

特別療養環境室(差額ベッド)入室同意書

聖マリアンナ医科大学病院長 殿

下記の特別療養環境室(差額ベッド)の入室にあたり、十分な説明をうけ、料金の支払いなどについて同意しました。

入室日	令和	年	月	日より
病棟・病室	病棟		号室	
差額室料	1日につき	円	説明者・説明日	

フリガナ
ご本人氏名 Ⓜ

フリガナ
連帯保証人氏名 Ⓜ

連帯保証人(保護者)が入院証書と同じ方の場合住所記入不要です。
〒 - 電話 ()

住所

【特別療養環境室一覧】(※消費税込)

令和5年1月1日～

病棟	差額室料(1日につき)		
	個室19,800円	4床室 7,700円	2床室 5,500円
5東(E)	04 05 06 07 11 (出産の場合は18,000円)	01 02 03 (出産の場合は7,000円)	
5西(W)	05 07 11 12 13 17		14 15
6東(E)	01 03 04 05 06 07 08 14 15 16 19 20	02 10 17 18	
6南(S)	03 07 08 15 16 17 18 19	04 05 13 14	
7東(E)	01 02 04 05 06 07 08 09 15 16 17 20	03 11 18 19	
7南(S)	03 04 07 08 09 10 17 18 19 20 21 22	05 06 15 16	
7西(W)	01 02 03 04 14 15 16 17	06 11 12 13	
8東(E)	01 02 03 04 11 15 16 17	07 12 13 14	
8南(S)	03 04 05 06 11 12	07 08 09	
8西(W)	01 02 04 05 06 07 08 09 13 14 15		16 17
9東(E)	01 02 03 04 05 11 12 13 17 18 19 20	07 14 15 16	
9南(S)	03 04 05 06 07 11 12 13 14 20 21 22	09 10 18 19	
9西(W)	01 02 04 05 06 07 08 09 15 16 17 20	03 11 18 19	
10東(E)	01 03 04 05 06 07 08 14 15 16 19 20	02 10 17 18	
10南(S)	03 04 08 09 10 11 12 13 19 20 21 22	05 06 17 18	
10西(W)	02 03 04 05 06 07 13 14 15 18 19 20	09 12 16 17	
11東(E)	01 02 05 06 07 08	03 10	
11西(W)	01 03 04 05 06 07 08 14 15 16 19 20	02 10 17 18	
特別病棟	特室A 110,000円	特室B 55,000円	特室C 50,000円
11南(S)	18	14 15 16 17	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 19 20

注: 室料差額の「1日つき」とは午前0時から午後12時までを指します。例えば午後10時に入院

翌日午前10時に退院した場合は2日とカウントされます。

注: 5東病棟は産科病棟のため室料は非課税となります(産科以外でご入院の方は対象外です)。