1DAY

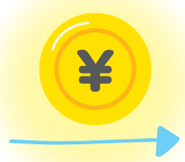


一日単位でレンタル可能

「入院セットサービス」は入院の際に必要となる物品を
日額定額制でご利用いただけるサービスです。
入院の際は、こちらのサービスご利用を推奨しております。

ご利用者さま・ご家族の皆さまへ

当院では院内感染予防の一環としてご利用を推奨しています。



定額制で安心

使用量に関わらず
１日当たりの金額は変わりません。



清潔で安心

プロが選定した業務用の商品なので
より良い療養環境をつくることができます。



負担の軽減

病院内で在庫を管理していますので
ご自宅からの持ち運びがなくなります。

入院セットレンタルサービス一覧／基本セット

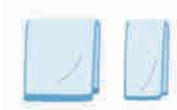
Eタオルセット

● タオル類

176（税込）円
× ご契約日数

レンタル品

● タオル類



	使用目安枚数
◎ バスタオル	3枚／週
◎ フェイスタオル	1枚／日

おむつセット

おむつセット

715（税込）円
× ご契約日数



※ 新生児～小児用おむつはパンパースの商品となります

新生児～幼児用

● おむつ類

	使用目安枚数
◎ テープ止めタイプ 又は パンツタイプ	適宜使用

成人用

● おむつ類

	使用目安枚数
◎ テープ止めタイプ 又は パンツタイプ	適宜使用
◎ 尿取りパッド	適宜使用

お茶セット

お茶１本セット

108（税込）円
× ご契約日数



● 飲料

	使用目安本数
◎ お茶（680ml）	1本／日

お茶２本セット

216（税込）円
× ご契約日数



● 飲料

	使用目安本数
◎ お茶（680ml）	2本／日

お茶３本セット

324（税込）円
× ご契約日数



● 飲料

	使用目安本数
◎ お茶（680ml）	3本／日

入院セットサービス一覧／付添布団セット

付添布団セット

473（税込）円
× ご契約日数



● 寝具一式
◎ ベッドパッド
◎ 毛布
◎ マクラ
※ 交換頻度 1回／週

最低 1泊2日 946円 かかりますので予めご了承ください

※ 画像はすべてイメージです

入院セットサービス　申込書の書き方

※太枠内はすべて赤字ボールペン等消えないペンでご記入いただきますようお願いいたします。

※弊社記入欄

入院・入所セットレンタル　申込書兼契約書

者及びご契約者）は、裏面の【利用約款】と【個人情報の取扱いについて】の内容を確認し、
申し込みます。

※太枠内を **ボールペン等（消せないもの）** でご記入ください。

利用される方のお名前をご記入ください

病院・施設名	大阪母子医療センター		ID		
申込日	2026 年 11 月 1 日		部屋名	号室	
フリガナ	姓 コ ヤ マ	名 タ ロ ウ		性別	
ご利用者	小 山	太 郎		男・女	小 印
生年月日	T・(S)・H・R 24 年 9月 21日				

お支払いされる方のお名前をご記入ください

１枚目の①弊社控に必ず**捺印**をお願いします

フリガナ	姓 コ ヤ マ	名 ハ ナ コ		性別	
ご契約者	小 山	花 子		男・女	小 印
ご契約者生年月日	T・(S)・H 25 年 5月 10日		ご利用者との続柄		
ご契約者自宅住所	〒 630 － 8131 奈良 都道府県	奈良 市郡 大森町47番地の3 小山ハイツ101号		建物名、	
ご契約者連絡先	自宅電話	0742 － 22 － 4321	携帯電話	090 － 1111 － 1111	

契約者様ご自宅の住所をご記入ください
請求書をこちらの住所にお送りいたします
電話番号も必ずご記入ください

※保険会社・社会福祉協議会・代理人 等 へ請求書を送付する場合は、下記にご記入ください。

請求書送付先（保険会社等）	〒 － 都道府県 市郡 【保険会社等の名称】			
上記連絡先	電 話	－ －	担当者	様

請求書送付先が上記住所と異なる場合はこちらにご記入ください
例：保険会社・代理人へ請求など

利用開始日	2026 年 11 月 1 日			
利用セット	商品名（セット名）	衣類サイズ	レンタル料 日額単価（税込）	備 考
	Eタオル セット	S M L LL	176 円	
	お茶3本 セット	S M L LL	324 円	
	セット	S M L LL	円	
	おむつ セット		715 円	
	おむつ セット		円	

