

■保険外負担に関する事項

当院では、以下の事項について。その使用に応じた実費の負担をお願いしています。

寝具貸出料（1日につき）1組	245円
テレビ・冷蔵庫カド（2階病棟に自動販売機設置）1枚	1,000円
レントゲンDRYフィルムコピー代（大4ツ・4ツ切・6ツ切・8ツ切）（1枚につき）	440円
レントゲンDRYフィルムコピー代（半切・大角）（1枚につき）	550円
レントゲンDUPフィルムコピー代（4ツ切・6ツ切・8ツ切）（1枚につき）	550円
レントゲンDUPフィルムコピー代（大4ツ）（1枚につき）	660円
レントゲンDUPフィルムコピー代（半切・大角）（1枚につき）	770円
レントゲンCDコピー代（1枚につき）	550円
エンゼルケアセット	6,930円
帯状疱疹ワクチン（シングリックス）	21,000円
肺炎球菌結合型ワクチン（プレベナー20）	12,000円
領収証明書	1,100円
その他証明書	1,100円
診断書（当院様式）	3,300円
身体障害診断書・障害年金等診断書・生命保険診断書	5,500円
自賠責診断書（保険会社請求・後遺障害・担当医所見回答）	5,500円
医師面談料	5,500円
自賠責明細書（保険会社請求用）（外来）	5,500円
自賠責明細書（保険会社請求用）（入院）	6,600円
生命保険症状調査依頼書	6,600円
交通災害診断書	4,400円
診療録の開示手数料	2,200円
診療録のコピー代（1枚につき）	22円

（消費税込）