

保険外負担に係る同意書について

当院では健康保険証を使用した診療（保険診療）に該当しない、治療とは直接関係のないサービス等として認められるものについては患者さまから費用を徴収することとなっており、以下の項目について、費用の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、署名・捺印をお願いいたします。

医療法人 西耳鼻咽喉科医院
理事長 西 憲一郎

本日徴収 する項目 (○を記入)	名称	単位	金額
	診断書（簡単なもの）	1 枚につき	2, 5 0 0 円～
	健康診断書	1 枚につき	4, 0 0 0 円～
	診断書（保険会社・役所）	1 枚につき	5, 0 0 0 円
	予防接種（インフルエンザ）	1 回につき	1, 5 0 0 円～
	血液型 ABO	1 回につき	2 1 0 円
	血液型 Rh	1 回につき	2 1 0 円