

保険外負担料金（自費）一覧

別掲（4）

当院では、健康保険法に基づく療養の給付と直接関係のない以下の料金について、その使用料・利用回数に応じた実費のご負担をお願いしています。

保 険 外 併 用 療 養 費	税 込 金 額
特別の療養環境に係る選定療養費（1人室）（1日につき）	17,600円
	14,300円
	13,200円
特別の療養環境に係る選定療養費（2人室）（1日につき）	13,200円
	6,600円
初診時選定療養費	7,700円
再診時選定療養費	3,300円
時間外選定療養費	7,700円
180日を超える入院に係る選定療養費（1日につき）	2,785円
文 書 料 金 等	税 込 金 額
生命保険・損害保険診断書	13,200円
自賠責（自動車損害賠償責任保険）診断書	11,000円
自賠責（自動車損害賠償責任保険）明細書	8,800円
死亡診断書（保険会社用）	11,000円
死亡診断書	11,000円
障害年金診断書	7,700円
普通診断書	5,500円
身体障害者診断書	5,500円
特定疾患認定申請用診断書	5,500円
画像データコピー（CD-R等）	3,300円
レントゲンフィルムコピー（1枚につき）	1,650円
証明書	5,500円
学校安全会書類（医療等の状況：日本スポーツ振興センター書類）	550円
診療録開示手数料（基本料金）	3,300円
診療録要約書	7,700円
診療録等の写し（カラー）（A4・1面につき）	50円
診療録等の写し（白黒）（A4・1面につき）	20円
衛 生 用 品 等	税 込 金 額
エンゼルケア	7,700円
浴衣	3,630円
入院セットB（ティッシュ、コップ、シャンプー、ボディソープ、モアブラシ、口腔ケアジェル）	1,980円
入院セットA（ティッシュ、コップ、シャンプー、ボディソープ、歯ブラシ、歯磨き粉）	1,030円
モアブラシ	610円
口腔ケアジェル	610円
歯ブラシ	170円
デンチャーポット	143円
診察券再発行代	100円
●ストーマ材料（種類による）	600円 ～ 1,100円
おしりふき（種類・サイズによる）	220円 ～ 460円
オムツ（種類・サイズによる）	30円 ～ 1,260円
検 査 料 金 等	税 込 金 額
母体血清マーカーファーストスクリーン検査（採血+超音波）	33,000円
母体血清マーカークアトロテスト（採血）	16,500円
新生児拡大マススクリーニング	11,380円
胎児検診トリプルマーカー検査（採血）	7,920円
●新生児聴力検査（横浜市以外）	4,000円
●先天性代謝異常検査（1回目）	3,500円
●先天性代謝異常検査（2回目）	1,800円
●新生児聴力検査（補助券使用）	2,500円
●新生児用ケイソーシロップ（1本）	300円
●エコリシン眼軟膏（1本）	160円
予 防 接 種 料	税 込 金 額
RSウイルス（妊婦用）	34,699円
RSウイルス（60歳以上）	29,040円
子宮頸がんワクチン	27,588円 ～ 18,700円
带状疱疹	24,200円
ロタウイルスワクチン	14,300円
肺炎ワクチン	10,454円
4種混合（破傷風、ジフテリア、百日咳、不活性ポリオ）	11,000円
水痘	11,000円
MRワクチン（麻疹・風疹）	11,000円
不活化ポリオワクチン	11,000円
ヒブワクチン（アクトヒブ）	9,900円
BCG	7,700円
おたふくかぜ	7,700円
B型肝炎ワクチン（小児）	7,700円
日本脳炎	7,480円
2・3種混合（破傷風、ジフテリア、百日咳）	6,600円
インフルエンザ（13歳以上）	6,600円
インフルエンザ（1～12歳）（1回につき）	4,950円
ツベルクリン（判定含む）	5,500円

※●は非課税

済生会横浜市南部病院

2025.5.1 医事課