

健康保険適用外品目の使用同意書について

【概要について】

当院では、患者様に院内感染予防対策と療養中の衛生保持のため、病院指定の病衣の着用をお願いしております。

また、その他の健康保険適用外物品につきましても、当院指定の物品を使用していただくことになります。

その際には、患者様に実費の負担をお願いしておりますのでご了承願います。

【費用について】

健康保険適用外料金表に記載のある物品の使用にあたりましては、使用日数、使用量および利用回数に応じた料金が別途かかります。

あらかじめご理解のうえ、ご利用くださいますようお願い致します。

下記の使用同意書に記入のうえ、6番入退院窓口に提出してください。

健康保険適用外品目の使用同意書

年 月 日

社会福祉法人
北海道社会事業協会富良野病院 病院長 殿

私は、健康保険適用外の物品使用にかかる費用について、実費負担することを承諾致します。

患者氏名	⑩	診療科	科
家族氏名	⑩	病棟	第 病棟
入院日	年 月 日	使用料	裏面料金表に記載

注1) 健康保険適用外品目につきましては、裏面をご覧ください。
料金は消費税込みとなっております。

注2) 氏名欄に直筆の場合、印鑑は不要です。

注3) 患者本人が記載できない場合は、ご家族等が記入してください。