

室料差額同意書

一般病棟		産 科		緩和ケア(ホスピス)	
4人部屋	室料なし	4人部屋	室料なし	1～2人部屋	室料なし
2人部屋①	5,184 円 (税込)	2人部屋	4,800 円 (非課税)	有料個室	5,940 円 (税込)
2人部屋②	2,592 円 (税込)				
個 室	7,560 円 (税込)	個 室	10,000 円 (非課税)	特別有料個室	10,800 円 (税込)

- ※ 室料差額(有料室料)、入院料金などに関しては、入院会計までお問い合わせ下さい。
- ※ ご希望の部屋にご入院いただけるよう、最大限の努力をいたしておりますが、ご希望に添えない場合もございます。その場合、事前にご連絡をさせていただきますが、何卒ご理解くださいますようお願い申し上げます。
- ※ 室料差額なしの部屋を第1希望され、病床に空きがない場合、以下の対応が可能です。
- ① 室料なしの部屋が空くまで入院待機する。(医師の判断で緊急を要する場合を除く)
 - ② 室料なしの部屋がすぐに確保できる他の医療機関への入院を希望する。
 - ③ 室料差額支払いに同意し当院への入院を希望する。
 - ◆室料差額(有料室料)支払い同意書(本紙)にご署名をお願いいたします。
 - ◆室料なしの部屋が空き次第、移っていただくことを前提としておりますが、退院なさるまでに室料なしの部屋が空かない場合もございますので、予めご了承下さいますようお願い申し上げます。
- ※ 室料差額は当該病室にご入院された日を含めた計算となります。(例: 1泊2日入院＝室料差額2日分)
- ※ ご入院が22時以降となる場合、室料差額につきましては翌日からの計算となります。

患者ID _____

患者氏名 _____

室料差額(有料室料)支払い同意書

神戸アドベンチスト病院 院長殿

この度の入院で差額室(有料室)を使用するに当たり、室料差額(有料室料)についての説明を受けました。

つきましては _____ 月 _____ 日より室料差額(有料室料)徴収のある _____ 号室を使用し、

利用料 _____ 円(税込)/日を支払うことに同意致します。

患者氏名 (または保証人): _____

室料差額(有料室料)支払い同意書

神戸アドベンチスト病院 院長殿

この度の入院で差額室(有料室)を使用するに当たり、室料差額(有料室料)についての説明を受けました。

つきましては _____ 月 _____ 日より室料差額(有料室料)徴収のある _____ 号室を使用し、

利用料 _____ 円(税込)/日を支払うことに同意致します。

患者氏名 (または保証人): _____

室料差額(有料室料)支払い同意書

神戸アドベンチスト病院 院長殿

この度の入院で差額室(有料室)を使用するに当たり、室料差額(有料室料)についての説明を受けました。

つきましては_____月_____日より室料差額(有料室料)徴収のある_____号室を使用し、

利用料_____円(税込)/日を支払うことに同意致します。

患者氏名 (または保証人): _____

室料差額(有料室料)支払い同意書

神戸アドベンチスト病院 院長殿

この度の入院で差額室(有料室)を使用するに当たり、室料差額(有料室料)についての説明を受けました。

つきましては_____月_____日より室料差額(有料室料)徴収のある_____号室を使用し、

利用料_____円(税込)/日を支払うことに同意致します。

患者氏名 (または保証人): _____

室料差額(有料室料)支払い同意書

神戸アドベンチスト病院 院長殿

この度の入院で差額室(有料室)を使用するに当たり、室料差額(有料室料)についての説明を受けました。

つきましては_____月_____日より室料差額(有料室料)徴収のある_____号室を使用し、

利用料_____円(税込)/日を支払うことに同意致します。

患者氏名 (または保証人): _____

室料差額(有料室料)支払い同意書

神戸アドベンチスト病院 院長殿

この度の入院で差額室(有料室)を使用するに当たり、室料差額(有料室料)についての説明を受けました。

つきましては_____月_____日より室料差額(有料室料)徴収のある_____号室を使用し、

利用料_____円(税込)/日を支払うことに同意致します。

患者氏名 (または保証人): _____