

1 DAY

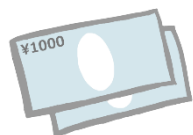


一日単位でレンタル可能

「入院セットサービス」は入所の際に必要な物品を日額定額制でご利用いただけるサービスです。入院の際は、こちらのサービスご利用を推奨しております。

患者さま・ご家族の皆さまへ

当院では**施設内感染予防の一環**としてご利用を推奨しています。



1日当たりの定額制なので
使いすぎても金額が変わりません。



プロが選定した業務用の商品なので
より良い療養環境をつくることができます。



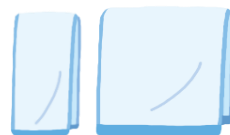
病院に在庫をするので
ご自宅からの持ち運びがなくなります。

入院セット 病衣・タオルプラン (日用品付き)

● タオル

- ◎ バスタオル 2枚/週
- ◎ フェイスタオル 1枚/日

使用目安枚数



● 衣類

- ◎ 甚平型病衣
- ◎ リハビリ病衣
- ◎ ゆかた型病衣
- ◎ 術前術後衣

使用目安枚数

2枚/週



業務用洗濯に耐えることのできる「医療用」として開発された商品です

サービス提供品

病院・タオルプランをお申込みの方は下記の中から必要な商品をご利用いただけます



● BOXティッシュ



● 歯ブラシ



● 歯磨き粉



● コップ



● シャンプー
(ミニボトル)



● リンス
(ミニボトル)



● ボディソープ
(ミニボトル)

【ご注意】 上記セットにご加入された方へのサービス提供品ですので、定期的にお配りする物ではございません。

入院セット 病衣プラン (日用品なし)

● 衣類

- ◎ 甚平型病衣
- ◎ リハビリ病衣
- ◎ ゆかた型病衣
- ◎ 術前術後衣

使用目安枚数

2枚/週



業務用洗濯に耐えることのできる「医療用」として開発された商品です

申込書の書き方

- 太枠内は全てボールペン等 消えないペンでご記入いただくようお願いいたします。
- 1枚目の「①弊社控」に必ず捺印又はサインの記入をお願いいたします。

小山メディカルサービス株式会社 九州営業部 御中

1					
---	--	--	--	--	--

サービス申込書兼契約書

※弊社記入欄

私(ご利用者及びご契約者)は裏面の【利用約款】と【個人情報取扱に関する同意】の内容を確認し、同意の上で申し込みます。

所在地	〇〇病院				
利用される方の 氏名(消せない字)で記入下さい。 お名前・住所・生年月日・性別は必須)	〇〇病院				
お申し込み お名前	2023年 1月 1日	ID	性別	年齢	号室
フリガナ	コヤマ		女		
お支払いされる方の お名前をご記入ください。	小山		太郎		
生年月日	24年 9月				
性別	男		女		
ご契約者 お名前	小山		花子		
生年月日	大(5) 25年 5月 10日				
住所 (お支払先)	〒 630 - 8131		奈良		
住所 (お支払先)	奈良		大森町47番地の3 小山ハイ		
自宅電話	0742 - 22 - 4321		携帯電話	090 - 1111 - 1111	

※請求書送付先が異なる場合は、下記にご記入ください。

請求書送付先 - 保険会社 - 成年後見人 等	〒 -	建物名、部屋番号もご記入ください
ご連絡先 (日中つながる連絡先)		

②「ご利用開始日」の記入と、ご利用されるプランの欄に日をご記入してください。

ご利用開始日	2023年 1月 1日			ご利用開始日は必ずご記入ください。			
チェック欄	プラン名	日課単価(税込)	備考	チェック欄	プラン名	日課単価(税込)	備考
<input checked="" type="checkbox"/>	プラン	円		<input checked="" type="checkbox"/>	プラン	円	
<input type="checkbox"/>	プラン	円		<input type="checkbox"/>	プラン	円	
<input type="checkbox"/>	プラン	円	*	<input type="checkbox"/>	プラン	円	
<input type="checkbox"/>	プラン	円		<input type="checkbox"/>	プラン	円	
<input type="checkbox"/>	プラン	円		<input type="checkbox"/>	プラン	円	

ご利用のプランに必ずチェックを入れてください。

- プラン内容、請求・支払い方法については、サービス案内のパンフレットをご覧ください。
- ご利用者の容態に応じて、看護師の判断により、サービスの利用期間及び内容を変更する場合があります。
- プラン変更、利用商品の追加等のご希望がございましたら、病院窓口もしくは弊社までお問い合わせください。
- 利用料金の支払を滞りした場合は、本契約は解除される場合があります。
- 申込書控えは大切に保管してください。

病院 施設 押印欄

〒 982-0910 仙台市青葉区 栄 1-1 拓栄ビル5F
 (電話) 0120-332-778 (FAX) 0120-332-315
 (受付時間) 9:00-17:00 月-全曜日(祝祭日、年末年始、お盆を除く)

①弊社控(お申込時)

《入院セット》 サービスご利用の流れ

① 利用申込書の提出

「利用申込書」に必要事項をご記入の上、**スタッフステーション**へ提出してください。

② 初回サービスセットの配付

初回サービスセットを配付いたします。

③ 定期サービスセットの配付

定期的に加入に応じたセットの配付を行います。
消耗品については必要な都度配付します。(対象の方のみ)

④ 変更・停止届の提出

セット変更希望時、退院時に
「変更/停止届」を提出してください。

⑤ 請求書の送付(翌月中旬頃)

月末締め・翌月中旬頃に
コンビニ振替の請求書を送付いたします。

⑥ コンビニ・郵便局でお支払

「コンビニ」または「郵便局」でお支払いください。

※入院費用と併せてのお支払いはできません。

《定額サービス》 料金のお支払いについて

●ご請求金額

ご契約期間(申込から停止まで)×日額単価

例：14泊15日×1日500円(税込)=7,500円…15日分

- ・個別商品の利用数量に関わらず発生します。
- ・退院日(午前中の退院も含む)も請求対象になります。

●ご請求書

月ごとのお支払いになります。

- ・毎月未締め・翌月の15日頃に郵送いたします。
- ・請求書送付時に「払込取扱票」を同封させていただきます。

●お支払い方法

コンビニまたは郵便局でお支払いください。

- ・郵便局にてお支払いの場合は、取扱手数料がかかります。
- ・PayPay等モバイル決済アプリでコンビニ取扱票のバーコードを読み込み、お支払い可能です。
- ・別途、1払込票につき決済事務費用110円(税込)ご契約者様負担となります。(2023年1月から適用)
- ・**病院窓口でのお支払いはできません。**



《入院セットお問い合わせ窓口》

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

熊本県熊本市東区健軍本町1-1 拓洋ビル5F

(フリーダイヤル) **0120-332-778**

受付時間 9:00~17:00

月~金曜日(土日・祝祭日・年末年始・お盆を除く)

