

差額ベッド料 支払い同意書

R5.4.1～

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。〕

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 _____）