

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。保険外負担項目としましては文書料、ワクチン、散髪代等、その他があります。

※詳細は別紙（患者様実費負担一覧）を参照してください。

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（ ） 印

※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 _____