

1. 有料個室料(特別の療養環境)(1日につき)

(税込)

病棟	構成市町	構成市町外	部屋番号
4病棟	6,050円	7,150円	401・402・403・405・406・407・418・420
	3,850円	4,180円	421・422
5病棟	6,050円	7,150円	501・502
	5,500円	6,600円	503・505・506・507・508・510
6病棟	11,000円	13,200円	603
	6,050円	7,150円	601・602
	5,500円	6,600円	605・606・607・608・610
	3,850円	4,180円	623・625
7病棟	6,050円	7,150円	701・702
	5,500円	6,600円	703・705・706・707・708
8病棟	6,050円	7,150円	810・811
	5,500円	6,600円	822・823
	3,850円	4,180円	825・826
9病棟	5,500円	6,600円	908・910・911
	3,850円	4,180円	925・926
10病棟	5,500円	6,600円	1001・1002
11病棟	3,300円	3,850円	1113・1115・1116・1117・1118・1120・1121・1122・1123・1125

※1泊2日の場合は2日分の金額となります

2. 選定療養費(200床以上の地域医療支援病院)について

初診の場合	7,000円	(歯科5,000円)
再診の場合	2,500円	(歯科1,500円)

3. 入院実費(入院期間が180日を超える場合、入院基本料の15%)

1日につき	2,785円
-------	--------

4. 予防接種に係る費用

インフルエンザ	5,100円	ヒブワクチン	7,579円
水ぼうそう	6,600円	おたふくかぜ	5,500円
成人用肺炎球菌	7,770円	小児用肺炎球菌	10,703円

5. 入院に係る費用

病衣(1日につき)	110円	付き添いベッド	165円
個室電話代	実費	付き添いベッド・寝具	330円
オムツ代	880円～5,247円(サイズ・種類・セット枚数により異なる)		

6. 診断書・証明書に係る費用

普通診断書	2,750円	医療費証明書	1,650円
生命保険診断書	5,500円	後遺症診断書	2,500円
難病申請診断書	2,750円	妊娠証明書	2,500円
健康診断書(簡単)	2,750円	出産証明書	3,300円
健康診断書(複雑)	3,850円	死亡診断書	3,300円

7. 妊婦検診に係る費用

妊婦検診(医師コース)	4,000円
妊婦検診(助産師コース)	3,000円