

保険外負担・選定療養費に関する事項

(令和6年11月1日現在)

当院では、下記の通り、利用日数、使用量・回数等に応じた費用のご負担をお願いしております。
(料金は消費税込)

(1) 特別療養環境室（1床室）の内訳及び料金

病棟名	病室名	設備及び備品	室料（1日）
東病棟5階	501号室～508号室		8,360円
	526号室		10,450円
東病棟4階	401号室～407号室		8,360円
	426号室		10,450円
東病棟3階	301号室～311号室		8,360円
	326号室		10,450円
東病棟2階	201号室～208号室		8,360円
	226号室		10,450円
南病棟3階	1301号室		6,600円
	1302号室		
北病棟1階	1120号室		3,080円
	1127号室		5,060円
	1121号室		10,120円
	1126号室		

(2) 診断書、証明書等の文書料金

種 別	備 考		料 金
診断書、証明書等	種類により金額が異なります 別紙申込書のご記入が必要です	1 通につき	1,100円
			2,200円
			3,300円
			5,500円
			7,700円
			11,000円
			22,000円
支払証明書発行料	1 通につき		220円

(3) 診療情報提供に係る料金

種 別	備 考		料 金
医師の説明	1時間以内	1 件につき	5,500円
	1時間以上30分毎		2,750円
要約書作成料	1 件につき		5,500円
閲覧のみ			3,300円
情報提供手続き			2,200円
診療録、検査用紙等のコピー代	1 枚につき		44円

(4) 予防接種料金

種 別	備 考	料 金
インフルエンザワクチン	1回につき	5,500円
肺炎球菌ワクチン		8,800円
肺炎球菌混合型ワクチン		13,200円
带状疱疹ワクチン		30,000円

保険外負担・選定療養費に関する事項

(令和6年11月1日現在)

(5) 自由診療・検査料金

種 別	備 考	料 金
巻き爪矯正治療		
初診料（矯正料、ワイヤー代含む）	別紙申込書のご記入が必要です	7,700円
再診料		2,200円
矯正料		1,100円
超弾性ワイヤー代		4,400円
妊娠反応検査	1回につき	2,200円

(6) 特別食・補食料金

種 別	備 考	料 金
テルミールミニ	患者の希望があり 医師が許可した場合のみ	220円
メイバランスミニ		220円
牛乳		121円
ジュース		110円
ヨーグルト		77円
アイス		116円
ゼリー		110円
プリン		110円
水羊羹		110円

(7) その他の保険外負担料金

種 別	備 考	料 金
緩和ケア病棟入院面談料	1回につき	5,500円
セカンドオピニオン	別紙申込書のご記入が必要です	1回につき 22,000円
診察券発行料	1枚につき	220円
付き添い貸寝具	医師の付き添い許可が必要です 別紙申込書のご記入が必要です	1日につき 110円
緩和ケア病棟専用貸寝具	別紙申込書のご記入が必要です	1日につき 385円
死後処置料	1回につき	11,000円
死亡後画像診断	1件につき	30,000円

(8) 選定療養費

種 別	備 考	料 金
急性期一般病棟（東5・4・2階）	入院期間が180日を超えた日以降	2,480円
地域包括ケア病棟（東3階）		910円
初診時選定療養費（医科）	初診時に紹介状を お持ちいただかない場合	7,700円
再診時選定療養費（医科）		3,300円
初診時選定療養費（歯科）		5,500円
再診時選定療養費（歯科）		2,090円