

差額室同意書兼保険外負担等に係る費用の同意書

区 分		金 額	
室料差額	個室		
	(101、201、202、203、205、206、218)	1日	5,500円
	(102、103、106、107)	1日	4,400円
	2人室(118)	1日	3,300円
文書料	①普通文書料		
	ア 一般診断書(簡単なもの)	1通	1,570円
	健康診断書	1通	1,570円
	イ 死亡診断書	1通	3,140円
	身体障害者認定診断書	1通	3,140円
	厚生年金診断書	1通	3,140円
	生命保険関係診断書	1通	3,140円
	ウ 死体検案書	1通	5,230円
	エ 病状照会書(検査結果・所見)	1通	11,000円
	オ 病状照会書(簡易なもの)	1通	5,500円
	カ 上記以外の診断書	1通	3,140円
	②証明書		
	ア 入院証明書、自動車損害賠償責任保険等に係る証明書	1通	3,140円
	イ 医療費支払証明書	1通	310円
	ウ 上記以外の簡単な証明書	1通	310円
付き添い寝具			
	ア 付き添い布団料	1日	220円
	イ 付き添いベッド料	1日	110円
	ウ 付き添いマット料	1日	110円
人間ドック料金			
	人間ドック(大腸検査あり)		41,700円
	人間ドック(大腸検査なし)		36,700円
オムツ	紙おむつ代	1枚	63円
	平おむつ代	1枚	32円
	長時間おむつ代	1枚	43円
	小児用おむつ代	1枚	24円
	尿取りパット	1枚	21円

区 分		金 額	
予防接種料	乾燥BCGワクチン	1回	4,190円
	日本脳炎	1回	5,240円
	DPT3種混合	1回	3,140円
	DT2種混合	1回	3,140円
	水痘ワクチン	1回	5,240円
	Hibワクチン	1回	3,140円
	MRワクチン	1回	8,380円
	おたふくワクチン	1回	4,190円
	風疹ワクチン	1回	4,190円
	麻疹ワクチン	1回	4,190円
	小児肺炎球菌ワクチン	1回	9,950円
	肺炎球菌ワクチン	1回	7,330円
	肺炎球菌ワクチン(65歳以上で対象者)	1回	4,000円
	インフルエンザワクチン(一般)	1回	3,870円
	インフルエンザワクチン(65歳以上)	1回	2,000円
	インフルエンザワクチン(13歳未満)	1回	2,540円
	B型肝炎	1回	4,190円
	ロタウイルスワクチン(ロタリックス)	1回	14,150円
	ロタウイルスワクチン(ロタテック)	1回	9,950円
	子宮頸がんワクチン(サーバリックス・ガーダシル)	1回	15,720円
	子宮頸がんワクチン(シルガード)	1回	28,130円
	コロナワクチン	1回	15,000円
	コロナワクチン(65歳以上)	1回	3,500円
	带状疱疹ワクチン(ヒケン)	1回	5,240円
	带状疱疹ワクチン(ヒケン)(65歳以上で対象者)	1回	4,000円
	带状疱疹ワクチン(シングリックス)	2回	43,560円
	带状疱疹ワクチン(シングリックス)(65歳以上で対象者)	2回	20,000円
その他	フィルムコピー代(CD収納を含む)	1枚	1,100円
	診察券再交付手数料	1枚	310円
	セカンドオピニオン(45分)	1回	11,000円

私は、越前町国民健康保険織田病院の保険外負担に係るサービスを受けた場合、上記のとおり定められた費用を支払うことに同意いたします。

令和 年 月 日

越前町国民健康保険織田病院
 病院長 根本 朋幸 殿

住所

氏名

印