

# 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20価)	(1回につき)	11,800円
肺炎球菌(キャップバックス21価)	(1回につき)	14,500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

令和7年12月1日

医療法人社団 盛翔会  
浜 松 北 病 院