

# 1 DAY

おむつ  
日額定額サービス

安心して入院生活を送っていただくため  
ご利用を推奨しております

## 【ご利用のメリット】

- ・ ご家族によるおむつの準備が不要です
- ・ おむつが必要なときすぐに使えます
- ・ 経済的です

【サービス利用料金】

495円(税込)×ご契約日数

●アウター

- ・テープ止めタイプ  
または
- ・パンツタイプ

●インナー

- ・(昼用)パッド
- ・(夜用)パッド



ご利用のメリット

① **ご家族の負担軽減につながります**

おむつの残数を気にする必要もなく、  
必要なときすぐに患者さんへ提供できます。

② **患者さんに合ったものをすぐに使えます**

患者さんのお身体に合った医療機関向けのおむつを使用します。

③ **負担額がわかりやすくなります**

1日あたりの定額制のため、  
使用枚数が増えても金額は変わりません。

# 申込書の書き方

- 太枠内は全てボールペン等 消えないペンでご記入いただくようお願いいたします。
- 1枚目の「①弊社控」に必ず2ヶ所捺印をお願いします。

小山メディカルサービス株式会社 九州営業部 御中

1 **記入例**

## 紙おむつ定額セットサービス利用 申込書兼契約書

私(ご利用者及びご契約者)は【紙おむつ定額セットサービス利用約款】と【個人情報の取扱いに関する同意】の内容を確認し、同意の上で申し込みます。(裏面または別紙添付用紙 **内容をご確認の上、 をご記入ください。**)

病院名	済生会熊本病院	確認欄	同意の上、申し込みます。 <input type="checkbox"/>
-----	---------	-----	---------------------------------------

※同意いただけない場合は、お申込みできません。

### 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・性別・生年月日は必須)

お申込日	2021年3月25日	ID	病棟	部屋	号室
フリガナ	コヤマ	知ウ	性別		
ご利用者(入院患者様)	姓 小山	名 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女	
生年月日	大正昭和平成令和	18年9月3日			

ご契約者情報(ご利用者と同じ場合お名前は「同上」可。申込者印は必要。生年月日・住所・電話は必須。)

フリガナ	ご契約者名が「請求書の宛名」になります。 宛名をご利用者本人にする場合は「ご利用者様」のお名前をご記入ください。	申込者	<input checked="" type="checkbox"/>
ご契約者(お支払者)	姓	妻	
生年月日	大正昭和平成令和	20年1月5日	ご利用者との続柄
住所(お支払者)	〒862-0950 熊本県熊本市区 中央区水前寺6丁目51-24 スミタンビル2F <small>建物名、部屋番号もご記入ください。</small>		
自宅電話	096-234-6745	携帯電話	096-234-6746

※ご契約者以外がお支払いをされる場合や、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 ・保険会社 ・成年後見人等	〒 - 請求書を別の住所へ送付する場合のみ、ご記入ください。 【保険会社等の名称・〇〇様方】
ご連絡先	電話 - - 担当者 様

### ②「ご利用開始日」の記入してください。

ご利用サービス

利用開始日	2021年4月1日
サービス名	日額単価(税込) 備考
紙おむつ定額 サービス	495円
	円
	円

- ・サービス内容、請求・支払い方法については、紙おむつ定額セット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、本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。
- ・本サービス利用料の支払を遅延したときは、本契約は解除される恐れがあります。
- ・申込書控は大切に保管してください。

■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

〒862-0950 熊本県熊本市中央区水前寺6丁目51-24 SUMITANビル2F

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)

病院・施設様用備考欄

①弊社控(お申込時)

## 「おむつセット」 サービス利用の流れ

① 利用申込書の提出

「利用申込書」に必要事項をご記入の上、**病棟スタッフステーション**に提出してください。

② セットの配布

おむつは必要な都度配布します。

③ 途中解約ご希望の場合

**解約のご希望があれば病棟へ申し出てください。**  
申し出がなければ、退院時もしくは病態に応じ看護師が不要と判断するまで、サービスは継続します。

④ 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。

⑤ お支払い

「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。**

## 「おむつセット」 料金のお支払いについて

### ●ご請求金額

ご契約期間(申込から停止まで)×日額単価

例：3泊4日×1日495円(税込)=1,980円…4日分

- ・使用枚数に関わらず追加料金は発生しません。
- ・退院日(午前中の退院も含む)も請求対象になります。

### ●ご請求方法

月ごとの支払いになります。

- ・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。

### ●お支払い方法

コンビニまたは郵便局でお支払いください。

- ・病院窓口でのお支払いはできません。
- ・下記の電子決済でのお支払いも可能です(アプリ残高での支払いとなります)。



### 「お問い合わせ窓口」

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**  
熊本県熊本市中央区水前寺6丁目51-24 SUMITANビル2F

(フリーダイヤル) **0120-332-778**

受付時間 9:00~17:00

月~金曜日(土日・祝祭日・年末年始・お盆を除く)



20002511