

【保険外負担に関するお知らせ】

保険外併用療養費について

当院では、保険外負担の料金について、以下の通り設定しております。

外 来

単位：（円）

文 書 料	金 額
診断書（詳細なもの・保険会社等）	11,000
診断書	6,600
診断書（当院書式）	2,750
診断書	1,100
証明書	550
証明書	330
健康診断書	9,900
健康診断書	8,576
健康診断書	5,174
健康診断書	3,850

予 防 接 種	金 額
二種混合	7,965
麻疹	9,218
風疹	9,218
日本脳炎	8,169
四種混合	13,302
B C G	9,431
子宮頸がん	16,867
ヒブ	11,102
小児肺炎球菌	13,618
水痘	8,470
おたふくかぜ	9,900
ロタリックス	15,186
ロタテック	9,421
麻疹風疹	
B型肝炎	
インフルエンザ	

入 院

文 書 料	金 額
診断書（詳細なもの・保険会社等）	11,000
診断書（公費申請・保険会社・かんぽ等）	6,600
診断書（当院書式）	2,750
診断書（医証等）	1,100
死亡診断書	5,500
健康診断書	3,300
医師面談料（保険会社等）	5,500
カルテ開示 診療録コピー（1頁）	55
カルテ開示 画像CD-ROM（1枚）	1,100

個 室 料	金額（1日）
208, 210, 211, 212, 308, 310, 311, 312	8,800
予 防 接 種	金 額
インフルエンザワクチン（公費）	1,500
インフルエンザワクチン（一般）	4,000
肺炎球菌ワクチン（高齢者公費）	4,200
肺炎球菌ワクチン（一般）（高齢者）	9,900
その他	
選定療養費	金額（1日）
入院期間が180日を超えた以後の入院に係る療養	1,650

（税込） 2024/6/1