

特別療養環境室(差額ベッド)申込書 兼 説明・同意書

国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院長 殿

スキャン用
QRコード

病棟
室料 クラス 1日につき _____ 円(税込)

病棟	1 8 階 病 棟			1 1 階 ~ 1 7 階	
病室	個 室			多床室 窓側	
クラス	A	B	C	D	E
金額(税込)	176,000円	110,000円	58,300円	47,300円	6,600円

【特別療養環境室(差額ベッド)に関する説明】

- 特別療養環境室(差額ベッド)の使用料金は、患者さんまたは代理申込者(以下「患者さん等」という。)により申込と同意をいただいた金額となります。料金の計算は、午前0時を起点とします。そのため、入院1泊で2日分、入院2泊で3日分のご料金がかかります。
- 入院中、他の特別療養環境室又は一般病室へ移動をお願いする場合があります。移動により特別療養環境室(差額ベッド)の使用料が変更になる場合は、本用紙の下線部以下に、患者さん等によるご承諾とお申込みをいただきます。移動日当日から、変更後のご料金がかかります。
- 他のクラスの特別療養環境室への移動、または、何らかの事由によって一般病室へ変更を希望されるときは、看護師長にお申し出ください。ただし、病床管理の都合によって必ずしもベッド移動をお約束することはできません。
- 特別療養環境室(差額ベッド)の使用料金は健康保険が適用されません。

私は特別療養環境室(差額ベッド)について担当者からの説明を受け、理解し、同意しました。

担当者として、特別療養環境室(差額ベッド)の説明をいたしました。

同意年月日:西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明年月日:西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名: _____

説明者: _____

代理申込者(患者本人以外が同意する場合は、押印が必要です)

住所 _____

氏名 _____ (印) _____ 患者との関係(続柄) _____

入院中の病床移動による特別療養環境室(差額ベッド)同意書

入院中のベッド移動に伴い、下記の特別療養環境室(差額ベッド)について申し込みを行い、費用を支払うことに同意します。

病棟 病室	料金発生日 ※最終変更記載額が有効	料金(税込)		患者サイン	説明者
		クラス	料金(税込)		
	月 日		円		
	月 日		円		
	月 日		円		
	月 日		円		

以下職員記入欄

入室年月日:

医事記入欄(患者ID):

代理申込者の身元(住所)確認:

免許証 ・ 保険証 ・ パスポート ・ その他()

※有効期限: _____ 年 _____ 月 _____ 日