

## 保険外負担に係る同意書

当院では療養の給付と直接関係ないサービス等として認められるものについて各々のご負担額を定めております。使用量又は使用回数応じた実費をご負担願います。

区分	単位	額
個室使用料（201～203号室）	1日につき	5,500円
付き添いベッド使用料	1日につき	220円
付き添い食の提供料	1食につき	550円
T字帯	1個につき	660円
腹帯	1個につき	770円
理髪代	1回につき	1,848円
イヤホン代	1個につき	385円
軟膏壺・薬液瓶	1個につき	55円
死後の処置料	1回につき	11,000円
健康診断・予防的投薬に係る費用	—	医科診療報酬の11割
予防接種料（インフルエンザ）	1回につき	4,500円
予防接種料（肺炎球菌）	1回につき	7,700円
診療録開示に係る基本手数料	1回につき	5,500円
診療録開示に係る複写料	片面A4・1枚につき	11円
診療録開示に係るX線写真等複写料	DVD-R・1枚につき	550円
当院書式の診断書及び健康診断書	1通につき	3,300円
入院・手術等の診断書及び証明書	1通につき	4,400円
自賠責保険に係る診療報酬明細書	1通（単月）につき	9,900円
死亡診断書及び死体検案書	1通につき	5,500円
自賠責保険に係る診断書・後遺症診断	1通（単月）につき	9,900円
日用衛生用品は委託会社との契約となるが、やむを得ず当院から支給する場合は次の通り		
紙おむつ代	1袋につき	3,290円
紙おむつ代	1枚につき	220円
尿とりパット代	1個につき	110～165円
病衣貸与料	1日につき	110円
クリーニング代	1回につき	550円

医療法人永光会新井クリニック 院長 谷本深幸 殿

私は必要に応じて使用する上記のものについて、保険外負担をすることに同意する。

令和 年 月 日

患者又は身元引受人・連帯保証人の署名

\_\_\_\_\_