

個室使用申込書

令和 年 月 日

黒石市国民健康保険黒石病院長 様

入院病棟 階 東・西 病棟 科

患者氏名

申込者氏名
(患者との続柄)

私は、下記個室への入室を申し込みます。

なお、入室のうへは、所定の室料を支払うことを承諾します。

【入室を希望する区分】

個室A 個室B 個室C 号室 1日あたり 円

【1日あたりの個室の利用料金】

区分	料金	病棟及び個室番号		設備
個室A	3,850円	5階東	523・524・525	トイレ・洗面化粧台
		5階西	505・506・507	
		4 階	404・405・425・426	
		3階西	302・303	
個室B	2,750円	5階東	521・522	洗面化粧台
		5階西	504	
		4 階	406・407・411・412・421・422・423・424	
個室C	2,200円	3階西	305・306・307・308・309・310	

※ この個室料金は、保険給付対象外です。

※ 当院の都合(重症患者の緊急入院等)により、急遽、部屋を移動していただくことがありますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

病棟師長	医事担当
コピー済 (医事へ)	

2025年3月17日