

保険適用外料金表

個室名	部屋数	浴室	1日の料金	個室名	部屋数	浴室	1日の料金
間仕切り4床室 301~302、401~403 451~453、501~503 551~553、601~603 612、613	20	—	1,100円	個室(ユニット無) 412~415、462、463、467 513、515、562、563、566 655~657	14	—	5,500円
2床室 511、517、531、532、561 567、581、582、611、615 631、632、661、662	14	—	1,100円	個室(ユニット有) 331、332、431、481、512 516、565、653	8	○	9,350円

その他費用

コインランドリー	100円	診断書(非課税分)	1,000-8,000円
死後処置料一般	7,700円	健康診断書	3,300円
死後処置料外傷	11,000円	一般診断書	3,300円
マックスベルト各サイズ	2,000円	死亡診断書	6,600円
T.E.Dサ-シ"カルストッキング、 ハイソックス(S~L)	1,000円	生命保険診断書	6,600円
バストバンドS-LL	1,100円	身体障害者用診断書・意見書	8,800円
クラビクルバンドS~LL	1,700~2,950円	障害年金診断書	8,800円
セルフカテーテル男女用	2,380円	後遺症用診断書	8,800円
ポリネックソフトS~LL	4,230円	支払証明書(1月)	110円
スーフル	3,850円	診療録開示手数料	5,500円
カルテコピー代(白黒)	20円	画像提供用CD — R	1,100円
カルテコピー代(カラー)	100円	外来透析食	506円
診察券再発行料	500円	初診時選定療養費	4,400円
		180日超入院の選定療養費	2,728円
		選定療養費(特定)	1,001円

上記は税込表示

保険外併用療養費

・他の医療機関からの紹介によらず、直接当院へご来院の患者さまについては、初診に係る費用として4,400円(税込)の選定療養費をご負担していただく事になります。但し、救急車等による(緊急でやむを得ない事情)場合はこの限りではありません。

・厚生労働大臣の定める制度により、長期にご入院されている方に対し、入院に係る費用として1日2,728円(税込)の特別料金をご負担していただく事になります。尚、該当される方へは事前にご連絡いたします。

※金額表示されていないものは、種類・規格等により金額が異なります。

※上記項目以外にも状況により、患者さまのご了解を得た上で実費が発生する場合がございます。



社会医療法人 恵愛会

大分中村病院