

特別療養環境室（個室）に係る 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、私の意志により、下記病室に入院することを同意します。

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

記

○病室：[]階 []号室（個室）

○差額ベッド料：1日につき []円（税込金額）

○算定開始日：[]年 []月 []日

年 月 日

医療法人社団水生会柴田病院長殿

住 所.....

特別室入院
患者氏名㊞

同意書記載
家族氏名㊞

㊞患者本人が意識のない場合等同意書を記載できないときは、ご家族の方が、「同意書記載家族氏名」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。

なお、入退院日の時間に関係なく、入院日・退院日をそれぞれ1日として計算しております。又、料金の異なる個室や室料無料の多床室の移動日については、移動先の部屋の料金を申し受けます。

（例：○月15日午後入院し、○月17日午前退院の場合、差額ベッド料金は3日分として計算されますのでご了承ください）