

## 健康保険が適用されない特別料金

<令和7年4月1日から>

当院では、健康保険の療養に該当しない保険外負担として、下記の料金の実費負担をお願いしております。

※但し、ご利用無き場合は、料金の徴収はありません。

初診に係る保険外併用療養費		
医科 初診時選定療養費	(税込)	7,700 円
歯科 初診時選定療養費	(税込)	5,500 円

再診に係る保険外併用療養費		
医科 再診時選定療養費	(税込)	3,300 円
歯科 再診時選定療養費	(税込)	2,090 円

他の保険医療機関等からの紹介状を持たずに当院を受診される初診患者さまについては、初診料とは別に上記の金額をいただいております。なお、特定の公費制度で受診されている方のご負担はありません。詳しくは、医事課にお尋ねください。

入院に係る保険外併用療養費		構成市町の方	構成市町外の方
個室料金(一般室)	(税込)	6,600 円/日	8,800 円/日
個室料金(特別室)	(税込)	13,200 円/日	17,600 円/日
選定療養費(入院期間180日超:一般病棟入院基本料)	(税込)		2,720 円/日

自費診療		
正常な妊娠または分娩に係る自費診療	単価 12 円/保険点数	(消費税非課税)
自賠責に係る自費診療	単価 15 円/保険点数	(消費税非課税)
上記以外の自費診療	単価 15 円/保険点数	(消費税課税)

保険外負担金		(消費税非課税)	
		構成市町の方	構成市町外の方
分娩料又は分娩介助料 ※その他入院料、産科医療補償制度掛金(1子につき12,000円)等別途加算されます。 総額:約380,000円～	時間内	80,000 円	90,000 円
	時間外	90,000 円	100,000 円
	休日・深夜	100,000 円	110,000 円
	構成市町: 田辺市、上富田町、白浜町、みなべ町		
妊婦検診	定期検診		3,000 円/回
	血液検査(後期)		600 円/回
	血液検査34週(ABO・Rh型)		1,000 円/回
	血液検査36週(ABO・Rh型、不規則抗体)		2,200 円/回
	NST(ノンストレステスト)		2,100 円/回
	超音波検査 ※助成券がない場合10,000円		5,300 円/回
胎盤処置料		2,000 円/式	
乳房マッサージ(お産入院中)		1,110 円/回	
授乳指導料 (お産入院中)		1,110 円/回	
母親一ヶ月検診 基本診療		5,000 円/回	
ベビー診察料		3,630 円/初回	
新生児介補料		8,000 円/日	
聴力検査OAE (新生児)		6,000 円/回	
聴力検査ABR (新生児)		8,500 円/回	
ガスリー(先天性代謝異常)検査 (当院出生)		2,800 円/回	
拡大新生児マススクリーニング検査(当院出生)		7,700 円/回	
臍帯血ガス分析		3,500 円/回	
ケイツーシロップ (新生児)		40 円/1回	
		70 円/2回	
		360 円/10回	
グラビット点眼液 (新生児)		330 円/本	
お産セット		4,620 円/式	
おむつ使用料 (バスタオル、着物セット等)		1,000 円/日	
お産バット(特大)		340 円/枚	
ポスバック・K(人工肛門用品)		300 円/枚	
ポスバック・B(人工肛門用品)		400 円/枚	

