

# 差額ベッド料 支払い同意書

R6.10.17～

医療法人 景雲会 春日居総合リハビリテーション病院

院長 秋元 滋夫 殿

今般、春日居総合リハビリテーション病院に入院し、私自身の都合により下記病室に入室することを希望します。

なお、医療保険外特別料金分（差額ベッド）については下記入室日より支払うことに同意致します。

《病室一覧》 A病棟＝2階 B病棟＝3階 C病棟＝1階 D病棟＝2階（差額なし）

病室の種類	病室番号								差額室料（1日につき）
A病棟特別室	30								33,000円（税込）
A病棟特別室	15	26							22,000円（税込）
A病棟個室	17	18	20	21	22	27	28		5,500円（税込）
B病棟個室	16	17	18						5,500円（税込）
B病棟個室	5								3,300円（税込）
C病棟個室	1	2	3	5	6	7	8	10	8,800円（税込）
	11	12	13	15	16	17	18	20	
	21	22	26	27					

注：差額ベッドの『1日につき』とは午前0時から午後12時の間を1日計算します。

〔計算例：午後10時入院、翌日午前10時に退院した場合2日間となります。〕

患者様の容態悪化等により処置室にて常時監視をする場合も差額ベッド料が発生します。

支払開始日 （入室日）	令和	年	月	日
病棟・病室	病棟			号室
差額室料	1日につき			円

令和 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 印

（続柄 \_\_\_\_\_）