

# 保険外負担 料金表

## 文書代

(税込)

|                        |         |        |
|------------------------|---------|--------|
| 学校、幼稚園などへの出欠証明書        | (1通につき) | 330円   |
| 学童等 災害共済見舞金の証明書        | (1通につき) | 550円   |
| 保育園、幼稚園への診断書           | (1通につき) | 1,100円 |
| 警察署、勤務先、学校への診断書        | (1通につき) | 3,300円 |
| 受診状況等証明書 (年金用)         | (1通につき) | 3,300円 |
| 公費の新規申請、更新申請用紙         | (1通につき) | 3,300円 |
| 保険会社への証明書 (通院日、通院日数のみ) | (1通につき) | 3,300円 |
| 死亡診断書                  | (1通につき) | 5,500円 |
| 保険会社への診断書              | (1通につき) | 8,250円 |
| 身体障害者診断書・意見書           | (1通につき) | 8,250円 |

※上記以外の文書料金については総合受付でお尋ねください。

## 健康診断

(税込)

|                                  |        |
|----------------------------------|--------|
| 身長・体重・血圧・腹囲・(BMI)・(握力)           | 1,000円 |
| 視力(色覚は希望者のみ)                     | 1,000円 |
| 胸部レントゲン                          | 3,000円 |
| 聴力(オーディオ式)                       | 1,000円 |
| 心電図                              | 2,000円 |
| 肝機能(AST・ALT・γ-GTP)               | 1,500円 |
| 貧血(末梢血液一般)                       | 1,000円 |
| 血中脂質(中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール) | 1,500円 |
| 血糖                               | 500円   |
| 血液型(ABO型+Rh型)                    | 3,000円 |
| HIV抗原・抗体                         | 5,000円 |

※上記以外の健康診断料金については総合受付でお尋ねください。

## 予防接種(公費対象外の場合)

(税込)

|                |         |         |
|----------------|---------|---------|
| A型肝炎ワクチン 0.5ml | (1回につき) | 10,000円 |
| B型肝炎ワクチン 0.5ml | (1回につき) | 9,000円  |
| 水痘(水ぼうそう)      | (1回につき) | 11,450円 |
| 麻疹(はしか)        | (1回につき) | 9,700円  |
| 風疹             | (1回につき) | 9,700円  |
| 麻疹・風疹混合(MR)    | (1回につき) | 12,500円 |
| おたふくかぜ         | (1回につき) | 8,500円  |
| 肺炎球菌(ニューモバックス) | (1回につき) | 9,000円  |
| 肺炎球菌(プレベナー)    | (1回につき) | 11,500円 |
| インフルエンザ(高校生以上) | (1回につき) | 4,500円  |
| 破傷風            | (1回につき) | 4,400円  |
| 带状疱疹           | (1回につき) | 22,000円 |

## 入院期間が180日を超える場合の特別料金

(税込)

|                         |         |        |
|-------------------------|---------|--------|
| 一般病棟で『急性期一般入院料6』を算定中の場合 | (1日につき) | 2,277円 |
|-------------------------|---------|--------|

## その他

(税込)

|                       |         |
|-----------------------|---------|
| 保険会社等による医師面談、調査及び証明書料 | 8,250円  |
| ご遺体検案料                | 44,000円 |
| ご遺体処置料                | 5,500円  |