様

保険外項目に関する料金のご説明

現行の保険診療制度において、診療報酬点数表に定めるもの以外の項目は自己負担となります。この度、あなた様がお受けになる保険外項目分について自己負担を頂くこととなります。

記

対象項目（チェックの付いている項目に限ります。）

☑ テレビ代　（1日300円(税込)）
（希望される期間・リモコンをお渡しした日から返却された日まで）

（　　年　　月　　日　）～　　（　年　　月　　日　　）

☐ 付添布団ベッド貸出料　（1日240円(税込)×貸出日数）
（　　年　　月　　日　）～　　（　　年　　月　　日　）

☐ 付添食事代　（1回　朝食360円　・　昼食460円　・　夕食460円(税込)）
（　　年　　月　　日　）～　　（　　年　　月　　日　）

☐ インフルエンザ予防接種（税込金額）
（　　円）

☐ 肺炎球菌ワクチン予防接種（税込金額）
（　　円）

☐ 項目名　（　　）
金額　（　　円）（税込）

対象年月日

説明日

以上

同意書

医療法人社団水生会柴田病院　院長　殿

上記説明を受け、所定の料金を支払うことに同意します。

年　　月　　日

患者氏名　　印

代理人氏名　　印

続柄