I D番号

特別療養環境室(特別室)に係る

※診察券の I D番号を記入してください。

差額ベッド料 支払い同意書

私は、当病院より文書による説明を受けて、私の意志(病院の都合や治療上の必要ではなく)により、下記病室に入院することを希望します。

なお、健康保険給付外の特別料金分(差額ベッド料)については、下記のとおり支払うことに同意します。

				記				
	病 室	A B C D E	病棟		階		号室	
		[□ 個 室	•	□ 2人部屋	1		
<u>差</u> ?	額ベッ	ド料	: 1日	につき	[]	円

◆ 料金一覧表 ◆

特S室 (C 病棟)	特A室 (B 病棟) (E 病棟産科)	特B室 (E病棟婦人科)	S室 (A・B・C 病棟) (E 病棟小児センター)	A室 D病棟精神医療 センター	B室 D病棟精神医療 センター	C室 (2人部屋) (D病棟精神医療 センター
32,150 円	22,620 円	15,910 円	10,680 円	7,850 円	5,130 円	1,980 円

西暦 年 月 日

奈良県立医科大学附属病院長 殿

特別室入	、院					
患者氏	名			(EII)		
生年月	F	年	月	日		
	2 載 名			(EI)	(続柄)

- 注 2 : この同意書は同等の部屋区分(例:同料金の特別室→特別室、特別室→重症部屋→同料金の特別室など)への移動の場合は効力が継続されるものとします。なお、金額の変更を伴う部屋移動の際は再度ご署名いただくこととなりますので、あらかじめご了承ください。

個室の入室日数計算は、入院時及び退室時とも午前 0 時~午後 12 時の間を 1 日と計算 します。[計算例:午後 10 時入院、翌日午前 10 時退院した場合 2 日間となります。]

※ この同意書は、入退院・救急受付(⑦番)へ提出してください。

仕

파