## 〈入院セット〉サービスお申し込み～お支払いまでのながれ

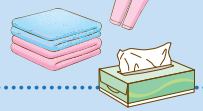
**サービス利用申込書の提出**
所定のサービス利用申込書に記載していただき、受付へ提出してください。



**初回サービスセットの配付**
初回サービスと消耗品セットを配付いたします。



**定期サービスセットの配付**
定期的に基本セットの配付を行います。
消耗品については必要に応じて配付します。



**変更・停止届の提出**
セット変更希望時や停止時に、変更/停止届を提出してください。

**請求書の送付**
月末締 翌月中旬頃にコンビニ振替の請求書を送付いたします。

**コンビニでお支払い**
請求書をご確認の上、
お近くのコンビニでお支払いください。



## 〈入院セット〉料金のお支払い方法について

**ご請求書は月末締めでご利用月翌月の中旬頃に**
**ご自宅へ郵送させていただきます。**
（ご利用が複数月にわたる場合も、毎月末に請求締めを行い、月毎のお支払いになります。）

**病院での入院費用とは別のお支払いとなります。**
**（病院窓口でのお支払いはできません）**




**料金のお支払い方法はコンビニ払いとなります。**
・請求書送付時に払込取扱票を同封させていただきます。
・お手元に届きましたら、期限内にお近くのコンビニエンスストアにてお支払いください。
・PayPay等モバイル決済アプリでコンビニ払込取扱票のバーコードを読込み、お支払いも可能です。
（お支払いが可能なモバイル決済アプリについては、請求書の裏面をご参照ください）
・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。

| | |
|---|---|
| **入院セットの料金は日額制です** | ・入院セットご利用期間中は、個別商品の利用数量に関わらず、レンタル期間の料金（日額×契約日数分）が発生します。<br>・退院日（午前中の退院も含む）も請求対象となります。 |


◎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** 大阪市中央区谷町９丁目１-１８ アクセス谷町ビル８Ｆ
ご不明な点は下記のフリーダイヤルまで
**0120-296-610**
〈 受付時間 〉 9:00～17:00 月～金曜日 （土日祝・年末年始・お盆を除く）


八尾徳洲会総合病院

# 1DAY



一日単位でレンタル可能

## ご利用者さま・ご家族の皆さまへ

便利な「入院セットサービス」を
ご利用いただきますようお願いします。

# 入院セットサービスをご存知ですか?

入院セットサービスは、入院の際に必要となるタオル・衣類・日用品などを1日単位でレンタルさせていただくサービスです。
当院では、こちらの入院セットサービスをご利用いただきますようお願いします。

