

当院における保険外負担に関する事項

当院では、以下の項目について希望された場合に、その使用量、利用回数等に応じて実費の負担をお願いしています。

(税込)

寝具使用料	寝具貸し出し（付添用）	1 日	880 円
文書料	診断書（病院用紙、公安提出用） 健康診査証明書	1 通	4,400 円
	入院証明書（保険会社診断書）	1 通	6,600 円
	診断書（高次脳機能障害診断用）	1 通	6,600 円
	後遺症診断書、障害診断書	1 通	11,000 円
	上記以外の書類	1 通	※お問い合わせください
その他	床頭台設備利用料（テレビ・冷蔵庫）	1 日	330 円
	理容代（カットのみ） （カット＋顔そり）	1 回	2,500 円
			3,000 円
	美容代（カット＋ブロー） （カット＋ブロー＋シャンプー） （カット＋ヘアダイ＋シャンプー）	1 回	3,850 円
			4,400 円
			10,450 円
	※その他メニューはお問い合わせください		
	歯ブラシ（デントエラック ES） その他歯科用品（口腔ケア用品）	1 本	330 円
			※お問い合わせください
	予防接種料（インフルエンザワクチン） （肺炎球菌/带状疱疹ワクチン）	1 回	4,000 円
			7,700 円
	マスク（使い捨てのもの）	1 枚	55 円
	特別メニュー食（追加費用として） ※3ヵ月に1回、患者本人の同意のもと提供	1 食	※800 円程度 ※メニューにより金額が異なります。 事前に院内掲示にて内容・金額を お知らせいたします。
差額室料	特別個室 ・シャワー/トイレ ・テレビ ・椅子 ・冷蔵庫 ・新聞	1 日	13,200 円
	個室		6,600 円
	2 床室		3,850 円

■当院におきましては患者アメニティ（CS セット）も導入しています。ご利用、料金につきましては「CS セットのご案内」をご参照ください。

なお、当院では「介護料」「施設管理料」「医療協力費」「雑費」等、曖昧な名目での費用徴収は一切行っておりません。

医療法人銀門会甲州リハビリテーション病院 院長殿

私は上記費用徴収について内容を確認しましたので、費用徴収が生じた場合には料金を支払うことに予め同意します。

また、特別メニュー食の提供については、本人の希望があった場合、追加料金の支払いに
(同意します・ 同意しません)

年 月 日

(同意者 氏名)