

特別療養環境室(差額ベッド)入室申込書

1. 使用する病室

号室

2. 個室料金(1日につき・消費税込)

全個室 3,300円

3. 入室希望日

年 月 日 より入室を希望します。

特別療養環境室(差額ベッド)について説明を受けましたので、上記により個室の入室を申し込みます。尚、入室後病棟において転室を必要とすることも了承します。

申込日 年 月 日

申込者(料金支払者)

氏 名

印

患者氏名(上記と異なる場合)

患者との関係(続柄)

連絡先電話番号

病院使用欄

説明日: 年 月 日

説明者:

部署:

請求担当確認