

ご利用にあたっての注意点

- ◆ 日額商品のため、着替えた回数や使用枚数ではなく、**契約日数でのご請求**となります。**電気カミソリ・転倒予防シューズは販売品**となります。単品での申込はできませんので、商品が必要な場合は、各入院セット・紙おむつセットいずれかと一緒に申込をお願いいたします。

お間違えないようご注意ください。

- ◆ 日額の商品は、開始日から解約日までの日数分がご請求となります。なお、**申込当日に解約された場合は、1日分の料金が発生**します。
- ◆ 申込の際は、『**入院セット利用申込書兼同意書**』のご記入と、ご提出をお願いいたします。
- ◆ 商品の変更や追加、外泊やサービスを終了（退院）する場合は、『**変更・解約申込書**』のご記入とご提出をお願いいたします。**変更・解約申込書の提出確認が取れない場合、退院後も請求が続いてしまいます。**お忘れのないようご注意ください。
- ◆ 日額商品計算方法： $(\text{税抜本体価格} \times \text{契約日数}) \times (1 + \text{消費税率}) = \text{請求金額}$
- ◆ 販売品計算方法： $(\text{税抜本体価格} \times \text{数量}) \times (1 + \text{消費税率}) = \text{請求金額}$

料金のお支払い方法について

- ◆ **入院費とは別のお支払いとなります。**
- ◆ 退院時にお支払いはできません。
- ◆ ご利用月の翌月中旬頃に、弊社からご指定の住所へ**請求書を郵送**いたします。
- ◆ 料金は月毎のお支払いです。月を跨いでご利用いただいた場合、請求書が分かれて届きますので、ご注意ください。
届きましたら、**2週間以内**に下記方法でお支払いをお願いいたします。
- ◆ 紙おむつセットは公費によるお支払いの対象となる場合がございますので、公的機関への請求をご希望される場合は、事前にお申し出ください。
- ◆ 契約者様の携帯番号にご入金のご案内等がショートメッセージサービスで届きますので、ご了承ください。

① **コンビニ**でのお支払い
公共料金などのお支払い方法と同様



② **ウォレットサービス**でのお支払い
(バーコード決済による二重払いにご注意ください。)



届いた請求書のバーコードを
読み取って支払い可能



入院セットのご案内



患者様をご入院の際に必要な、タオル・日用品・紙おむつ等を日額定額制のレンタルでご利用いただけるサービスです。

ご家族様・入院患者様のお洗濯にかかるお手間削減、院内感染予防のために、ぜひご利用ください。

お申込手続きは、(院内指定場所記載)の入院セット説明窓口にお越しいただき、手続きをお願いいたします。

《入院セット説明窓口》

受付場所：患者支援センター前

受付曜日・時間：月曜日～金曜日 8:30～16:30
土曜日・日曜日・祝日 12:30～16:30

お問い合わせ先



ワタキューセイモア株式会社

■受付時間

平日 9:00～17:00

フリーダイヤル



0120-102-606

■定休日

土曜日・日曜日・祝日

ワタキューセイモア セットレンタル係

春日部市立医療センター

～ 入院セットプラン表 ～

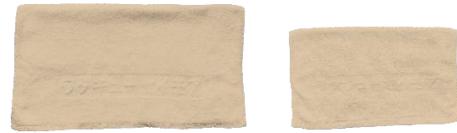
タオル・日用品セット

税別 **250**円 (税込275円) × 契約日数

～内容～

タオル類：バスタオル・フェイスタオル

使用目安：バスタオル 3枚/週・フェイスタオル 1枚/日



日用品類

下記日用品を必要に応じてご使用いただけます。

● 日用品内容

歯ブラシ



歯みがき粉



口腔ブラシ



口腔ジェル



入歯容器



入歯洗浄剤



マスク



ストロー



イヤホン



ウエットティッシュ



コップ



フタ付コップ



ティッシュ



シャンプー & ボディソープ



タオルセット

※日用品類は含まれておりません。

税別 **170**円 (税込187円) × 契約日数

～内容～

タオル類：バスタオル・フェイスタオル

使用目安：バスタオル 3枚/週・フェイスタオル 1枚/日



～商品素材～ ■バスタオル・フェイスタオル 綿100%

紙おむつセット① (自立排泄可能な方)

税別 **280**円 (税込308円) × 契約日数

～内容～

パンツ式

パンツ用尿とりパッド



紙おむつセット② (終日利用の方)

税別 **540**円 (税込594円) × 契約日数

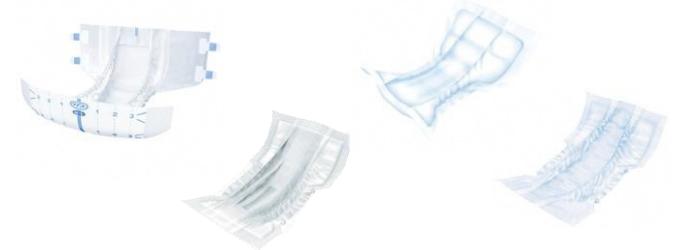
～内容～

テープ式

昼用尿とりパッド

夜用尿とりパッド

軟便用パッド



※紙おむつは、**入院患者様のご容態に合わせて病院職員様にてプラン選定する**場合がございます。
プラン変更した場合、利用料金も変更となります。あらかじめご了承ください。

～ オプション (販売品) ～ ※単品利用不可※

電気カミソリ

税別 **1,100**円 (税込1,210円) × **数量**

～内容～

電気カミソリ 1台



転倒予防シューズ

税別 **1,500**円 (税込1,650円) × **数量**

～内容～

シューズ 1足



※ 記載の写真はイメージです。実際と異なる場合がございます。※ **注意点やお支払い方法を必ずご確認ください。**