利用開始日は必ずご記入ください

セット名・金額を必ずご記入ください

・セット内容、請求・支払い方法については、入院・入所セット案内のパンフレットをご覧ください。
・個人情報に関するお問い合わせは、裏面の【個人情報問合せ窓口】にご連絡ください。
・ご利用者の容態に応じて、看護師の判断により、入院・入所セットの利用期間及び内容を変更する場合があります。
・セット変更、利用商品の追加等のご希望がございましたら、病院窓口もしくは弊社までお問合せください。
・申込書控えは大切に保管してください。

病院・施設様用備考欄

■ 運営管理会社
小山メディカルサービス株式会社
〒542-0012 大阪市中央区谷町9丁目1-18 アクセス谷町ビル8F
（電話）0120－296－610 （FAX）0120－215－580
《受付時間》 9:00～17:00
月～金曜日（祝祭日、年末年始、お盆を除く）

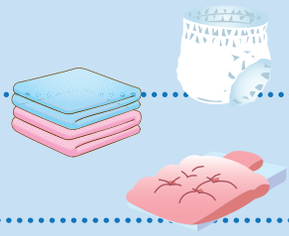
※ 画像はすべてイメージです

〈入院セット〉サービスお申し込み～お支払いまでのながれ

サービス利用申込書の提出
所定のサービス利用申込書に記載していただき、受付へ提出してください。



初回サービスセットの配付
初回サービスを配付いたします。



定期サービスセットの配付
定期的に基本セットの配付を行います。

変更・停止届の提出
セット変更希望時や停止時に、変更/停止届を提出してください。

請求書の送付
月末締 翌月中旬頃にコンビニ振込の請求書を送付いたします。

コンビニでお支払い
請求書をご確認の上、お近くのコンビニでお支払いください。



〈入院セット〉料金のお支払い方法について

ご請求書は月末締めでご利用月翌月の中旬頃にご自宅へ郵送させていただきます。
（ご利用が複数月にわたる場合も、毎月末に請求締めを行い、月毎のお支払いになります。）

病院での入院費用とは別のお支払いとなります。
（病院窓口でのお支払いはできません）



料金のお支払い方法はコンビニ払いとなります。

・請求書送付時に払込取扱票を同封させていただきます。
・お手元に届きましたら、期限内にお近くのコンビニエンスストアにてお支払いください。
・PayPay等モバイル決済アプリでコンビニ払込取扱票のバーコードを読込み、お支払いも可能です。
（お支払いが可能なモバイル決済アプリについては、請求書の裏面をご参照ください）
・別途、1払込取扱票につき決済事務費用136円（税込）ご契約者様負担となります。

入院セットの料金は日額制です	・入院セットご利用期間中は、個別商品の利用数量に関わらず、レンタル期間の料金（日額×契約日数分）が発生します。 ・退院日（午前中の退院も含む）も請求対象となります。

医療費控除について

・医療費控除は所得の一部が還元される制度です。おむつの費用については、医療費控除の対象となります。
・医療費の年間合計が10万円、所得金額の5％超えた場合申告をすると税金の一部が戻ってきます。
・ご依頼いただきましたら、弊社より「おむつ支払証明書」を発行いたします。

1 医師に「おむつ使用証明書」を発行してもらいます。弊社より「おむつ支払証明書」を発行します。

2 「おむつ使用証明書」と「おむつ支払証明書」を確定申告の際に税務署へ申告します。

申請の詳細については、各自治体にお問い合わせください。

◎入院セットお問合せ窓口
運営管理・業務委託会社
小山メディカルサービス株式会社　大阪市中央区谷町９丁目１-１８　アクセス谷町ビル８Ｆ
ご不明な点は下記のフリーダイヤルまで
0120-296-610
〈 受付時間 〉 9:00～17:00　月～金曜日　（土日祝・年末年始・お盆を除く）

プライバシーマーク 20002611