

保険外負担に係る費用について

保険給付以外の日常生活上のサービスにかかる費用は、患者様の負担となります。

この保険外負担に係る費用については、入院費と合わせてお支払いいただくことになります。

【おむつ使用料】 患者様の状態に応じて、当院で用意しました以下の物を組み合わせてご使用いただきます

《オムツ料金表》 ※ 料金は1枚当たりの値段となります 単位：円（税別）

	レギュラー	ワイド	ビッグ	ハイパー	ウルトラ
尿取りパッド	90	120	140	180	200
	S	M	L	LL	
はくパンツ		190	200	200	
紙カバー	130	130	140		
	サイズなし				
布オムツ	50				

※おむつの持ち込みは、お断りしております

【タオルレンタル料】

タオル（バスタオル、フェイスタオル、おしぼり等）のレンタル料金を1日につき100円（税込）いただきます

【エプロン代】

お食事の時に使用する使い捨てエプロンです。1回のお食事で使用します1枚につき10円（税込）いただきます

【その他料金】 以下の日用品に関しまして、ご希望がございましたら病院にて貸出等行います

《その他料金表》

※ 税別

名称	内容	料金
病衣貸与	週に2~3回交換いたしますが、不潔になった場合は随時交換いたします	1日につき 50円
洗濯	私物の洗濯を病院指定の業者に依頼する事が出来ます	1ヶ月合計の重さが... 1Kgまで 500円 1Kg以上 100gごとに50円追加
テレビ貸出	病室にテレビを設置する事が出来ます	(BSなし) 1日につき 100円 (BSあり) 1日につき 150円

保険外負担に係る費用の同意書

1. 病院指定のおむつを使用することに同意します
2. 病院指定のタオルを使用することに同意します
3. 病院指定のエプロンを使用することに同意します
4. 病院指定の病衣の借り受けを 申し込みます 申し込みません
※持込衣類が不足した場合は使用します
5. 私物の洗濯を病院指定の業者に 依頼します 依頼しません
6. テレビの利用を 申し込みます 申し込みません
(BSの利用を 申し込みます 申し込みません)
7. 請求書の郵送 要 不要

※ 窓口でお渡しする事も可能です
保険外負担について上記のとおり同意（申し込み）します。

さくら病院 院長殿

令和 年 月 日

入院者 氏名 _____ (印)

キーパーソン 氏名 _____ (印)

医事確認	(印)	(印)	(印)	(印)
------	-----	-----	-----	-----

【備考】

日付 申込者 内容 受付者