

室料差額病床（特別療養環境室）入室申込書

私は、貴病院より室料差額病床についての説明を受け、
下記の病室への入室を承諾し申込します。

- (注)
- ・室料差額は1日につき下記の料金が必要です。
例えば1泊2日の場合でも2日分の下記料金が必要となります。
 - ・治療上及び看護上の必要により、病棟又は病室のご移動をお願いする事もあります。
 - ・室料差額は高額療養費の対象外となります。

入室日	令和 年 月 日
-----	-------------------------

病 室	病棟 号室
-----	------------------------

室料差額 (1日につき) 消費税込み	1,650・8,800・11,000・14,300 円
--------------------------	--------------------------------

尼崎中央病院 院長 殿

令和 年 月 日

患者様署名

ご家族等代理人署名 (続柄)

(患者様氏名:)

※患者様ご本人がご確認、ご署名いただければ、ご家族等代理人のご署名は必要ございません。

但し、次の場合は、ご家族等代理人のご署名をお願いいたします。

- 患者様が18歳未満の場合 ※但し18歳であっても高校在学中は、未成年と同様の扱いとします。
- 患者様ご本人がご確認、ご署名できない場合