

自費料金一覧表

当院では、健康保険の療養に該当しない保険外負担の料金について、下記のとおり、その使用量、利用回数に応じた実費の負担をお願いしております。

各種書類関係

種 別	単位	料金(税込)
一般証明書・診断書	1 通	3,300円
一般診断書（警察提出用）	1 通	5,500円
健康診断書	1 通	3,300円
死亡診断書	1 通	5,500円
死亡診断書（写）	1 通	3,300円
死体検案書	1 通	7,700円
裁判用診断書	1 通	22,000円
通院証明書	1 通	1,100円
特定疾患 臨床調査個人票（新規・更新）	1 通	3,300円
成年後見用診断書（家庭裁判所提出用）	1 通	3,300円
生命保険診断書	1 通	5,500円
生命保険受給に関する障害診断書	1 通	7,700円
生命保険受給に関する後遺障害診断書	1 通	7,700円
簡易保険診断書	1 通	5,500円
恩給・年金診断書	1 通	7,700円
身障者診断書・意見書	1 通	7,700円
自賠責診断書	1 通	5,500円
労災補償給付支給診断書	1 通	4,400円
特別児童扶養手当認定診断書（※2年ごとに更新）	1 通	7,700円
特別障害者手当認定診断書	1 通	7,700円
障害児福祉手当認定診断書	1 通	7,700円
県交通災害共済組合用診断書	1 通	5,500円
小児慢性特定疾患 臨床調査個人票（新規・更新）	1 通	3,300円
自立支援にかかる医療意見書等（新規・更新）	1 通	3,300円
中学校健康診断書・就園前健診	1 通	3,300円
義務教育を除く学校等への情報提供料	1 通	2,500円
治癒（ゆ）証明書	1 通	1,100円
登校許可証明書	1 通	1,100円
訪問入浴（通所）等に関する医師意見書	1 通	1,100円
おむつ証明	1 通	1,100円
ストーマ意見書	1 通	1,100円
小児科各種診断書	1 通	1,100円
学校尿検査第三次検査結果報告書	1 通	1,100円
医療費領収証明書	1 通	550円
傷病証明書（職安等）	1 通	3,300円
休業補償就業不能状況報告書	1 通	3,300円
柔道整復師等の施術にかかる医師意見書	1 通	1,100円
公安委員会提出用診断書（てんかん・認知症）	1 通	5,500円
移送費・家族移送費請求書	1 通	3,300円
受診状況等証明書	1 通	3,300円
補装具意見書（車椅子用）	1 通	7,700円
補装具意見書（車椅子以外用）	1 通	3,300円
産業医情報提供書（検診異常による再検査）	1 通	1,100円
精神障害者保健福祉手帳用診断書	1 通	3,300円
肝炎関連診断書	1 通	3,300円
肝炎訴訟に関する書類	1 通	5,500円
インターフェロン治療診断書	1 通	3,300円
アルコール・大麻診断書	1 通	3,300円
医師指示書（介護職員等たん吸引等実施研修用）	1 通	3,300円

予防接種関係

種 別	単位	料金(税込)
インフルエンザワクチン	1回	3,500円
おたふくワクチン	1回	8,000円
風しんワクチン	1回	8,000円
麻しんワクチン	1回	8,000円
麻しん風しん混合ワクチン（MRワクチン）	1回	9,000円
水痘ワクチン	1回	8,700円
4種混合ワクチン	1回	11,000円
3種混合ワクチン	1回	8,000円
2種混合ワクチン	1回	7,000円
日本脳炎ワクチン	1回	6,000円
（乾燥細胞培養）日本脳炎ワクチン	1回	6,800円
BCGワクチン	1回	6,000円
ツベルクリン	1回	3,000円
A型肝炎	1回	7,000円
B型肝炎	1回	7,000円
破傷風	1回	4,000円
サーバリックス・ガーダシル・シルガード（子宮頸癌予防ワクチン）	1回	16,000円
Hibワクチン（アクトヒブ）初回	1回	9,000円
Hibワクチン（アクトヒブ）2回目以降	1回	6,000円
小児用肺炎球菌ワクチン	1回	9,000円
狂犬病ワクチン	1回	12,500円
ロタウイルスワクチン（ロタテック）	1回	9,000円
不活化ポリオ	1回	6,100円
ニューモバックス（肺炎球菌ワクチン）	1回	7,000円
プレバナー（肺炎球菌ワクチン）	1回	12,000円

診療録関示関係

項 目	単位	料金(税込)
開示手数料	1件	3,300円
補足説明	1 時間	5,500円
乾式複写	1 枚	33円
画像記録（半切）	1 枚	385円
画像記録（大角）（大四切）	1 枚	330円
画像記録（保険会社提供用）	1枚	770円
CD-R	1 枚	220円
超音波画像の記録	1 枚	220円
（患者私的希望）CD-R	1 枚	1,100円

その他

項 目	単位	料金(税込)
面談料（生命保険会社）	1 時間	5,500円
死後処置料		11,000円
死体検案料（院外死亡）		11,000円
インプラントCT単純		16,500円
大腸内視鏡用検査食	セット	1,000円
A B O式血液型検査		2,200円
付き添い食（1食につき）	1食	550円
フィラデルフィアカラー	1つ	15,400円
妊娠反応検査（申し出時のみ）		2,200円