

◎当院では選定療養費，診断書等につきまして実費のご負担をお願いしております。

更新日 令和 6年 6月 1日

日常生活上のサービスに係る費用、保険外費用等及び文書等の発行、
インフルエンザ等の予防接種料等が患者様の自己負担となります。

(令和元年10月1日より消費税変更の為)

(金額はすべて消費税込です)

選定療養費(1・2病棟 共通) (地域一般入院基本料3 1日につき1,003点通算対象入院料基本点数の15%相当+消費税)	1日につき	1,650 円(税込)
文書料		
1、簡単なもの(当院様式の診断書等)	1通につき	2,200 円(税込)
1、複雑なもの(保険会社の診断書・証明書・身体障がい者手帳診断書・年金診断書・臨床調査個人票(難病)・死亡診断書等)	1通につき	4,400 円(税込)
入院時食事療養費以外の食事代		
1、 外来 朝食・昼食・夕食	1食あたり	451 円(税込)
予防接種 (市町村毎に料金が異なります ※別添参照)		
1、 インフルエンザワクチン 毎年11月～12月	実施	
1、 肺炎球菌ワクチン 毎年 4月～ 3月	実施	
腎移植に係るHLA検査	1件	11,000 円(税込)
保険適応外投薬料		
1、 当院より薬品の授与を受け、持ち帰りの途中又は在宅において薬品を紛失し、再投薬をした場合は、保険適応外となり、自己負担になります。 尚、再処方後の返品はお受けできませんので、ご了承願います。		
1、 医師が認めた抗インフルエンザ薬の予防投与は保険適応外となり、自己負担になります。		
※ タミフルカプセル75	1Cap	206 円(税込)
その他の保険適応外のものについても、自己負担が発生した場合、同意をいただきます。		

診断書申込用紙

- 受付時間 平日8:30～17:00、土曜日8:30～12:00（日・祝日除く）
- 入院中の方は、退院時にお申し込みください。入院中に必要な方はご相談ください。
- 郵送ご希望の方は、先払いにて診断書代と切手代をお支払いください。
- 書類作成には、**2～3週間程度**お時間をいただきます。
先生の診察・手術等の都合で日時に変動がありますのでご了承ください。

申込年月日	年 月 日					
フリガナ						
患者氏名						
生年月日	大正 昭和	・ ・	平成 令和	年 月 日	性別	男・女
住所	〒 -					
依頼者名 (本人以外)					続柄	
	患者本人の同意は得ていますか？ <input type="checkbox"/> はい（裏面の委任状をご記入いただき、身分証を確認させていただきます。）					
区分	入院 ・ 外来					
書類名	生命保険 ・ 傷病手当金 ・ 年金 ・ その他（ ）				部数	枚
証明期間	年 月 日		～	年 月 日		
	年 月 日		～	年 月 日		
	年 月 日		～	年 月 日		
診断書受取方法	来院 ・ 郵送（110円）					
連絡先	自宅 ・ 携帯 ・ 本人下駄箱 ・ 連絡不要					
	連絡先：①			②		

備考欄

※医事課記入欄

文書料金	受付	担当
2,200円 ・ 4,400円（済 ・ 未） / 傷病手当金コスト（済 ・ 未）		

委任状

代理人	
住所	
氏名	
生年月日	年 月 日
連絡先	

私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

- 診断書作成依頼
- 診断書等個人情報を含む文書等の受け取り

委任者（患者）	
委任月日	年 月 日
住所	
氏名（自筆）	
※ 自筆できない場合、代筆者氏名及び続柄	
代筆者	続柄
連絡先	

保険外負担に係る費用の同意書

日常生活上のサービスに係る費用、保険外費用等及び文書等の発行等が患者様の自己負担となります。

(金額はすべて消費税込です)

選定療養費(1・2病棟 共通) (地域一般入院基本料3 1日につき 1,003点通算対象入院料基本点数の15%相当+消費税) 開始日 20 年 月 日	1日につき	1,650 円(税込)	
文書料 簡単なもの(当院様式の診断書等)	1通につき	2,200 円(税込)	
複雑なもの(保険会社の診断書・証明書・身体障がい者手帳診断書・年金診断書 臨床調査個人票(難病)・死亡診断書等)	1通につき	4,400 円(税込)	
入院時食事療養費以外の食事代 外来朝食・昼食・夕食	1食あたり	451 円(税込)	
腎移植に係るHLA検査	1件	11,000 円(税込)	
上記以外の保険外負担			
各種予防接種料については予診票記載により同意書とし、接種金額は院内掲示します。			

上記、保険外負担に係る費用を支払うことに同意します。

20 年 月 日

公益財団法人 鷹揚郷腎研究所弘前病院
病院長 齋藤 久夫 殿

住所

ふりがな

患者氏名

生年月日

年

月

日生

(代筆者

続柄

)

(自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び患者との続柄を記載)

(連絡先 自宅電話番号
携帯電話番号

)