入　院　申　込　書

平成　　年　　月　　日

申　込　者　　印

住　　所

電話番号

勤務先

患者氏名		生年月日	M・T・S・H　年　月　日
住　所		電話番号	
入院日		病　室	号室

日常生活 消耗品費	希望 コース	1：￥900/月	月額合計 ￥ 平成　年　月　日より 開始
		2：￥9，000/月	
		3AB：￥6，000/月	
		3A：￥3，000/月	
		3B：￥3，000/月	
		4：￥1，500/月	
		5：￥2，400月	・リースは利用しません。

医療費 請求先	1：病室	住　所	
	2：郵送	氏　名	
	3：受付	電話番号	

備　考	
	楽楽（　　）補償金預かりあり
	電気製品の使用　有・無　　テレビの使用　有・無

入院 補償金	1：￥50，000	受領日	受領者
	2：￥10，000	平成　年　月　日	印
	出金確認	返金日　平成　年　月　日	
	氏　名：　印		