

神戸海星病院睡眠時無呼吸検査入院確認書

・氏名 _____

・入院予定日 _____ 年 月 日

・食事の有無

入院当日（夕） ☐ 食事を希望する ☐ 食事を希望しない

入院翌日（朝） ☐ 食事を希望する ☐ 食事を希望しない

食物アレルギーの有無 ☐ 有 ☐ 無

アレルギーがあれば下記記載して下さい。

※入院後に食事の変更は出来ません。

・室料 （診療費以外に下記個室料が必要です。）

5,000円×2日＝10,000円（税別）

・入院費用概算（食事及び室料含む）

1割負担 22,000円

2割負担 30,000円

3割負担 39,000円

以上の内容について、了解しました。

年 月 日

患者自署 _____

※マイナンバーカードご持参の場合、お手数ですが保険情報の記載をお願いいたします。

- ・ 保険者番号 _____
- ・ 記号 _____
- ・ 番号 _____
- ・ 枝番 _____

※70歳以上の方または後期高齢医療の加入者

- ・ 一部負担割合 _____
- ・ 有効期限 _____

※公費をお持ちの場合

- ・ 負担者番号 _____
- ・ 受給者番号 _____
- ・ 有効期限 _____ ～ _____
- ・ 一部負担金 入院： 円
 外来： 円