

保険外併用療養費に関する事項 当院では、以下の項目について届出を行っております

区分	項目	単位	料金(税込)
選定療養	特別療養環境の提供（室料差額）		別掲載
	保険医療機関が表示する診療時間以外（※）における診察	1回	9,900円
	病床数が200床以上の病院について受けた初診	1回	9,900円
	病床数が200床以上の病院について受けた再診	1回	4,400円
	入院期間が180日を超える入院（難病患者特定の患者を除く）	1日	2,783円
	金属床による総義歯の提供（コバルトクロム合金）	上下別	220,000円
	医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結又は融解	1回	11,000円
	白内障に罹患している患者に対する水晶体再建術に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給		別途揭示
先進医療	子宮内膜擦過術	1回	18,000円(非課税)
	子宮内膜刺激術	1回	30,000円(非課税)
	子宮内膜受容能検査1	1回	154,000円(非課税)
	膜構造を用いた生理学的精子選択術	1回	28,000円(非課税)
保険外負担	診断書証明書交付料金	1枚	別掲載
	診察券再発行	1枚	220円
	紙おむつA（開閉式）	1枚	154円
	紙おむつB（パンツ式）	1枚	132円
	紙おむつC（尿とりパット）	1枚	44円
	新生児用紙おむつ	1枚	132円
	小児・新生児用貸与衣	1枚	220円
	使い捨て食事用エプロン ポケット付き	1箱	990円
	シューズカバー	1足	110円
	薬剤容器代	1個	110円
	付き添い寝具使用料	1日	440円

（※）当院の診療時間について

月曜日～金曜日 9：00～17：00

土曜日（第2土曜日除く） 9：00～12：00

（休診日：日曜日、祝日、年末年始、第2土曜日、創立記念日（2月12日））