

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	テープ付オムツ M	1枚	¥175	
	テープ付オムツ L	1枚	¥185	
	はくパンツ M	1枚	¥195	
	はくパンツ L	1枚	¥226	
	はくパンツ LL	1枚	¥257	
	尿取りパット 中	1枚	¥52	
	尿取りパット 小	1枚	¥43	
	長方形オムツ	1枚	¥80	

※6か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、退院時にお申し出ください。

上記の保険外負担について同意し署名します。

患者名 _____ (印)

代筆者名 _____ (続柄: _____)

※代筆される際の理由 (_____)

富沢病院

令和 年 月 日