

## 室料差額同意書

下記の病室への入室について、貴院より十分な説明を受け、入院費用のうち、入院日以降の室料差額対象室利用日数分の室料差額については、診療費等と併せて滞りなく貴院に支払うことに同意しました。

2019年10月1日改定

病室の種類	病室番号			室料差額 (1日につき)
個室	405	406		16,500 円
2床室	310			6,600 円
	408	410		
4床室	307	308	313	2,200 円
	407	411	412	

年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

支払責任者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※支払責任者本人が自署する場合、押印は不要です。

医療法人社団 仁和会  
さがみ仁和会病院