

保険適用とならない料金について

	税抜き金額	税込金額
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	7,700.00円
② 歯 科(1回につき)……………	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	3,300.00円
② 歯 科(1回につき)……………	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……………	2,530.00円	2,783.00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。		
3-1 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	非課税
(2) タオル 消毒タオル類料(1日につき)……………	110.00円	非課税
(3) おむつ サイズ SS(1日につき)……………	220.00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。)	99.00円	非課税
サイズ SSS(1日につき)……………	176.00円	非課税
サイズ SS(1日につき)……………	231.00円	非課税
サイズ 介護オムツM(1日につき)……………	693.00円	非課税
サイズ 介護オムツL(1日につき)……………	803.00円	非課税
(4) 病 衣 1日につき……………	154.00円	非課税
3-2 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	792.00円
(2) タオル 消毒タオル類料(1日につき)……………	100.00円	110.00円
(3) おむつ サイズ SS(1日につき)……………	200.00円	220.00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。)	90.00円	99.00円
サイズ SSS(1日につき)……………	160.00円	176.00円
サイズ SS(1日につき)……………	210.00円	231.00円
サイズ M(1日につき)……………	150.00円	165.00円
サイズ L(1日につき)……………	160.00円	176.00円
サイズ スーパービッグ(1日につき)……………	440.00円	484.00円
サイズ 介護オムツM(1日につき)……………	630.00円	693.00円
サイズ 介護オムツL(1日につき)……………	730.00円	803.00円
(4) 病 衣 ……………	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3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もあります。		
5 布団使用料		
布 団(1組)(1日につき)……………	137.00円	150.70円
布 団(1枚)(1日につき)……………	91.00円	100.10円
補助ベッド(1台)(1日につき)……………	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)……………	2,000.00円	2,200.00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)……………	1,500.00円	1,650.00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)……………	2,500.00円	2,750.00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)……………	3,500.00円	3,850.00円
(2) 診 断 書		
① 死亡診断書……………(簡易なもの)(1通につき)……………	2,500.00円	2,750.00円
② 死亡診断書……………(複雑なもの)(1通につき)……………	5,500.00円	6,050.00円
③ 健康診断書……………(簡易なもの)(1通につき)……………	2,500.00円	2,750.00円
④ 健康診断書……………(複雑なもの)(1通につき)……………	3,500.00円	3,850.00円
⑤ 公費申請用診断書……………(新 規)(1通につき)……………	3,500.00円	3,850.00円
⑥ 公費申請用診断書……………(更 新)(1通につき)……………	3,500.00円	3,850.00円
⑦ 休業診断書(1通につき)……………	2,500.00円	2,750.00円
⑧ 身体検査書(1通につき)……………	2,500.00円	2,750.00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)……………	5,500.00円	6,050.00円
⑩ 身体障害者に係る診断書(1通につき)……………	3,500.00円	3,850.00円
⑪ 産科医療補償制度診断書(1通につき)……………	10,000.00円	11,000.00円
(3) 意 見 書(1通につき)……………	5,500.00円	6,050.00円
(4) 死体検案書(1通につき)……………	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	税込金額
7 分娩にかかわる費用		
(1) 分娩料(分娩助産料)(時間内)(1児につき)……………	200,000.00円	非課税
(2) 分娩料(分娩助産料)(時間外)(1児につき)……………	225,000.00円	非課税
(3) 分娩料(分娩助産料)(休日・深夜)(1児につき)……………	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	非課税
(5) プロベス腫用剤 10mg(1個につき)……………	23,200.00円	非課税
8 新生児補料(1日につき)……………	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	3,160.30円
(2) 乳幼児健康診断料(1人につき)……………	5,860.00円	6,446.00円
(3) 妊産婦健康診断料	20,860.00円	非課税
① 初回(1人につき)……………	4,090.00円	非課税
② 2回目以降(1人につき)……………	4,090.00円	非課税
③ 超音波検査(1人につき)……………	5,300.00円	非課税
④ 血算、血糖検査(1人につき)……………	3,410.00円	非課税
⑤ 血算検査(1人につき)……………	1,860.00円	非課税
⑥ GBS検査(1人につき)……………	1,900.00円	非課税
⑦ 産婦健康診査(1人につき)……………	5,000.00円	非課税
⑧ 多胎妊婦健康診査(1人につき)……………	4,090.00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	660.00円
以降、1kmにつき……………	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	非課税
(2) ガスリ検査(1回につき)……………	2,880.00円	非課税
(3) 羊水Gバンド分析(1回につき)……………	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	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	55,000.00円
(6) 羊水検査(Prader-Willi症候群)(1回につき)……………	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	66,000.00円
(8) 羊水検査(Williams症候群)(1回につき)……………	50,000.00円	55,000.00円
(9) 羊水検査(Cri-du-Chat(猫泣き))(1回につき)……………	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	71,500.00円
(11) 羊水検査(Smith-Magenis症候群)(1回につき)……………	80,000.00円	88,000.00円
(12) 絨毛・胎児組織染色体分析(1回につき)……………	13,000.00円	14,300.00円
(13) トキソプラズマIgG抗体アビディティ(1回につき)……………	10,000.00円	11,000.00円
(14) 風疹ウイルスIgG アビディティ(1回につき)……………	49,500.00円	54,450.00円
(15) サイトメガロウイルス(CMV)ーIgG アビディティ(1回につき)……………	39,500.00円	43,450.00円
(16) HLA遺伝子型タイピング(A,B,C,DRB1) 標準コース(1回につき)……………	47,400.00円	52,140.00円
(17) HLA遺伝子型タイピング(A,B,C,DRB1) 至急コース(1回につき)……………	49,500.00円	54,450.00円
(18) HLA遺伝子型タイピング-NGS法(A,B,C,DRB1/3/4/5,DQA1,DQB1,DPA1,DPB1)(1回につき)……………	93,500.00円	102,850.00円
(19) HLA遺伝子型タイピング-Luminex法(A,B,C,DR+DQA1,DQB1,DPA1,DPB1) 標準コース(1回につき)……………	112,200.00円	123,420.00円
(20) HLA遺伝子型タイピング-Luminex法(A,B,C,DR+DQA1,DQB1,DPA1,DPB1) 至急コース(1回につき)……………	27,050.00円	29,755.00円
(21) ヒト遺伝子単一エクソン受託解析検査(1箇所)(1回につき)……………	38,050.00円	41,855.00円
(22) 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)……………	49,050.00円	53,955.00円
(23) 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)……………	60,050.00円	66,055.00円
(24) 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)……………	71,050.00円	78,155.00円
(25) 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)……………	14,240.00円	15,664.00円
(26) ポリアリ・ブルグドルフェリ抗体検査(ライム病抗体検査)(1回につき)……………	5,500.00円	非課税
(27) 拡大新生児スクリーニング検査(1回につき)……………	198,000.00円	非課税
(28) NIPT検査(非侵襲的出生前遺伝学的検査)1回につき……………		
12 特別外来		
(1) 母乳外来 ① 初 診(1回につき)……………	4,760.00円	5,236円
(産産師外来) ② 再 診(1回につき)……………	2,610.00円	2,871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	11.00円
② 多色刷り(1枚につき)……………	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	715.00円
② B4(1枚につき)……………	580.00円	638.00円
③ OD-Rへの複写(1枚につき)……………	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	11,000.00円
(2) 60分以降 15分ごと……………	7,500.00円	8,250.00円
15 遺伝カウンセリング料		
(1) 初回 1時間……………	10,000.00円	11,000.00円
(2) 2回目以降 30分……………	5,000.00円	5,500.00円
(3) 延長30分ごと……………	5,000.00円	5,500.00円

