

1 DAY



一日単位でレンタル可能

「おむつ定額サービス」は入院の際に必要な紙おむつを日額定額制でご利用いただけるサービスです。入院の際は、こちらのサービスご利用を原則としております。

患者さま・ご家族の皆さまへ

当院では**院内感染予防の一環**としてご利用を原則としています。



定額制で安心

**使用量に関わらず
1日当たりの金額は変わりません。**



清潔で安心

プロが選定した業務用の商品なので
より良い療養環境をつくることができます。



負担の軽減

病院内で在庫を管理していますので
ご自宅からの持ち運びがなくなります。

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。

小山メディカルサービス株式会社 九州営業部 御中

1

サービス申込書兼契約書

※弊社記入欄

利用される方のお名前をご記入ください。

（利用される方及びご契約者）は裏面の【利用約款】と【個人情報の取扱いに関する同意】の内容を確認し、申し込みます。

病院名	オリブ山病院						
①太枠内を「ボールペン等（消せないもの）」でご記入下さい。							
ご利用者情報（お申込日・お名前・押印・生年月日・性別は必須）							
お申込日	2023年 1月 1日	ID	病棟	部屋	号室		
フリガナ	コヤマ		タロウ				
ご利用者（入院患者様）	姓	名					
	小山	太郎					
	大昭平・令・西暦	24年 9月	1枚目の①弊社控に必ず捺印をお願いします。				
	（ご利用者と同じ場合 お名前・生年月日は「同上」可。押印は必要。）						
フリガナ	コヤマ		ハナコ				
ご契約者（お支払者）	姓	名					
	小山	花子					
生年月日	大昭平・西暦	25年 5月 10日	ご利用者との続柄				
住所（お支払者）	〒630-8131 建物名、部屋番号もご記入ください。						
	奈良	奈良	大森町47番地の3 小山ハイツ101号				
自宅電話	0742-22-4321	携帯電話	090-1111-1111				

お支払いされる方のお名前をご記入ください。

契約者様ご自宅の住所をご記入ください。請求書をご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。

※請求書送付先が異なる場合は、下記にご記入ください。

請求書送付先	〒 都道府県 市区郡		
・保険会社 ・成年後見人等	保険会社名・成年後見人等		
ご連絡先	（日中つながる連絡先）		

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

②「ご利用開始日」の記入と、ご利用されるプランの欄に☑を記入してください。

ご利用プラン	利用開始日は必ずご記入ください。						
利用開始日	2023年 1月 1日						
チェック欄	プラン名	日額単価(税込)	備考	チェック欄	プラン名	日額単価(税込)	備考
<input checked="" type="checkbox"/>	家電（テレビ）プラン	円		<input checked="" type="checkbox"/>	おむつ A プラン	円	
<input type="checkbox"/>	プラン	円		<input type="checkbox"/>	おむつ B プラン	円	
<input type="checkbox"/>	プラン	円		<input type="checkbox"/>	おむつ C プラン	円	
<input type="checkbox"/>	プラン	円		<input type="checkbox"/>	おむつ D プラン	円	
<input type="checkbox"/>	プラン	円		<input type="checkbox"/>	おむつ E プラン	円	

ご利用のプランに必ずチェックを入れてください。（ご希望のプランがない場合は、お問い合わせください。）

- ・プラン内容、請求・支払い方法については、サービス案内のパンフレットをご覧ください。
- ・ご利用者の容態に応じて、看護師の判断により、サービスの利用期間及び内容を変更する場合があります。
- ・プラン変更、利用商品の追加等のご希望がございましたら、病院窓口もしくは弊社までお問い合わせください。
- ・利用料金の支払を遅延したときは、本契約は解除される場合があります。
- ・申込書控えは大切に保管してください。

病院・施設様用備考欄

■運営管理会社（個人情報問合せ窓口）

小山メディカルサービス株式会社 九州営業部
〒862-0910 熊本県熊本市東区健軍本町1-1 拓洋ビル5F
（電話）0120-332-778（FAX）0120-332-315
《受付時間》9:00～17:00月～金曜日（祝祭日、年末年始、お盆を除く）

①弊社控（お申込時）

家電（テレビ）プラン

家電（テレビ）プラン

お申込み時にお渡りするカードです



テレビ

おむつセット 当院推奨商品

おむつAプラン

● アウター



又は



使用目安枚数

- ◎ テープ止めタイプ
- ◎ パンツタイプ

いずれか
1枚/日

● インナー



使用目安枚数

- ◎ 尿取パッド(昼用) 4~5枚/日
- ◎ 尿取パッド(夜用) 1枚/日

おむつBプラン

● アウター



又は



使用目安枚数

- ◎ テープ止めタイプ
- ◎ パンツタイプ

いずれか
1枚/日

● インナー



使用目安枚数

- ◎ 尿取パッド(昼用) 3枚/日
- ◎ 尿取パッド(夜用) 1枚/日

おむつCプラン

● アウター



又は



使用目安枚数

- ◎ テープ止めタイプ
- ◎ パンツタイプ

いずれか
1枚/日

● インナー



使用目安枚数

- ◎ 尿取パッド(昼用) 2枚/日
- ◎ 尿取パッド(夜用) 1枚/日

おむつDプラン

● アウター



又は



使用目安枚数

- ◎ テープ止めタイプ
- ◎ パンツタイプ

いずれか
1枚/日

● インナー



使用目安枚数

- ◎ 尿取パッド(昼用) 2枚/日

おむつEプラン

● アウター



又は

使用目安枚数

- ◎ パンツタイプ

1枚/日

● インナー



使用目安枚数

- ◎ 尿取パッド(昼用) 1~2枚/日

※ おむつセットはお体の状態、使用状況でプランが変更になる場合がございます。

●お申し込み～お支払いまでのながれ

利用申込書の提出

「利用申込書」に必要事項をご記入の上、
病院スタッフへ提出してください。



サービス利用開始

ご容態に応じてプランを決定いたします。

ご利用期間中

定期的に加入に応じたセットの配付を行います。
消耗品については必要な分を都度配付します。(対象の方のみ)

変更・停止届の提出

病院スタッフがご容態に応じてプラン変更時、停止時に
「変更/停止届」に記入いたします。

請求書の送付(翌月中旬頃)

月末締め・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・郵便局でお支払

「コンビニ」または「郵便局」でお支払いください。
※入院費用と併せてのお支払いはできません。

料金のお支払い方法について

ご請求金額 = ご契約期間(申込から停止まで) × 日額単価

(例) 14泊15日 × 1日500円(税込) = 7,500円…15日分

- ・個別商品の利用数量に関わらず発生します。
- ・退院日(午前中の退院も含む)も請求対象になります。

ご請求は月ごとのお支払いになります。

- ・毎月末締め・翌月の15日頃に郵送いたします。
- ・請求書送付時に「払込取扱票」を同封させていただきます。



料金のお支払い方法はコンビニ・郵便局払いとなります。

- ・PayPay等モバイル決済アプリでコンビニ取扱票のバーコードを読み込み、お支払い可能です。
- ・別途、1 払込票につき決済事務費用110円(税込)ご契約者様負担となります。
- ・病院窓口でのお支払いはできません。

◎おむつ定額サービス 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 沖縄県浦添市仲西1-3-25 フロンテージ仲西705号室

ご不明な点は下記のフリーダイヤルまで



0120-332-778

〈受付時間〉 9:00～17:00 月～金曜日 (土日祝・年末年始・お盆を除く)



20002611