

保険外負担 同意書

医療法人社団 三秀会 羽村三慶病院

当院では、療養担当規則の療養の給付に直接関係のない保険外負担について、その使用料・利用回数に応じた実費でのご負担をお願いしております。

下記の内容について同意をいただいた上で、署名・捺印をお願い致します。

紙おむつ	単位	価格 (税込)
肌ケアアクティふんわり フィット尿とりパッド	1袋 (34枚)	990円
アクティはけるパンツ S	1枚	260円
アクティはけるパンツ S	1袋 (22枚入)	5,720円
Touch マイセルフ すっきりタイプ ML	1枚	225円
Touch マイセルフ すっきりタイプ ML	1袋 (22枚入)	4,937円
Touch マイセルフ すっきりタイプ LL	1枚	234円
Touch マイセルフ すっきりタイプ LL	1袋 (20枚入)	4,664円
リフレ 大きい人の はくパンツ 3L	1枚	352円
リフレ 大きい人の はくパンツ 3L	1袋 (14枚入)	4,928円
紙おむつ	1枚	440円
パッド S	1枚	153円
パッド M	1枚	176円
パッド L	1枚	220円
パッド W	1枚	262円

文書	単位	価格 (税込)
診断書(院内書式)	1通	3,300円
各種証明書等(院内書式)	1通	1,100円
診断書(院内書式以外)	1通	5,500円
入院証明書(生命保険)	1通	5,500円
障害診断書	1通	11,000円
身体障害福祉手帳用診断書	1通	11,000円
精神障害福祉手帳用診断書	1通	11,000円
年金診断書	1通	11,000円
施設申し込み書類(診断書)	1通	6,600円
その他	単位	価格 (税込)
ポリデント	1日	59円
テレビ代	1日	220円
委託クリーニング	1回	770円
付添寝具貸し出し	1回	5,500円

上記内容について同意致しました。

令和 年 月 日

患者氏名 _____

保証人氏名 _____

(続柄)印

令和1年10月 改訂