

保険適用とならない料金について

	税抜き金額	税込み金額
1 初診・再診にかかる特別料金		
(1) 初診にかかる特別料金 ①歯科以外……………1回につき 7,000.00円	7,000.00円	7,700.00円
②歯科……………1回につき 5,000.00円	5,000.00円	5,500.00円
※ 他の保険医療機関等からの紹介なしに直接来院された場合、初診にかかる費用として徴収します。		
(2) 再診にかかる特別料金 ①歯科以外……………1回につき 3,000.00円	3,000.00円	3,300.00円
②歯科……………1回につき 1,900.00円	1,900.00円	2,090.00円
※ 当院から他の保険医療機関に紹介された患者様が、再度紹介状を持たずに当院を受診された場合に徴収します。 ただし、緊急その他やむを得ない事情により来院した場合は、この限りではありません。		
2 特別入院料	1日につき 2,480.00円	2,728.00円
※ 入院期間が180日を超える方(難病患者、重症患者等を除く)は入院基本料の15%を自己負担していただきます。		
3ー1 リネン等(助産関連)		
(1) 北2病棟リネン代 おむつ・病衣・滅菌タオル類料……………1日につき 792.00円	792.00円	非課税
(2) タオル 消毒タオル類料……………1日につき 110.00円	110.00円	非課税
(3) おむつ サイズSS……………1日につき 198.00円	198.00円	非課税
(おむつ本体の価格です。お尻ふき等は持参してください。)	サイズSSS……………1日につき 110.00円	非課税
サイズSS……………1日につき 187.00円	187.00円	非課税
サイズS……………1日につき 242.00円	242.00円	非課税
サイズ介護オムツM……………1日につき 704.00円	704.00円	非課税
サイズ介護オムツL……………1日につき 814.00円	814.00円	非課税
(4) 病衣……………1日につき 154.00円	154.00円	非課税
3ー2 リネン等(助産関連以外)		
(1) 北2病棟リネン代 おむつ・病衣・滅菌タオル類料……………1日につき 720.00円	720.00円	792.00円
(2) タオル 消毒タオル類料……………1日につき 100.00円	100.00円	110.00円
(3) おむつ サイズSS……………1日につき 180.00円	180.00円	198.00円
(おむつ本体の価格です。お尻ふき等は持参してください。)	サイズSSS……………1日につき 100.00円	110.00円
サイズSS……………1日につき 170.00円	170.00円	187.00円
サイズS……………1日につき 220.00円	220.00円	242.00円
サイズM……………1日につき 170.00円	170.00円	187.00円
サイズL……………1日につき 200.00円	200.00円	220.00円
サイズスーパービッグ……………1日につき 450.00円	450.00円	495.00円
サイズ介護オムツM……………1日につき 640.00円	640.00円	704.00円
サイズ介護オムツL……………1日につき 740.00円	740.00円	814.00円
(4) 病衣……………1日につき 140.00円	140.00円	154.00円
4 個室使用料	1日につき 4,500.00円	4,950.00円
西3A病棟 (4室) 323, 324, 325, 326号室 西6病棟 (8室) 621, 624, 625, 626, 627, 642, 643, 644号室 ※ 入室及び退室の日は、それぞれ1日と計算させていただきます。 (例) 1泊2日の場合 4,950円 × 2日 = 9,900円 ※ 有料個室を希望されても、状況により入室できない場合があります。		
5 布団使用料		
布団 (1組)……………1日につき 137.00円	137.00円	150.70円
布団 (1枚)……………1日につき 91.00円	91.00円	100.10円
補助ベッド (1台)……………1日につき 91.00円	91.00円	100.10円
※ 貸出日又は返還日はそれぞれ1日として算定します。		
6 文書料		
(1) 証明書		
①入院、通院、分娩、出産証明書等……………(簡易なもの)……………1通につき 1,500.00円	1,500.00円	1,650.00円
②療養費支払証明書で明細書のないもの等……………(簡易なもの)……………1通につき 1,000.00円	1,000.00円	1,100.00円
③療養費支払証明書で明細書のないもの等……………(複雑なもの)……………1通につき 2,000.00円	2,000.00円	2,200.00円
④療養費支払証明書で明細書のあるもの等……………(複雑なもの)……………1通につき 3,000.00円	3,000.00円	3,300.00円
(2) 診断書		
①死亡診断書……………(簡易なもの)……………1通につき 2,000.00円	2,000.00円	2,200.00円
②死亡診断書……………(複雑なもの)……………1通につき 5,000.00円	5,000.00円	5,500.00円
③健康診断書……………(簡易なもの)……………1通につき 2,000.00円	2,000.00円	2,200.00円
④健康診断書……………(複雑なもの)……………1通につき 3,000.00円	3,000.00円	3,300.00円
⑤公費申請用診断書……………(新規)……………1通につき 3,000.00円	3,000.00円	3,300.00円
⑥公費申請用診断書……………(更新)……………1通につき 2,000.00円	2,000.00円	2,200.00円
⑦休業診断書……………1通につき 2,000.00円	2,000.00円	2,200.00円
⑧身体検査書……………1通につき 2,000.00円	2,000.00円	2,200.00円
⑨生命保険・恩給・国民年金・自賠責保険に係る診断書……………1通につき 5,000.00円	5,000.00円	5,500.00円
⑩身体障害者に係る診断書……………1通につき 2,000.00円	2,000.00円	2,200.00円
⑪産科医療補償制度診断書……………1通につき 10,000.00円	10,000.00円	11,000.00円
(3) 意見書……………1通につき 5,000.00円	5,000.00円	5,500.00円
(4) 死体検案書……………1通につき 5,000.00円	5,000.00円	5,500.00円
※ 同一文書を同時に2通以上請求するときは、1通を増すごとに料金の2分の1の額を加算します。		

