

記 入 例

No.   
 FAX   
 連番

## 入 院 セ ッ ト 利 用 申 込 確 認 書

\*\*\*必ずお読みください\*\*\*

- この申込書はワタキューセイモア株式会社との契約に対する申込です。病院との契約ではございません。
- ご利用料金は**医療費用とは別の請求**となり、請求書はご記入いただいたご契約者様へお送りいたします。
- 商品ご使用の有無に関わらず、ご利用開始日から1日あたりの定額料金を頂戴いたします。(入院・退院日も含まれます)  
ご請求金額：日額×契約日数分=合計金額+消費税となります。※利用期間が月をまたぐ場合は、利用月ごとに請求書を送付いたします。
- ご利用者様の状況により、病院様の判断で利用プランを変更する場合がございます。
- ご契約者様控の裏面にある「入院セット利用規約」「お申込みいただきましたお客様の個人情報の取り扱いについて」をご確認ください。

私は上記1~5の内容に同意し、入院セットを申し込みます。⇒上記のうえ、申込書記入をお願いいたします。

※申込書欄外(余白)へのご記入はご遠慮ください。必要事項は下部「備考」もしくは「その他特記事項」へご記入ください。

申 込 日	西曆	2024 年 4 月 1 日	病棟	1A病棟	代筆者(職員記入時)
利用開始日	西曆	2024 年 4 月 2 日	病室	103	
フリガナ		ワタキュー		タロウ	
ご 利 用 者	姓	綿 久	名	太 郎	
利用者生年月日	西曆	〇〇〇〇 年 〇 月 〇〇 日			
フリガナ		ワタキュー		ハナコ	
ご 契 約 者	姓	綿 久	名	花 子	
(請求書宛名)					
契約者生年月日	西曆	〇〇〇〇 年 〇 月 〇〇 日	利用者との続柄	妻	
ご 住 所	〒	〇〇〇 - 〇〇〇〇	〇〇	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input checked="" type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 府 <input checked="" type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 郡	
(請求書送付先)	フリガナ	〇〇〇チョウ 〇〇〇パンチ			
		〇〇〇町 〇〇〇番地			
電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	携帯電話	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		
第2連絡先	フリガナ	ワタキュー	ジロウ	利用者との続柄	電話番号
	氏名	姓 綿 久	名 次 郎		〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

商品名	商品コード	単価	利用開始日	備考
<input checked="" type="checkbox"/> 基本セット	10	550円/日 (税込 605円)	4 / 2	
<input checked="" type="checkbox"/> 紙おむつAセット	20	630円/日 (税込 693円)	4 / 2	
<input type="checkbox"/> 紙おむつBセット	30	450円/日 (税込 495円)	/	
<input type="checkbox"/> 紙おむつCセット	40	290円/日 (税込 319円)	/	
<input type="checkbox"/> オプション (リハビリシューズ)	50	2,200円/足 (税込 2,420円)	/	

その他特記事項	
---------	--

医療機関

医療機関名	医療法人清仁会 北海道内科リウマチ科病院
取引先コード	10003139

セットレンタル お問い合わせ先

ワタキューセイモア株式会社  
セットレンタル係  
〒047-0198  
小樽新光5丁目13-3  
TEL:0120-102-606 FAX:042-774-5111

## 入 院 セ ッ ト 利 用 申 込 確 認 書

\*\*\*必ずお読みください\*\*\*

1. この申込書はワタキューセイモア株式会社との契約に対する申込です。病院との契約ではありません。
2. ご利用料金は**医療費用とは別の請求**となり、請求書をご記入いただいたご契約者様へお送りいたします。
3. 商品ご使用の有無に関わらず、ご利用開始日から1日あたりの定額料金を頂戴いたします。(入院・退院日も含まれます)  
ご請求金額：日額×契約日数分=合計金額+消費税となります。※利用期間が月をまたぐ場合は、利用月ごとに請求書を送付いたします。
4. ご利用者様の状況により、病院様の判断で利用プランを変更する場合がございます。
5. ご契約者様控の裏面にある「入院セット利用規約」「お申込みいただきましたお客様の個人情報の取り扱いについて」をご確認ください。

私は上記1~5の内容に同意し、入院セットを申し込みます。

⇒上記へ✓のうえ、申込書記入をお願いいたします。

※申込書欄外(余白)へのご記入はご遠慮ください。必要事項は下部「備考」もしくは「その他特記事項」へご記入ください。

申 込 日	西暦	年	月	日	病棟		代筆者(職員記入時)	
利用開始日	西暦	年	月	日	病室			
フリガナ								
ご 利 用 者	姓					名		
利用者生年月日	西暦	年	月	日				
フリガナ								
ご 契 約 者 (請求書宛名)	姓					名		
契約者生年月日	西暦	年	月	日	利用者との続柄			
ご 住 所 (請求書送付先)	〒	-			<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 郡			
	フリガナ							
電話番号	-		-		携帯電話	-		
第2連絡先	フリガナ					利用者との続柄	電話番号	
	氏名	姓	名			-	-	

