

## 保険外負担同意書

当院では、患者さんまたはご家族の希望により、下記を使用した場合は、別途請求させていただきます。  
また、治療上必要な場合においても医療費とは別に請求させていただきます。

◎保険外物品等

品目名	金額	品目名	金額
T字帯	550円(税込)/枚	入院用品レンタルセット(CSセットR)	別紙参照
腹帯	1,100円(税込)/枚	紙オムツセット	別紙参照
付添寝具代(家族希望)	220円(税込)/日		
エンゼルケア(処置料)	22,000円(税込)		
浴衣	3,300円(税込)/着		
オプション食	154円(税込)/食		

◎診断書等

種類	金額	種類	金額
診断書(当院所定)	3,300円(税込)/通	年金保険診断書	11,000円(税込)/通
診断書(生命保険・損害保険等)	5,500円(税込)/通	後遺症・身体障害者等診断書	11,000円(税込)/通
死亡診断書	11,000円(税込)/通	オムツ証明書	550円(税込)/通
死亡診断書(2通目以降)	5,500円(税込)/通	学校関係の簡単な証明書	550円(税込)/通
指定疾患診断書	5,500円(税込)/通	日本体育学校健康センターに提出する証明書	無料

※その他の診断書・証明書・申請書等については、書式により異なる為、医事課にお問い合わせください。

社会医療法人 刀仁会 坂戸中央病院長 殿

上記のとおり、保険外負担について同意します。

年 月 日

(病室 号室)

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

住 所 \_\_\_\_\_

(代筆者)

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

提出先：1F 受付窓口