

入院らくらくセット

入院らくらくセットは入院期間に使用する清潔な衣類や日用品、紙おむつを、日額定額制でご利用頂けるサービスです。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。

1 日単位料金

汚れても交換！
日額定額なので安心！



専門業者による
クリーニングで衛生的！



日々の消耗品やおむつ等の
持ち込み負担を軽減！

A

患者衣・タオル・肌着プラン

日額 **759** 円 (税込)

- 病衣
- バスタオル ● フェイスタオル
- 肌着

セットイメージ



B

患者衣・タオルプラン

日額 **689** 円 (税込)

- 病衣
- バスタオル ● フェイスタオル

セットイメージ



C

患者衣プラン

日額 **589** 円 (税込)

- 病衣

セットイメージ



日用品セット

上記プラン加入の方は必要に応じて
お使いいただけます

- ・フタ付コップ・BOXティッシュ・ガーグルベース
- ・シャンプー&コンディショナー・ボディソープ
- ・歯ブラシ・歯磨き粉・イヤホン・ウェットタオル
- ・口腔ケアスポンジ・口腔ケアジェル・ストロー
- ・使い捨て箸・スプーン・フォーク
- ・使い捨てエプロン

セットイメージ



D おむつプラン (常用)

日額 **660** 円 (税込)

セットイメージ

- おむつ (テープタイプ)
- 尿取りパット



E おむつプラン (軽度)

日額 **499** 円 (税込)

セットイメージ

- おむつ (パンツタイプ)
- 尿取りパット



申込プランの変更・終了・支払方法については裏面をご覧ください！

ご利用上の注意点

- 配布の有無・使用枚数に関わらず日額定額制です。
- 開始日から終了日(退院日)まで、全日数分の料金が発生します。
- 利用終了(金額確定)後、ご登録住所へ請求書をご郵送します。
- 入院費とは別のお支払いとなります。

申込方法

1階の売店にて、お申し出ください。

流れに沿って、下記申込情報をご入力いただき、お申込み手続きを受け付けております。QRコードで事前に申込内容を入力頂いたうえで、受付にお声掛け頂けると手続きがスムーズです。

- ・利用者氏名、生年月日、入院病棟と病室
- ・契約者(請求書送付先)の氏名、住所、連絡先電話番号



スマホでの
お申込み
二次元コード

受付営業時間

【2026年9月1日～11月上旬】

(平日) 8:00～17:30 (土日祝) 10:00～15:30

【2026年11月上旬～】

(平日) 8:00～18:00 (土日祝) 10:00～15:00

変更・終了

プラン内容の変更や利用の終了(退院)の際は、申込場所と同じく1階の売店までお申し出ください。

- ・お申し出をもってプランの変更・利用の終了とさせていただきます。

※利用終了のお申し出がないままご退院された場合は、退院日を利用終了日として、ご請求させていただきます。

※外泊の際は、一度解約の上、改めてお申込み手続きをお願いします。

お支払い方法

“退院後”に、
ご請求書が届きます。

発行元

〒140-0002

東京都品川区東品川2-2-24 天王洲セントラルタワー 12F

株式会社キャッチボール

TEL:「払込受領票」に記載 (営業時間 9:00～18:00)



請求書
サンプル



- ・利用終了(退院)後の翌月中旬頃にご登録の住所にご郵送いたします。
- ・文教に代わり(株)キャッチボールの「後払い. com」より請求書が送られます。最寄りのコンビニ等でお支払いください。

お問い合わせ窓口

株式会社文教 関西営業部 06-6842-9930

受付時間 平日: 09:00 ~ 18:00

受付担当者

注意事項

1. 利用料金＝日額×利用日数（利用開始から終了日までの全日数分）となります。
1日に満たない短時間の利用でも1日分の利用料金となります。
2. 解約日・退院日もご請求に含まれます。（午前のご退院でも日額計算対象となります）
3. ご解約・退院の際は、入院セット受付窓口（1階の売店）にて解約手続きを行ってください。
▶解約手続きを頂いた日付を利用終了日とし、利用金額を計算しご請求いたします。
▶解約手続きを頂かず退院された場合は病院様へ確認し退院日を利用終了日とします。
4. 請求書は(株)キャッチボールの「後払い.com」より送られます。（入院費とは別です）
▶請求書発行から14日以内にお支払いください。
▶支払期限を過ぎた場合、再度の請求ごとに再発行手数料がかかります。
▶お客様がレンタル・セットの利用契約において登録された個人情報および発注内容は、(株)キャッチボールが行う請求関連業務に必要な範囲で(株)キャッチボールに提供いたします。

☐ 私は、上記 1～4 を確認し十分に理解したうえで、利用を申し込みます。

↑ チェックのうえ、以下の申込記入にお進みください。

①②③ の欄に記入漏れがあるとお申込み頂けません。

① 記入日 西暦 20 年 月 日		①②③ の欄に記入漏れがあるとお申込み頂けません。			
② ご利用者様 (患者様)		氏名 フリガナ 姓 名	生年月日 西暦 年 月 日	性別 ☐ 男性 ☐ 女性	
③ ご契約者様 (料金のお支払いをする方)		氏名 フリガナ 姓 名	生年月日 西暦 年 月 日	性別 ☐ 男性 ☐ 女性	
電話番号		第一連絡先 (必須) ※普段連絡のつく携帯電話など 第二連絡先 (任意) ※ご自宅など			
住所 (請求書送付先)		〒 市 町 区 村 ※都道府県名からご記入ください (マンション名や部屋番号をお忘れなくご記載ください)			
都道府県		市 町 区 村			
丁目番地・マンション名・部屋番号					

ご解約・退院の際は、入院セット受付窓口にて解約手続きを行ってください。

[illegible]