

保険外サービス利用申込書

記入例

医療法人社団ほたか会

令和

年

月

日

群馬パース病院 病院長 殿

入院日をご記入ください。

貴院に入院するにあたり、保険外サービスを利用したいので、内容について十分に理解したうえで同意し申込みます。申込者は保険外サービス費用負担について利用者とともに負担責任を負うことを承認いたします。

利用者・申込者それぞれにご記入・ご捺印ください。

<利用者>

住所

群馬県沼田市川場村生品〇〇〇-〇

氏名

ぐんま 太郎

ぐんま 印

当院にてご用意したものをご利用希望の場合は同意欄に〇印をご記入ください。

尚、オムツについては患者様の状態にあったものを使わせて頂きますので、ご希望の場合にはA~D全てに〇印をご記入ください。

※詳細については入院案内の別表2をご参照ください。

<申込者>

住所

群馬県沼田市川場村生品〇〇〇-〇

氏名

ぐんま 花子

ぐんま 印

【保険外サービス同意欄】

サービス項目	費用の額	同意	サービス項目	費用の額	同意
日常消耗品費	150円/日	<input type="radio"/>	テレビレンタル代(税込)	165円/日	
病衣代(洗濯代含む)	400円/日	<input type="radio"/>	理美容代	カット	2,500円
オムツ代 A	820円/日	<input type="radio"/>		丸刈り	2,300円
オムツ代 B	620円/日	<input type="radio"/>		寝たままカット	3,000円
オムツ代 C	350円/日	<input type="radio"/>		カラーカット	5,500円
オムツ代 D	250円/日	<input type="radio"/>			

※同意欄に〇印の記入をお願いします。

※同意しがたい事項がある場合にはその旨をお申し出ください。

これらの申し出は、後からいつでも撤回、変更等を行うことができます。

裏面が変更記録用紙となっておりますので、変更内容を記録し、退院まで保管しておいてください。

※オムツ代については、患者さんの入退院時及び外泊時等の状態に合わせて上記A~Dの種類又は別表2のとおり実費精算として変更させて頂くことをご了承願います。

説明日

令和

年

月

日

説明者

