

保険外併用療養費について

当院で入院療養に際し、個室・セミ個室(特別療養環境室)を希望される場合、医療費とは別に保険外併用療養費として、使用1日につき下記の室料が別途必要です。

料金区分	設備品	面積 (㎡)	収容人数	病棟名	病室名
1日につき 2,750円(税込)	冷蔵庫	32.28	4人	A 4	403 432
	テレビ(無料)	32.08~33.06	4人	A 5	501 502 531 532
	ブルーレイプレイヤー	32.08~33.06	4人	A 8	801 802 831
	デスク	33.06	4人	A 9	901 931 932
	床頭台・ロッカー 専用椅子 応接セット(通路側のみ) 個別壁付照明(調光機能・リモコン)(通路側のみ) 個別ダウンライト				
1日につき 6,600円(税込)	冷蔵庫	12.01~12.43	1人	A 3	311 312 313 315
	テレビ(無料)	10.24~12.64	1人	A 4	407 408 410 411
	ブルーレイプレイヤー				421 422
	デスク	10.24~12.64	1人	A 5	508 510 511 512
	床頭台・ロッカー				521 522 523 525
	専用椅子	10.24~12.64	1人	A 6	608 610 611 612
	応接セット				621 622 623 625
	個別壁付照明(調光機能・リモコン) 個別ダウンライト	11.84~12.64	1人	A 8	805 808 810 811
1日につき 7,150円(税込)	洗面化粧台	10.37~12.01	1人	A 9	910 911 923 925
	冷蔵庫	17.1~18.67	1人	B 3	351 352 362 363
	テレビ(無料)				366 367 368 370
	ブルーレイプレイヤー				371 372 373 375
	床頭台				376 378 380 381
	専用椅子				382
	応接セット	17.1~18.67	1人	B 4	452 462 463 466
	洗面化粧台				467 468 470 471
1日につき 9,900円(税込)	トイレ				472 473 475 476
					478 480 481 482
		17.1~18.67	1人	B 5	562 563 578 580
					581
	冷蔵庫	9.21~9.45	1人	A 4	428 430
	テレビ(無料)	12.25~12.57	1人	A 5	506 507
	ブルーレイプレイヤー	12.25	1人	A 6	606
	デスク	12.25~12.57	1人	A 8	806 807
1日につき 16,500円(税込)	床頭台・ロッカー	12.25	1人	A 9	905 906
	専用椅子				
	応接セット				
	個別壁付照明(調光機能・リモコン) 個別ダウンライト				
	ユニットバス(トイレ・洗面化粧台・浴槽)				
	冷蔵庫	34.2	1人	B 3	365
	テレビ(無料)	34.2	1人	B 4	465
	ブルーレイプレイヤー				
	デスク				
	ロッカー、チェスト				
	専用椅子				
	カウチソファ				
	個別壁付照明(調光機能・リモコン) 個別ダウンライト				
	個別空調				
	電動カーテン				
	ユニットバス(トイレ・洗面化粧台・浴槽) ミニキッチン				

※詳細につきましては、4番受付までお問い合わせください

当院を受診される際は 紹介状をご持参ください

厚生労働省の定めにより、400床以上の地域医療支援病院へ直接受診された場合に、以下の選定療養費が義務化されております。

できる限り、かかりつけ医からの紹介状をご持参の上、受診をお願いいたします。

初診時

紹介状を持たずに初診で受診される場合、選定療養費として

医科 7,700円(税込) 歯科 5,500円(税込)
を診療費とは別にご負担いただきます。

再診時

(当院での定期的なフォローアップは対象になりません。)

病状が安定し、当院から他の保険医療機関へ紹介後、他の医療機関からの紹介状をお持ちにならず、希望により再度当院を受診される場合、選定療養費として

医科 3,300円(税込) 歯科 2,090円(税込)
を診療費とは別にご負担いただきます。

小児科受診の皆様へ

当院は400床以上の地域医療支援病院のため、厚生労働省の定めにより、紹介状なしで直接受診された初診の場合には選定療養費の徴収が義務づけられております。

初診時選定療養費

紹介状を持たずに初診で受診される場合、選定療養費として

医科 7,700円(税込) を診療費とは別にご負担いただきます。

小児科ではフォローも考え1年以内に受診がある場合は選定療養費の徴収をしていませんでしたが、半年間受診がない場合は選定療養費をご負担していただきます。

※慢性疾患の定期受診や再診の方は対象になりません。

保険外併用療養費について

当院では、以下の項目について、利用日数や回数、件数に応じた実費負担をお願いしております。

□入院期間が180日を超えた日以降の療養に係る入院料負担額

(※厚生労働大臣が定める状態にある患者様を除きます)

1日につき2,785円(税込)

□医療上必要があると認められない、患者様の都合による精子の凍結又は融解の負担額

導入時1回 23,000円(税込)

医 事 課