

保険外負担分同意書

当院では次に掲げる費用について使用量や利用回数に応じて実費の負担をお願いしています。

	品 目	単 位	金 額	同意されるもの
おむつ代	尿とりパット	1 枚	52円	
	マジックテープ付おむつ (M~L)	1 枚	175円	
	マジックテープ付おむつ (L)	1 枚	185円	
	はくパンツ (M)	1 枚	195円	
	はくパンツ (L)	1 枚	226円	
	長方形オムツ	1 枚	80円	

※6ヶ月以上おむつを使用している方で、おむつ証明書の必要な方は、退院時にお申し出下さい。

上記の保険外負担について同意し署名します。

患者名 _____ ④

代筆者 _____ (続柄: _____)

※代筆される際の理由 (_____)

富沢病院

平成 年 月 日