

# 選定療養費のお知らせ

当院は「地域医療支援病院」のため、健康保険法の定めにより、  
以下の場合は選定療養費（医科/歯科）をご負担いただきます。

## ■他の医療機関からの紹介状をお持ちでない初診の場合

初診料とは別に **7,700円(税込)**

## ■他の医療機関へ紹介したにもかかわらず再度当院を受診する場合

再診料とは別に **3,300円(税込)**

## ■時間外の場合

平日 17:00～翌朝 9:00 【土・日・祝日・年末年始（12/29～1/3）】終日

初診料/再診料とは別に **7,700円(税込)**

※当院では「紹介外来制」をとっており、受診する際には  
原則、他の医療機関からの紹介状が必要となります

済生会横浜市南部病院

2025年9月 揭示管理：医事課