

患者様各位

保険外負担のお知らせ

当薬局で、患者様の保険外負担として認められている以下のもの等について、
各々のご負担額を定めさせていただいております。

その使用量、利用回数等に応じた実費のご負担をお願いいたします。

<料 金 表>

患者の希望に基づく一包化(治療上の必要のないものに限る)

※医師の指示により一包化する場合を除く

7 日分ごとに (※薬剤の数量等にかかわらず)

¥340

薬剤の容器代。

軟膏容器	5g・10g・20g・30g 1 個につき	¥30
	50g・100g 1 個につき	¥60
水剤容器	30ml 1 本につき	¥30
	60ml・100ml 1 本につき	¥60
遮光外用瓶	30ml 1 本につき	¥50

保険外負担のお知らせ

当薬局で、患者様の保険外負担として認められている以下のもの等について、
各々のご負担額を定めさせていただいております。
その使用料、利用回数等に応じた実費のご負担をお願いいたします。

料 金 表

番号	名称	数量/単位	金額
1	一包化(治療上必要のないものに限る)	7日分毎	340円
2	軟膏容器(5g)	1個	30円
3	軟膏容器(10g)	1個	30円
4	軟膏容器(20g)	1個	30円
5	軟膏容器(30g)	1個	30円
6	軟膏容器(50g)	1個	60円
7	軟膏容器(100g)	1個	60円
8	水剤容器(30ml)	1本	30円
9	水剤容器(60ml)	1本	60円
10	水剤容器(100ml)	1本	60円
11	遮光外用瓶(30ml)	1本	50円

-----切り取り線-----

保険外負担に関する同意書

私は、必要に応じて使用する保険外負担分（料金表番号.....に）について、保険外負担
することに同意します。

患者氏名（署名）

※患者代理人署名

令和 年 月 日

関 薬局

検 印