

入院セットリニューアルのご案内

平素より患者様、ならびにご家族の皆様には、当院の医療・看護方針にご理解とご協力をいただきまして厚く御礼申し上げます。

当院では**2026年10月1日(木)**より「入院セット」の請求元業者を変更させていただく事となりました。変更の理由といたしましては、入院セットの内容を充実し患者様・ご家族の皆様へのさらなるサービス向上を目的としております。

現在の「入院セット」をご利用されている患者様には、大変お手数をおかけいたしますが、新請求元業者へのお申込み手続きをお願いいたします。

【現請求元業者】※9月30日まで	【新請求元業者】※10月1日から
<u>ワタキューセイモア株式会社</u> サービス名称「入院セット」	<u>株式会社エラン</u> ケア・サポート サービス名称「 C S セット 」 【新サービス】 紙おむつプラン が追加になります

※詳しいプラン内容に関しましては別紙「CSセットのご案内」をご覧ください。

👉 申込書記入例を参考にご記入ください。

ご不明な点などございましたら、下記請求元業者までお問合せください。
何卒、ご理解とご協力のほどよろしくお願いいたします。

▶ 9月30日までは、下記番号までお問い合わせください。

【現行請求元業者】ワタキューセイモア株式会社 TEL : **0120-77-0121**

▶ 10月1日からの問い合わせ

請求元業者 **株式会社エラン**

松本本社 : 〒390-0826 長野県松本市出川町 15-12

0120-919-821

(9:00~19:00 土・日・祝日・年末年始除く)

▶ 申込書記入例

紙おむつプランをお申込みの方は、紙おむつプラン①の利用開始日をご記入ください。

CSセット利用申込書

CSセットは株式会社エランとの契約です

エラン控

例

1

A. 開始日から終了日までの全日数分の料金が発生します ⇒ 配布の有無に関わらず、日額定額制です。

B. 退院日/退所日も請求に含まれます ⇒ 午前中の退院/退所でも、24時を過ぎた時点で日額計算対象となります。

C. 病院/施設でのお支払いはいただけません ⇒ お申込み時に選択した方法で請求されます。

D. 月ごと(月末締め)の請求となります。

E. 利用プランを変更する場合は、別途「利用プラン変更」の用紙で行う場合があります。

F. 個人情報の取扱いについて ⇒ 別紙「個人情報の取扱いについて」を確認し同意します。

私は、上記A～Fを確認し、十分理解しCSセットの利用に申込します。

チェックのうえ、申込書記入に進みください。

2

記入日

2026 年 10 月 1 日

私は、CSセットの利用にあたり、規約と個人情報の取り扱いに同意します。

印鑑がない場合はサインでも構いません

3

ご利用者様

フリガナ

マツモト

タロウ

松本

太郎

生年月日

明治

大正

昭和

平成

令和

性

男性

女性

別

XX 年 XX 月 XX 日

※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

フリガナ

マツモト

ハナコ

松本

花子

印又はサイン

松本

生年月日

明治

大正

昭和

平成

令和

性

男性

女性

別

XX 年 XX 月 XX 日

住所(請求書送付先)

000-0000

長野

都道府県

松本市

市区郡

建物名・部屋番号

〇〇町〇丁目〇番地

第一連絡先(必須) ※ 普段連絡のつく携帯電話番号

0X - 0000 - 0000

0X0 - 0000 - 0000

代筆の場合は、代筆された方のお名前をご記入ください

5

申込内容

商品コード	商品名	1日単価(税込)	利用開始日	備考欄
	リハビリ着・タオルセット	¥ 495	10 月 1 日	
	寝巻・タオルセット	¥ 471.9	月 日	
	タオルセット	¥ 367.4	月 日	
	紙おむつプラン①	¥ 605	10 月 1 日	
	紙おむつプラン②	¥ 506	月 日	
		308	月 日	
		165	10 月 1 日	
		248.4	10 月 1 日	

〇〇市

利用区分

新規・再利用

S

生活保護の方は「S」に○をお願いします

おむつ代の請求先の市を【備考欄】にご記入ください

必ずご記入下さい

代筆 岡上(本人ご了承済)

【紙おむつプランにお申し込みの方】

紙おむつプラン①の開始日をご記入ください

※看護部にてご本人様のご容態に合わせてプランを調整いたします。

8029-02