

# 見本 ご利用者のご家族の方へ

## 《ご利用料金のお支払いについて》

### ◎ ご請求方法

ご利用料金のご請求は、「支払い責任者」の方へ株式会社ケー・デー・エスよりご請求書を、郵送させていただきます。

お支払い方法は銀行口座での引落とし(毎月23日引落とし)又はコンビニ等でお支払いができる払込取扱表(別途手数料税別138円ご負担となります)にてお支払い頂く2種類が御座いますので、お申込み時にご選択下さい。

ご入金が確認されない場合は、ご利用を中止させて戴く場合がございますのでご了承ください。

### 【タイプ区分金額明細】

入院肌着セット	1日	785円(税込)
---------	----	----------

### ◆セットリース申込書◆ (控え)

病棟名	ご利用者名	
	北多摩 花子	入院肌着セット
開始日	令和 ×年 ×月 ×日 より	

----- 切取線 -----

### ◆セットリース申込書◆

病棟名	ご利用者名	
	北多摩 花子	入院肌着セット
開始日	令和 ×年 ×月 ×日 より	
終了日 ※記入しないで下さい。	令和 年 月 日 終了	
支払い責任者	北多摩 太郎 様	
住 所	〒 182-000 東京都〇〇市〇〇町 TEL 042-0000-0000	

注) この申込書は、病院入院窓口より業者へ提出願います。

業務委託業者 株式会社 ケー・デー・エス  
〒243-0801 神奈川県厚木市上依知2,979-1  
TEL 046-245-4848 FAX 046-245-7881

医療法人社団 大坪会

北多摩病院

# ご利用者のご家族の方へ

## 《ご利用料金のお支払いについて》

### ◎ ご請求方法

ご利用料金のご請求は、「支払い責任者」の方へ株式会社ケー・デー・エスよりご請求書を、郵送させていただきます。

お支払い方法は銀行口座での引落とし(毎月 23 日引落とし)又はコンビニ等でお支払いができる払込取扱表(別途手数料税別 138 円ご負担となります)にてお支払い頂く 2 種類が御座いますので、お申込み時にご選択下さい。

ご入金を確認されない場合は、ご利用を中止させて戴く場合がございますのでご了承ください。

### 【タイプ区分金額明細】

入院肌着セット	1日	785円(税込)
---------	----	----------

### ◆セットリース申込書◆ (控え)

病棟名	ご利用者名	
		入院肌着セット
開始日	令和	年 月 日 より

----- 切 取 線 -----

### ◆セットリース申込書◆

病棟名	ご利用者名	
		入院肌着セット
開始日	令和	年 月 日 より
終了日 ※記入しないで下さい。	令和	年 月 日 終了
支払い責任者		様
住 所	〒	
	TEL	

注) この申込書は、病院入院窓口より業者へ提出願います。

業務委託業者 株式会社 ケー・デー・エス  
〒243-0801 神奈川県厚木市上依知 2,979-1  
TEL 046-245-4848 FAX 046-245-7881

医療法人社団 大坪会

北多摩病院