

## 入院当日にお持ち頂きたいもの

	チェック 欄
<input type="checkbox"/> 医療・介護保険証類（原本） 一式	
<input type="checkbox"/> 印鑑（認め印）	
<input type="checkbox"/> 基準寝具貸与表	
<input type="checkbox"/> 入院誓約書	
<input type="checkbox"/> 保険外自己負担に関する同意書	
<input type="checkbox"/> 入院保証金（現金で50,000円）	
<input type="checkbox"/> 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Ⅰ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		
氏名				(大・昭・平・令) 年 月 日		
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保証人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、連帯保証人が

診療契約に基づく患者本人若しくは保証人の貴院に対する一切の責務について、極度額30万円を

患者本人若しくは保証人と連携して滞りなく、支払致します。

預り金
¥
取扱者( )
保証金は退院時精算します。

保証人

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

連帯保証人

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

## 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いません。

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、月末締め毎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、患者様の床灯台に入れさせていただいております。

**【お支払方法に係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)

尚、遠方の方など止むを得ない理由の場合のみ請求書を郵送させていただきますので、下記に郵送先を御記載下さい。

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：