

■ (参考) 特別の療養環境室同意書 (事例)

医療法人社団〇〇会〇〇病院
 院長 〇〇〇〇 様

保険外併用療養費 (選定療養・特別の療養環境 (差額ベッド)) の提供 同意書

入室日	年 月 日	
病棟・病室	病棟	号室
差額室料	1日につき 円	

* 上記金額には別途消費税がかかります。

私は、当院より口頭および文書による懇切丁寧な説明 (特別療養環境室以外の病室の病床が満床などを含む)、私の意志 (治療上の必要ではなく) により、〇〇〇病室に入院することを希望します。

なお、医療保険外の特別料金分 (差額ベッド料) については、支払うことを承諾します。

年 月 日

(患者)

氏名 _____ ⑩
 <直筆の場合、印不要>

(ご家族または連帯保証人)

氏名 _____ ⑩
 <直筆の場合、印不要>

利用料 (1日につき)	病室番号
5000 円	601 号・603 号室・615 号室・617 号室・・・
2500 円	602 号室 (2 人室)・616 号室 (2 人室)・・・

注) 患者本人が意識のない場合等同意書を記載出来ないときは、ご家族または連帯保証人のいずれかがご記載ください。なお診療報酬で定められている個室の入室日数計算は、入院時及び退室時とも午前 0 時～午後 12 時の間を 1 日と計算します。[計算例: 午後 11 時入院、翌日午前 9 時退院した場合は 2 日間の取り扱いとなります]