

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	
床頭台使用料	(300円/1日)
口腔ケア費用	
リハビリシューズ	
散髪	
クリーニング費用 (私物分)	
その他	

※詳細は別紙 (患者様実費負担品一覧) を参照してください。

※故意による破損等や、床頭台の鍵の紛失による修繕または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、札幌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。

年 月 日

医療法人社団北裕会 札幌記念病院
院長 穴田 健一郎 殿

住所 〒 _____

患者又は代理人氏名 _____ 続柄 () ①

※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 _____