

室料差額同意書

独立行政法人地域医療機能推進機構

京都鞍馬口医療センター 院長殿

私は、貴院より十分な説明を受け下記病室に入室することに同意し、
差額を支払うことを承諾します

入室日 年 月 日

患者氏名 _____

支払責任者氏名 _____ (続柄 _____)

病室の種類	病室番号			室料差額 (1日につき・税込み)
個室 バス無・トイレ付	510	511	513	17,600円
	515	608		
個室 バス無・トイレ無	610	611	612	17,600円
個室 バス付・トイレ付	855			14,300円
個室 バス無・トイレ付	507	508		12,100円
	713	715	718	
	721	751	752	
	753	755		
	813	815	818	
	821	851	852	
個室 バス無・トイレ無	766			12,100円
個室 バス無・トイレ付	711	712		9,900円
	811	812		
個室 バス無・トイレ無	716			9,900円
	816			
2人部屋 バス無・トイレ無	702	756		6,600円
	805	817		
ユニット型4人部屋 (地域包括ケア病棟のみ)	758	760	761	1,650円
	762			

* 個室及び有料部屋の料金は健康保険の適用にはなりません

全額自己負担となりますので、ご了承ください

* 入退院・転室の時間に関係なく、入院日・退院日・転室日それぞれ1日分の
室料がかかります

* 外泊された場合も1日分の室料がかかります

説明日 年 月 日

説明者 _____