

保険外負担に関するもの

保険外併用療養費

●個室料金について

入院の際に、個室を希望された場合は、診療費・食事代とは別に、個室料金を請求させていただきます。

特別室 A(シャワー、トイレ付き)

* 1日に付き、33,000円(消費税込み)

特別室 B(シャワー、トイレ付き)

* 1日に付き、22,000円(消費税込み)

特別室 C(バス、トイレ付き)

* 1日に付き、16,500円(消費税込み)

個 室 B(シャワー、トイレ付き)

* 1日に付き、11,550円(消費税込み)

個 室 A (トイレ付き)

* 1日に付き、11,000円(消費税込み)

●180日越入院の場合

(厚生労働大臣が定める状態にある患者を除く)

* 1日に付き、 2387 円(消費税込み)

- エンゼルケア代 5500 円(消費税込み)
- オムツ代 110 円(消費税込み)
- 医師面談料 3300 円(消費税込み)
- セカンドオピニオン 30 分 11000 円(消費税込み)
- 美容形成

化粧品名	金額(税込み)
イオン導入①	¥ 2,200
イオン導入②	¥ 3,300
ケミカルピーリング 1 回分	¥ 3,300
ケミカルピーリング 4 回分	¥ 11,000
マッサージピール	¥ 4,400
ダーマペン ノーマル	¥ 19,800
ダーマペン PRX	¥ 38,500

ダーマペン（鼻のみ）	¥	5,500
------------	---	-------

診断書/証明書料金一覧表

	(税込)	(税別)
診断書（病院様式）	¥3,850	3500
診断書（保険会社用紙）	¥6,600	6000
診断書（成年後見用）	¥6,600	6000
CDコピー	¥2,200	2000
死亡診断書	¥7,700	7000
死亡診断書（保険会社用紙）	¥7,700	7000
死体検案書	¥7,700	7000
身体障害者診断書・意見書	¥6,600	6000
診断書（自賠責のみ）	¥6,600	6000
明細書（自賠責のみ）	¥6,600	6000
診断書（交通事故）	¥7,700	7000
明細書（交通事故）	¥7,700	7000
後遺症診断書（交通事故）	¥11,000	10000
障害診断書	¥11,000	10000
障害者年金用診断書	¥6,600	6000
自立支援医療（精神通院）診断書（新規）	¥3,300	3000
自立支援医療（精神通院）診断書（更新）	¥1,100	1000
自立支援医療（育成医療）意見書	¥0	0
自立支援医療（更生医療）申請書	¥0	0
特定疾患 臨床調査個人票	¥6,600	6000
特定疾患 診断書（重症者）	¥4,400	4000
小児慢性特定疾患意見書	¥6,600	6000
回答書（保険会社、警察）	¥6,600	6000
保険会社等からの照会書	¥6,600	6000
診療情報提供書（施設入所用）	¥6,600	6000
肝炎インターフェロン診断書	¥6,600	6000
医師の意見書	¥6,600	6000
生活管理指導表	¥4,400	4000
おむつ使用証明書	¥2,200	2000
妊娠証明書	¥1,100	1000
医療費証明書・領収証明書	¥1,100	1000
登園・登校許可証明書（幼稚園～中学生まで）	¥550	500
治癒証明書（高校生以上）	¥1,100	1000
休業等証明書（自費）	¥2,200	2000
休業等証明書（労災）	¥0	0
福祉用具貸与理由書	¥2,200	2000
傷病手当請求書	100点	
訪問看護指示書	300点	
療養費同意書交付料	100点	



眼科保険外手術（自由診療）費用一覧		※全身検査は術前検査時に16,500円※	
手術名	金額税込み（片眼）	金額税込み（両眼）	
多焦点眼内レンズ（3焦点ならびに全焦点）	¥385,000	¥770,000	※レンティス等
乱視用多焦点眼内レンズ（3焦点ならびに全焦点）	¥440,000	¥880,000	※レンティス等
LASIK（アイデザインフェムトレーシック）	¥220,000	¥440,000	
LASIK（タッチアップレーシック）	¥165,000	¥330,000	
P R Kタッチアップ	¥165,000	¥330,000	
フェイキックIOL（前房型・後房型）	¥330,000	¥660,000	※ICL
乱視用フェイキックIOL（前房型・後房型）	¥385,000	¥770,000	※ICL
Add On眼内レンズ（単焦点）	¥275,000	¥550,000	
乱視用Add On眼内レンズ（単焦点乱視用）	¥330,000	¥660,000	
多焦点Add On眼内レンズ（多焦点）	¥385,000	¥770,000	
乱視用多焦点Add On眼内レンズ（多焦点乱視用）	¥440,000	¥880,000	
硝子体Y A Gレーザー（ビトレオライシス）	¥110,000	¥220,000	
オルソケラトロジー	¥66,000	¥132,000	①初診（保険診療） ②適用検査(自費¥11,000)+トライアル(片眼¥16,500両眼¥33,000) ※※適用検査で不適→保険診療※※ ③オルソ-開始→片眼¥38,500両眼¥88,000 ④3ヶ月目以降検査代→¥5,500

※入院費込み、個室代は別途かかる

※術後1ヶ月間の診療費込