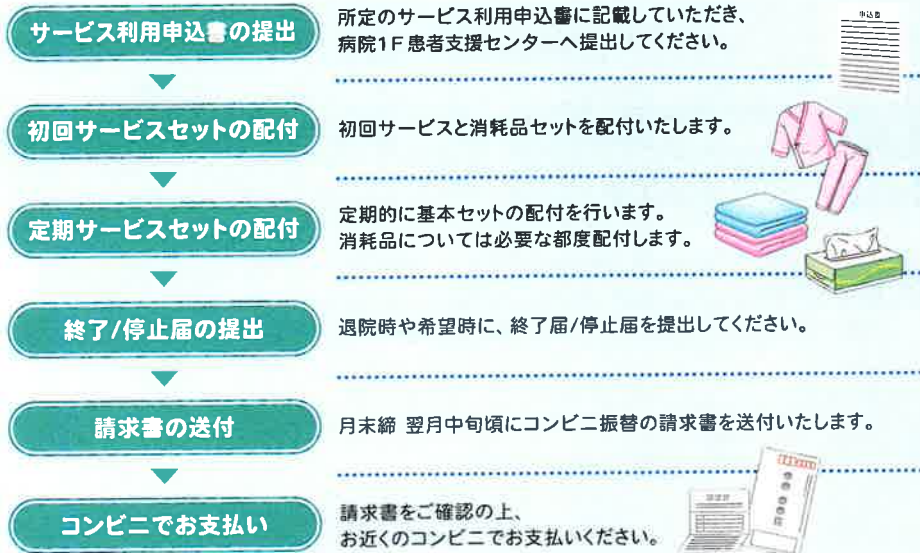


●〈入院セット〉サービスお申し込み～お支払いまでのながれ



●〈入院セット〉料金のお支払い方法について

ご請求書は月末締めでご利用月翌月の中旬頃に
ご自宅へ郵送させていただきます。

(ご利用が複数月にわたる場合も、毎月末に請求締めを行い、月毎のお支払いになります。)

病院での入院費用とは別のお支払いとなります。
(病院窓口でのお支払いはできません)

料金のお支払いはコンビニ払いとなります。

- ・請求書送付時に払込取扱票を同封させていただきます。
- ・お手元に届きましたら、期限内にお近くのコンビニエンスストアにてお支払いください。
- ・PayPay等モバイル決済アプリでコンビニ払込取扱票のバーコードを読み、お支払いも可能です。
(お支払いが可能なモバイル決済アプリについては、請求書の裏面をご参照ください)
- ・別途、1払込票につき決済事務費用136円(税込)ご契約者様負担となります。



入院セットの料金は日額制です

- ・入院セットご利用期間中は、個別商品の利用数量に関わらず、レンタル期間の料金(日額×契約日数分)が発生します。
- ・退院日(午前中の退院も含む)も請求対象となります。

◎入院セットお問合せ窓口

運営管理・業務委託会社

小山メディカルサービス株式会社 大阪市中央区谷町9丁目1-18 アクセス谷町ビル8F

ご不明な点は下記のフリーダイヤルまで

0120-296-610

(受付時間) 9:00~17:00 月~金曜日 (土日祝・年末年始・お盆を除く)



医療法人 康仁会 西の京病院 2024.10.10

(医) 康仁会 西の京病院

【入院セットのご利用について】 1日単位でレンタル



便利な「入院セットレンタル」
をご利用いただきますようお願い致します。

ご家族の皆さまへ

患者さまが 安心してご入院 いただけますよう
必要時に清潔で安心な衣類・日用品等をご利用
いただけます。

入院セットサービスをご存知ですか？

入院セットサービスとは、入院の際に必要なタオル・衣類・日用品などを**1日単位でレンタル**させていただくサービスです。
 当院では、こちらの入院セットサービスをご利用いただきますようお願いいたします。

