

## 特別療養環境室（差額ベッド）入室申込書

私は、貴院に入院するにあたり、より良好な入院環境を希望いたしますので、  
下記に記載する特別療養環境室（差額ベッド）に入室することを申し込みいたします。

部屋番号 \_\_\_\_\_ 号室

設 備	特別室・個室・二人室・三人室
その他の付帯設備	特別室・・・テレビ、バリアフリートイレ、洗面台
	その他・・・テレビ、洗面台

料金一日あたり（消費税込）

	特別室	個室（一人部屋）	二人部屋	三人部屋
2階	215号室	206.207.208.210.211.212号室	216号室	—
3階	316号室	307.308.310.311.312.315号室	317号室	318号室
料金	4,860円	4,320円	2,700円	1,080円

申込日	平成	年	月	日
入室希望期間	平成	年	月	日より
患者氏名				
申込者（料金支払者） 氏 名				
住 所				
患者とのご関係 （間柄）				
連絡先電話番号	— —			

上記の特別療養環境室（差額ベッド）の入室にあたり、十分な説明を受けました。

説明日 平成 年 月 日

保険医療機関側説明者氏名

④

患者側で説明を受けた者の 氏名	（続柄）
--------------------	------

注 意

1. 申込時の内容に変更があった場合、または、患者側が他の特別療養環境室（差額ベッド）に変更の希望をするときには、改めて本申込書を作成いたします。
2. 何らかの事由により特別療養環境（差額ベッド）の入室を希望しなくなった場合には、申込者よりその旨保険医療機関に申し出いたします。
3. 申込内容の確認として、本申込書の写しを申込者に交付いたします。
4. 本申込書については、申し出によりいつでも提示いたします。