

保険外負担に関する 同意書

〔自費料金一覧〕

項目	金額(税込)	項目	金額(税込)
■日常生活上のサービスに係る費用等			
洗濯代行	¥550/回	テープ式オムツ	¥110/枚
リハビリパンツ	¥110/枚	パット	¥55/1枚
おしりふき	¥330/個	イヤホン	¥220/個
入れ歯ケース	¥220/個	弾性ストッキング	¥2,200/足
T字杖	¥2,750/個		
テレビ・Wi-Fi・冷蔵庫	¥550/日	病衣・タオルセット	¥330/日
□利用する 年 月 日～		□利用する 年 月 日～	
■証明書・診断書等			
診断書	¥5,500/枚	診断書(自賠責)	¥6,600/枚
■特別療養環境室(差額ベッド)			
個室	¥8,800/日	2人部屋	¥3,300/日
□利用する 年 月 日～		□利用する 年 月 日～	
■その他			

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

上記の保険外負担項目について、その使用量及び利用回数に応じた実費負担に同意します。

三枝整形外科 真砂クリニック 院長様

記入日 年 月 日 住所 _____

患者氏名（患者家族氏名） _____