保険外負担にかかる費用について

当院では、患者様の保険外負担として認められている以下のもの等について、それぞれの料金を定めています。その使用量、利用回数に応じた実費のご負担をお願いいたします。

保険外負担項目表

項　　目		
洗濯費用（※私物分）	散　　髪	そ の 他（診断書費用など）

※詳細は別紙（患者様にご負担頂く《品目と価格》一覧）参照してください。
※故意または過失による破損等や、床頭台の鍵の紛失による修繕また賠償に係る費用を請求させていただく場合がございますのでご了承ください。

保険外負担の費用にかかる同意書

私は、帯広記念病院での入院期間中、保険外負担にかかるサービスを受けた場合、定められた費用を遅滞なく支払うことに同意いたします。

同意日　令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日
入院日　令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

医療法人社団あすなろ会　帯広記念病院
院長　中原　哲　殿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者又は代理人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄（　　）
※申請者が代理人の場合は続柄を記入してください。

※同意書の名前が代理人の場合は下記に患者氏名をお願いします。

患者氏名

『入院期間をお知らせ下さい』

厚生労働省の定めにより、保険医療機関は患者様の入院に際し、過去３カ月以内の入院履歴を確認する事になりました。
つきましては、当院に入院される以前の入院履歴の申告をお願い致します。

過去３ヶ月の間、入院経験	ある　・　ない

入院期間	病院の名称	病名
/　　～　　/		
/　　～　　/		

院長	事務長	医事

利用開始日
令和　　年　　月 日