**ご利用時に必要な日用品等の購入負担を軽減します**

**ご家族様が洗濯物を持ち帰るご負担を軽減します**

**ご利用者様の精神的負担を軽減します**

**殺菌・消毒・洗浄でいつも清潔で安心な商品をご提供します**

## 入院セットレンタルサービス一覧／基本セット

### Aセット　490円（税込）× ご契約日数

- 衣類
- タオル類

### Bセット　430円（税込）× ご契約日数

- 衣類

### Cセット　330円（税込）× ご契約日数

- タオル類

**レンタル品**

- 衣類



使用目安枚数
- ◎ 甚平タイプ　いずれか
- ◎ ガウンタイプ　3枚／週

- タオル類



使用目安枚数
- ◎ バスタオル　2枚／週
- ◎ フェイスタオル　1枚／日

**サービス品**

A・B・C いずれかの基本セットをお申込みの方は、以下のアメニティが必要に応じてご利用いただけます。

- ◎ ティッシュペーパー



- ◎ フタ付コップ



- ◎ 歯ブラシ



- ◎ 歯みがき粉



- ◎ 不織布バッグ



初回配付用バッグ

**共用品としてご利用いただけます**

- ◎ リンスインシャンプー



- ◎ ボディーソープ



**ケアに応じて、スタッフの判断でご利用いただけます**

- ◎ 吸い飲み



- ◎ ストロー



- ◎ 歯ブラシ



- ◎ 入れ歯ケース



- ◎ 入れ歯洗浄剤



- ◎ 口腔ケアスポンジ



- ◎ 口腔ケアジェル



- ◎ うがい受け



- ◎ ヘアブラシ

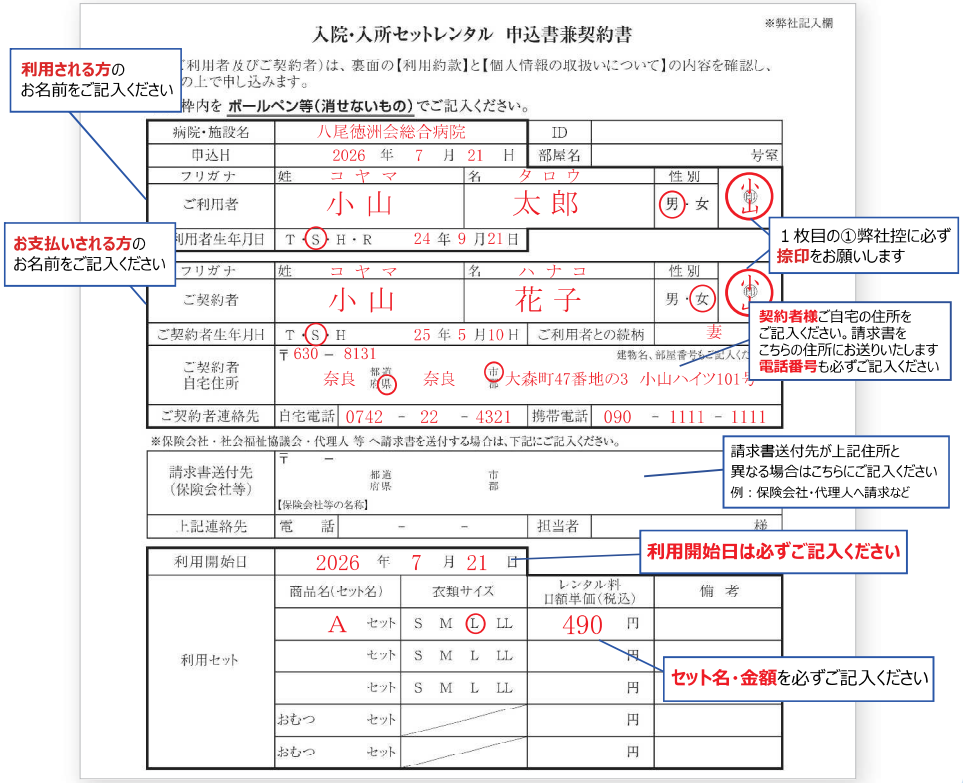


- ◎ TVイヤホン



## 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。



入院・入所セットレンタル　申込書兼契約書

※弊社記入欄

（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ついて】の内容を確認し、
の上で申し込みます。
枠内を ボールペン等(消せないもの) でご記入ください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 病院・施設名 | 八尾徳洲会総合病院 | | ID | |
| 申込日 | 2026 年 7 月 21 日 | | 部屋名 | 号室 |
| フリガナ | 姓 コヤマ | 名 タロウ | 性別 | |
| ご利用者 | 小山 | 太郎 | 男・女 | 印 |
| 利用者生年月日 | T・S・H・R 24 年 9 月 21 日 | | | |
| フリガナ | 姓 コヤマ | 名 ハナコ | 性別 | |
| ご契約者 | 小山 | 花子 | 男・女 | 印 |
| ご契約者生年月日 | T・S・H 25 年 5 月 10 日 | | ご利用者との続柄 | 妻 |
| ご契約者自宅住所 | 〒630－8131 奈良県 奈良市 大森町47番地の3 小山ハイツ101号 | | | |
| ご契約者連絡先 | 自宅電話 0742 － 22 － 4321 | | 携帯電話 090 － 1111 － 1111 | |

※保険会社・社会福祉協議会・代理人 等 へ請求書を送付する場合は、下記にご記入ください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 請求書送付先（保険会社等） | 〒 － 都道府県 市郡 【保険会社等の名称】 | | |
| 上記連絡先 | 電話 － － | 担当者 | 様 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 利用開始日 | 2026 年 7 月 21 日 | | | |
| 利用セット | 商品名(セット名) | 衣類サイズ | レンタル料 口頭単価(税込) | 備考 |
| | A セット | S M L LL | 490 円 | |
| | セット | S M L LL | 円 | |
| | セット | S M L LL | 円 | |
| | おむつ セット | | 円 | |
| | おむつ セット | | 円 | |

利用される方のお名前をご記入ください

お支払いされる方のお名前をご記入ください

1枚目の①弊社控に必ず捺印をお願いします

契約者様ご自宅の住所をご記入ください。請求書をこちらの住所にお送りいたします 電話番号も必ずご記入ください

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

利用開始日は必ずご記入ください

セット名・金額を必ずご記入ください

**入院セットサービスは**
**利用者様、ご家族様の負担を軽減します。**

入院セットサービスの詳細やお申込みは
受付 までお越しください。





※ 画像はすべてイメージです