

保険給付外サービスに関する説明・同意書

1. 入院・入所費と合わせてご請求させていただきます。
2. 24時間以上外泊の病院不在時は請求致しません。
3. 変更が生じる場合は、事務局までお申し出ください。
4. テレビ・冷蔵庫レンタルについて[各165円/日]
 - ・個室料金にテレビ・冷蔵庫料金が含まれます。
 - ・ご請求は解約日を含みます。

料金はすべて税込価格（税率10%）です。

***下記をご記入ください**

申し込み内容				変更・解約日	変更後	
テレビレンタル	165円/日	申込み	申込みない	年 月 日	申込み	申込みない
冷蔵庫レンタル	165円/日	申込み	申込みない	年 月 日	申込み	申込みない

公益財団法人北海道医療団 帯広西病院 病院長 / 施設長 殿

保険給付外サービス利用に同意し申し込みます。
また、貴院の指定する期日までに料金を必ずお支払い致します。

記入日 _____ 年 月 日

ご入院ご入所者様氏名 _____

ご家族様、代理人氏名 _____

患者様との続柄 _____