ご利用時に必要な日用品等の
購入負担を軽減します

ご家族様が洗濯物を持ち帰る
体力負担を軽減します

ご利用者様の
精神的負担を軽減します

殺菌・消毒・洗浄でいつも清潔で
安心な商品をご提供します

入院セットサービス一覧 / 基本セット

入院セット

510 (税込)
円
× ご契約日数

● 病衣類



- ◎ 基平タイプ
- ◎ ガウンタイプ
- ◎ 介護つなぎ

使用目安枚数

いずれか
3枚/週

● タオル類



- ◎ バスタオル 2枚/週
- ◎ フェイスタオル 1枚/日

サービス品

入院セットをお申込みの方は、以下のアメニティが必要に応じて無料でご利用いただけます。

- ◎ ティッシュペーパー
- ◎ 歯ブラシ
- ◎ 歯磨き粉
- ◎ 口腔ケアブラシ & ジェル
- ◎ 入れ歯洗浄剤



一般病棟の方のみ、ご利用いただけます

- ◎ ふた付コップ
- ◎ 箸・スプーン・フォークセット
- ◎ ストロー
- ◎ お茶



共用品として、ご利用いただけます

- ◎ リンスインシャンプー
- ◎ ボディーソープ



療養病棟の方のみ、ご利用いただけます

- ◎ 入れ歯ケース
- ◎ 食事前エプロン
- ◎ 洗口液
- ◎ 歯間ブラシ
- ◎ 保湿ローション
- ◎ 洗顔フォーム



※ 画像はすべてイメージです

入院セットサービス 申込書の書き方

※太枠内はすべて**ボールペン等消えないペン**でご記入いただけますようお願いいたします。

入院・入所セットレンタル 申込書兼契約書

※弊社記入欄

利用される方
のお名前をご記入ください

利用者及びご契約者は、裏面の【利用約款】と【個人情報の取扱いに関する同意】の内容を確認し、の上で申し込みます。
 枠内を **ボールペン等(消えないもの)** でご記入ください。

お支払いされる方
のお名前をご記入ください

病院・施設名	西の京病院	ID	
申込日	2024 年 10 月 1 日	部屋名	
フリガナ	姓 コヤマ 名 タロウ	性別	男・女
ご利用者	小山 太郎		
ご利用者生年月日	M・T・S・H・R 24 年 9 月 21 日		

1枚目の①弊社控に必ず
捺印をお願いします

フリガナ	姓 コヤマ 名 ハナコ	性別	男・女
ご契約者	小山 花子		
ご契約者生年月日	M・T・S・H 25 年 5 月 10 日	ご利用者との続柄	妻
ご契約者自宅住所	〒630-8131 奈良県奈良市大森町47番地の3 小山ハイイツ10		

契約者様ご自宅の住所を
ご記入ください。請求書を
こちらの住所にお送りいたします
電話番号も必ずご記入ください

ご契約者連絡先	自宅電話 0742-22-4321 携帯電話 090-1111-1111
---------	--------------------------------------

※保険会社・社会福祉協議会・代理人等へ請求書を送付する場合は、下記にご記入ください。

請求書送付先 (保険会社等)	〒 奈良県 市部
上記連絡先	電話 担当者

請求書送付先が上記住所と
異なる場合はこちらにご記入ください
例：保険会社・代理人へ請求など

利用開始日	2024 年 10 月 1 日	利用開始日は必ずご記入ください				
商品名(セット名)	入院 セット	衣類サイズ	S M L LL	レンタル料 日額単価(税込)	510 円	備考
利用セット					円	
おむつ					円	
おむつ	セット				円	

セット名・金額を必ずご記入ください
サイズ もわかる範囲でご記入をお願いします
※分からない場合は未記入可

入院セットサービスは
利用者様、ご家族様の負担を軽減します。

入院セットサービスの詳細やお申込みは
1F 患者支援センター までお越しください。

