

保険外負担に関する事項

当院は、以下の事項について、その使用に応じた実績の負担（税込）をお願いしています。

口腔ケア料	ゆびガード	1個につき	S・L	524円	
	バイトチューブ	1個につき		1,100円	
	モアブラシ	1個につき		711円	
	ミニモアブラシ	1個につき		605円	
	リフレケア	1個につき		2,420円	
その他	コーケンカニューレホルダー	1個につき		762円	
	処置料	1回につき		5,500円	
	処置料：寝衣	1枚につき		4,200円	
	電気機器使用料（テレビ・冷蔵庫）	1日につき		330円	
文書料	証明書	通所証明書	1通	1,100円	
		おむつ証明書	1通	1,100円	
		学校関係証明書	1通	550円	
		健康診断関係証明書	1通	1,100円	
		医療費支払明細書	1通	1,100円	
	診断書	一般診断書	当院規格の診断書	1通	2,200円
			保険会社等規格診断書・証明書	1通	4,400円
		保険会社等	後遺障害診断書	1通	4,400円
			死亡診断書（死体検案書）	1通目	4,400円
				2通目以降	2,200円
		年金関係	国民・福祉・厚生年金診断書	1通	5,500円
			身体障害者申請関係	重度意識障害者診断書	1通
		自賠償関係	身体障害者申請関係	身体障害者診断書・意見書	1通
	自賠償診断書			1通	5,500円
	自賠償診療報酬明細書			1通	2,750円
		自動車損害賠償責任保険後遺障害診断書	1通	5,500円	
開示関係	開示基本料金			3,300円	
	医師説明	1時間		5,830円	
	診療記録等の複写費用	1面につき	白黒	33円	
			カラー	44円	
CD-R	1枚		3,300円		
予防接種料	インフルエンザワクチン	1回につき		4,000円	
	新型コロナワクチン	1回につき		16,000円	
	水痘ワクチン	1回につき		8,100円	
	麻しん風しん混合（MR）ワクチン	1回につき		9,800円	
	おたふく（耳下腺炎）	1回につき		6,200円	
	B型肝炎ワクチン	1回につき		5,400円	
	肺炎球菌ニューモボックス	1回につき		7,600円	
	肺炎球菌プレベナー	1回につき		11,300円	
	带状疱疹ワクチン（シングリックス）	1回につき		22,000円	
	破傷風ワクチン	1回につき		4,000円	

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しておりません。

- ・上記の料金は消費税 10%を含めた表示です。
- ・上記及び以外のものでも証明内容により料金を変更する場合がありますので、ご了承ください。