商品名	商品コード	単価	利用開始日	備考
<input type="checkbox"/> 基本セット	10	550円/日 (税込 605円)	/	
<input type="checkbox"/> 紙おむつAセット	20	630円/日 (税込 693円)	/	
<input type="checkbox"/> 紙おむつBセット	30	450円/日 (税込 495円)	/	
<input type="checkbox"/> 紙おむつCセット	40	290円/日 (税込 319円)	/	
<input type="checkbox"/> オプション (リハビリシューズ)	50	2,200円/足 (税込 2,420円)	/	

その他 特記事項	
-------------	--

医療機関

医療機関名	医療法人清仁会 北海道内科リウマチ科病院
取引先コード	10003139

セットレンタル お問い合わせ先

ワタキューセイモア株式会社  
セットレンタル係  
〒047-0198  
小樽新光5丁目13-3  
TEL:0120-102-606 FAX:042-774-5111

## 入院セット 利用申込確認書

\*\*\*必ずお読みください\*\*\*

- この申込書はワタキューセイモア株式会社との契約に対する申込です。病院との契約ではありません。
- ご利用料金は**医療費用とは別の請求**となり、請求書をご記入いただいたご契約者様へお送りいたします。
- 商品ご使用の有無に関わらず、ご利用開始日から1日あたりの定額料金を頂戴いたします。(入院・退院日も含まれます)  
ご請求金額：日額×契約日数分=合計金額+消費税となります。※利用期間が月をまたぐ場合は、利用月ごとに請求書を送付いたします。
- ご利用者様の状況により、病院様の判断で利用プランを変更する場合がございます。
- ご契約者様控の裏面にある「入院セット利用規約」「お申込みいただきましたお客様の個人情報の取り扱いについて」をご確認ください。

私は上記1~5の内容に同意し、入院セットを申し込みます。

⇒上記へのうえ、申込書記入をお願いいたします。

※申込書欄外(余白)へのご記入はご遠慮ください。必要事項は下部「備考」もしくは「その他特記事項」へご記入ください。

申込日	西暦	年	月	日	病棟		代筆者(職員記入時)
利用開始日	西暦	年	月	日	病室		
フリガナ							
ご利用者	姓					名	
利用者生年月日	西暦	年	月	日			
フリガナ							
ご契約者 (請求書宛名)	姓					名	
契約者生年月日	西暦	年	月	日	利用者との続柄		
ご住所 (請求書送付先)	〒	-			<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区		
					<input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 郡		
	フリガナ						
電話番号	-		-		携帯電話	-	
第2連絡先	フリガナ					利用者との続柄	電話番号
	氏名	姓			名	-	

商品名	商品コード	単価	利用開始日	備考
<input type="checkbox"/> 基本セット	10	550円/日 (税込 605円)	/	
<input type="checkbox"/> 紙おむつAセット	20	630円/日 (税込 693円)	/	
<input type="checkbox"/> 紙おむつBセット	30	450円/日 (税込 495円)	/	
<input type="checkbox"/> 紙おむつCセット	40	290円/日 (税込 319円)	/	
<input type="checkbox"/> オプション (リハビリシューズ)	50	2,200円/足 (税込 2,420円)	/	

その他特記事項	
---------	--

医療機関

医療機関名	医療法人清仁会 北海道内科リウマチ科病院
取引先コード	10003139

セットレンタル お問い合わせ先

ワタキューセイモア株式会社  
セットレンタル係  
〒047-0198  
小樽新光5丁目13-3  
TEL:0120-102-606 FAX:042-774-5111

ご契約者様控

No.	
FAX 連番	

## 入院セット 利用申込確認書

\*\*\*必ずお読みください\*\*\*

- この申込書はワタキューセイモア株式会社との契約に対する申込です。病院との契約ではございません。
- ご利用料金は**医療費用とは別の請求**となり、請求書をご記入いただいたご契約者様へお送りいたします。
- 商品ご使用の有無に関わらず、ご利用開始日から1日あたりの定額料金を頂戴いたします。(入院・退院日も含まれます)  
ご請求金額：日額×契約日数分=合計金額+消費税となります。※利用期間が月をまたぐ場合は、利用月ごとに請求書を送付いたします。
- ご利用者様の状況により、病院様の判断で利用プランを変更する場合がございます。
- ご契約者様控の裏面にある「入院セット利用規約」「お申込みいただきましたお客様の個人情報の取り扱いについて」をご確認ください。

私は上記1~5の内容に同意し、入院セットを申し込みます。

⇒上記へのうえ、申込書記入をお願いいたします。

※申込書欄外(余白)へのご記入はご遠慮ください。必要事項は下部「備考」もしくは「その他特記事項」へご記入ください。

申込日	西暦	年	月	日	病棟		代筆者(職員記入時)
利用開始日	西暦	年	月	日	病室		
フリガナ							
ご利用者	姓					名	
利用者生年月日	西暦	年	月	日			
フリガナ							
ご契約者 (請求書宛名)	姓					名	
契約者生年月日	西暦	年	月	日	利用者との続柄		
ご住所 (請求書送付先)	〒	-			<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 郡		
	フリガナ						
電話番号	-		-		携帯電話	- -	
第2連絡先	フリガナ					利用者との続柄	電話番号
	氏名	姓	名			-	-

