

患者ID：_____

患者氏名：_____

・・・・保険給付外サービス利用同意書（カルテ開示）・・・・

当院では、希望される方に次のサービスを提供しております。
当該サービスは療養の給付と直接関係しないことから保険給付外となり、全額自己負担となります。

☑欄	項目	金額（税込）
カルテ開示 《閲覧》		
☐	カルテ閲覧（医師同席） 30分につき（最長2時間まで）	11,000円
☐	カルテ閲覧（事務同席） 60分まで	3,300円
	※ 上記について、録音・録画・撮影等は原則禁止とする。	
カルテ開示 《複写》		
☐	事務手数料	3,300円
	複写作成料	
☐	開示資料1枚につき（紙・白黒）	33円
☐	開示資料1枚につき（紙・カラー）	110円
☐	画像情報（CD-R）1枚につき	1,100円
☐		
カルテ開示 《証明書》		
☐	不存在証明書 （保存期間を過ぎ廃棄している場合にデータが存在しない事を証明）	2,200円
☐		
カルテ開示 《その他》		
☐		
☐		
☐		
☐		

※ご不明な点は診療情報課までお問い合わせください。

社会医療法人熊谷総合病院 殿

私は、保険給付外サービスの利用について上記内容に同意致します。

年 月 日

同意者署名： _____ 患者さんとのご関係：本人 ・ その他（ _____ ）