

年 月 日

入院費の手続き等について

患者様氏名 _____

お支払いをされる方 氏名 _____ (続柄 _____)

電話番号 _____

1 支払方法

入院費は毎月 10 日～25 日の期間内でお支払いください。

① 自動精算機の場合

ご利用時間:9:00～20:00(年中無休)

② お振り込みの場合

振込先:山口銀行 福川支店 普 6028321

口座名:いりょうほうじんしゃだん 医療法人社団 せいわかい 生和会

【注意点】

必ず患者様のお名前でお振り込み下さい。

2 請求書

請求書は病室の床頭台に配布いたします。請求書を送付ご希望の場合は、送料 110 円にて郵送いたしますので、受付までお申し出ください。

3 診断書・入院証明書

診断書、入院証明書等をご希望される方は、受付窓口にお越しください。

受付窓口へのご来院が難しい際は、電話でご連絡ください。

一般的な診断書(入院証明書、生命保険等) : 3,300 円～7,700 円

【注意点】

文書の完成には、お申込みから2週間程度かかります。また、内容によっては遅れる場合もございます。

保険会社等の診断書をご希望の際は、入院期間中にお申込み下さい。

4 その他

預り金・入院保証金は受付窓口のみの対応となります。(平日 9:00～17:00)