

# 保険外負担に関する同意書

## [自費料金一覧]

### ① 特別の療養環境（差額病床）料金

地域包括 ケア病棟	部屋	人数	料金(税抜)
	206号	2人部屋	2,000円
	208号	個室	1,000円
	210号	〃	1,000円
	211号	〃	1,000円
	212号	〃	1,000円
	特別室	〃	3,000円

### ② 入院患者実費負担品目一覧

品 目	数量	料金(税抜)
消臭液	1ヶ月	800円
介護用ねまき	1枚	5,000円
ミトン（介護用手袋）	1枚	4,400～ 6,650円
クリーニング（管理料：1000円）	1ヶ月	各種利用分
テレビカード	1枚	1,000円
理髪代	各種	各種
インフルエンザ等の予防接種費	各種	各種
電気器具使用代	1日	各種
付添い寝具代（医師が必要と認めた場合）	1泊	200円

### ③ 各種書類関係料金

項 目	数量	料金(税抜)
普通診断書	1通	2,000円～
交通事故用診断書	1通	3,000円～
生命保険関係診断書	1通	5,000円～
司法関係診断書	1通	5,000円～
身体障害者用診断書	1通	7,000円～
障害保険用診断書	1通	5,000円～
入院証明書	1通	5,000円～
オムツ使用証明書	1通	1,000円

※ この同意書は、入院に際しまして上記保険外負担の項目について同意をいただく必要があり、ご理解・同意いただくもので、利用された分のみご請求いたします。

保険外負担の上記項目について、その使用量、利用回数に応じた実費負担することに同意します。

医療法人大和正信会 ふじおか病院 病院長 様

住所

患者氏名

患者家族  
氏名

(関係)