

料金のお支払い方法



【請求書発送元】

〒500-8828
岐阜県岐阜市
若宮町9丁目16番地
株式会社トーカイ
病院関連事業本部



- コンビニエンスストア・郵便局にてお支払いください
- 口座振替をご希望の方は、病院職員にお申し出ください
- ※口座登録完了までは上記請求書でのお支払いになります

お支払いの注意点

- 株式会社トーカイより請求書が郵送されます
- 入院費とは別のお支払いです
- 月ごとのお支払いで請求書のお届けは翌月中旬頃です

お問合せ窓口

0120-460-210

【受付時間 9:00~17:00】(土・日・祝・年末年始・当社休業日除く)



病院指定業者
(サービス提供元)

株式会社トーカイ

お問合せ窓口

株式会社エラン

- ・CSセットの**お問合せ等は、上記連絡先までお電話ください**
- ・お問合せのご回答までにお時間を頂戴する場合がございます
- ・ご連絡の際は、ご利用されている病院名をお知らせください
- ・このCSセットの内容及び価格等につきましては本紙掲載病院のみに適用されます

入院時必需品
レンタルシステム

ケア・サポート CSセット®のご案内

あま市民病院では、院内の感染対策と
より手厚い看護を行うためにCSセットを導入しています

CSセットとは？

入院の際に必要な衣類・タオル類・日用品・紙おむつ類を
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



ご利用のメリット

入院準備や補充のお手間が軽減されます

衣類・タオル類は全てお洗濯付きです

高性能な紙おむつをご使用いただけます

CSプランメニュー表

衣類・タオル類の交換は、入浴の際などの定期交換が基本です
 その他、必要な場合は病院職員までお申し出ください
 ※衣類は週に3回の交換が基本です

● Aプラン 506円 (税込) × 契約日数(税抜：460円)



【衣類】

- ・浴衣 (S/M/L/LL)
- ・甚平 (S/M/L/LL)
- ・介護つなぎ (M/L/LL)



【タオル類】

- ・バスタオル
- ・フェイスタオル

● サービス品

Aプランをご利用の方は、必要に応じて下記のサービス品をお使いいただけます



- ・ふた付コップ
- ・ストロー
- ・綿棒
- ・ボディソープ
- ・歯ブラシ
- ・吸引歯ブラシ
- ・口腔洗浄液
- ・吸い飲み
- ・ティッシュ
- ・爪切り
- ・リンサインシャンプー
- ・歯磨き粉
- ・口腔スポンジ
- ・うがい受け
- ・布スリッパ
- ・T字カミソリ
- ・紙おしぼり (使い捨て)
- ・食事用エプロン (使い捨て)
- ・ヘアブラシ
- ・入歯ケース
- ・口腔ティッシュ

● 1泊2日プラン(売り切り)日帰りも含む 660円 (税込) /回(税抜：600円)

【衣類】

- ・浴衣 (S/M/L/LL)
- ・甚平 (S/M/L/LL)
- ・介護つなぎ (M/L/LL)

【タオル類】

- ・フェイスタオル

【日用品類】

- ・歯ブラシ、歯磨き粉セット
- ・プラスチックコップ
- ・ポケットティッシュ
- ・使い捨てスリッパ
- ・使い捨てパンツ

● 肌着オプション

165円 (税込) × 契約日数(税抜：150円)

- ・肌着 (フリー)



肌着オプションのみのご利用はできません
 Aまたは1泊2日プランと合わせてお申込みください

● リハビリ着オプション

220円 (税込) × 契約日数(税抜：200円)

- ・リハビリ着 (S/M/L)

リハビリ着オプションのみのご利用はできません
 Aまたは1泊2日プランと合わせてお申込みください

紙おむつプランメニュー表

紙おむつプラン①・②のみのご利用はできません Aまたは1泊2日プランと合わせてお申込みください
 プランの選定は病院職員の意見を参考にお選びください
 紙おむつプランは、ご容態に応じてプランを変更する場合がございます

● 紙おむつプラン① 451円 (税込) × 契約日数(税抜：410円)

- ・紙おむつの使用量が多い患者様向け

● 紙おむつプラン② 330円 (税込) × 契約日数(税抜：300円)

- ・紙おむつの使用量が少ない患者様向け



紙おむつプランのみをご利用される方向け

● 単独紙おむつプラン 682円 (税込) × 契約日数(税抜：620円)

※紙おむつプランは条件により医療費控除の対象となります ※詳細は税務署にご確認ください

ご利用上の注意点

□開始日から終了日までの全日数分の料金が発生いたします

□配布の有無・使用枚数に関わらず、日額定額制です

※衣類は週に3回の交換が基本です

□退院日も請求に含まれます

お申込み方法

ご希望のプランをお選びの上、CSセット申込書へ
 名前、性別、生年月日、住所、電話番号、プラン名、開始日を
 記入し、病院職員までご提出ください

※お支払い方法、お問合せにつきましては、裏面をご覧ください

記入例

CSセット利用申込書

No. _____

裏面同意書



S

※太枠内のみご記入ください(①～⑨)

①申 込 日	〇〇〇〇年 〇 月 〇 日	※楷書ではっきりとご記入ください
--------	---------------	------------------

フリガナ	姓 ニ ホ ン	名 タ ロ ウ	性 別
②利 用 者	日 本	太 郎	男・女
③生 年 月 日	(明治)(大正)(昭和)(平成)(令和)	年 月 日(満 歳)	

私は裏面「個人情報取扱いに関する同意書」(①-b)と、
「CSセット利用規約」(⑤-b)の内容を確認し、同意の上で申し込みます。

フリガナ	姓 ニ ホ ン	名 ハ ナ コ	性 別
④契 約 者	日 本	花 子	男・女
⑤生 年 月 日	(明治)(大正)(昭和)(平成)	年 月 日(満 歳)	

印又は
サイン

⑥請求書送付先 (住所)	〒 〇〇〇〇-〇〇〇〇〇 〇〇 都道 〇〇 市 〇〇 町 〇〇-〇	建物名、部屋番号もお書きください
⑦電話番号(必須)	Tel 〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	(続柄：長女)
⑧携 帯 等	Tel 〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	(続柄：長女)

⑨希 望 商 品	商 品 名	日額単価(税込)	開始日	備 考	
	〇 〇 〇 〇	¥ 〇 〇 〇	〇 / 〇	/	
	¥	/	/		
	¥	/	/		
	¥	/	/		
	¥	/	/		

⑩希 望 サ イ ズ	衣類付セットをお申込みの場合のみご記入ください		
	上 〇 〇 サ イ ズ	下	サイ ズ

※ご希望のサイズ・タイプが無い場合もあります

- ・当社ではCSセット運営と請求管理業務を株式会社エランに委託しています。委託先での個人情報の取扱い等については「個人情報取扱いに関する同意書」、「CSセット利用規約」をご確認の上でお申し込みください。
- ・セット内容、請求・支払方法については、別紙「CSセットのご案内」をご覧ください。
- ・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窓口もしくは、右の連絡先までお問い合わせください。
- ・申込書控は大切に保管してください。

■病院・施設指定業者

株式会社 トーカイ

■運営管理・セットお問合せ先

株式会社 エラン

〒390-0826 長野県松本市出川町15-12

☎ 0120-460-210(受付時間：平日 9:00～17:00)

業 者 使 用 欄			病 院 ・ 施 設 使 用 欄		
備 考	業 務	お客様番号	備 考	病 棟	担当者