

保険外負担一覧表

令和6年6月1日現在

日常生活上のサービスに係る費用			
種	類	料 金 ( 税 込 )	備 考
テレビ貸与代		165円	1日につき
イヤホン代		220円	1個につき
テープ止め		97円	1枚につき (おむつ代)
尿取りパッド		22円	//
リハビリパンツ		87円	//
診察券再発行代		110円	1枚につき
患者外給食 (朝食)		443円	1食につき
患者外給食 (昼食・夕食)		790円	//
人工腎臓時給食 (透析患者用)		660円	//
布団使用料 (付添用)		132円	1日につき
ベッド使用料 (付添用)		220円	//
散髪代		2,200円	1回につき
エンゼルセット (死亡時の処置材料)		6,600円	1セットにつき
寝衣		2,750円	1枚につき
オーラルケア 吸引付くるリーナ		592円	1本につき
オーラルケア モアブラシ		501円	1本につき
オーラルケア 舌ブラシ		413円	1本につき
オーラルケア 吸引付歯ブラシ		418円	1本につき
止血バンド		275円	1個につき
マンスリークリーナー		550円	1回につき
短期入院セット		1,210円	1セットにつき
リストバンド (再発行時)		130円	1枚につき
公的保険給付とは関係のない文書の発行にかかる費用			
種	類	料 金 ( 税 込 )	備 考
各種証明書		1,100円	
診断書 (院内様式)		2,200円	
診断書 (保険会社等)		3,300円	
死亡診断書		2,200円	
年金受取り用診断書		3,300円	
福祉身体障害者用診断書		5,500円	
自立支援医療意見書		3,300円	
特定疾患申請診断書 (臨床個人票)		3,300円	
死体検案書		5,500円	
労災診断書		労働基準局が指定する額	
交通事故診断書		2,200円	
自賠償請求用診断書		5,500円	
自賠償請求用診療報酬明細書		3,300円	
その他診断書・証明書 (院内様式)		2,200円	
その他診断書・証明書 (院外様式)		3,300円	
診療録等の開示手数料 (A3用紙以内: 1枚あたり)		10円	町の個人情報開示条例に基づき事前の開示請求書の手続きが必要 (予め本人の同意が必要です。)
面談料		5,500円	医師1名毎
画像診断データ提供料		550円	ディスク1枚毎
診療報酬点数表上実費徴収が可能なものとして明記されている費用			
種	類	料 金 ( 税 込 )	備 考
ガソリン代 (在宅医療に係る交通費) 片道2kmまで		220円	片道3kmから1km距離が増えるごとに94円

医療行為ではあるが治療中の疾病又は負傷に対するものではないものに係る費用			
種	類	料 金 ( 税 込 )	備 考
ワクチン各種			
インフルエンザワクチン	(一般：1回目)	4,400円	65歳未満の方(周防大島町以外の方)
〃	(一般：2回目)	4,000円	〃
〃	(高齢)	4,950円	65歳以上(自治体によって異なります。周防大島町以外の方はご相談ください。)
肺炎球菌ワクチン	(任意)	8,370円	要予約
肺炎球菌ワクチン	(周防大島町在住助成対象の方)	2,850円	〃
破傷風ワクチン		4,142円	〃
A型肝炎ワクチン		7,748円	〃
B型肝炎ワクチン		5,938円	〃
日本脳炎ワクチン		6,875円	〃
麻疹ワクチン		6,590円	〃
風疹ワクチン		6,590円	〃
麻疹風疹混合ワクチン		10,190円	〃
水痘ワクチン		8,430円	〃
おたふくかぜワクチン		6,600円	〃
検査・治療等			
ノロウイルス検査料	(1検体)	2,420円	簡易キットによるノロウイルスの検査 (3歳未満または65歳以上の方は保険適応になります。)
巻き爪・陥入爪矯正治療	(初回)	8,195円	超弾性ワイヤーによる矯正治療
巻き爪・陥入爪矯正治療	(2回目以降)	1,364円	〃
ED(勃起不全)改善治療			
バイアグラ錠	50mg処方料	1,804円	1錠につき
シアリス錠	10mg処方料	1,804円	〃
男性型脱毛症(AGA)の進行を抑制する育毛治療			
プロペシア錠	処方料(初回)	10,373円	1処方につき
プロペシア錠	処方料(2回目以降)	8,635円	〃
ソフトサンティア	(1本)	109円	涙を補い、目の乾燥を防ぐ外用薬
アイスキングケアシャンプー	(1本)	660円	睫毛・目元のスキンケア用品
エピペン注射液	処方料	13,321円	アナフィラキシー発現時の補助治療剤 (アナフィラキシーの既往がある方またはアナフィラキシーを発現する危険性が高い方に限り保険適応になります)

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、一切認められていません。

保険外併用療養費			
種	類	料 金 ( 税 込 )	備 考
入院期間が180日を超えた日以後の入院に係る療養	(1日につき) ※こちらの料金を徴収する場合には、個別に文書にてお知らせ致します。	2,412円	急性期一般入院料4

当院の特別の療養環境室は、以下のとおりになります。

特別の療養環境に係る病室の料金				
病棟・病室番号	病床数	料 金 ( 税 込 )	備考	
一般病棟 421号室 422号室	特別室(1床)	5,500円	1日につき	
療養病棟 523号室	特別室(1床)	3,300円	〃	
一般病棟 411号室 412号室 413号室 415号室 416号室 417号室 418号室	個室(1床)	2,200円	〃	
療養病棟 521号室 522号室	個室(1床)	1,650円	〃	