

1 DAY



一日単位でレンタル可能

「入院セットサービス」は入院の際に必要な物品を
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推奨しております。

患者さま・ご家族の皆さまへ

当院では**感染予防の一環**としてご利用を推奨しています。



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。

レンタルセット 病衣・肌着・タオル

病衣・肌着・タオルプラン

550 (税込) 円

× 契約日数

● 病衣類

- ① 甚平型病衣 上下
- ② リハビリ着 上下
- ③ 浴衣型病衣
- ④ 術前術後衣
- ⑤ マタニティー病衣
- ⑥ 前開き肌着

● タオル類

- ⑦ フェイスタオル(白)
- ⑧ バスタオル(白)



※ ①甚平型病衣 ③浴衣型病衣が基本病衣になります
②リハビリ着 ④術前術後衣 ⑤マタニティー病衣は
ご希望があれば使用可能です

業務用洗濯に耐えることのできる「医療用」として開発された商品です。

おむつセット

おむつプラン

630 (税込) 円

× 契約日数

● アウター



- ◎ テープ止めタイプ
- ◎ パンツタイプ

● インナー



- ◎ 尿取パッド

販売品 レンタルセット・おむつセットどちらかにご加入の方のみ購入可能

日用品一式

550 (税込) 円



販売品

室内シューズ

1,200 (税込) 円



ネイビー (22.0cm～27.5cm)

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 広域営業本部 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

（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、お名前をご記入ください。申し込みます。

施設名称 熊本赤十字病院

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	2025 年 4 月 1 日	ID	病棟	部屋	号室
フリガナ	コヤマ	タロウ			
ご利用者	姓 小山	名 太郎			
生年月日	大(昭)平・令・西暦 24 年 9 月				男 女

お支払いされる方
お名前をご記入ください。

フリガナ	コヤマ	ハナ子
ご契約者 (お支払者)	姓 小山	名 花子
生年月日	大(昭)平・西暦 25 年 5 月 10 日	ご利用者との関係
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 都道府県 奈良 市区郡 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

1枚目の①弊社控に必ず
捺印又はサインをお願いします。

契約者様ご自宅の住所を
ご記入ください。請求書を
こちらの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	〒 - 建物名、部屋番号もご記入ください。	
・保険会社 ・成年後見人等	都道府県 市区郡	
	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	2025 年 4 月 1 日			利用開始日は必ずご記入ください。			
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
☒	病衣・肌着・タオル プラン	550円		☒	おむつ プラン	630円	
	☒ 甚平型 ☐ 浴衣型 (S・M・L・LL・3L)			☐	プラン	円	
チェック欄	販売品	販売単価(税込)	備 考	☐	プラン	円	
☒	日用品一式	550円		☐	プラン	円	
☒	室内シューズ	1,200円		☐	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。※どちらかにご加入の方のみ購入可能となります。

(モレのないように、ご記入をお願いします。)

- ・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 広域営業本部

〒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)

● サービスお申し込み～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、
病院スタッフ又は小山受付ブース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

定期的に加算に応じたセットの配付を行います。

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
コンビニ振込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。

サービス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136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。

◎入院セットお問合せ窓口

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 熊本県熊本市東区健軍本町1-1 拓洋ビル5F

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)



各病室配布(週3回)

	プラン名	月曜日	水曜日	金曜日
	病衣・肌着・ タオルプラン	・病衣(上下)×2枚 ・バスタオル×2枚 ・フェイスタオル×2枚 ・肌着×2枚	・病衣(上下)×2枚 ・バスタオル×2枚 ・フェイスタオル×2枚 ・肌着×2枚	・病衣(上下)×2枚 ・バスタオル×2枚 ・フェイスタオル×2枚 ・肌着×2枚

配布時間 9:00~14:00

※配布時間は多少前後する場合がございます。予めご了承ください。

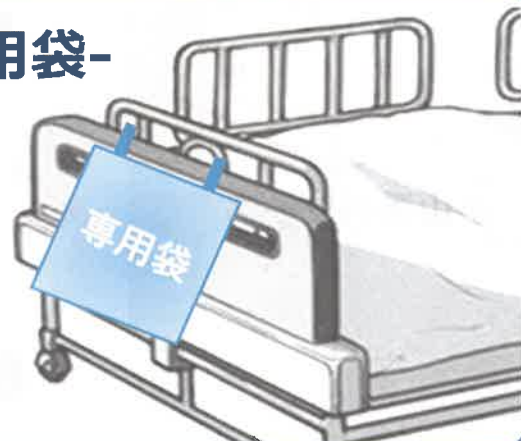
【注意点】

・販売品の「日用品一式」と「室内シューズ」は小山受付ブースでのみ販売しております。予めご了承ください。

入院中 レンタル品保管方法-専用袋-

レンタル品専用袋を右の写真のように
ベッドの足元に付けて保管をお願いいたします。
専用袋内に病衣・肌着・タオルの補充をさせていただきます。

※専用袋の中に使用済みの物はいれないでください。



退院時 レンタル品返却方法

●小山受付ブース対応時間内の返却

退院時はレンタル品を専用袋に入れて
小山受付ブースへ返却をお願いいたします。

●小山受付ブース対応時間外の返却

右の写真のように**緑の回収BOX**を院内ローソンの前にご準備しております。
専用袋ごとBOXへ投入してください。

※途中解約の場合は病棟ラウンドしている弊社スタッフへお声がけください。回収させていただきます。



【イメージ写真】



裏面あり

申込プラン変更方法

小山受付ブース または 病院スタッフ様にお伝えをして
いただくことでプランの変更が可能です。
プランに合わせた金額で請求書が郵送されますので
必ずお伝えをお願いいたします。



小山受付ブースについて

受付対応時間：月～金 9:00～17:30（祝祭日、年末年始、お盆を除く）



◎入院セット お問い合わせ窓口

小山メディカルサービス株式会社

フリーダイヤル 0120-332-778

受付時間 9:00～17:00 月～金(祝祭日、年末年始、お盆を除く)