

保険対象外個人負担一覧表にかかる同意書

	項 目	単 位	金 額 (税込)
病院指定用紙	一般診断書	1通(1回)	3,300円
	証明書(各種)	1通(1回)	2,200円
	学校伝染病証明書	1通(1回)	880円
自賠償関係	自賠償診断書	1通(1回)	5,500円
	自賠償明細書	1通(1回)	3,300円
	自賠償後遺障害診断書	1通(1回)	11,000円
生保・簡保関係	通院・入院証明書	1通(1回)	5,500円
	後遺障害診断書	1通(1回)	5,500円
	症状調査書	1通(1回)	5,500円
	医師との面談料	1通(1回)	5,500円
年金・公費負担申請関係	障害者年金用診断書	1通(1回)	5,500円
	身体障害者用診断書・意見書	1通(1回)	5,500円
	特定疾患申請診断書	1通(1回)	5,500円
	特定疾患医師の変更・追加意見書	1通(1回)	2,200円
その他	交通災害共済診断書	1通(1回)	3,300円
	おむつ使用証明書	1通(1回)	1,100円
	支払証明書(1年分)	1通(1回)	2,200円
	その他証明書	1通(1回)	2,200円
エンゼルケア等	処置料		6,600円
	死亡診断書	1通(1回)	5,500円
	死体検案書	1通(1回)	11,000円
予防接種※1	インフルエンザ	1回	3,500円
	肺炎球菌	1回	8,800円
	新型コロナウイルスワクチン	1回	16,500円
	带状疱疹 組換えワクチン	1回	20,000円
容器代※2	軟膏・水薬	1個	50円

※1 予防接種については各市町村の自己負担額に依りての負担となります。

※2 衛生管理上、再生不可とします。

【説 明 日】	【担当者職員名】
年 月 日	

※上記の保険対象外個人負担の説明を受け、支払に同意します。

※患者本人が同意書を記載できないときは、家族等代理の方が【患者氏名】及び【同意書記載者氏名、続柄】に署名をお願いします。

【患 者 氏 名】
【同 意 書 記 載 者 氏 名】
(続柄)