

入院療養サービスの開始にあたり、患者様ならびに保証人様に対して、以下のとおり説明いたしました。

1. 入院時預り金とは、退院時もしくは、毎月の定期的に請求する入院料の一部負担金ならびに食事療養費標準負担金の一部を入院時に仮徴収させていただくものです。徴収の目的は、入院時の保険資格が入院中に喪失した場合、保険取り扱いができない場合、支払い期日を超過した場合、等を想定して厚生労働省通知「療養の給付と直接関係ないサービス等の取り扱い」（平17保医発0901002、0930003、平18保医発0331003、0927001、0929002）に則り定めたものです。
2. 入院時預り金は、退院時に再度清算のうえ、清算して差額を返金させていただきます。したがって、ご請求額は入院期間中に発生した一部負担金および食事療養費標準負担金ならびに療養の給付とは関連せず患者様が希望した個室料等の合計額と同額となり、余分なご請求はありません。
3. 預り金額は、患者様の保険給付割合および高額療養費負担額から勘案して、以下の通りとさせていただきます。
  - (1) 70歳未満で3割給付の場合 \_\_\_\_\_ 円
  - (2) 70歳以上で3割給付の場合 \_\_\_\_\_ 円
  - (3) 70歳以上で2割給付（経過措置含む）の場合 \_\_\_\_\_ 円
4. その他、預り金のご質問や高額療養費制度、高額療養費貸付制度等のご相談等につきましては、相談窓口開設時間内に承りますので、ご遠慮なくご相談ください。

平成 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_ 説明者 \_\_\_\_\_ ㊦

貴院入院療養の開始にあたり、上記について説明を受け内容を確認し、入院時預り金の目的および支払いについて同意いたしました。もし、入院中に患者本人の入院診療費等の支払いが滞った場合は、本人と連帯して責任をもってお支払いいたします。

患者名

(氏 名) \_\_\_\_\_ ㊦ (生年月日) \_\_\_\_\_ 年 月 日

(自宅住所) \_\_\_\_\_

(電話番号) \_\_\_\_\_

(勤務先住所) \_\_\_\_\_

(電話番号) \_\_\_\_\_

家族（連帯保証人または法定代理人）

(氏 名) \_\_\_\_\_ ㊦ (患者との続柄) \_\_\_\_\_

緊急時連絡先 (住 所) \_\_\_\_\_

(自宅・勤務先) (電話番号) \_\_\_\_\_