当医院では、以下の項目について、その使用量、利用回数に応じた負担をお願いしています。

なお、衛生材料等の治療(看護)行為及びそれに密接に関連した『サービス』や『物』についての費用の徴収や、『施設管理費』等の曖昧な名目での費用の徴収は、一切認められていません。下記料金に関するお問い合わせは医事係窓口までお願いします。

	税抜き金額	税込み金額
7 分娩にかかわる費用		
(1) 分娩料(分娩助料)(時間内)……………1児につき 200,000.00円	200,000.00円	非課税
(2) 分娩料(分娩助料)(時間外)……………1児につき 225,000.00円	225,000.00円	非課税
(3) 分娩料(分娩助料)(休日・深夜)……………1児につき 267,000.00円	267,000.00円	非課税
(4) 産科医療補償制度掛金加算……………1児につき 12,000.00円	12,000.00円	非課税
(5) プロウベス腫瘍剤 10mg……………1個につき 23,200.00円	23,200.00円	非課税
8 新生児介補料 ……………1日につき 5,000.00円	5,000.00円	非課税
9 健康診断料		
(1) 一般健康診断料……………1人につき 2,873.00円	2,873.00円	3,160.30円
(2) 乳幼児健康診断料……………1人につき 5,830.00円	5,830.00円	6,413.00円
(3) 妊産婦健康診断料		
① 初回……………1人につき 21,190.00円	21,190.00円	非課税
② 2回目以降……………1人につき 4,010.00円	4,010.00円	非課税
③ 超音波検査……………1人につき 5,300.00円	5,300.00円	非課税
④ 血算、血糖検査……………1人につき 3,360.00円	3,360.00円	非課税
⑤ 血算検査……………1人につき 1,810.00円	1,810.00円	非課税
⑥ GBS検査……………1人につき 1,700.00円	1,700.00円	非課税
⑦ 産婦健康診査……………1人につき 5,000.00円	5,000.00円	非課税
⑧ 多胎妊婦健康診査……………1人につき 4,010.00円	4,010.00円	非課税
10 自動車使用料 (往診又は患者の移送の場合に限る)		
普通又は中型自動車……………2kmまで 600.00円	600.00円	660.00円
……………以降、1kmにつき 300.00円	300.00円	330.00円
※ 休日・時間外は割増料金が発生します。		
11 検査		
(1) 新生児聴覚スクリーニング検査……………1回につき 5,700.00円	5,700.00円	非課税
(2) ガスリー検査……………1回につき 2,800.00円	2,800.00円	非課税
(3) 羊水Gバンド分析……………1回につき 56,250.00円	56,250.00円	61,875.00円
(4) FISH検査(13・18・21・性染色体セット)……………1回につき 40,000.00円	40,000.00円	44,000.00円
(5) 羊水検査(D/V症候群(羊水22番q11.2欠乏))……………1回につき 50,000.00円	50,000.00円	55,000.00円
(6) 羊水検査(Prader-Willi症候群)……………1回につき 60,000.00円	60,000.00円	66,000.00円
(7) 羊水検査(Angelman症候群)……………1回につき 60,000.00円	60,000.00円	66,000.00円
(8) 羊水検査(Williams症候群)……………1回につき 50,000.00円	50,000.00円	55,000.00円
(9) 羊水検査(Cri-du-Chat(猫さき))……………1回につき 65,000.00円	65,000.00円	71,500.00円
(10) 羊水検査(Miller-Dieker症候群)……………1回につき 65,000.00円	65,000.00円	71,500.00円
