

保険外負担料金表

当院では、健康保険法の療養に該当しない保険外負担の料金について、下記の通りに定めております。その使用料、利用回数に応じた実費のご負担をお願いしております。

種類	項目	料金(税込)
文 書 料	生命保険診断書	5,500円
	院内診断書(当院様式)	3,300円
	院内証明書(当院指定様式)	3,300円
	証明書(当院指定様式外)	3,300円
	死亡診断書料	5,500円
	自賠責請求用診断書	7,700円
	自賠責請求用明細書	7,700円
	後遺症診断書	5,500円
	領収証明書(支払い証明書)	1,100円
	介護保険主治医意見書(新規)	5,500円
	介護保険主治医意見書(継続)	4,400円
	特定疾患診断書(新規)	5,500円
	特定疾患診断書(継続)	5,500円
	肝炎診断書(新規)(更新)	5,500円
	身体障害者福祉手帳診断書	7,700円
	障害年金診断書	7,700円
	おむつ使用証明書	1,100円
	ストマ使用証明書	1,100円
	通院証明書(福祉・労基・身障)	2,200円
	補聴器適合に関する診療情報提供書	4,400円
	成年後見人制度 利用診断書	5,500円
※上記以外の診断書等は書類受付で金額をお知らせします		
診 療 録 開 示	カルテ開示手数料(1申請につき)	3,300円
	カルテ開示手数料(画像所見のみの場合)	1,100円
	カルテコピー代(1枚につき)	16.5円
	画像CD-Rコピー代	550円/検査
そ の 他	貸し寝具代	330円/日
	貸しベッド代	220円/日
	診察券紛失時再発行代	110円
	死後の処置料	11,000円
	死後の処置料(湯灌)(緩和ケア病棟のみ)	33,000円
	スリッパ代	1,100円
	おむつ代	110円
	おむつパッド	80円
	オムツ(新生児用)(36枚)	1,100円
	備品使用料(1日につき)	550円

保険外負担に関する事項について

下記の項目について近畿厚生局へ届出を行っております。

医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療		
○	脳血管疾患等リハビリテーション料	2,695円
○	廃用症候群リハビリテーション料	1,980円
○	運動器リハビリテーション料	2,035円
○	呼吸器リハビリテーション料	1,925円
入院期間が180日を超える入院		
○	急性期一般入院料1	2,785円
白内障患者に対する水晶体再建術に使用する多焦点眼内レンズ支給		
○	Clareon非球面PanOptixトリフォーカル 疎水性アクリル眼内レンズ・	280,000円
○	Clareon非球面PanOptixTORIC トリフォーカル疎水性 アクリル眼内レンズ	300,000円
間歇スキャン式持続血糖測定器の使用		
○	FreeStylerリブレ2 (Reader)	6,600円
○	FreeStylerリブレ2 (センサー)	7,150円

予防接種料金

(定期予防接種) 種類			料金(税込)
B型ワクチン		大人1回目	5,511円
		大人2回目以上	5,511円
麻疹ワクチン			7,579円
風疹ワクチン			7,579円
おたふくかぜ			6,677円
MRワクチン			11,176円
带状疱疹	水痘ワクチン (生ワクチンピケン)	接種券 持参の場合 (年齢指定あり)	4,000円
		補助あり (満50歳以上60歳以下)	5,416円
		自費	9,416円
	シングリックス	接種券 持参の場合 (年齢指定あり)	10,000円
		補助あり (満50歳以上60歳以下) 1回目	18,000円
		1 回目	22,000円
		2回目	22,000円
RSウイルス	アレックスビー		27,500円
インフルエンザ ※	満65歳以上又は満60歳～		1,500円
	64歳で内部障害による		
	身体障害者手帳1級相当の人 ※		
	一般の方 (13歳以上65歳未満)		4,500円
	6か月～12歳	神戸市内	3,000円
	6か月～12歳	神戸市外	4,000円
	2回目		3,000円
	2回目	神戸市外	4,000円
	インフルエンザ (経鼻ワクチンの場合)	2歳～12歳	神戸市内
2歳～12歳		神戸市外	8,500円
13歳～18歳			8,500円

※生活保護世帯、市民税非課税世帯の者、公害被認定者は自己負担無料。