

# 保険外負担料金一覧表

## \* 差額ベッド使用料

|                                                                  |    |         |
|------------------------------------------------------------------|----|---------|
| 特別室 (222号室)                                                      | 1日 | ¥11,000 |
| 個室A (201・202・203・205・216・217・302・303号室)                          | 1日 | ¥8,800  |
| 個室B (322号室)                                                      | 1日 | ¥5,500  |
| 2人部屋 (323号室)                                                     | 1日 | ¥3,300  |
| 4人部屋 (108・110・111・210・211・212・213・215・308・310・311・312・313・315号室) | 1日 | ¥1,650  |

## \* その他保険外料金

|                             |    |             |
|-----------------------------|----|-------------|
| 領収証明書                       | 1通 | ¥1,100      |
| 通院証明書                       | 1通 | ¥2,200      |
| 病院所定(休業等)                   | 1通 | ¥2,200      |
| 警察提出診断書(事故)                 | 1通 | ¥3,300      |
| 労災身体障害状況診断書                 | 1通 | ¥4,000      |
| 入院証明書                       | 1通 | ¥5,500      |
| 死亡診断書                       | 1通 | ¥5,500      |
| 診断書(自賠責)                    | 1通 | ¥6,600      |
| 明細書(自賠責)                    | 1通 | ¥6,600      |
| 後遺障害診断書                     | 1通 | ¥8,800      |
| 身体障害・年金診断書                  | 1通 | ¥11,000     |
| 回答書料・面談料                    | 1通 | ¥11,000     |
| 開示手数料                       | 1回 | ¥3,300      |
| イヤホン                        | 1個 | ¥220        |
| 予防接種(ニューモバックス)              | 1回 | ¥8,800      |
| 予防接種(インフルエンザ)               | 1回 | ¥3,960      |
| 予防接種(麻疹・風疹・おたふくかぜ・B型肝炎ワクチン) | 1回 | ¥6,600      |
| 予防接種(水痘ワクチン)                | 1回 | ¥8,800      |
| 死後の処置                       | 1回 | ¥16,500     |
| フィルムコピー(4枚目まで)              | 1枚 | ¥550        |
| フィルムコピー(5枚目以降)              | 1枚 | ¥220        |
| フィルムコピー(CD-R時)              | 1枚 | ¥550        |
| オムツ代(種類によって異なる)             | 1枚 | ¥55¥110¥165 |
| A(衣類・バスタオル・フェイスタオル)         | 1日 | ¥350        |
| B(バスタオル・フェイスタオル)            | 1日 | ¥150        |
| 付添い寝具                       | 1日 | ¥220        |
| 付添いベッド                      | 1日 | ¥110        |
| 脳ドック                        | 1回 | ¥19,800     |

(全て税込)

## \* 入院期間が180日を超える入院に関する事項

保険医療機関において、入院日より通算して180日を超えた場合、選定療養費として、1日2,066円の負担を徴収させていただきます。(一般病棟入院基本料算定の場合)