商品名	商品コード	単価	利用開始日	備考
<input type="checkbox"/> 基本セット	10	550円/日 (税込 605円)	/	
<input type="checkbox"/> 紙おむつAセット	20	630円/日 (税込 693円)	/	
<input type="checkbox"/> 紙おむつBセット	30	450円/日 (税込 495円)	/	
<input type="checkbox"/> 紙おむつCセット	40	290円/日 (税込 319円)	/	
<input type="checkbox"/> オプション (リハビリシューズ)	50	2,200円/足 (税込 2,420円)	/	

その他特記事項	
---------	--

医療機関

医療機関名	医療法人清仁会 北海道内科リウマチ科病院
取引先コード	10003139

セットレンタル お問い合わせ先

ワタキューセイモア株式会社  
セットレンタル係  
〒047-0198  
小樽新光5丁目13-3  
TEL:0120-102-606 FAX:042-774-5111

## 入院セット利用規約

●下記内容について同意のうえ、申込書記入欄へご記入後、病院職員へご提出ください。

※変更・解約については、「変更・解約申込書」へ必要事項をご記入のうえ、病院職員へご提出ください。

「変更・解約申込書」のご提出をもって解約の手続きをさせていただきます。

※ご使用の有無に関らず、契約期間中は開始日から**1日あたりの定額料金**をいただきます。

プランによっては、日額ではなく1回あたりのご利用料金となる場合がございます。

※外泊時は請求から除かせていただきます。

外泊は2泊3日より、泊数分減額とさせていただきます。(例：2泊3日外泊の場合、2日分が請求対象外)

1泊2日は減額対象外となります。

※退院日については、前日24時を過ぎた時点でご請求対象日となります。

※解約報告がない場合、退院後も引継ぎ請求書が届いてしまう場合がございます。

※過剰請求防止のため退院情報を病院より開示いただく場合がございます。

※利用期間が月をまたぐ場合は、利用月ごとに請求書を送付いたします。

※ご請求金額：日額×契約日数分=合計金額+消費税となります。

※消費税法により請求合計額に対して消費税計算を行っている為、リーフレット・申込書等に記載されている  
税込金額と請求金額に若干の相違が生じる可能性がございます。ご了承ください。

※洗濯を委託した衣類が紛失または破損した場合の責任は、弊社の商習慣に基づいて処理いたします。

※ご利用料金は、**当月末締**となります。**翌月中旬頃**に請求書と払込票を送付しますので、**支払期限内**にお近くの  
**コンビニエンスストアまたは、ご自宅等でスマホ決済にてお支払い**ください。なお、重複払いにはご注意ください。

※お支払いが滞る場合は、本サービスのご利用を停止させていただくことがあります。

※期限内にお支払いがない場合は、法律事務所へ債権回収を委託します。その際には法律事務所よりご請求書が送付  
されますのでご了承ください。

※弊社が取得しました個人情報厳重に管理し、本サービス以外の目的の為に個人情報を利用することはありません。

## ■お申込みいただきましたお客様の個人情報の取り扱いについて

### 1. 事業者の名称

ワタキューセイモア株式会社

### 2. 個人情報保護管理者 (代理人)

北海道支店 支店長

### 3. 個人情報の利用目的

【お申込み時にいただいた情報】

- ・サービスの手配及び管理
- ・ご利用料金の精算
- ・ご本人およびご家族様からのお問合せへの対応
- ・病院/施設及び当社からのご連絡

【変更・解約時にいただいた情報】

- ・変更および解約に基づく手続き

### 4. 個人情報の第三者提供について

当社は、ご本人の同意を得ている場合、法令にもとづく場合等を除き、取得した個人情報を第三者に提供することはいたしません。

お申込みいただきました情報(病院・施設控)を、当サービス提供のためご利用施設に提供いたします。

### 5. 個人情報の取扱いの委託について

取得した個人情報の取扱いの全部又は一部を委託することがあります。

### 6. 個人情報の開示等および問い合わせ窓口について

当社は、ご本人様からの保有個人データの開示・利用目的の通知・訂正等・利用停止等・第三者提供の停止又は第三者提供記録の開示等の請求(「開示等」といいます)に応じます。

開示等に関する窓口は、下記のお問い合わせ先をご覧ください。

### 7. 個人情報を記入するにあたっての注意事項

個人情報の提供は任意ですが、正確な情報をご提供いただけない場合、サービスの提供およびご連絡などが行われない場合がありますので、予めご了承ください。

### 8. 個人情報の安全管理措置について

取得した個人情報については、漏洩、滅失またはき損の防止と是正、その他個人情報の安全管理のために必要かつ適切な措置を講じます。

## □お問合せ先

ワタキューセイモア株式会社 セットレンタル係

〒047-0198 小樽新光5丁目13-3

TEL：0120-102-606

FAX：042-774-5111

受付時間 9:00~17:00  
(土日祝日を除く)