

保険外負担に関する事項

当院では、以下の項目につきまして、利用に応じた実費のご負担をお願いしています。

自費負担項目	金額(円)	契約	利用期間
個室料	2,000 円／日	する・しない	/ ~ /
ウェットティッシュ	200 円／箱	する・しない	/ ~ /
食事用エプロン	400 円／箱	する・しない	/ ~ /
テレビ	210 円／日	する・しない	/ ~ /
洗濯	200 円／日	する・しない	/ ~ /
理髪サービス (車イス)	2,200 円／回	する・しない	/ ~ /
理髪サービス (ベッド上)	2,750 円／回	する・しない	/ ~ /

※個室料は一般病棟入院中のみ請求致します。

※上記のものはカクイックスの入院セット・オムツセットとは異なります。

医療法人聖仁会

南薩ケアほすびたる

2024 年 11 月 1 日