

# 保険外負担料金同意書



当院では、健康保険法の療養に該当しない保険外負担の料金について、その使用量、利用回数に応じた実費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いただいた上で署名をお願いいたします。

※消費税込みの金額です。(毎月末締め)

☐ テレビ代                      1日    297円

テレビ台を設置した時点で、視聴時間・日数に関わらず料金が発生します。

入退院月は日割り計算となります。(1か月最大9,207円)

☐ 理髪代                      カット    2,200円    ・    顔そり    1,100円

毎月第4月曜日にカットにみえます。(祝日の場合、前後の週に変更になります)

料金は理髪業者に渡します。

☐ 洗濯料金                      1ネット    440円

洗濯する際に、専用ネットを使用します。(Tシャツ等10枚程入る大きさ)

依頼される物には必ず名前の記入をお願いします。

業者に委託しておりますので、当院ではトラブルに関しては責任を負いません。

☐ オムツ

当院で準備しておりますオムツの使用にご協力をお願いいたします。

患者様の状態に応じて適切なものを使用いたします。

|        |    |     |              |    |      |
|--------|----|-----|--------------|----|------|
| 尿取りパット | 1枚 | 95円 | リハビリパンツ・紙オムツ | 1枚 | 200円 |
|--------|----|-----|--------------|----|------|

☐ レンタル衣類

洗濯代込みの料金になっております。

持参衣類が不足した場合はレンタル衣類で対応させていただきます。

|    |    |      |     |    |      |
|----|----|------|-----|----|------|
| 病衣 | 1枚 | 250円 | 上着  | 1枚 | 200円 |
| 肌着 | 1枚 | 70円  | ズボン | 1枚 | 200円 |

☐ その他

|                           |    |        |        |    |      |
|---------------------------|----|--------|--------|----|------|
| イヤホン                      | 1個 | 220円   | 歯ブラシ   | 1本 | 220円 |
| ティッシュ                     | 1箱 | 110円   | 歯磨き粉   | 1個 | 330円 |
| 軟膏容器                      | 1個 | 55円    | ヘアーブラシ | 1本 | 220円 |
| 浴衣(故人)                    | 1着 | 3,000円 | マスク    | 1箱 | 550円 |
| 中心静脈栄養時のお楽しみ食 (ゼリーやジュース等) |    |        |        | 1日 | 460円 |

上記事項について同意いたします。

令和      年      月      日

患者氏名：

ご家族氏名：

(続柄：      )