

保険外負担に関する同意書
【自費料金一覧】

①特別の療養環境加算(差額病床)料金

病室	料金(税込)
505 506	11,000
414 512	8,470
301	6,050
320 405 406 407 408 409 410 411 507 508	4,000
305 306 307 308 325 326 327 332 333 334 412 413	3,850

②各種書類料金

項目	料金(税込)
病院規定の診断書	2,420
各種証明書	2,420
児童生徒の学校へ提出する証明書	605
就職、入学時等の健康診断書	3,025
各種免許更新時の診断書	4,235
死亡診断書	7,260
死体検案書(検案料別)	14,520
生命保険の死亡診断書(簡単なもの)	7,260
生命保険の死亡診断書(詳細なもの)	14,520
身体障害者の診断書(申請書)	7,260
裁判用診断書	14,520
検察庁、警察用の診断書	14,520
厚生・国民年金等の障害認定診断書	14,520
障害診断書又は疾病保険等の証明書 (簡単なもの)	4,840
障害診断書又は疾病保険等の証明書 (詳細なもの)	8,470
難病認定診断書	4,840
国際的診断書	12,100
警察提出用交通事故診断書	2,420

③検査料金

項目	料金(税込)
各種抗体検査(1項目につき)	3,300
腸内フローラ	22,000
ノロウイルス検査	3,960
血液型検査	1,166
マイクロアレイ検査	74,910
アミノインデックス検査	23,760

④予防接種料金

項目	料金(税込)
インフルエンザ	4,180
水痘	9,823
B型肝炎	7,315
おたふくかぜ	6,820
ロタウイルス(2回経口)1価	15,682
ロタウイルス(3回経口)5価	10,454
破傷風	4,180
風疹	7,810
麻疹	7,810
百日せき・ジフテリア・破傷風・ポリオ(4種)	12,199
ジフテリア・破傷風(2種)	4,180
麻疹・風疹(2種)	11,000
日本脳炎	8,338
ヒブ(インフルエンザ菌b型)	9,394
小児用肺炎球菌(プレベナー)	13,255
肺炎球菌(ニューモバックス)	11,847
BCG	8,250
子宮頸がん	17,842
4価髄膜炎(メナクトラ)	25,300

⑤その他

項目	料金(税込)
尿とりパット(小)	29
尿とりパット(大)	35
紙オムツ(S~M)	176
紙オムツ(L)	198
紙パンツ(M~L)	215
紙パンツ(LL)	226
胃瘻手帳	618
診察券再発行	165
インソール	3,564
レッグバッグDIBキャップタイプ	2,530
レッグバッグNSタイプ	2,530
デュケルバンド(母指サポーター)	1,260
カルテ開示手数料	1,320
CD-ROMコピー代(1枚につき)	1,210
医師面談料	5,940
死後処置料	11,880
ねまき代	2,420
透析患者様食事代	715
コピー代(A4)(1枚につき)	11
マスク(2枚入り)	100
テレビカード(1枚)	1,000
尿計量カップ	120

※オムツは外来緊急時のみ

当院では、健康保険法の療養に該当しない保険外負担の料金について、その使用料、利用回数に応じた実費のご負担をお願いしております。上記内容をご了承の上、ご署名くださいますよう宜しくお願い申し上げます。

上記内容について同意いたしました。

年 月 日

患者氏名

代筆者氏名

(続柄)