

保険外負担に関する事項

当院では個室使用料、証明書・診断書等につきまして、その利用日数等に応じた実費のご負担をお願いしております。

特別療養環境の提供

個室区分	金額	病棟	部屋
特別室	11,000円	4階	460
		5階	561
		6階	657
個室A	3,850円	西館3階	101・102・103・105・106・107・108・110
		3階	306・307・308・310・311・312・316・317・352・353・355 362・363
		4階	401・402・408・410・411・412・451・452・453・455 456・457・458・463・465
		5階	506・507・508・551・552・553・555・556・557・558・560 562・563・565・566・567・568
		6階	601・602・606・607・608・610・611・651・652・653
個室B	3,300円	3階	351
個室C	5,500円	5階	511

証明書・診断書料

区分	種別		料金
文書料	診断書料	一通につき	1,650円
	証明書料	一通につき	1,100円
	領収証名	一通につき	550円
	その他特殊診断(証明)書料	一通につき	2,200円
	年金、障害等診断(証明)書料	一通につき	3,300円
	保険、自賠責診断(証明)書料	一通につき	4,400円
	死亡診断書料	一通につき	3,300円
	出生、死産証明書料	一通につき	1,100円
健康診断書料	一般検査	一通につき	1,100円
	総合検査	一通につき	3,300円
死体検案書料		一通につき	5,500円

その他

区分	種別		料金
エンゼルセット	処置		5,940円
	病衣		1,150円
診療録開示	コピー代	1枚につき	10円
	CD-R	1枚につき	1,230円

選定療養費

初診時選定療養費	7,700円
再診時選定療養費	3,300円

入院期間が180日を超える場合の費用の徴収

同じ病状による通算の入院期間が180日を超えますと、患者さんの状態によっては健康保険からの入院基本料15%が病院に支払われません。180日を超えた日からの入院が選定療養対象となり、条例に定められた金額(2,420円)のお支払いをお願いいたします。

令和6年7月