入院当日にお持ち頂きたいもの

	チェック欄
○　医療・介護保険証類（原本）　一式	
○　印鑑（認め印）	
○　基準寝具貸与表	
○　入院誓約書	
○　保険外自己負担に関する同意書	
○　入院保証金　（現金で50,000円）	
○　リース申込書orお持ち込み用品	

※ご不明な点がございましたら、下記までご遠慮なくお問い合わせください。

0743-75-0011（代）

地域医療連携室

リハビリテーションセンター

東生駒病院

基準寝具貸与票

基準寝具1組

品名	数量	備考	品名	数量	備考
掛ふとん	1 枚	但し夏季を除く	包　　布	2 枚	但し夏季は1枚
敷ふとん（ベッドパット）	1 枚		シ　ー　ツ	1 枚	
枕	1 ヶ		枕カバー	1 枚	

紛失・焼失・焼損の場合は貴院の指示に従い弁償金を支払います。
退院時にはすべて返納致します。

上記の通り使用致します。

病棟	号室	患者名	㊞	男・女

年　　月　　日

病院長殿

保険法による書類に付印紙無用。　医療法人社団　松下会　東生駒病院

入院誓約書

医療法人社団　松下会
東生駒病院　院長　殿

私はこの度貴院に入院するにあたり、下記事項を守る事を誓約します。
万一違反しました場合は退院を命ぜられても異議を申しません。

記

（１）　「入院案内」等の注意事項、諸規則を遵守し、他の患者様や貴院に迷惑をおかけしません。
（２）　入院費、その他の諸料金は所定の期限までに遅滞なくお支払い致します。
（３）　医師の説明と同意の内容にしたがって、入院治療をお受けします。

年　　月　　日

患者氏名

フリガナ		印	（男・女）	生年月日 （大・昭・平・令）　年　月　日	
氏名					
現住所				電話	
勤務先（名称）				電話	

診療費等支払保証書

医療法人社団　松下会
東生駒病院　院長　殿

上記の者の入院に関しまして、身元をお引受けします。
上記誓約項目（１）（２）（３）は承諾しました。
上記患者の貴院入院中の診療費等は、所定の期限内に患者本人若しくは連帯保証人①が必ず支払致します。
万が一、期限までに入院費等の支払が出来なかった場合には、連帯保証人②が診療契約に基づく患者本人若しくは連帯保証人①の貴院に対する一切の責務について、極度額５０万円を患者本人もしくは連帯保証人と連携して連携して滞りなく、支払致します。

預　り　金
￥
取扱者（　　） 保証金は退院時精算します。

連帯保証人①

フリガナ		印	（男・女）	生年月日 （大・昭・平・令）　年　月　日		続柄
氏名						
現住所				電話		
				携帯		
勤務先（名称）				電話		

連帯保証人②

フリガナ		印	（男・女）	生年月日 （大・昭・平・令）　年　月　日		続柄
氏名						
現住所				電話		
				携帯		
勤務先（名称）				電話		

オンラインでの資格情報取得

オンライン資格確認システムを用いた「限度額認定証」の照会	□同意する	□同意しない

保険外自己負担金に対する同意書

私は、下記の項目に対する費用が発生した場合、自費負担でお支払いすることに同意致します。

記

項　　目	金　額	項　　目	金　額
診断書（当院所定用紙）	¥2,200−	理容料金（指定）カット・ブロー	￥1,940−
診断書	¥3,300−	理容料金（指定）カット・顔剃り	￥2,750−
診断書（生命保険会社等用）	¥5,500−	理容料金（指定）セットコース	¥3,060−
診断書（おむつ使用証明書）	¥1,100−	理容料金（ROOM）カット・ブロー	¥2,750−
自賠責保険明細書	¥3,300−	理容料金（ROOM）カット・顔剃り	¥3,460−
自賠責保険診断書	¥3,300−	死亡診断書	¥5,500−
交通事故後遺症診断書	¥11,000−	死後処置料	¥22,000−

※　当院では上記の項目を自費負担でお願いしております。

※　尚、衛生材料等の治療（看護）行為及びそれに密接に関連した「サービス」や「物」についての費用や、「施設管理費」等の曖昧な名目での費用は一切徴収しておりません。

以　上

年　　月　　日

東生駒病院長　殿

住　　所

患 者 氏 名

同意書記載家族氏名　　続柄

注：　患者本人が同意書を記載できないときは、ご家族の方が「同意書記載家族氏名」の欄へ記載して下さい。

入院費のお支払について

当院は、月末締めの月一回のご請求となっております。
請求は翌月の１０日すぎに、請求書を下記郵送先に発送させていただきます。

【お支払方法に係わらず月に一度の保険証のご提示をお願いいたします】

お支払方法

窓口支払

平　　日　　9：00～16：30
土 曜 日　　9：00～11：30
（尚、日祝日はご精算できませんのでよろしくお願い致します）

銀行振込

銀 行 名：みずほ銀行（銀行コード　０００１）
支 店 名：東大阪支店（店番号　４８４）
科　　目：普通預金
口座番号：１５７６０６１
口座名義：医療法人社団松下会　東生駒病院

（※　振込み人の氏名は必ず、患者様のフルネームでお願い致します）
（※　振込み手数料は患者様のご負担となりますので、予めご了承ください）

退院時につきましては郵送致しませんので、あらかじめご了承ください。
また、退院のお支払時も必ず保険証をご提示ください。

医療法人社団　松下会　東生駒病院

〒
住所： **氏名：**