入　院　申　込　書

［予約入院：入院日にご提出願います。
緊急入院：入院後3日以内にご提出願います。］

令和　　年　　月　　日

貴院への入院を申し込みます。なお、入院のうえは医療費の支払はもちろん、規則並びにその他の指示事項は堅く守り、もし、違反等がありましたら何時退院を命ぜられても異議は申しません。また、裏面記載の保険外負担の料金が発生した場合は、その使用料や利用日数等に応じた実費の負担をすることについて同意します。

なお、貴院入院中の患者本人の身上に関する事項は、身元引受人において引き受け、退院の指示があった場合には、指定の期日に本人を引き取ります。

患者本人				身元引受人	
フリガナ		性別		フリガナ	
患者氏名	㊞			身元引受人氏名	㊞
現住所	〒　－ TEL(自宅)(　　)　　－ TEL(携帯)　　－　　－			患者との関係	
				生年月日	大･昭･平･令　　年　　月　　日(　　歳)
				現住所	〒　－ TEL(自宅)(　　)　　－ TEL(携帯)　　－　　－
生年月日	大･昭･平･令　　年　　月　　日(　　歳)				
職業				職業	
勤務先 名称				勤務先 名称	
勤務先 所在地	〒　－ TEL(　　)　　－			勤務先 所在地	〒　－ TEL(　　)　　－

臓器提供意思表示カードの所有の有無	有・無
過去３ヶ月以内の当院以外の医療機関への入院履歴	有・無

＊集合住宅の場合は、必ず部屋番号を記入してください。
＊身元引受人は成年者をお願いします。
＊ボールペンまたは万年筆で記入してください。

入院履歴が「有」の場合

医療機関名		入院期間	R　.　.　～ R　.　.	傷病名	

愛媛県立中央病院長　様

診療費等支払保証書

上記患者の貴院入院中の診療費等は、納入通知書記載の納入期限内（退院の場合は退院時）に支払義務者が必ず支払いいたします。

万一、指定の期日までに診療費等の支払ができなかった場合には、極度額100万円の範囲内で連帯保証人が支払義務者と連帯して滞りなく支払いいたします。

支払義務者			連帯保証人	
フリガナ			フリガナ	
氏名	㊞		氏名	㊞
生年月日	大･昭･平･令　　年　　月　　日(　　歳)		生年月日	大･昭･平･令　　年　　月　　日(　　歳)
現住所	〒　－ TEL(自宅)(　　)　　－ TEL(携帯)　　－　　－		現住所	〒　－ TEL(自宅)(　　)　　－ TEL(携帯)　　－　　－
患者との関係			支払義務者との関係	
職業			職業	
勤務先 名称			勤務先 名称	
勤務先 所在地	〒　－ TEL(　　)　　－		勤務先 所在地	〒　－ TEL(　　)　　－

＊支払義務者は、支払能力を有する成年者をお願いします。（この要件を満たす場合、患者と支払義務者が同一人でも差し支えありません。）なお、患者が未成年者等の場合は親権者等の方をお願いします。
＊連帯保証人は、支払義務者とは独立した生計を営む支払能力を有する成年者とし、自ら署名・捺印してください。
＊極度額とは、連帯保証人の責任限度額(民法第 465 条の 2)です。

愛媛県立中央病院長　様

保険外負担料金一覧

当院では、健康保険法の療養に該当しない保険外負担の料金について、その使用料、利用回数に応じた実費のご負担をお願いしています。

項目・区分等			単位	料金（円）（消費税込）
診断書料	普通診断書		1部	2,530円
	死亡診断書		1部	3,630円
	恩給診断書		1部	5,610円
	各種年金診断書			
	生命保険診断書			
	特殊診断書　※1		1部	5,610円
	死体（胎）検案書	病死	1部	7,150円
		変死	1部	11,000円
文書料	普通証明書		1部	2,090円
	出産証明書			
	死産証明書			
	診療費納付証明書		1部	1,650円
	診療明細書（再発行）		1部	880円
	自賠責明細書		1部	4,950円
ＰＥＴがんドック	1日間		1回	103,400円
			割引適用	92,990円
頸動脈超音波検査料			1回	5,500円
母体血出生前遺伝学的検査料			1回	159,560円
母体血出生前遺伝学的検査カウンセリング料			1回	5,500円
羊水等染色体検査料			1回	検査の委託に要する額 ×1.1
分娩介助料※2	8:30 ～ 17:15 まで		1件	201,000円
	上記以外		1件	226,000円
分娩衛生材料費　※2			1件	5,100円
人工妊娠中絶料※3	妊娠満 12 週未満		1件	68,200円
	妊娠満 12 週以上満 16 週未満		1件	114,400円
	妊娠満 16 週以上満 22 週未満		1件	118,800円
避妊器具挿入料　※3			1件	45,100円
避妊器具除去料　※3			1件	10,340円
妊産婦定期診察料	助産に係るもの		1回	4,900円
	上記以外のもの		1回	5,390円
乳児定期診察料	助産に係るもの		1回	5,200円
	上記以外のもの		1回	5,720円
新生児健診料※2	日齢　1		1日	3,600円
	日齢　5、14		1日	1,100円
新生児聴覚検査料			1回	8,500円

項目・区分等			単位	料金（円）（消費税込）
新生児介補料	助産に係るもの		1日	7,900円
	上記以外のもの		1日	8,690円
衣服等貸与料	助産に係るもの	おむつ等	1日	280円
		肌着	1日	110円
	上記以外のもの	おむつ等	1日	300円
		肌着	1日	120円
乳房マッサージ料			1回	2,640円
施術料	初検料		1回	3,190円
	1術（はり又は灸を施術した場合）		1回	3,960円
	2術（はり及び灸を施術した場合）		1回	4,510円
施きゅう指導料			1回	1,210円
薬価基準未収載薬剤料			1件	薬剤の購入に要した額 ×1.1
死後処置料			1回	4,400円
エックス線フィルム複製料	光ディスク		1枚	1,100円
集団健康診査料等			－	実施主体と協議して定める額
特別初診料※4	助産に係るもの		1回	7,000円
	上記以外のもの（医科・歯科）		1回	7,700円
特別再診料※5	助産に係るもの		1回	3,000円
	上記以外のもの（医科・歯科）		1回	3,300円
セカンドオピニオン外来料			1回	5,940円
面談料			1回	5,500円
病衣貸出料			1日	60円
病衣提供料	死後処置時等に病衣を提供した場合		1回	1,760円
診療カード再発行料			1枚	110円
室料差額	特別室		1日	25,460円
	特別室（助産に係るもの）※2		1日	23,150円
	個室		1日	10,180円
	個室（助産に係るもの）※2		1日	9,260円
テレビ使用料			1日	200円
冷蔵庫使用料			1日	100円
洗濯機使用料			1回	200円
乾燥機使用料			30分	100円

※1　「特殊診断書」とは、恩給診断書、各種年金診断書、生命保険診断書以外で、複雑な診断書です。
※2　非課税額です。
※3　人工妊娠中絶料、避妊器具挿入（除去）料については、麻酔料が別途負担となります。
※4　特別初診料とは、他の保険医療機関等からの紹介によらず当院へ初診を受けられる方からいただく料金です。
※5　特別再診料とは、当院が他の医療機関に紹介する旨の文書による申出を行ったにもかかわらず、ご自身の選択により当院を再度受診される方（紹介状がある場合を除く）からいただく料金です。