紹介元医療機関の長　殿
舞鶴共済病院　院長　殿

開放型病床入院同意書

（紹介元医療機関名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（紹介元医師名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

この度、私が入院するに当たり、紹介元医療機関の医師との共同診療に対する説明を受け、以下の費用負担を理解したうえ、舞鶴共済病院開放型病床を利用することに同意いたします。

紹介元の医療機関の医師が入院した患者さんを舞鶴共済病院の主治医とともに共同で診療・指導したときに

紹介元の医療機関からの請求

共同診療・指導（一回につき）350点（1点10円）

・１割負担の患者さんの場合：　３５０円
・３割負担の患者さんの場合：１，０５０円

舞鶴共済病院からの請求

共同診療・指導（一回につき）220点（1点10円）

・１割負担の患者さんの場合：　２２０円
・３割負担の患者さんの場合：　６６０円

合計（一回につき）

・１割負担の患者さんの場合：　５７０円
・３割負担の患者さんの場合：１，７１０円

※但し、公費負担医療の受給をうけている患者さんは、各々の公費負担制度で定められた一部負担金を徴収させていただきます。

令和　　年　　月　　日

開放型病床利用者

（患者住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（患者本人氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代理人氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（患者本人との関係）＿＿＿

平成 24 年 5 月 31 日作成