

## ● 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**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

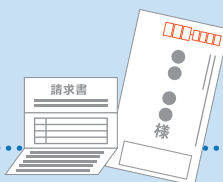
定期的に加算に応じたセットの配付を行います。  
消耗品については必要な分を都度配付します。(対象の方のみ)

### 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。**

## 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。(2024年9月送付分まで110円)
- ・**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 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)



2024.10.1時点

# 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  
定額制でご利用いただけるサービスです。

## 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。**

医療法人陽和会 南山病院

2406

# おむつ定額サービス 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

利用される方のお名前をご記入ください。

利用者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	南山病院						
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	2024年10月1日	ID	病棟	部屋	号室		
フリガナ	コヤマ		タロウ				
姓	小山		太郎				
ご利用者(入院患者様)	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。		
フリガナ	コヤマ		ハナコ				
姓	小山		花子				
ご契約者(お支払者)	大(昭)平・西暦		25年5月10日		ご利用者との続		
生年月日	〒630-8131		建物名、部屋番号もご記入ください。				
住所(お支払者)	奈良府県		奈良市		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。

※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	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。	
・成年後見人等	例：保険会社・代理人へ請求など	
ご連絡先	(日中つながる連絡先)	

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	2024年10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"/>	おむつAプラン	580円		<input type="checkbox"/>	プラン	円	
<input type="checkbox"/>	おむつBプラン	420円		<input type="checkbox"/>	プラン	円	
<input type="checkbox"/>	おむつCプラン	135円		<input type="checkbox"/>	プラン	円	
		※900円	月額	<input type="checkbox"/>	プラン	円	
			※月10枚程度使用	<input type="checkbox"/>	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。

(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。

■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)

## おむつセット 当院推奨商品

### おむつAプラン

580円(税込)  
× 契約日数

#### ●アウター



- ◎ テープ止めタイプ いずれか
- ◎ パンツタイプ 1枚/日

#### ●インナー



- ◎ 尿取パッド(昼夜用) 5枚/日
- ◎ 尿取パッド(夜用) 3枚/日

### おむつBプラン

420円(税込)  
× 契約日数

#### ●アウター



- ◎ テープ止めタイプ いずれか
- ◎ パンツタイプ 1枚/日

#### ●インナー



- ◎ 尿取パッド(昼用) 2枚/日
- ◎ 尿取パッド(夜用) 1枚/日

### おむつCプラン

135円(税込)  
× 契約日数

#### ●アウター



- ◎ パンツタイプ

#### ●インナー



- ◎ 尿取パッド(昼用) 1枚/日

### おむつDプラン

900円(税込)  
※月額料金

#### ●アウター



- ◎ パンツタイプ

#### ●インナー



- ◎ 尿取パッド(昼用) 10枚程度/月

※ 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。

## おむつセットご加入のメリット

### ●ご利用者様

- ・ お体の状態に適したプランを看護部で設定し、医療に則した排泄ケアが可能になります。
- ・ 病院内でおむつの在庫を管理しますので、清潔なものをご使用いただけます。

### ●ご家族様

- ・ 購入、持込の手間がなくなります。
- ・ 定額制になるので、お支払金額が明確になります。