

保険外負担についてのお知らせ

当院では、以下の項目について、その使用量、利用回数に応じた実費の負担をお願いしています。

実費負担名目	単位	料金(円)/税込
初診時選定療養費		7,700
再診時選定療養費		3,300
付添食事代 ※付添許可がある場合	1食につき	700
付添寝具代 ※付添許可がある場合	1泊につき	270
診断書（当院所定）	1通につき	2,750
各種文書料	1通につき	1,100～6,600
領収証明書	1通につき	2,200
おむつ代（小児科病棟）	1日につき	430
おむつ代（救急外来）	1枚につき	310
各種予防接種	1回につき	4,200～
容器代	1回につき	50
フィルムコピー代（CD-R）	CD-R1枚につき	1,100
診療記録開示手数料		3,300
診療録コピー代	1枚につき	30
車代（ドクターカー利用）	1kmまで	200
	1km増す毎	100
車代（訪問診察利用）	1kmにつき	50

※なお、その他にも実費負担をお願いする項目もありますが、
詳細については医事課にお問合せください。

病院長