

入院療養に関する誓約書

令和 年 月 日

フリガナ

氏名 _____ 印 性別 男 女

生年月日 年 月 日

現住所 〒

TEL 自宅

携帯

勤務先

TEL

私は、北祐会神経内科病院への入院に際し、診療上の指示及び入院療養規則を守ることはもちろんの事、診療費の支払いについても一切の迷惑をかけません。
保証人とともに、上記誓約いたします。

保証人

フリガナ

氏名 _____ 印 受療者との関係

現住所 〒

TEL 自宅

携帯

勤務先

TEL

保険外負担に関する同意書

当院では、健康保険法の療養に該当しない保険外負担の料金について、その使用料、利用回数に応じた実費のご負担をお願いしております。下記の内容について同意をいただいた上で、ご署名をお願いいたします。

紙おむつ 尿取りパット	1枚につき (税込)	診断書・証明書 (各種文書料)	1通につき (税込)
平おむつ	50円	普通診断書	2,200円
テープ型おむつ (M)	140円	特別診断書	4,400円
テープ型おむつ (L)	160円	生命保険入院証明書	5,500円
パンツ型おむつ (M)	120円	生命保険障害診断書	5,500円
パンツ型おむつ (L)	130円	年金診断書	5,500円
尿取りパット (レギュラー)	40円	特定医療費 (指定難病) 臨床調査個人票	3,300円
尿取りパット (パワフル)	50円	身体障害者診断書・意見書	5,500円
※一覧に記載のないものは、受付または病棟スタッフにお尋ねください。		死亡診断書	3,300円
		おむつ使用証明書	1,100円

上記内容について同意いたしました。

令和 年 月 日

患者氏名 _____

代筆者氏名 _____

(続柄 _____)