

保険適用外の実費負担について

当院では、以下の項目について、実費のご負担をお願いしております。

1 診断書・証明書

① 入院・外来通院証明書、領収証明書	1 通	550(税込)	円
② 病院様式診断書	1 通	5,500(税込)	円
③ 自賠責診断書・証明書	1 通	11,000(税込)	円
④ 各種保険会社用診断書・証明書	1 通	7,700(税込)	円
⑤ 後遺障害診断書・年金診断書	1 通	11,000(税込)	円
⑥ 身体障害者診断書	1 通	11,000(税込)	円
⑦ 死亡診断書(1通目)		11,000(税込)	円
死亡診断書(2通目)		6,600(税込)	円
⑧ 健康診断書	1 通	3,300(税込)	円

2 予防接種

① インフルエンザ(一般)		3,500(税込)	円
② インフルエンザ(公費負担)		2,300(税込)	円
③ 肺炎球菌ワクチン(プレベナー20)		11,000(税込)	円
④ 肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス)		7,700(税込)	円
⑤ 肺炎球菌ワクチン(公費負担)		3,000(税込)	円

3 その他 (税別)

① 貸しベッド	1 日	165(税込)	円
② カルテ開示手数料		2200(税込)	円
③ カルテコピー代	1 枚	20(税込)	円
④ CD-R(画像データ)	1 枚	550(税込)	円
⑤ レントゲンフィルムコピー(B4)	1 枚	1,100(税込)	円
⑥ レントゲンフィルムコピー(半切)	1 枚	1,650(税込)	円
⑦ 死後処置料		22,000(税込)	円

4 保険外併用診療費

① 入院期間が180日を超える入院	1 日	2,713	円
-------------------	-----	-------	---