

# 記入例 入院当日、1階受付1番窓口へ提出してください

## 保険外負担に係る費用に関する説明書・同意書

当センターでは、以下の項目について、その使用量、利用回数に応じた実費の負担をお願いしています。

※ この同意書は申請書ではありません。医療費以外の料金をお知らせするものです。  
**診断書等が必要な場合は病棟看護師または1階受付1番窓口にご依頼ください。**

(裏面へ署名する欄があります)

新型コロナウイルスワクチン（1回につき）	15,570円
予診のみ	3,200円
成人用肺炎球菌ワクチン 1回につき	8,180円
ロタウィルス胃腸炎ワクチン（ロタテック） 1回につき	9,560円
予防接種法（昭和23年法律第68号）による定期予防接種	各市町が委託料金として定める額

4) 医師面談料（消費税込）	30分毎	6,300円
5) セカンドオピニオン相談料（消費税込）	30分まで	11,000円
	30分毎	5,500円
6) 死後措置料（消費税込）		6,380円
7) その他		

器具その他物品の利用料金		
薬剤容器料	100g未満	50円
	100g～300g未満	70円
	300g～	100円
X線フィルムコピー	記憶媒体CD	1,100円
	記憶媒体DVD	1,100円

なお、衛生材料等の治療（看護）行為及びそれに密接に関連した「サービス」や「物」についての費用の徴収や、「施設管理費」等の曖昧な名目での費用の徴収は、一切認められていません。

私は、保険外負担に係る費用に関する説明を受け、その内容を理解しましたので、実費負担について同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	←入院日を記入
本人氏名	
または親権者	続柄（ _____ ）
氏名	