

保険外負担に係る費用に関する説明書・同意書

当センターでは、以下の項目について、その使用量、利用回数に応じた実費の負担をお願いしています。

※ この同意書は申請書ではありません。医療費以外の料金をお知らせするものです。

診断書等が必要な場合は病棟看護師または1階受付1番窓口にご依頼ください。

1) 診断書料等 (消費税込)

文書（書類表題例）	窓口手数料（自己負担分）	
※ 法令の規定による一定様式のもの		
身体障害者診断書・意見書		2,400円
(精神) 自立支援医療費兼診断書兼意見書		2,400円
国民年金・厚生年金診断書・障害者年金診断書		2,400円
障害児福祉手当（特別児童扶養手当）認定診断書		2,400円
(原爆) 健康管理手当用診断書		2,400円
※ 生命保険会社及び裁判所等へ提出するもの		
自動車・生命など保険（共済）関連の診断書		4,080円
自動車・生命など保険（共済）の証明書、意見書等		4,080円
裁判所へ提出する診断書、証明書、意見書等		4,080円
※ 産科医療保障制度に関するもの		
補償請求用専用診断書（分割金請求用）		4,080円
補償請求用専用診断書（認定請求用）		10,180円
※ 文章の表題等にかかわらず、医師が診察の結果に関する診断の表示であり、医師が作成者であるもの		
一般診断書（病院様式・患者指定様式）		1,670円
診察内容、受診状況を含む証明書、意見書 等		1,670円
退院後の特別児童扶養手当再開のための診断書		1,670円
死亡診断書		1,670円
アフターケア実施期間の更新に関する診断書		1,670円
日常生活用具・福祉用具の貸与・補装具費・給付意見書		1,670円
就労に関する診断書、証明書、意見書等、		1,670円
医療的ケアに関する主治医の意見書		1,670円
医療的ケアに関する指示書		1,670円
医療的ケアの実施にかかる医師の同意（書）		1,670円
あけぼの 等各種福祉施設入所判定用の書類		1,670円
※ 診療録等より必要部分を書き出して証明したもので、医師以外の者が作成者であるもの		
通院状況証明書:外来通院の年間（1/1～12/31）1通につき		1,100円
入院状況証明書:入院の年間（1/1～12/31）1通につき		1,100円
支払証明書（外来）:外来通院の年間（1/1～12/31）1通につき		1,100円
支払証明書（入院）:入院の年間（1/1～12/31）1通につき		1,100円

2) 診察券再発行 (消費税込)

1枚 100円

3) 健康診断料又は予防接種料

普通健康診断料

健康保険法の規定による療養に要する費用の額に110／100を乗じて得た額（10円未満切捨て）

（確認後、裏面にサインをお願いします）

予防接種料

任意の予防接種	
おたふくかぜ	6,360円
破傷風トキソイド	4,180円
水痘	8,340円
B型肝炎 10歳未満	5,840円
10歳以上	6,310円
5種混合	19,640円
4種混合	10,540円
3種混合	4,820円
2種混合	4,710円
麻しん	6,380円
風しん	6,360円
日本脳炎	6,990円
麻しん風しん混合 1回につき	11,930円
インフルエンザ菌b型 初回	10,830円
2回目以降（1回につき）	8,630円
小児用肺炎球菌ワクチン 初回	11,480円
2回目以降	9,130円
インフルエンザ 初回	5,200円
2回目（初回と同一の医療機関で接種）	4,030円
2回目（初回と異なる医療機関で接種）	5,200円
予診のみ	3,200円
経鼻弱毒性インフルエンザワクチン（1回につき）	8,700円
予診のみ	3,200円
新型コロナウイルスワクチン（1回につき）	15,570円
予診のみ	3,200円
成人用肺炎球菌ワクチン 1回につき	8,180円
ロタウィルス胃腸炎ワクチン（ロタテック） 1回につき	9,560円
予防接種法（昭和23年法律第68号）による定期予防接種	各市町が委託料金として定める額

4) 医師面談料（消費税込）	30分毎	6,300円
5) セカンドオピニオン相談料（消費税込）	30分まで	11,000円
	30分毎	5,500円
6) 死後措置料（消費税込）		6,380円
7) その他		

器具その他物品の利用料金	
薬剤容器料	100g未満 50円
	100g～300g未満 70円
	300g～ 100円
X線フィルムコピー	記憶媒体CD 1,100円
	記憶媒体DVD 1,100円

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。

私は、保険外負担に係る費用に関する説明を受け、その内容を理解しましたので、実費負担について同意します。

令和 年 月 日
本人 氏名

または親権者 続柄（ ）
氏名

記入例

入院当日、1階受付1番窓口へ提出してください

保険外負担に係る費用に関する説明書・同意書

当センターでは、以下の項目について、その使用量、利用回数に応じた実費の負担をお願いしています。

※ この同意書は申請書ではありません。医療費以外の料金をお知らせするものです。
診断書等が必要な場合は病棟看護師または1階受付1番窓口にご依頼ください。

(裏面へ署名する欄があります)

新型コロナワイルスワクチン（1回につき）	15,570円
予診のみ	3,200円
成人用肺炎球菌ワクチン 1回につき	8,180円
ロタウィルス胃腸炎ワクチン（ロタテック） 1回につき	9,560円
予防接種法（昭和23年法律第68号）による定期予防接種	各市町が委託料金として定める額

4) 医師面談料（消費税込）	30分毎	6,300円
5) セカンドオピニオン相談料（消費税込）	30分まで	11,000円
	30分毎	5,500円
6) 死後措置料（消費税込）		6,380円
7) その他		

器具その他物品の利用料金		
薬剤容器料	100g未満	50円
	100g～300g未満	70円
	300g～	100円
X線フィルムコピー	記憶媒体CD	1,100円
	記憶媒体DVD	1,100円

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。

私は、保険外負担に係る費用に関する説明を受け、その内容を理解しましたので、実費負担について同意します。

令和_____年_____月_____日_____	←入院日を記入
本人 氏名	
または親権者 氏名	続柄（ ）