

保険外負担がみとめられるサービスについて

当薬局においては、以下の項目について実費の負担をお願いしています。

1. 在宅医療に係る交通費は実費をご負担いただきます。

片道2kmまで・・・・・・・・200円

片道2km～10km・・・・300円

片道10km超・・・・・・・・500円

2. ご希望により、内服薬を服用しやすくするために服用ごとに

分包いたします。（治療上必要性のない場合に、ご負担が必要になります。）

7日分毎に、100円

保険外負担がみとめられるサービスの同意書

当薬局においては、以下の項目について実費の負担をお願いしています。

1. 在宅医療に係る交通費は実費をご負担いただきます。

片道〇～〇km〇〇円(基本料金)、片道〇km 越 1km 毎〇〇円

2. 薬剤の容器代は、ご負担いただきます。(引き続き使用する場合は、容器をご持参ください。再使用できる容器は、容器代を返金いたします。)

軟膏壺 10g 用・・・・〇〇円、軟膏壺 50g 用・・・・〇〇円

軟膏壺 100 g 用・・・・〇〇円、ポリ瓶 100ml 用・・・・〇〇円

ポリ瓶 200ml 用・・・・〇〇円、ポリ瓶 500ml 用・・・・〇〇円

3. ご希望により、内服薬を服用しやすくするために服用ごとに分包いたします。(治療上必要性のない場合に、ご負担が必要になります。)

7 日分毎に、〇〇〇円

4. ご希望により、粉薬を服用しやすくするために、甘味剤等を混合することもできます。(治療上必要性のない場合に、ご負担が必要になります。)

1 回毎に、〇〇〇円

上記No. について保険外負担として、実費の負担に同意します。

平成 年 月 日 氏 名 _____