

# 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】

入院セット	1 日	680 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	〒 182-000 東京都〇〇市〇〇町 TEL 042-000-000		

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

# 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】

入院セット	1 日	680円(税込)
-------	-----	----------

### ◆セットリース申込書◆ (控え)

病棟名	ご利用者名			
			入院セット	
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