

## 保険外負担に関する同意書

◆ 保険外併用療養費

特別室	(A)	17,600円	301、401号室
	(B)	14,300円	311、411号室
一般 個室	(A)	11,000円	413号室
	(B)	9,900円	302、303、305、402、403、405号室

◆ 文書料

病院診断書	2,200円	入院証明書	5,500円
通院証明書	3,300円	後遺症診断書	5,500円
自賠責用診断書	5,500円	自賠責用明細書	5,500円
死亡診断書	2,200円	成年後見用診断書	5,500円
厚生年金/国民年金診断書	6,600円	死亡検案書	2,200円
身体障害診断書	5,500円	診察券再発行料	200円
領収証明書	1,100円		

◆ 予防接種料金

インフルエンザ (一般)	3,850円	MRワクチン	10,648円
インフルエンザ (大阪市在住の65歳以上)	1,500円	肺炎球菌 (プレベナー20)	12,650円
おたふくワクチン	4,998円	水痘ワクチン	7,700円
B型肝炎ワクチン	4,010円		

◆ その他

死後処置料	13,200円	腹帯	990円
CD-R (エックス線写真複写)	1,100円	カルテ開示料	11,000円
病衣貸与料 (1回)	660円	寝巻き購入	3,300円
マスク	50円		

年 月 日

医療法人財団 厚生会 高津病院院長 殿

私は、当病院より説明を受けて、上記の項目について実費を負担することに同意します。

患者氏名 \_\_\_\_\_

患者さまご本人が記載できない場合：家族氏名 \_\_\_\_\_

(続柄： \_\_\_\_\_ )