

保険外負担(自費)一覧

当院では、健康保険の療養に該当しない保険外について実費料金の負担をお願いしております。主な実費負担は下記の通りです。

予 防 接 種

インフルエンザ	1回	3,500円
肺炎球菌ワクチン	1回	7,000円
带状疱疹ワクチン	1回	7,500円 (生ワクチン)
带状疱疹ワクチン	1回	22,500円 (不活化ワクチン)

文 書 料

診 断 書	1通	1,650円～書式により金額差あり
死亡診断書	1通	11,000円

リ ハ ビ リ

和 温 療 法	1回	2,500円
運動リハビリ	1回	1,500円

健 康 診 断

	身長体重	血圧	胸 X-P	尿検査	視力聴力	採血	心電図
7,500円	○	○	○	○	○	—	—
11,000円	○	○	○	○	○	○	○

脳 ド ッ ク

脳 ド ッ ク	1回	18,000円
---------	----	---------

施 設 入 所 時 健 診

施設入所時健診	1回	27,500円
---------	----	---------

(税込み)