

1 DAY



一日単位でレンタル可能

「入院セットサービス」は入院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**院内感染予防の一環**としてご利用を推奨しています。



定額制で安心

使用量に関わらず
1日当たりの金額は変わりません。



清潔で安心

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。



負担の軽減

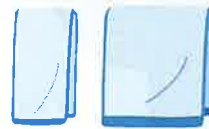
病院内で在庫を管理していますので
ご自宅からの持ち運びがなくなります。

レンタルセット① 病衣・肌着・タオルプラン（日用品付）

450 (税込) 円
× 契約日数

● タオル類

- ◎ バスタオル
 - ◎ フェイスタオル
- 使用目安枚数 入浴時



● 衣類

- ◎ ボタン型病衣上下
 - ◎ 浴衣型病衣
 - ◎ 術前術後衣
- 使用目安枚数 2枚/週



● 下着類

- ◎ 前開き肌着
 - ◎ Tシャツ肌着
 - ◎ 靴下
- 使用目安枚数 2枚/週

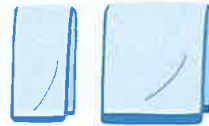


レンタルセット② 病衣・タオルプラン（日用品付）

330 (税込) 円
× 契約日数

● タオル類

- ◎ バスタオル
 - ◎ フェイスタオル
- 使用目安枚数 入浴時



● 衣類

- ◎ ボタン型病衣上下
 - ◎ 浴衣型病衣
 - ◎ 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

レンタルセット①②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



◎ コップ



◎ 歯ブラシ



◎ 歯磨き粉



◎ 食事用エプロン



◎ 入歯洗浄剤



◎ 入れ歯洗浄ケース



◎ 口腔ケアシート



◎ 口腔ケアブラシ



◎ 口腔ケアジェル



◎ 個包装タオル



◎ 綿棒



◎ ディスポパンツ

ボトルに詰め替えて、浴室に設置いたします。



◎ リンスインシャンプー



◎ ボディソープ

【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。
・画像はイメージです。商品の流通状況により変更となる場合がございますので、予めご了承ください。

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**でご記入いただきますようお願いいたします。

小山メディカルサービス株式会社 広域営業本部 御中

1

--	--	--	--	--	--

サービス申込書兼契約書

※弊社記入欄

利用される方

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、申し込みます。

施設名称 **小豆沢病院**

①太枠内を「ボールペン等（消せないもの）」でご記入下さい。

ご利用者情報（お申込日・お名前・押印・生年月日・性別は必須）

お申込日	2024年10月1日	ID	病棟	部屋	号室
フリガナ	コヤマ	タロウ			
ご利用者	姓 小山	名 太郎			

お支払いされる方

お名前をご記入ください。

（ご利用者と同じ場合 お名前・生年月日は「同上」可。押印は必要。住所は別記欄）

お申込日	大昭平・令西暦 24年9月	ID	病棟	部屋	号室
フリガナ	コヤマ	ハナコ			
ご契約者（お支払者）	姓 小山	名 花子			
生年月日	大昭平・西暦 25年5月10日	ご利用者との続			
住所（お支払者）	〒630-8131 建物名、部屋番号もご記入ください。 奈良 奈良 大森町47番地の3 小山ハイツ101号				
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	〒 - 建物名、部屋番号もご記入ください。				
・保険会社	都道府県	市区郡			
・成年後見人等	保険会社名・成年後見人等				
ご連絡先	（日中つながる連絡先）				

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

②「ご利用開始日」の記入と、ご利用されるプランの欄に☑を記入してください。

ご利用プラン

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。			
チェック欄	プラン名	日額単価(税込)	備考	チェック欄	プラン名	日額単価(税込)	備考
<input checked="" type="checkbox"/>	病衣・肌着・タオル プラン	450円		<input type="checkbox"/>	プラン	円	
<input type="checkbox"/>	病衣・タオル プラン	330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。（正しいです。）

- ・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。
- ・利用料金の支払を遅延したときは、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・施設様用備考欄

■運営管理会社（個人情報問合せ窓口）

小山メディカルサービス株式会社 広域営業本部
〒862-0910 熊本県熊本市東区健軍本町1-1 拓洋ビル5F
（電話）0120-332-778 （FAX）0120-332-315
《受付時間》9:00～17:00 月～金曜日（祝祭日、年末年始、お盆を除く）

①弊社控（お申込時）

● サービスお申し込み～お支払いまでのながれ

利用申込書の提出

「利用申込書」に必要事項をご記入の上、**病院スタッフ**へ提出してください。



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。

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分を都度配付します。(対象の方のみ)

変更・停止届の提出

セット変更希望時、停止時に
「変更/停止届」を提出してください。

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。



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。

サービス料金のお支払い方法について

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。

ご請求は月ごとのお支払いになります。

- ・毎月末締め・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。



料金のお支払い方法はコンビニ・郵便局払いとなります。

- ・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136円(税込)ご契約者様負担となります。
- ・**病院窓口でのお支払いはできません。**

◎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 熊本県熊本市東区健軍本町1-1 拓洋ビル5F

ご不明な点は下記のフリーダイヤルまで

 **0120-332-778**

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

