

保険外費用（実費料金）の徴収について

当院では、健康保険法の療養に該当しない保険外負担（実費料金）について、使用数量・利用回数等に応じて、料金のご負担をお願いしています。内容について同意いただいたけましたら、下欄にご署名をお願いします

記

1. 実費徴収する項目は、記載している料金表の通りです。必ずご確認をお願いします。ご利用になられた料金は、毎月の入院費と合わせてご請求いたします。

実 費 料 金

項 目		料金（税込）
文書料金	診断書の種類に応じて 550 円～11,000 円（入院のご案内に詳細あり）	
理容（一例）	カットのみ	1,800 円
	カットのみ（ベッド上で実施）	2,000 円

※令和元年 10 月現在の料金です。価格には 10%の消費税を含みます。

2. 2 階病棟には個室（特別療養環境室）をご用意しております。別途料金が必要となりますので、利用を希望される場合はお申し出ください。

保険外負担に関する同意書

有明成仁病院長殿

保険外負担（実費徴収）について内容を確認しましたので、費用が生じた場合に料金を支払うことに予め同意します。

令和 年 月 日

ご本人署名 _____

代理署名者 _____ 続柄 _____

記入されましたら、入院申込書と一緒に受付へご提出ください