

## 院内掲示事項「保険外負担に関する事項」

2025 年 7 月 1 日

当院では以下の項目について、その利用回数や使用量に応じた実費の負担をお願いしております。

- おむつ代<新生児用> 1個につき 23 円 (税込) <未熟児用> 1個につき 34 円 (税込)  
     <小児用> 1個につき 28 円 (税込)、33 円 (税込)、44 円 (税込)  
     <大人用>【外来のみ】1個につき 33 円 (税込)、55 円 (税込)、189 円 (税込)、199 円 (税込)
- 軟便安心パット 1枚につき 165 円 (税込)
- はけるパンツ (大人用)【外来のみ】1枚につき 171 円 (税込)、187 円 (税込)、198 円 (税込)
- スリッパ 1袋につき 198 円 (税込)
- 尿とりパット代 (一般用)【外来のみ】1個につき 44 円 (税込)
- 腹帯代 1個につき 396 円 (税込)、462 円 (税込)、838 円 (税込)
- T字帯代 1個につき 220 円 (税込)
- 夜尿計量カップ 1個につき 100 円 (税込)
- 付添い寝具代 (特別病室) 1日につき 110 円 (税込) (特別病室以外) 1日につき 330 円 (税込)
- 死後の処置 11,000 円 (税込)
- 保険会社用文書料 1通につき 6,600 円 (税込)
- 意見書料 1通につき 1,100 円 (税込)、1,650 円 (税込)、3,300 円 (税込)
- 証明書料 1通につき 1,100 円 (税込)、1,650 円 (税込)、3,300 円 (税込)  
     6,600 円 (税込)
- 診断書料 1通につき 1,100 円 (税込)、1,650 円 (税込)、3,300 円 (税込)  
     4,400 円 (税込)、5,500 円 (税込)、6,600 円 (税込)  
     11,000 円 (税込)
- 出産育児一時金支給申請書 (事前申請用含む) 1,650 円 (税込)
- レントゲンフィルム代 1枚につき 66 円 (税込)、166 円 (税込)、262 円 (税込)
- CD-R 1枚につき 550 円 (税込)
- 診療録の開示手数料  
     <加算代> 1枚につき 11 円 (税込) <画像代> 1枚につき 1,100 円 (税込)
- 歯科  
     <ジルコニア> 1本 88,000 円 (税込) <ポーセレン> 1本 132,000 円 (税込)  
     <エンジェル> 1本 55,000 円 (税込) <ジルコニア スタンダード> 1本 55,000 円 (税込)  
     <ジルコニア プレミアム> 1本 66,000 円 (税込)  
     <ハイブリッドインレー> 1本 38,500 円 (税込) <ファイバーコア> 1本 22,000 円 (税込)  
     <レジンコア> 1本 16,200 円 (税込) <ゴールド冠> 1本 132,000 円 (税込)  
     <金パラコア> 1本 44,000 円 (税込) <ホワイトニングオフィス> 1顎 38,500 円 (税込)  
     <ホワイトニングホーム> 1顎 19,800 円 (税込) <ジェルのみ> 1本 3,300 円 (税込)  
     <トレーのみ> 1装置 4,400 円 (税込) ノンクラスプ義歯 55,000 円~220,000 円 (税込)  
     <歯ブラシ> 240 円 (税込) 310 円 (税込)、320 円 (税込)、330 円 (税込)、10,260 円 (税込)  
     <歯間ブラシ> 130 円 (税込)、520 円 (税込)  
     <フロス> 53 円 (税込)、120 円 (税込)、320 円 (税込)、529 円 (税込)  
     <ミラノール> 430 円 (税込)、1,620 円 (税込) <新ポリグリッパ> 1,100 円 (税込)  
     <フッ素ホームジェル> 810 円 (税込)  
     <抜歯(矯正)> 18,000 円 (税込) <埋伏抜歯(矯正)> 35,000 円 (税込)
- 選定療養 (保険外併用療養費)  
     初診時選定療養費 医科 7,700 円 (税込) 歯科 5,500 円 (税込)  
     再診時選定療養費 医科 3,300 円 (税込) 歯科 2,090 円 (税込)  
     金属床による総義歯 コバルトクロム床 220,000 円 (税込) ゴールド床 440,000 円 (税込)

※入院期間が180日を超える入院について

当院では、180日以上ご入院の患者様（別に厚生労働大臣が定める状態にある患者を除く）につきましては、選定療養にかかる負担金（保険外併用療養費）として健康保険一部負担金とは別に、1日につき2,794円（税込）をご負担いただいています。

### ※長期収載品の選定療養について

2024 年 10 月より医療上の必要があると認められず、患者様の希望で長期収載品（後発医薬品がある先発医薬品）を処方した場合は、後発医薬品との差額の一部を選定療養費としてご負担が発生します。（対象となる後発医薬品は、厚生労働省のホームページでご確認下さい。）

上記内容、その他でご不明な点がございましたら医事課までお問い合わせください。

PL 病院長