この書類は「個室」を利用される方のみ記入が必要です

特別療養環境室説明書

部屋番号		1日当たりの料金
号室	☐ テレビ ☐ 洗面台	円

記入しないでください

【説明事項】

- 1.差額料金は、健康保険の入院料と同様に入院日・退院日をそれぞれ1日として計算いたします。
- 2.差額料金は、患者様の入院費においてご請求いたします。

社会医療法人 シマダ 嶋田病院

特別療養環境室入室申込・同意書

嶋田病院院長 殿

室料差額料金について、十分説明を受け、特別療養環境室に申し込みたいします。
また貴院の指定する期日までに室料差額料金を必ずお支払いいたします。

入室日 令和 元年 12月 31日

患者氏名 小郡 太郎

申込者
住所 福岡県小郡市小郡1-1-1

氏名 小郡 花子

患者との関係 妻

連絡先電話番号 0942-123-123

入院32 2021.11