

## 「保険外負担」について

保険給付の適用外となる費用については実費でお支払いいただきますので、次の項目をご確認ください。

項 目	内 容	費用（消費税込）
普通診断書（当院書式）	1 枚につき	2,200円
生命保険会社診断書	1 枚につき	5,500円
身体障害者・年金関係の診断書	1 枚につき	5,500円
自賠償関係診断書	1 枚につき	5,500円
自賠償関係明細書	1 枚につき	5,500円
免許申請関係診断書	1 枚につき	2,200円
死亡診断書	1 枚につき	3,300円
診療費領収証明書	1 枚につき	1,100円
その他証明書	1 枚につき	1,100円
フィルムコピー	半切 1 枚につき（紹介時を除く）	660円
画像CD-ROM	1 回につき（紹介時を除く）	660円
インフルエンザワクチン	1 回につき（公費負担接種を除く）	4,500円
肺炎球菌ワクチン（ニューモバックス）	1 回につき（公費負担接種を除く）	7,700円
肺炎球菌ワクチン（キャップバックス）	1 回につき	14,300円
带状疱疹ワクチン（シングリックス）	1 回につき（公費負担接種を除く）	22,000円
RSウイルスワクチン（アレックスビー）	1 回につき	25,850円
死後処置に関する費用	1 回につき	5,500円
浴衣代	1 回につき	1,800円
洗濯代	半月単位	2,420円
布団（緩和ケア病棟のみ）	1 組につき	330円
事前面談料 （患者さんが来院せず、ご家族等に対して医師が入院相談する場合等）	1 回につき	2,880円
セカンドオピニオン外来 （他院で診療を受けている病気についての治療方針の助言等）	60分 延長30分毎の追加負担	11,000円 5,500円

## 「保険外併用療養費（選定療養費）」について

保険給付の適用外となる費用については実費でお支払いいただきますので、次の項目をご確認ください。

緩和ケア病棟	個室 S 101号室	1 日につき	16,500円
	個室 A 102・103号室	1 日につき	5,500円
	個室 B 105・106・107・108・110・111・112号室	1 日につき	4,400円
回復期リハビリ病棟	個室 C 307・308・317・318号室	1 日につき	3,300円
	個室 D 301・302・303・305・322・323・325・326号室	1 日につき	2,200円
一般病棟 地域包括ケア病棟	個室 S 418・518号室	1 日につき	16,500円
	個室 A 406・407・416・417・506・507・516・517 606・607・616・617号室	1 日につき	5,500円
	個室 C 402・403・501・502・503・521・522・523・525・526 601・602・603・621・622・623・625・626号室	1 日につき	3,300円
180日を超える入院		1 日につき	2,200円
廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）		1 単位につき（月13単位超過分）	1,800円
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）		1 単位につき（月13単位超過分）	2,450円
呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）		1 単位につき（月13単位超過分）	1,930円
運動器リハビリテーション料（Ⅰ）		1 単位につき（月13単位超過分）	1,850円

当院では治療（看護）行為に関連する「衛生材料の費用」、「サービス料」または「施設管理費」等の曖昧な名目でご請求することはありません。