

保険外負担に関する同意書

以下のサービスをご利用されたときは、所定の自己負担額が必要となります。（消費税込み）

1) 文書料

▼診断書

当院所定のもの	2,200円/通
当院所定以外のもの	3,300円/通
保険会社等のもの（A4用紙1枚程度のもの）	3,300円/通
保険会社等のもの（A4用紙2枚程度のもの）	4,400円/通
保険会社等のもの（A4用紙3枚以上もしくは複雑なもの）	5,500円/通
麻薬中毒者・精神障害に該当しない	2,200円/通
入社・入学・入園用	2,200円/通
施設・在宅介護サービス用	3,300円/通
成年後見用	3,300円/通
自賠責保険	4,400円/通
自賠責保険（後遺症）	5,500円/通

▼特定難病関連

臨床調査個人票	2,200円/通
---------	----------

▼障害者関連

身体障害者診断書・意見書	5,500円/通
障害状態確認届（年金）	5,500円/通
神経系統に関する診断書	3,300円/通
精神障害者保健福祉手帳診断書	3,300円/通

▼死亡診断関連

死亡診断書	5,500円/通
死亡証明書（保険会社のもの）	3,300円/通

▼健康診断関連

健康診断書	2,200円/通
健康診断書（再発行）	1,100円/通

▼証明書

障害診断書兼入院・手術証明書	5,500円/通
入院証明書（当院所定のもの）	2,200円/通
入院証明書（保険会社のもの）	3,300円/通
おむつ使用証明書	2,200円/通
傷病証明書	2,200円/通
あへんの中毒・精神障害等でない証明	2,200円/通
生計維持同一証明書	1,100円/通
感染症罹患証明書	1,100円/通
その他証明書	1,100円/通

▼その他

車椅子処方箋	3,300円/通
一部負担金減額免除の申請の意見書	1,100円/通
その他意見書	2,200円/通
保険会社への文書回答書	5,500円/通
画像データをおさめたCD-R	1,100円/通
上記以外の書類	5,500円/通

2) その他の保険外負担

インフルエンザ予防接種（定期）	1,500円/回
インフルエンザ予防接種（任意）	4,400円/回
肺炎球菌予防接種（定期）	4,000円/回
肺炎球菌予防接種（任意）	8,800円/回
帯状疱疹ワクチン（定期）	11,000円/回
帯状疱疹ワクチン（任意）	21,500円/回
新型コロナウイルス予防接種（定期）	3,260円/回
新型コロナウイルス予防接種（任意）	17,600円/回
新型コロナウイルス予防接種（任意）	16,830円/回
理美容（カット）	2,200円/回
理美容（顔そり）	550円/回
理美容（カラー・洗髪）	5,500円/回
理美容（パーマ・洗髪）	5,500円/回
理美容（ベッドカット）	2,750円/回
理美容（洗髪）	1,100円/回

設備使用料（標準）	605円/日
設備使用料（選択）	495円/日
タオル・衣類・日用品	935円/日
タオル・衣類	770円/日
日用品	220円/日
私物洗濯ネット	880円/回
オムツ代A	880円/日
オムツ代B	660円/日
オムツ代C	550円/日
オムツ代D	330円/日
オムツ代E	220円/日
エンゼルケア	16,500円/件
浴衣	2,750円/枚
カルテ開示料	2,200円/回
コピー	10円/枚

年 月 日

川西リハビリテーション病院院長 殿

私は、当病院より説明を受けて、上記の項目についてその使用量及び利用回数に応じて実費を負担することに同意します。

患者氏名

印

代理人氏名

印（続柄： ）本人が署名できない場合