

保険外負担に関する同意書

【説明事項】

この同意書は、入院に際しまして下記の保険外負担の項目について同意を頂くものです。
各種料金につきましては利用された分のみご請求いたします。
詳細な料金は、「各種料金(自費)一覧」をご参照下さい。

社会医療法人 シマダ 嶋田病院

各種料金(自費)同意書

☒ 病衣

☒ 付添

☒ 各種書類関係

☒ その他(駐車料金、洗濯代等、Wi-Fi使用料等)

ご確認後に4ヶ所に ✓

保険外負担の上記項目について説明を受け、利用回数に応じた自費料金を支払う
ことに同意します。

嶋田病院病院長 殿

同意年月日 20XX 年 12 月 31 日

患者氏名 小郡 太郎

申込者

小郡 花子

(続柄)

妻

住所

福岡県小郡市小郡1-1-1

電話番号

0942-123-123