

## 保険外負担に関する事項について

当院では、個室の使用、証明書・診断書などについて、実費の御負担をお願いしています。

### ① 特別療養環境の提供

| 個室       | 使用料（1日につき） | 備考            |
|----------|------------|---------------|
| 4階（西側）   | 1床 5,060円  | ※助産の場合は4,610円 |
| 4階東（414） | 1床 6,110円  |               |
| 5階東（516） | 1床 6,110円  |               |
| 6階東（618） | 1床 6,110円  | ※助産の場合は5,560円 |
| 6階西（664） | 1床 6,110円  |               |
| 7階（706）  | 1床 6,110円  |               |
| 7階（南側）   | 4床 3,500円  | ※助産の場合は3,190円 |

### ② 診断書・証明書の料金

| 診断書名  | 料金（1枚につき） |
|-------|-----------|
| 普通診断書 | 2,020円    |
| 死亡診断書 | 2,840円    |
| 健康診断書 | 2,020円    |
| 特別診断書 | 4,370円    |
| 普通証明書 | 1,690円    |
| 特別証明書 | 3,900円    |
| 死体検案書 | 4,440円    |

### ③ 診療録等の写しの料金

| 診療録等の内容                                   | 料金（1枚につき）          |
|---|--------------------|
| 診療記録等の写し及び入院要約書の交付料                       | 10円                |
| レントゲンフィルム等の写しの交付量（CD-R）<br>（※ 助産に係るものの場合） | 1,100円<br>(1,000円) |

### ④ その他保険外負担に係る費用

| 区分                                      | 単位     | 料金       |
|---|--------|----------|
| 助産料（時間内（8時30分～17時15分）：胎児数22週以上）         | 1児につき  | 163,000円 |
| 助産料（時間内（8時30分～17時15分）：胎児数22週未満）         | 1児につき  | 151,000円 |
| 助産料（時間外（6時～8時30分及び17時15分～22時）：胎児数22週以上） | 1児につき  | 180,000円 |
| 助産料（時間外（6時～8時30分及び17時15分～22時）：胎児数22週未満） | 1児につき  | 168,000円 |
| 助産料（休日・深夜（22時～翌6時）：胎児数22週以上）            | 1児につき  | 184,000円 |
| 助産料（休日・深夜（22時～翌6時）：胎児数22週未満）            | 1児につき  | 172,000円 |
| 妊娠週数確認料                                 | 1件につき  | 2,430円   |
| 避妊リング挿入料                                | 1回につき  | 33,000円  |
| 避妊リング抜去料                                | 1回につき  | 11,000円  |
| 避妊リング交換料                                | 1回につき  | 38,500円  |
| 精管・卵管結紉術料                               | 1回につき  | 点数表による   |
| 先天性代謝異常等検査用採血                           | 1回につき  | 2,500円   |
| 拡大新生児スクリーニング検査料                         | 1回につき  | 10,890円  |
| 禁煙補助剤の処方（院内処方：初回）                       | 1回につき  | 9,700円   |
| 禁煙補助剤の処方（院内処方：2回目以降）                    | 1回につき  | 7,000円   |
| 禁煙補助剤の処方（院外処方：初回）                       | 1回につき  | 3,600円   |
| 禁煙補助剤の処方（院外処方：2回目以降）                    | 1回につき  | 1,500円   |
| 人工授精料                                   | 1回につき  | 11,210円  |
| 新生児介補料（助産に係るもの）                         | 1日につき  | 3,810円   |
| 乳児介補料                                   | 1日につき  | 570円     |
| 外来透析食事料                                 | 1回につき  | 890円     |
| 妊娠反応検査（他の検査目的の場合に限る）                    | 1回につき  | 590円     |
| 長期入院料                                   | 1日につき  | 2,730円   |
| セカンドオピニオン                               | 30分につき | 5,500円   |
| 新生児オムツ料、産着代                             | 1日につき  | 470円     |
| 新生児ミルク料                                 | 1日につき  | 120円     |
| 臍帯箱                                     | 1個につき  | 120円     |
| 健康診断料、法定予防接種料、受託検査、受託診断料                | -      | 診療報酬の11割 |
| 患者付添人給食料                                | 1食につき  | 診療報酬の11割 |
| 男性型脱毛症用薬処方（院外処方：初回）                     | 1回につき  | 3,920円   |
| 男性型脱毛症用薬処方（院外処方：2回目以降）                  | 1回につき  | 1,560円   |
| 睫毛貧毛症用薬処方（院外処方：初回）                      | 1回につき  | 3,920円   |
| 睫毛貧毛症用薬処方（院外処方：2回目以降）                   | 1回につき  | 1,560円   |
| 陷入爪矯正術（マチワイナー：初回）                       | 1回につき  | 7,513円   |
| 陷入爪矯正術（マチワイナー：再診）                       | 1回につき  | 5,159円   |
| 陷入爪矯正術（マチワイナー：持込み）                      | 1回につき  | 1,309円   |
| 陷入爪矯正術（マチワイナー：調整）                       | 1回につき  | 814円     |
| 陷入爪矯正術（巻き爪マイスター：初診1趾）（2趾以降1趾につき+3,960円） | 1回につき  | 7,128円   |
| 陷入爪矯正術（巻き爪マイスター：矯正具の調整のみ）               | 1回につき  | 1,474円   |
| 陷入爪矯正術（巻き爪マイスター：破損により矯正具を交換する場合）        | 1回につき  | 4,774円   |
| 陷入爪矯正術（巻き爪マイスター：再診1趾）（2趾以降1趾につき+3,960円） | 1回につき  | 4,774円   |
| パーキンソン病点滴治療（グルタチオン製剤）                   | 1回につき  | 2,550円   |

| 区分           | 単位    | 料金      |
|--------------|-------|---------|
| 診察券再発行手数料    | 1枚につき | 50 円    |
| オムツ          | 1枚につき | 190 円   |
| マイクセット       | 1個につき | 840 円   |
| 着物代          | 1着につき | 3,090 円 |
| エンゼルボックス     | 1個につき | 1,925 円 |
| 術後腹帯         | 1個につき | 1,133 円 |
| コンタクト一時保管ケース | 1個につき | 180 円   |

⑤ 初診料等に係る費用の徴収

他の保険医療機関等からの紹介によらず、当院へ直接来院した患者様については、初診料に係る費用として初診時選定療養費（特定初診料）医科7,000円又は歯科5,000円を徴収させていただきます。

ただし、緊急その他やむをえない事情により、他の保険医療機関からの紹介によらず来院した場合にあっては、この限りではありません。

また、当院から他の医療機関に紹介後、患者さんの判断で、引き続き当院を受診される場合には、再診時選定療養費として、医科3,000円又は歯科1,900円を徴収させていただきます。

⑥ 入院期間が180日を超える入院

同じ症状による通算のご入院が180日を超えると、患者様の状態によっては健康保険からの入院基本料の15%が病院に支払われません。180日を超えた日からの入院が選定療養対象となり、入院基本料の15%は特定療養費として患者様にご負担いただきます。詳しくは受付へお尋ねください