

入院利用料金説明・同意書

	室料	食事	居住費	オムツ代	その他
慢性期リハ (療養)	/				
地域包括ケア 階) 【個室】 261・262・265 【4人部屋】 252・253 255・266	1人部屋 2,200～5,500円 2人部屋 1,100円 3人部屋 660円 4人部屋 0円 (説明-1) 室料差額(660～5,500円)を 支払うことに同意します。 (利用病室は裏面参照)	食事一部負担金 (説明-2) 490円/食	居住費 (光熱水費相当) 370円/日 (説明-4)	テープ止め 180円/枚 ケアパット(ブルー・グリーン) 110円/枚 はくパンツ 190円/枚 尿取りパット男女兼用(ピンク) 60円/枚 ケアパット(オレンジ) 70円/枚 ぴったりパット 50円/枚 (説明-5)	その他(主なもの) 各種診断書 1,100～5,500円/枚 エンゼルセット 9,430円/回 (説明-6)
地域包括ケア 階)	初日病室 _____ 号室 _____ 円	食事一部負担金 490円/食 (説明-2) 特別メニュー 210円/日 (希望する・希望しない) (説明-3)	/		
回復期リハ					

《説明内容》

*表示金額は税込(10%)です。

- ①お部屋に応じて表示金額を請求させていただきます(都合により病室を移動する場合があります)。
- ②食事負担金は医療保険法等の法律で定められた金額です。
 なお、減額対象となる場合もありますので、認定書をお持ちの方は窓口へご提示下さい。
- ③特別メニュー・・・療養生活をより快適に過ごして頂く為にやおやつを提供しています。
 ご希望の方は入院時に確認いたしますのでお申し込み下さい(ご不明な点については管理栄養士がご説明させていただきます)。
- ④療養病棟の居住費は医療保険法等の一部を改正する法律で定められた金額です。
- ⑤患者さんのご使用枚数に応じて請求させていただきます。
 使用済みオムツを専用業者に委託している関係上、オムツの持ち込みはご遠慮下さい。
 オムツ代は医療費控除の対象になります(オムツ使用証明書の申請が必要です)。
- ⑥同意書外の自費料金に関しては、1階受付自費料金表に則り、費用請求させていただきます。
- ⑦請求書は、毎月8日過ぎに1階会計窓口にてお受け取りください。

- ⑧寝具類は病院設置物をご使用ください。院内感染予防のため、毛布等の持ち込みはご遠慮ください。
- ⑨患者さんが病院の備品等を破損された場合、原則賠償していただきます。

年 月 日

患者氏名 _____

代理人氏名 _____

(説明担当者: _____)