

初診時選定療養費制度に係る説明・同意書

初診時選定療養費とは、保険医療機関相互間の機能分担及び業務の連携の更なる推進のため、厚生労働省により定められた制度で、許可病床200床以上の地域医療支援病院に紹介状を持たずに受診される場合は、健康保険の自己負担分とは別に選定療養費として、医科診療科の場合は7,700円、歯科口腔外科の場合は5,500円を自費にてお支払い頂くことが義務づけられています。

なお、次に該当する方は、初診時選定療養費のご負担はありません。

- 他の保険医療機関からの紹介状をお持ちいただいた場合
※接骨院・整骨院からの紹介状を除く
- 救急車で搬送された重篤な症例の方、または、救急搬送が必要と認められる場合
- 当院の診療科を継続的に受診されている方で、その診療科の医師が必要と認め、別の診療科へ院内紹介されて受診する場合
※院内紹介なしで別の診療科へ受診する場合は、選定療養費をご負担いただきます。
- 健康保険を使用しない場合〔労働災害、公務災害、交通事故、自費診療等〕
※保険証忘れによる自費診療を除く
- 検診(健診)等の結果により、精密検査の指示があり受診される場合
※検診(健診)等を受けた日から6ヶ月以内に限る
- 国、愛知県、市町村などの公費負担医療の受給対象者
〔障害者医療費受給者証、後期高齢者福祉医療費受給者証をお持ちの方〕
※こども医療、母子家庭等医療の助成制度を除く
- 受診後、そのまま入院となった場合
- 生活保護制度による医療扶助を受ける場合
- 災害により被害を受け「一部負担金等免除証明書」を持参して受診する場合
- 治験協力者の場合

上記の内容について理解し、初診時選定療養費の支払いについて、同意のうえ、診療を申し込みます。

令和 年 月 日

ご署名：

患者との続柄： 本人 ・ その他（ ）