＜様式６＞

６．保険外負担一覧表

項　目　（名　称）	金　額（円）
一般診断書	3,300
保険会社用診断書	5,500
身体障害者診断書・意見書	5,500
補装具費支給意見書・処方箋（補聴器）	5,500
サイナスリンス	1,100
レティナ	5,280
トリフロー	3,500
イヤーパティ	880
CD-R	550
綿球	50
切手	110

注：記入欄が足りない場合は、別紙に記載してください。

※　上記項目が記載されているものであれば、既存の資料で差し支えありません。