更新日　令和 8年 8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）	1日につき	1,705 円（税込）

※地域一般入院基本料3　1日につき1,032点通算対象入院料基本点数の15%相当＋消費税

※同じ症状による通算の入院が180日を超えますと患者様の状態によっては健康保険からの入院基本料の15%が病院に支払われません。180日を超えた日からの入院が選定療養の対象となり入院基本料の15%は特定療養費として患者様の負担となります。

文書料		
1、領収証明書（再発行不可）	1申し込みにつき	1,100 円（税込）
1、簡単なもの（当院様式の診断書等・死亡診断書【市役所用】就労可否意見書【ハローワーク用】）	1通につき	3,300 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・特別障害者手当認定診断書・成年後見制度用診断書・臨床調査個人票【難病】・死亡診断書等）	1通につき	5,500 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	550 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
1、 帯状疱疹ワクチン	毎年　4月～　3月	実施

腎移植に係るHLA検査	1件	11,000 円（税込）

カルテ開示手数料	1件	3,300 円（税込）
画像データ（CD/DVD）	1枚	2,000 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	170 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。

公益財団法人　鷹揚郷腎研究所弘前病院

診断書・証明書申込用紙

●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。

※診断書受け取り後の紛失は、再発行ご希望の場合、
再度料金が発生しますのでご注意ください。

申込年月日	年　月　日			
フリガナ				
患者氏名				
生年月日	大正・平成 昭和・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？ □　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 領収証明書・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
1,100円　・　3,300円　・　5,500円　（　済　・　未　）　／　傷病手当金コスト（　済　・　未　）		

公益財団法人　鷹揚郷腎研究所弘前病院

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			

更新日　2026年8月1日

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、保険外費用及び文書の発行等が患者様の自己負担となります。

【診断書料・証明書料】　◆各１通につき					
	領収証明書	1,100 円		死亡診断書（市役所用）	3,300 円
	当院指定のもの（簡単）	3,300 円		死亡診断書（保険会社用）	5,500 円
	保険会社指定のもの	5,500 円		就労可否意見書(ﾊﾛｰﾜｰｸ用)	3,300 円
	障害年金診断書	5,500 円		身体障がい者手帳診断書	5,500 円
	特別障害者手当認定診断書	5,500 円		臨床調査個人票（難病）	5,500 円
	その他（　　）	円		成年後見制度用診断書	5,500 円
【選定療養費】　◆１日につき			【入院時食事療養費以外の食事代】◆１食につき		
	開始日　　年　　月　　日	1,705 円		外来（朝食・昼食・夕食）	550 円
【腎移植に係るＨＬＡ検査】			【処方箋料】		
	11,000 円			再発行料	円
【各種予防接種料】 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。			【上記以外の保険外負担】 円		

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

患者氏名

※ 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

（代筆者　　続柄　　）

住　　所

生年月日　　年　　月　　日

（連絡先　自宅
携帯　　）