

保険外負担に関する同意書

健康保険証を使用した診療（保険診療）に該当しない、あるいは治療とは直接関係しないサービス等については、患者様から費用を直接徴収することになっており、当院では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をお願い致します。

医療法人丞幸会 ざいつ整形外科
院長 財津泰久

本日徴収する項目 (○印を記入)	名称	金額 (税込)
	医証	¥1,100
	診断書	¥3,300
	警察提出用診断書	¥3,300
	保険会社提出用診断書	¥5,500
	診療録等の開示手数料 (書類コピー代)	¥2,200 (¥22/枚)
	臨床調査個人票	¥5,500
	自賠償診断書	¥5,500
	自賠償明細書	¥4,400
	障害年金診断書	¥11,000
	後遺症診断書	¥11,000
	身体障害者診断書	¥5,500
	公務災害診断書	¥4,400
	傷病証明書	¥2,750
	自賠後遺症診断書	¥22,000

上記内容に同意致します。

令和 年 月 日

患者氏名 _____

代筆者氏名 _____ (続柄:)