

保険適用外諸費用 料金表

2026年6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】

トイレ／テレビ・冷蔵庫（別途テレビカード必要）／床頭台／収納棚／洗面台
小机／木製折畳み椅子 ※病棟により一部異なります

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等利用申込用）※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
診断書（介護勤務取得申出書）		1,650 円
診断書（精神通院医療）		5,500 円
診断書（職場復帰提出用）		2,750 円
診断書（療後休暇用）		3,000 円
障害診断書（障害見舞金支払請求用）		11,000 円
特別障害者手当認定診断書		5,500 円
特別児童扶養手当認定診断書		5,500 円
証明書（特別障害者手当・障害児福祉手当認定請求用）		1,650 円
証明書（傷病手当金・傷病手当金附加金請求用）		2,750 円
通院証明書（自動車税用）		1,650 円
車椅子、補装具交付・修理処方意見書		3,300 円
脳損傷又はせき髄損傷による障害の状態に関する意見書		5,500 円
雇用保険受給資格決定等に係る病状証明書		1,650 円
新潟市障がい者訪問入浴サービス診断書		2,200 円
保育認定用診断書		2,200 円
受診状況等証明書		2,200 円
移送を必要とする意見書		1,650 円
おむつ使用証明書・おむつ購入助成申請書		1,100 円
自立支援医療（更生医療）意見書		1,650 円
精密検査結果表（健康診断後・人間ドッグ後）		1,650 円
アフターケアの実施期間診断書（更新）		5,500 円
自賠責診断書		3,300 円
自賠責明細書		2,200 円
後遺障害診断書		5,500 円
行政機関（裁判所・検察庁・警察等）及び保険会社からの依頼に基づく治療状況回答書		5,500 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		
1 基本セット（タオル+日用品）	1日につき	286 円
2 基本セット+病衣	1日につき	407 円
3 基本セット+病衣+肌着	1日につき	467 円
4 基本セット+口腔スポンジ	1日につき	363 円
5 基本セット+病衣+口腔スポンジ	1日につき	484 円
6 基本セット+病衣+肌着+口腔スポンジ	1日につき	544 円
私物クリーニング袋(大)	1袋につき	715 円
私物クリーニング袋(小)	1袋につき	495 円
付添い・寝具貸出料	1日につき	280 円
エンゼルセット		5,500 円
浴衣		3,141 円
コピー代	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
带状疱疹予防接種(生ワクチン)	7,700 円
带状疱疹予防接種(組換ワクチン)	22,000 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。