(11) 羊水検査(Smith-Magenis症候群)……………1回につき 65,000.00円	65,000.00円	71,500.00円
(12) 絨毛・胎児組織染色体分析……………1回につき 80,000.00円	80,000.00円	88,000.00円
(13) トキソプラズマIgG抗体アビディティ……………1回につき 13,000.00円	13,000.00円	14,300.00円
(14) 風疹ウイルスIgG アビディティ……………1回につき 10,000.00円	10,000.00円	11,000.00円
(15) サイトメガロウイルス(CMV) -IgG アビディティ……………1回につき 49,500.00円	49,500.00円	54,450.00円
(16) HLA遺伝子型タイプング(A,B,C,DRB1) 標準コース……………1回につき 39,500.00円	39,500.00円	43,450.00円
(17) HLA遺伝子型タイプング(A,B,C,DRB1) 至急コース……………1回につき 47,400.00円	47,400.00円	52,140.00円
(18) HLA遺伝子型タイプング-NGS法(A,B,C,DRB1/3/4/5,DQA1,DQB1,DPA1,DPB1)……………1回につき 49,500.00円	49,500.00円	54,450.00円
(19) HLA遺伝子型タイプング・Luminex法(A,B,C,DR+DQA1,DQB1,DPA1,DPB1) 標準コース……………1回につき 93,500.00円	93,500.00円	102,850.00円
(20) HLA遺伝子型タイプング・Luminex法(A,B,C,DR+DQA1,DQB1,DPA1,DPB1) 至急コース……………1回につき 112,200.00円	112,200.00円	123,420.00円
(21) ヒト遺伝子単一エクソン受託解析検査(2箇所)……………1回につき 27,020.00円	27,020.00円	29,722.00円
(22) ヒト遺伝子単一エクソン受託解析検査(3箇所)……………1回につき 38,020.00円	38,020.00円	41,822.00円
(23) ヒト遺伝子単一エクソン受託解析検査(4箇所)……………1回につき 49,020.00円	49,020.00円	53,922.00円
(24) ヒト遺伝子単一エクソン受託解析検査(5箇所)……………1回につき 60,020.00円	60,020.00円	66,022.00円
(25) ヒト遺伝子単一エクソン受託解析検査(6箇所)……………1回につき 71,020.00円	71,020.00円	78,122.00円
(26) ポレリア・ブルドグドムフェリ抗体検査(ライム病抗体検査)……………1回につき 14,210.00円	14,210.00円	15,631.00円
(27) 拡大新生児スクリーニング検査……………1回につき 9,900.00円	9,900.00円	非課税
12 特別外来		
(1) 母乳外来		
① 初診……………1回につき 4,730.00円	4,730.00円	5,203.00円
(助産師外来)	② 再診……………1回につき 2,590.00円	2,849.00円
13 カルテ開示手数料		
(1) 診療録等の複写費用		
① 単色刷り……………1枚につき 10.00円	10.00円	11.00円
② 多色刷り……………1枚につき 20.00円	20.00円	22.00円
(2) レントゲンフィルム等の複写費用		
① 半切……………1枚につき 650.00円	650.00円	715.00円
② B4……………1枚につき 580.00円	580.00円	638.00円
③ CD-Rへの複写……………1枚につき 1,000.00円	1,000.00円	1,100.00円
14 セカンドオピニオン (原則60分以内)		
(1) 60分まで 30分ごと……………10,000.00円	10,000.00円	11,000.00円
(2) 60分以降 15分ごと……………7,500.00円	7,500.00円	8,250.00円

