

特別療養環境室（特別室）に係る

差額ベッド料 支払い同意書

ID No.

氏 名

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、医療保険外の特別料金分（差額ベッド料）については、下記のとおり支払うことを承諾します。

記

病 室	A	病棟	階	号室
	B			
	C			
	D			
	E			

【 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

住 所

特別室入院

患者氏名

㊞

同意書記載

家族氏名

㊞

(続柄)

注1 : 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、「㊞」欄については、どちらか一方に押印してください。

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。