分説明を受けました。**

患者様側で説明を受けた者の氏名 \_\_\_\_\_ (続柄)

病院側説明者 \_\_\_\_\_ 印

差額ベッドについて、十分説明を受けましたので、特別療養環境室への入室を申し込みます。また、差額料金の支払いについては、入院誓約書に従い貴院指定日までにお支払い致します。

号室

患者氏名 \_\_\_\_\_

1日につき \_\_\_\_\_ 円(税込)

## 【申込者】

申込日 令和 年 月 日

申込者氏名	印	続柄	(患者の)
住所	〒 _____		
電話	( _____ )	携帯電話	( _____ )

## 《注意事項》

1. 申込の内容に変更がありましたら、改めて本書を作成致します。
2. 申込の内容の確認として、本申込書の写しを申請者へ交付致します。
3. 差額ベッド料金に関するご不明な点は、3F入退院受付までご相談下さい。