

CSセットR利用申込書

ご確認ください事項

- (1) 私はCSセットR利用にあたり、CSセット・CSセットR利用規約に同意します。
- (2) 私はCSセットR利用にあたり、個人情報の取扱いについて同意します。
- (3) 私は医療費／介護費の支払に関して、病院／施設が※信用保証会社に対して氏名、連絡先、医療費／介護費等の個人情報を信用保証会社が指定する方法で提供することに同意します。

① ☐ 私は、上記項目を全て確認し、申込を行います。(ご確認くださいましたら□にチェックをお願いします)

② 記入日 年 月 日

※事情により医療費／介護費のお支払いが遅延した場合、信用保証会社が立替払いを行います。立替払いを行った医療費／介護費は信用保証会社よりご請求いたします。

③

ご利用者様	氏名	フリガナ 姓 名	印 又 は サイン	生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	性 別	男性 女性
	住所	〒 -	都 道 府 県	市区郡			
	町村名・番地	建物名・部屋番号					
	TEL	第一連絡先(必須) ※ 普段連絡のつく携帯電話など		第二連絡先 ※ 自宅など			

※契約者が未成年者の場合、申込について等、確認のご連絡をする場合があります。

④

ご契約者様 料金をお支払いになる方	氏名	フリガナ 姓 名	印 又 は サイン	生年月日	明治 大正 昭和 平成	性 別	男性 女性
	住所	〒 -	都 道 府 県	市区郡			
	町村名・番地	建物名・部屋番号					
	TEL	第一連絡先(必須) ※ 普段連絡のつく携帯電話など		第二連絡先 ※ 自宅など			

⑤

商品コード	商 品 名 (希望商品欄に○をつけてください)	1日単価(税込)	利用開始日	備 考 欄
155781	Sプラン	¥ 759	月 日	
228909	おむつプラン①	¥ 605	月 日	
228910	おむつプラン②	¥ 506	月 日	
228942	おむつプラン③	¥ 308	月 日	
155783	飲料オプション (1本)	¥ 124.2	月 日	
155784	飲料オプション (2本)	¥ 248.4	月 日	

⑥

その他	病棟／フロアーに○をつけてください	利用区分	新規・再利用・S
	2階SCU 2階SCU105 3階 3階SCU 4階 5階	I D	
		受付担当	

CSセットRは株式会社エランとの契約です

株式会社エラン【請求書送付元 〒390-0826 長野県松本市出川町15-12】 TEL: 0120-919-821(平日9:00-21:00)年末年始を除く