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。

雪口

病 B C 病棟 階 号室 D E

J	病院使用欄						
	入室日						
(料金発生日)							
20	年	月	日				

個 室 □ 2人部屋

差額ベッド料 : 1日につき 円

料金一覧表

特S室 (C 病棟)	特 A	A 室 (B 病棟)	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 □ 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
29,150 円	24,750円	22,660円	17,380 円	11,660 円	8,580 円	5,610 円	2,200 円

西暦 年 月 日

1

奈良県立医科大学附属病院長

所 住 特別室入院

患者氏名

(EIJ)

生年月日

年 月 日

同意書記載

家族氏名

(続柄

- 患者本人が意識のない場合等同意書を記載出来ないときは、ご家族の方が、「同意書記載家族氏名」、 「続柄」欄へ記載のうえ押印してください。なお、「 啣 」欄については、どちらか一方に押印して
- 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 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。