

## 入院される患者さまへ(1)

長期入院【180日を超える】されている方については、入院料の一部が健康保険の給付対象外となるため、保険給付外について、所定の金額を請求させていただきます。

つきましては、入院履歴の確認をさせて頂く必要がありますので、お手数ですが下記の該当する項目にご記入いただきますようお願いいたします。

また、万が一申告された内容に誤りがあった場合は、後日差額を徴収させて頂くこともありますので、予めご了承下さい。

なお、別途料金を請求させていただく場合は、事前にご連絡いたします。

松原メイフラワー病院

記入日 令和      年      月      日

ふりがな  
氏 名

\_\_\_\_\_

生年月日    T・S・H・R      年      月      日生(      歳)

住 所      〒

\_\_\_\_\_

過去3ヶ月以内に入院されていませんか？(該当に○をつけて下さい)

は い      ・      いいえ

【はい】の方にお伺いします。(複数ある場合は直近の入院歴からご記入下さい)

- |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ① 入院期間 | 《 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 | 》 |
| 病 院 名  | 《 |   |   |   |   |   |   |   | 》 |
| 病 名    | 《 |   |   |   |   |   |   |   | 》 |
| ② 入院期間 | 《 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 | 》 |
| 病 院 名  | 《 |   |   |   |   |   |   |   | 》 |
| 病 名    | 《 |   |   |   |   |   |   |   | 》 |
| ③ 入院期間 | 《 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 | 》 |
| 病 院 名  | 《 |   |   |   |   |   |   |   | 》 |
| 病 名    | 《 |   |   |   |   |   |   |   | 》 |

ご協力ありがとうございました