

別紙1

※ 特別室・個室(差額室)をご利用の方は、ご記入をお願いいたします。

病院長	副院長	事務部長	看護部長	主治医	看護師長

特別室・個室(差額室)支払同意書

特別室・個室(差額室)を利用するに当たり、室料差額の説明を受けました。
つきましては、下記の料金を入院料と併せて支払うことに同意いたします。

個室(差額室)の種類	室料差額(消費税込)	希望欄
特別室 (バス・トイレ・ミニキッチン・洗面台・冷凍 冷蔵庫・応接セット付き)	7,700円/1日	
個室 (トイレ・洗面台・小型冷蔵庫付き) ※一部シャワー、バス有り	5,500円/1日	

※ 希望される個室(差額室)欄に○印を付けてください。

※ 個室金額は1日の料金です。1泊2日のご利用時は2日分のご請求となります。

令和 年 月 日

患者様氏名 _____ 印

申込者氏名 _____ 印 (患者様本人の場合は記入不要です。)

宮崎江南病院長 殿

※ 病院記入欄

1. 病棟名 (1) 2階東病棟 (3) 3階西病棟 (5) 5階病棟
(2) 2階西病棟 (4) 4階病棟

2. 入室日 令和 年 月 日 ()曜日

3. 利用病室

病室番号	個室(差額室)の種類
号室	特別室
号室	個室

4. その他