	税抜き金額	税込み金額
15 遺伝カウンセリング料		
(1) 初回 1時間……………10,000.00円	10,000.00円	11,000.00円
(2) 2回目以降 30分……………5,000.00円	5,000.00円	5,500.00円
(3) 延長30分ごと……………5,000.00円	5,000.00円	5,500.00円
16 保護者カウンセリング料 (こころの診療科)		
(1) 初診		
① 最初の30分……………5,000.00円	5,000.00円	5,500.00円
② 30分以降 15分ごと……………2,500.00円	2,500.00円	2,750.00円
(2) 再診		
① 15分ごと……………2,500.00円	2,500.00円	2,750.00円
17 宿泊施設利用料金		
(1) 仮泊室利用料金……………1人1泊につき 1人目 1,500.00円	1,500.00円	1,650.00円
	2人目 750.00円	825.00円
	3人目以降 350.00円	385.00円
(2) コアラの家利用料金……………1人1泊につき 1人目 1,400.00円	1,400.00円	1,540.00円
	2人目以降 700.00円	770.00円
※ただし未就学児は無料		
18 薬剤の容器代		
容量……………1本につき 100cc 以下 30.00円	30.00円	33.00円
容量……………1本につき 200cc 以下 50.00円	50.00円	55.00円
容量……………1本につき 201cc 以上 70.00円	70.00円	77.00円
19 その他		
(1) 診察券代……………1枚につき 182.00円	182.00円	200.20円
(2) 喘息日誌冊子代……………1冊につき 190.00円	190.00円	209.00円
(3) 面談料(患者家族)……………1回につき 5,000.00円	5,000.00円	5,500.00円
(4) 面談料(警察・保険会社等)		
① 最初の30分……………5,000.00円	5,000.00円	5,500.00円
② 30分以降 15分ごと……………2,500.00円	2,500.00円	2,750.00円
20 予防接種種類 (定期接種対象ワクチン)		
五種混合……………1回につき 18,900.00円	18,900.00円	20,790.00円
四種混合……………1回につき 10,800.00円	10,800.00円	11,880.00円
二種混合……………1回につき 5,600.00円	5,600.00円	6,160.00円
麻しん・風しん混合……………1回につき 10,200.00円	10,200.00円	11,220.00円
麻しん……………1回につき 7,000.00円	7,000.00円	7,700.00円
風しん……………1回につき 7,000.00円	7,000.00円	7,700.00円
日本脳炎……………1回につき 7,400.00円	7,400.00円	8,140.00円
BCG……………1回につき 10,600.00円	10,600.00円	11,660.00円
ヒブ……………1回につき 8,700.00円	8,700.00円	9,570.00円
小児用肺炎球菌……………1回につき 11,500.00円	11,500.00円	12,650.00円
子宮頸がん予防……………1回につき 25,200.00円	25,200.00円	27,720.00円
水痘……………1回につき 8,600.00円	8,600.00円	9,460.00円
B型肝炎……………1回につき 6,100.00円	6,100.00円	6,710.00円
ロタウイルス……………1回につき 12,900.00円	12,900.00円	14,190.00円
上記は定期接種対象のワクチンです。 接種時の年齢と、それまでの接種回数により公費助成の対象となります。		
種類 (定期接種対象ワクチンではない)		
インフルエンザ……………1回につき 4,000.00円	4,000.00円	4,400.00円
おたふくかぜ……………1回につき 6,500.00円	6,500.00円	7,150.00円
A型肝炎……………1回につき 8,800.00円	8,800.00円	9,680.00円
破傷風……………1回につき 5,300.00円	5,300.00円	5,830.00円
髄膜炎菌……………1回につき 21,800.00円	21,800.00円	23,980.00円
肺炎球菌……………1回につき 8,400.00円	8,400.00円	9,240.00円
洗剤精製百日せき菌肺炎破傷風……………1回につき 5,800.00円	5,800.00円	6,380.00円
狂犬病……………1回につき 15,200.00円	15,200.00円	16,720.00円
上記は定期接種対象のワクチンではありません。 自費での接種が原則ですが、条件により保険給付の対象となる場合があります。		
21 患者訪問時手数料 ……………5kmにつき 228.00円	228.00円	250.80円
※上限は5,000円とし、有料道路を使用した場合には、別途実費を負担していただきます。		
22 エバシールド接種料		
(1) 初診……………1回につき 2,818.00円	2,818.00円	3,099.80円
(2) 再診……………1回につき 964.00円	964.00円	1,060.40円
23 死体検案料 ……………1体につき 5,000.00円	5,000.00円	5,500.00円

令和6年5月1日

静岡県立こども病院

