

保険適用外諸費用 料金表

2024年11月1日現在

当院では、下記の項目について、その使用量、利用回数に応じた実費の負担をお願いしています。
なお、表示は全て「税込」表示となっております。

1. 特別室

当院では、下記の個室の利用について別途「室料」が必要になります。

| | | | |
|----|-------------------------|---------|---------|
| 2階 | 202号室・203号室 | 室料1日につき | 3,850 円 |
| 3階 | 306号室・307号室・311号室・312号室 | 室料1日につき | 3,850 円 |
| 4階 | 406号室・407号室・411号室・412号室 | 室料1日につき | 3,850 円 |

【設備】

車椅子対応トイレ/テレビ・冷蔵庫（別途テレビカード必要）/電話/床頭台/クローゼット/洗面台
小机/木製折畳み椅子

2. 証明書・診断書関係

| | | |
|--|---------|----------|
| 診断書（複雑なもの） | ※当院指定用紙 | 5,500 円 |
| 診断書（簡易なもの） | ※当院指定用紙 | 2,750 円 |
| 証明書 | ※当院指定用紙 | 5,500 円 |
| 証明書（簡易なもの） | ※当院指定用紙 | 2,750 円 |
| 支払証明書 | ※当院指定用紙 | 2,750 円 |
| 入院・総合医療証明書（生命保険・簡易保険用） | | 5,500 円 |
| 国民年金・厚生年金保険診断書（肢体障害者用） | | 11,000 円 |
| 国民年金・厚生年金保険診断書（精神の障害者用） | | 5,500 円 |
| 国民年金・厚生年金保険診断書（聴覚・鼻腔機能・平衡感覚・そしゃく・嚥下・言語機能の障害者用） | | 5,500 円 |
| 身体障害者診断書・意見書（肢体不自由用） | | 11,000 円 |
| 身体障害者診断書・意見書（聴覚・平衡機能、音声・言語又はそしゃく機能障害者用） | | 5,500 円 |
| 特定疾患臨床調査個人票（新規） | | 5,500 円 |
| 特定疾患臨床調査個人票（更新） | | 1,650 円 |
| 診断書（成年後見用）家庭裁判所提出用 | | 5,500 円 |
| 診断書（特別養護老人ホーム利用申込用）※健診扱い除く | | 3,300 円 |
| 診断書（精神障害者保健福祉手帳用） | | 3,300 円 |
| 診断書（おもいやり駐車場） | | 1,650 円 |
| 診断書（公安委員会提出用） | | 1,100 円 |
| 特別障害者手当認定診断書 | | 5,500 円 |
| 後遺障害診断書 | | 5,500 円 |
| 行政機関（裁判所・検察庁・警察等）からの依頼に基づく治療状況回答書 | | 5,500 円 |
| 認知症に関する診断書・意見書（障害者控除対象者認定用） | | 2,200 円 |
| 主治医意見書（新潟市リハビリ教室用） | | 2,200 円 |
| 精神判定診断書（診察代含む） | | 2,200 円 |
| 老人保健移送費支給申請書 | | 1,650 円 |
| 機能訓練意見書 | | 1,100 円 |
| おむつ使用証明書・おむつ購入助成申請書 | | 1,100 円 |
| 診療情報提供書（紹介状）の紛失に伴う再発行 | | 2,750 円 |
| 死体検案書 | | 11,000 円 |
| 死亡診断書（戸籍法に定める等一般的なもの） | | 5,500 円 |
| 死亡診断書（特殊なもの）※生命保険の請求に用いるもの | | 5,500 円 |

3. 選択食加算

| | | |
|-----------|-------|------|
| 食事を選択した場合 | 1食につき | 22 円 |
|-----------|-------|------|

4. おむつ類

| | | |
|----------------|-------|-------|
| ①Mオムツ | 1枚につき | 123 円 |
| ②Lオムツ | 1枚につき | 134 円 |
| ③Mパンツタイプ | 1枚につき | 123 円 |
| ④Lパンツタイプ | 1枚につき | 134 円 |
| ⑤尿とりパッド(小) | 1枚につき | 34 円 |
| ⑥尿とりパッド(大) | 1枚につき | 45 円 |
| ⑦尿とりパッド(8回吸収) | 1枚につき | 69 円 |
| ⑧尿とりパッド(10回吸収) | 1枚につき | 60 円 |
| ⑨軟便安心パット | 1枚につき | 90 円 |
| おむつセットA | 1日につき | 550 円 |
| おむつセットB | 1日につき | 330 円 |

5. その他

| | | |
|---|-------------|---------|
| 入院セットレンタル | | |
| A 基本セット（タオル+日用品） | 1日につき | 286 円 |
| B 病衣セット（基本セット+病衣） | 1日につき | 407 円 |
| C 口腔スポンジセット（基本セット+口腔スポンジ） | 1日につき | 363 円 |
| D 病衣+口腔スポンジセット（基本セット+病衣+口腔スポンジ） | 1日につき | 484 円 |
| 付添い・寝具貸出料 | 1日につき（3日まで） | 280 円 |
| レンタル冷蔵庫使用料 | 1日につき | 392 円 |
| エンゼルセット | | 3,366 円 |
| 浴衣 | | 3,141 円 |
| コピー代（カルテ開示請求に係るもの） | 1枚につき | 34 円 |
| CDによる画像データの提出（CD-Rによるもの） | 1枚につき | 1,320 円 |
| 内視鏡写真のコピー作成費 | 1枚につき | 330 円 |
| 在宅医療に係る交通費 | 北区内1回につき | 220 円 |
| （C001 在宅患者訪問指導料、C006在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料に関わるもの） | | |
| 体外衝撃波疼痛治療術（保険適用外部位） | 1回につき | 5,500 円 |
| 診察券再発行料 | | 110 円 |
| 郵送料金（レターパックライト） | | 430 円 |
| ※診断書等文書に関しては基本的に当院にて手渡しといたします。患者さんの希望にて郵送をご希望の場合、別途郵送料（レターパックライト代金実費）をいただきます。 | | |

6. ワクチン接種

| | |
|--------------------------|---------|
| インフルエンザワクチン予防接種 | 4,400 円 |
| 肺炎球菌ワクチン予防接種 | 7,700 円 |
| ※但し、市町村の助成を受けられる場合があります。 | |

7. 検査（保険適用外）

| | |
|----------------|---------|
| 麻しんウイルス精密抗体価測定 | 3,630 円 |
| ファットスキャン | 2,200 円 |
| ノロウイルス精密検査 | 8,800 円 |
| ノロウイルス簡易検査 | 3,300 円 |

8. 理髪代

理容室に掲示してあります。理髪を病院に委託される場合のみ対象となります。

なお、衛生材料等の治療（看護）行為及びそれに密接に関連した「サービス」や「物」についての費用の徴収や、「施設管理費」等の曖昧な名目での費用の徴収は、一切認められていません。