

保険外負担に関する揭示事項

〔保険外併用療養費に係る選定療養〕

- 初診料に係る保険外（自費）料金 ： 7,700 円（税込）
※ 他の保険医療機関の紹介がなく、直接受診される場合のご負担となります。
- 再来に係る保険外（自費）料金 ： 3,300 円（税込）
※ 当院から、他の病院又は診療所へ紹介したにもかかわらず、当院に受診した場合のご負担となります。
- 長期入院に係る保険外（自費）料金 ： 1 日につき、2,728 円（税込）
※ 入院期間が 180 日を超える場合、一部負担金とは別のご負担となります。
- 時間外に係る保険外（自費）料金 ： 7,700 円（税込）
※ 緊急受診の必要性がなく、患者さんのご都合によって時間外診療を希望した場合、一部負担金とは別のご負担となります。

〔室料差額〕

- 当院は、2 人室以上については、室料差額の徴収を行っておりません。
特室・個室をご希望の方は、お申し出ください。

							【税込金額】
病 棟	中央棟4階東	中央棟4階西	中央棟5階東	中央棟5階西	中央棟6階東	中央棟6階西	中央棟7階東
個 室 シャワー付	14,300 円	14,300 円	14,300 円	14,300 円	14,300 円	14,300 円	14,300 円
個 室 付	9,900 円	9,900 円	9,900 円	9,900 円	9,900 円	9,900 円	9,900 円
病 棟	中央棟7階西	中央棟8階東	中央棟8階西	南棟2階病棟	南棟3階病棟	南棟4階病棟	
特 室 バス付		33,000 円					
個 室 シャワー付	14,300 円	14,300 円	14,300 円				
個 室 付	9,900 円	9,900 円	9,900 円	9,900 円	9,900 円	12,100 円	
						14,300 円	
個 室 付無				5,500 円	5,500 円		

〔診断書等の料金〕

項目		単位	金額【税込】	備考
一般診断書	院内書式	1 通	3,300 円	その他持ち込み診断書等を含む
保険会社用診断書	入院証明	1 通	5,500 円	診療科毎に証明いたしますので、複数の 診療科の場合は、それぞれ料金が掛ります。
	通院証明	1 通	3,300 円	
障害・厚生年金用診断書	一般用	1 通	5,500 円	
英文診断書		1 通	11,000 円	
交通事故診断関連	診断書	1 通	5,500 円	1 年以上の期間証明をする場合は、 別途手数料が掛る場合があります。
	明細書	1 通	5,500 円	
	後遺症診断	1 通	5,500 円	
死亡診断書	役所用	1 通	11,000 円	
	追加分	1 通	7,700 円	
死体検案書		1 通	3,300 円	
認知症診断書		1 通	11,000 円	運転免許証更新前の認知機能検査による診断
点数証明書		1 通	8,800 円	
支払証明書		1 通	1,100 円	
診療明細書再発行		1 通	1,100 円	

- ※ 上記以外の料金については、各診療科の事務員にお問い合わせください。
- ※ 入院証明について
…連続する一連の入院であっても、複数の診療科で入院した場合は、診療科毎に証明し、入院証明書代としてそれぞれ料金が掛ります。
（例）内科で入院し、退院（自宅等に帰らず）せずに引き続き、外科で入院となり、外科で退院した場合など＞

〔緩和ケア病棟 入院面談料について〕

現在、緩和ケア病棟への入院患者を受け入れるに当たり、緩和ケア担当の医師と看護師が面談を行っております。
面談料は、下記のとおりです。
面 談 料 ： 5,500 円 （税込金額）

〔多焦点眼内レンズを使用する白内障手術に係る選定療養費〕

多焦点眼内レンズ名	金額【税込】	多焦点眼内レンズ名	金額【税込】
テクニス シナジー VB Simplicity	238,161 円	Clarion 非球面 PanOptix トリファル加疎水性アクリル眼内レンズ	243,661 円
テクニス シナジー TVB Simplicity	260,161 円	Clarion 非球面 PanOptix TORIC トリファル加 疎水性アクリル眼内レンズ	276,661 円
テクニス マルチフォーカル アクリル	185,361 円	Clarion Vivity Extended Vision 眼内レンズ AutonoMe オートプロードデバリアシステム	243,661 円

※ 詳細は眼科窓口へお問い合わせください。

〔こどもの予防接種（任意接種）〕

薬剤名	金額【税込】	薬剤名	金額【税込】
MR ワクチン	8,800 円	プレベナー水性懸濁注	11,000 円
ガーダシル水性懸濁筋注シリンジ	17,600 円	バクニューバンス水性懸濁注シリンジ	11,000 円
サーバリックス	17,600 円	ロタリックス内用液	14,300 円
ニューモバックス	8,800 円	ロタテック内用液	9,900 円

※ 各市の助成制度（対象者のみ）がありますので、小児科窓口へお問い合わせください。

〔ピアスに係る保険外（自費）料金〕

項目	金額【税込】	項目	金額【税込】
初診料	3,388 円	ピアス手技料（耳）片側	8,800 円
外来診療料	880 円	ピアス手技料（耳）両側	13,200 円

※ 詳細は、形成美容外科窓口へお問い合わせください。

〔その他の自費料金〕

項目	単位	金額【税込】	備考
病衣レンタル料（入院時）	1 日	330 円	病衣とタオルのセット
おむつ使用料（入院時）	1 日	500 円	おむつセット
テレビ・冷蔵庫付き床頭台利用料（入院時）	1 日	410 円	
面談料	1 日	3,300 円	
画像 CD コピー代	1 枚	1,100 円	
在宅医療に係る交通費	5km まで	1 回 550 円	
	5～10km	1 回 1,100 円	
セカンドオピニオン外来	60 分	22,000 円	意見書の作成料を含む

〔診療費の一般料金について〕

健康保険を使用せずに診療をする場合（保険の資格喪失、第 3 者行為、本人希望など）は、診療保険点数の 1 点単価 1 5 円で算定（課税）します。また、交通事故などで健康保険を使用しない場合は、1 点単価 2 0 円で算定（非課税）となります。

許可番号第 号	
期	自令和 年 月 日
間	至令和 年 月 日
横浜南共済病院	