保険外負担金一覧表

予防接種料（消費税込）

項　目		金 額
ツベルクリン反応	1回	3,700円
ＢＣＧ	1回	8,700円
五種混合（ジフテリア･破傷風･百日咳･ポリオ･ヒブ）	1回	19,800円
四種混合（ジフテリア･破傷風･百日咳･ポリオ）	1回	10,400円
三種混合（ジフテリア･破傷風･百日咳）	1回	4,600円
二種混合（ジフテリア･破傷風）	1回	4,400円
日本脳炎（乾燥細胞培養）	1回	6,700円
不活化ポリオワクチン	1回	9,200円
ＭＲワクチン	1回	9,800円
耳下腺炎（おたふく）	1回	6,200円
水疱瘡（水痘）	1回	8,100円
Ｂ型肝炎ワクチン　10歳以上	1回	5,500円
Ｂ型肝炎ワクチン　10歳未満	1回	5,300円
Ａ型肝炎ワクチン	1回	7,800円
肺炎球菌ワクチン（成人）（ニューモバックス）	1回	7,600円
沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン（小児）（プレベナー13）	1回	11,300円
沈降15価肺炎球菌結合型ワクチン（小児）（バクニュバンス）	1回	11,300円
子宮頸がん予防ワクチン9価（シルガード）	1回	26,400円
インフルエンザ菌ｂ型ワクチン（アクトヒブ）	1回	8,000円
ロタウイルス胃腸炎予防ワクチン（ロタックス）	1回	14,500円
破傷風ワクチン	1回	3,600円
帯状疱疹ワクチン（シングリックス）	1回	22,000円
狂犬病ワクチン（ラビピュール）	1回	15,600円
インフルエンザ　3際以上	1回目	4,000円
	当院２回目	3,000円
インフルエンザ　3際未満	1回目	3,000円
	当院２回目	2,000円
新型コロナワクチン（コミナティ）	1回	16,000円

※公費負担対象年齢の場合はこの限りではございません。

小児健診料（消費税込）

項　目	金 額
乳幼児健康診査	6,390円

※公費負担対象の場合はこの限りではございません。

保険外負担金一覧表

文書料等（消費税込）

項　目			金　額
診断書・意見書等	健康診断書（施設入所用含む）	1通	1,100円
	病院様式診断書	1通	2,200円
	デイサービス意見書	1通	2,200円
	臨床検査個人票（特定医療費（指定難病）申請用）	1通	4,400円
	肝炎治療申請診断書	1通	4,400円
	自立支援診断書（精神通院用）	1通	4,400円
	精神障がい者福祉手帳用診断書	1通	4,400円
	生命保険診断書	1通	5,500円
	特別児童扶養手当認定診断書	1通	5,500円
	特別障害者手当認定診断書・障害者福祉手当認定診断書	1通	5,500円
	身体障害者診断書・意見書	1通	5,500円
	障害基礎年金診断書	1通	5,500円
	自賠責様式診断書	1通	5,500円
	自賠責保険明細書	1通	3,300円
	死亡診断書	1通	4,400円
	死体検案書	1通	11,000円
証明書・報告書等	通院証明書	1通	1,100円
	おむつ使用証明書	1通	1,100円
	医療費領収証明書	1通	1,100円
	受診状況証明書	1通	2,200円
	その他の証明書・報告書	1通	1,100円
学校関連書類	治癒証明書（高校、大学、専門含む）、管理指導表 （※病院様式診断書へ記載した場合は2,200円）	1通	550円
	その他文書（健康診断書、結果証明書、意見書など）	1通	1,100円
小児療育関連書類	検査結果報告書（通常版）検査結果の数値と所見を記載	1通	1,100円
	検査結果報告書（詳細版）検査結果の数値と詳細な所見を記載	1通	3,300円
	検査結果報告書（詳細版）検査結果の数値と詳細な所見を記載 ※作業療法士による評価、言語聴覚士による評価	1通	5,500円
保険会社からの依頼	回答書発行料	1通	11,000円
	医師との面談	1回	11,000円

※上記以外の文書料につきましては総合案内までお問い合わせください。なお、証明内容により料金が変更となる場合がございますので、ご了承く

保険外負担金一覧表

注射・点滴・内服（消費税込）

項　目		金　額
注射・点滴	白玉（3）（タチオン注　3A、生食9ml）	1,650円
	白玉（6）（タチオン注　6A、生食18ml）	3,300円
	美肌ベーシック（静脈内注射）（タチオン3A、生食9ml、アスコルビン酸1A、ビオチン1A）	2,200円
	美肌プレミアム（点滴注射）（タチオン6A、アスコルビン酸1A、ダイビタミックス1A、ビオチン1A、生食50ml）	5,500円
	マルチビタミン（静脈内注射）（ダイビタミックス1A、シーパラ2A、ビオチン1A）	1,100円
	プラセンタ（皮下注射）（メルスモン1A）	1,100円
	疲労回復注射（静脈内注射）（強力ネオミノファーゲンシー1管、ダイビタミックス1A、タチオン3A、生食9ml）	3,300円
	筋トレサポート（静脈内注射）（レボカルニチンFF静注1筒、ビオチン1A、ダイビタミックス1A）	2,200円
内服	透明感セット　2種（シナール・トランサミンカプセル）　各90個	3,300円
	透明感セット　3種（シナール・ユベラNソフトカプセル・トランサミンカプセル）　各90個	4,730円
	透明感セット　4種（ノイロビタン・シナール・ユベラNソフトカプセル・トランサミンカプセル）　各90個	5,940円
	肌荒れ防止セット　2種（ノイロビタン・シナール）　各90個	2,420円
	肌荒れ防止セット　3種（ノイロビタン・シナール・ユベラNソフトカプセル）　各90個	3,850円
	必須アミノ酸（リーバクト配合顆粒）　30包	8,910円
	代謝UP（レボカルニチンFF錠）　30錠	2,090円
	AGA（デュタステリド0.1mg　もしくは　0.5mg）　30日分	5,500円
	AGA（フィナステリド0.2mg　もしくは　1mg）　28日分	7,700円

その他（消費税込）

項　目			金　額
病室設備（貸冷蔵庫＋テレビ）		1日につき	330円
付添布団		1日につき	110円
外用薬（軟膏）の薬剤容器代		50ml	25円
個別栄養指導時の食事代		1食	720円
外来透析関係	外来透析食事代	1食	720円
	持ち帰り弁当（ご飯・おかず）	1食	810円
	持ち帰り弁当（おかず）	1食	690円
	持ち帰り弁当（ご飯代）	1食	120円
	持ち帰り弁当用保冷バック代	1個	165円
	メディミルロイシンプラス	1パック	220円
	オムツ代（ワイドパット）	1個	60円
	オムツ代（パンツ式）	1個	253円
	オムツ代（テープ式）	1個	292円
開示関係	開示基本料金		3,300円
	医師説明	1時間	5,830円
	診療記録等複写費用	1面につき	33円
	ＣＤ-Ｒ	1枚	3,300円
死後処置			5,500円

※上記以外につきましては総合受付までお問い合わせください。なお、内容により料金が変更となる場合がございますので、ご了承ください。

※衛生材料等の治療(看護)行為及びそれに密接に関連した「サービス」や「物」についての費用の徴収や、
「施設管理費」等の曖昧な名目での費用の徴収は行っておりません。