血液型検査	(税込)	1,100 円/回	
聴力検査OAE (生後一ヶ月目以降での実施の場合)	(税込)	5,940 円/回	
聴力検査ABR (生後一ヶ月目以降での実施の場合)	(税込)	9,350 円/回	
母親教室テキスト代	(税込)	1,100 円/冊	○
小児一ヶ月検診 基本診療	(税込)	6,000 円/回	
羊水細胞染色体検査		74,800 円/回	
	G-バンド・FISH法	(税込)	99,000 円/回
※その他入院料等別途加算されます。(総額:約140,000円~170,000円)			
避妊リング挿入手技	(税込)	8,800 円/回	
避妊リング材料(IUD子宮内避妊用具FD-1)	(税込)	7,700 円/回	
避妊リング抜去	(税込)	4,400 円/回	
緊急避妊剤(ノルレボ錠1.5mg)	(税込)	15,400 円/回	
人工妊娠中絶	11週まで (総額:約150,000円)	(税込)	49,500 円
	12週から (総額:約450,000円)	(税込)	99,000 円
※その他入院料等別途加算されます。			
エンゼルボックス	(税込)	880~ 3,520 円/個	○
死後の処置	(税込)	6,600 円	
紙おむつ(小児用)	(税込)	20 円/枚	○
紙おむつ(大人用)		(注2)	○
尿とりパット		(注2)	○
生理用ナプキン	(税込)	10 円/個	○
ティッシュペーパー	(税込)	100 円/箱	○
注腸用エニマクリン食	(税込)	1,620 円/食	
大腸内視鏡検査用クリアスルー	(税込)	1,080 円/食	
レイキャス(人工授精用品)	(税込)	1,760 円/個	
眼科多焦点レンズ(片眼)※レンズの種類は眼科外来に掲示されています	(税込)	210,000 250,000 円/式	
眼科多焦点レンズ(両眼)※レンズの種類は眼科外来に掲示されています	(税込)	420,000 500,000 円/式	
コンタクト洗浄代	(税込)	220 円/回	
インプラントに関する諸費用※別途歯科口腔外科にて明細が提示されます	(税別)	500~ 200,000 円	
CT撮影(インプラント用)他院依頼分	(税込)	18,480 円	
ルシエロ P-10	歯科口腔外科 (税込)	360 円/本	○
ルシエロ 歯間ブラシセット	歯科口腔外科 (税込)	530 円/本	○
ルシエロ 歯間ブラシスベア	歯科口腔外科 (税込)	280 円/本	○
システム 44	歯科口腔外科 (税込)	330 円/本	○
コンクール F	歯科口腔外科 (税込)	1,100 円/本	○
バイオティーン オーラルバランス	歯科口腔外科 (税込)	1,820 円/本	○
ワンタフトシステムブラシ	歯科口腔外科 (税込)	330 円/本	○
ワンタフトブラシS	歯科口腔外科 (税込)	330 円/本	○
サムタフト #31	歯科口腔外科 (税込)	240 円/本	○
ピバくるりん スポンジブラシ	歯科口腔外科 (税込)	60 円/本	○
オプトレズ口腔スポンジブラシ	歯科口腔外科 (税込)	50 円/本	○
サンスター バトラー スポンジブラシ(オレンジ)	歯科口腔外科 (税込)	40 円/本	○
フレッシュメイト 舌ブラシ	歯科口腔外科 (税込)	860 円/本	○
オーラルバイトワイド	歯科口腔外科 (税込)	860 円/本	○
ファストン(入れ歯安定剤)	歯科口腔外科 (税込)	590 円/本	○
入院中の予防接種※医師が必要と判断した場合のみ	(税込)	3,000~ 29,770 円/回	
セカンドオピニオン外来	(税込)	11,000 円~	
医師面談料(延長30分を超える毎)	(税込)	5,500 円/回	
診療相談料(他院患者の家族診)	(税込)	1,770 円/回	
診療情報開示基本料金	(税込)	1,100 円	
診療録複写料金	(税込)	20 円/頁	
X線フィルム複写料金	(税込)	520 円/枚	
光ディスクへの複写料金	(税込)	2,200 円/枚	

※注1:総額「約〇〇円、約〇〇円～」とお示しの金額は、概算金額であり、治療内容により増減します。

※注2:紙おむつ(大人用)、尿とりパットは持ち込みされるか、院内のレンタル業者をご利用ください。

文書料		(消費税課税)	
年金・自賠責・生命保険・恩給関係等の診断書	(税込)	4,400 円/通	
死亡診断書(死体検案書)	(税込)	3,300 円/通	
健康診断後の診断書	(税込)	2,200 円/通	
身体障害者診断書・臨床調査個人票	(税込)	3,300 円/通	
自賠責の後遺障害診断書	(税込)	4,400 円/通	
自賠責に係わる診療報酬明細書・照会文書	(税込)	4,400 円/通	
普通診断書・証明書・診療点数確認書	(税込)	2,200 円/通	
(妊娠・出産・出生)証明書	(税込)	2,200 円/通	
その他証明書(簡易)	(税込)	1,100 円/通	
その他証明書(英文診断書・副作用救済診断書等調査に時間を要するもの)	(税込)	4,400 円/通	
支払い証明書	(税込)	1,100 円/枚	
その他の診断書	※ 4,400円以内で上記料金を準用したものとします。		