

保険外負担料金について

1. 特別療養環境の提供

◇個室A（1人室）

病棟	病室番号	使用料(1日)	設備内容
7階病棟	701号室・711号室	17,050円	テレビ シャワー トイレ 冷蔵庫 洗面台
8階病棟	801号室・811号室		
9階病棟	901号室・911号室		
10階病棟	1001号室・1011号室		
11階病棟	1101号室・1102号室・1111号室		
12階病棟	1201号室・1202号室・1211号室		

◇個室B（2人室）

病棟	病室番号	使用料(1日)	設備内容
7階病棟	702号室・703号室・706号室 707号室・708号室・709号室 710号室	13,750円	テレビ トイレ 冷蔵庫 洗面台
8階病棟	802号室・803号室・806号室 807号室・808号室・809号室 810号室		
9階病棟	902号室・903号室・906号室 907号室・908号室・909号室 910号室		
10階病棟	1002号室・1003号室・1006号室 1007号室・1008号室・1009号室 1010号室		
11階病棟	1103号室・1106号室・1107号室 1108号室・1109号室・1110号室		
12階病棟	1203号室・1206号室・1207号室 1208号室・1209号室・1210号室		

◇2人床（2人室）

病棟	病室番号	使用料(1日)	設備内容
6階病棟	603号室・604号室・605号室 606号室・608号室・609号室 610号室	5,500円	テレビ 冷蔵庫 共用洗面台
7階病棟	704号室		
8階病棟	804号室		
9階病棟	904号室		
10階病棟	1004号室		
11階病棟	1104号室		
12階病棟	1204号室		

2. 180日を超える入院に係る選定療養費について

- 入院期間が通算して180日を超えて入院されている患者様（難病や重症等の厚生労働省より定められた疾患や状態は除く）につきましては、入院1日につき2,720円（通算対象入院料の15%相当）を自己負担していただくことになります。

3. 初診・再診に係る費用の徴収について

- 他の保険医療機関からの紹介状を持たずに当院に直接来院された場合は、初診時選定療養費として7,700円（歯科同額）をご負担いただく事になります。ただし、緊急その他やむを得ない事情により、他の保険医療機関等からの紹介によらず来院された場合は、この限りではありません。また、再診患者様の中で病状が安定し、当院担当医が他の医療機関へ紹介した患者様が、患者様ご本人の希望により引き続き当院を受診された場合には、再診料のほかに再診時選定療養費として3,300円（歯科同額）をご負担いただく事になります。ご不明な点がございましたら、患者相談窓口にご相談下さい。

4. 診断書・証明書及び保険外負担に係る費用

区別	項目	金額
多焦点眼内レンズ (1眼につき)	テクニスシンフォニーVB	220,000円
	テクニスシンフォニー トーリックVB	242,000円
	テクニスオデッセイVB Simplicity	324,500円
	テクニスオデッセイ トーリックII VB	357,500円
	アルコン Clareon PanOptix トリフォーカル	319,000円
	アルコン Clareon PanOptix トーリックトリフォーカル	363,000円
	アルコン PanOptix トリフォーカル	319,000円
	アルコン PanOptix トーリック トリフォーカル	363,000円
選定療養費	FreeStyleリブレ2(センサー) (2センサー)	12,500円
	FreeStyleリブレ2(センサー) (1センサー)	6,250円
	FreeStyleリブレ2(Reader)	7,089円

区別		項目		金額			
選定療養費		【規定回数を超えて行う場合】					
		PSA 前立腺特異抗原検査 (1回につき)		4,400円			
		心大血管疾患リハビリテーション料 (1単位につき)		2,300円			
		脳血管疾患等リハビリテーション料 (1単位につき)		2,700円			
		廃用症候群リハビリテーション料 (1単位につき)		2,000円			
		運動器リハビリテーション料 (1単位につき)		2,100円			
		呼吸器リハビリテーション料 (1単位につき)		2,000円			
保険外診療費	妊婦検診	回数	週数	費用 (健診料+諸検査)	回数	週数	費用 (健診料+諸検査)
		1	8~11週	23,510円	6	26~27週	4,500円
		2	12~15週	4,500円	7	28~29週	4,500円
		3	16~19週	4,500円	8	30~31週	9,800円
		4	20~23週	9,800円	9	32週	4,500円
		5	24~25週	20,850円			
		妊娠中に必要な検査		貧血、血液型 (Rh型)、不規則抗体、血糖、梅毒、風疹 B型肝炎抗原、C型肝炎抗体、HIV、HTLV-1 クラミジア、GCT、超音波、子宮頸部細胞診			
		※特殊検査は別途費用がかかります。また状態により追加される場合があります。					
診断書・証明書及びその他		別紙【診断書・証明書及び保険外負担料金】をご確認下さい。					