	税抜き金額	税込金額
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	5,500.00円
② 30分以降 15分ごと……………	2,500.00円	2,750.00円
(2) 再 診		
① 15分ごと……………	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)……………	1,500.00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) コアロの家利用料金(1人1泊につき)……………	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(100cc以下)(1本につき)……………	31.00円	34.10円
容 量(200cc以下)(1本につき)……………	52.00円	57.20円
容 量(201cc以上)(1本につき)……………	85.00円	93.50円
19 その他		
(1) 診察券代(1枚につき)……………	178.00円	195.80円
(2) 喘息日診冊子代(1冊につき)……………	190.00円	209.00円
(3) 面談料(患者家族)(1回につき)……………	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	5,500.00円
② 30分以降 15分ごと……………	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	20,790.00円
四種混合(1回につき)……………	10,800.00円	11,880.00円
二種混合(1回につき)……………	5,600.00円	6,160.00円
麻疹・風しん混合(1回につき)……………	10,200.00円	11,220.00円
麻疹(1回につき)……………	7,000.00円	7,700.00円
風しん(1回につき)……………	7,000.00円	7,700.00円
日本脳炎(1回につき)……………	7,400.00円	8,140.00円
BCG(1回につき)……………	10,600.00円	11,660.00円
ヒ ブ(1回につき)……………	8,700.00円	9,570.00円
小児用肺炎球菌(1回につき)……………	11,500.00円	12,650.00円
子宮頸がん予防(1回につき)……………	25,200.00円	27,720.00円
水 痘(1回につき)……………	8,600.00円	9,460.00円
B型肝炎(1回につき)……………	6,100.00円	6,710.00円
ロタウイルス(1回につき)……………	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	4,400.00円
おたふくかぜ(1回につき)……………	7,000.00円	7,700.00円
A型肝炎(1回につき)……………	8,800.00円	9,680.00円
破傷風(1回につき)……………	5,300.00円	5,830.00円
髄膜炎(1回につき)……………	21,100.00円	23,210.00円
肺炎球菌(1回につき)……………	8,400.00円	9,240.00円
狂犬病(1回につき)……………	5,800.00円	6,380.00円
狂犬病(1回につき)……………	15,200.00円	16,720.00円
RSウイルス(妊婦用)(1回につき)……………	27,300.00円	30,030.00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 患家訪問時手数料(5kmにつき)……………	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 エバジェルド接種料		
(1) 初 診(1回につき)……………	2,818.00円	3,099.80円
(2) 再 診(1回につき)……………	964.00円	1,060.40円
23 死体検案料(1体につき)……………	5,000.00円	5,500.00円

令和7年11月1日

静岡県立こども病院

