保険外負担に関する事項(自費料金一覧表)

令和7年6月25日現在

当院では、健康保険の療養に該当しない保険外負担の料金について、下記のとおり、その使用量・利用回数に応じた実費の負担をお願いしております。
表示価格には消費税を含んでいます。

分娩料(介助料)	金額	備考
時間内(1子につき)	156,000	※掛金込み
時間外(1子につき)	176,000	※掛金込み
深夜・休日(1子につき)	196,000	※掛金込み
※帝王切開による出産:1子につき、介助料の60%(診療報酬点数表にて帝王切開費用は別途請求)		
※産科医療補償制度掛金(1子につき)	(12,000)	介助料に含む
分娩監視料	30,000	分娩当日
ノンストレステスト	2,000	1回につき
胎盤処理料	2,000	
分娩セット	4,000	
プロウペス(分娩誘発剤)	24,090	
産褥処置料	2,000	1日につき
新生児入院介助料	11,000	1子1日につき
食事療養費	690	1食につき
食堂加算	50	1日につき
一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1)	医科点数×10円	
新生児・小児検査	金額	備考
聴力検査(ABR)	5,000	希望者
ガスリー(先天性代謝異常症)	500	
ピーレスケア ショ糖 24%液 【ガスリー、血糖測定等 (新生児、小児に限る)】	60	1回につき
新生児マススクリーニング	6,930	希望者
	5,500	希望者
ケイソーシロップ	260	1児につき
各種健診等	金額	備考
人間ドック	34,630	
脳ドック	35,640	
未紹介患者の初診料加算	金額	備考
初診時選定療養費	2,200	
レントゲン画像コピー代	金額	備考
CD-R(XPコピー)代	2,750	1回につき
特別室使用料	金額	備考
特等室(A)	16,500	1日あたり
特等室(B)	11,000	1日あたり
一等室(A)	5,500	1日あたり
一等室(B)	2,200	1日あたり
その他	金額	備考
診察券再発行料	100	1枚につき
保険会社面談料	6,340	1回につき
【口腔ケア用品】スポンジブラシ(1本)	20	1個につき
【口腔ケア用品】スポンジブラシ(10本入り)	200	
【口腔ケア用品】歯ブラシ(1本)	50	1個につき
【口腔ケア用品】リフレケア(保湿剤) 30g	1,210	1個につき
【口腔ケア用品】リフレケア(保湿剤) 90g	2,420	1個につき
【口腔ケア用品】リフレケアミスト(保湿剤) 50ml	1,380	1個につき
死後の処置料	3,000	1件につき
寝巻(3, 300円)	3,300	
セーフミトンⅡ 片手	11,550	
セーフミトンⅡ 両手	23,100	
診療録の開示手数料(コピー代)	10	1枚につき
紙おむつ【NICU(未熟児室)入院の場合】	380	1日あたり
ベビーおしりふき(追加分)	185	1個につき
グルタミンF(26.5g)	300	
飲料水(モビプレップ配合内用剤使用時)	81	1本
健康診断・自賠責診療	金額	備考
健康診断料	医科点数×10円×1.10	
自賠保険適用診療料(交通事故)	医科点数×20円	
文書料	金額	
補装具・医療費納付証明書等。	1,100	
死亡診断書、入学、入社等の健康診断書、休業のための診断書等。	2,200	
出生・死産証明書等。	2,200	
身障手帳交付のための診断書、厚生年金診断書、 国民年金診断書、保険会社の死亡診断書、 後遺症診断書、自賠保険診断書、自賠保険明細書等。	3,300	

分娩に関する料金一覧

令和7年5月1日改定

区分		金額		内容
※ 分 娩 料	介助料	時間内	156,000円	1子につき ※掛金込み
		時間外	176,000円	
		深夜・休日	196,000円	
	(産科医療補償制度掛金)		12,000円	1子につき
分娩監視料			30,000円	分娩当日
ノンストレステスト		1回につき	2,000円	医科点数表による
胎盤処理料			2,000円	業者処理委託料
分娩セット			4,000円	ナプキン等衛生材料含む
プロウペス(分娩誘発剤)			24,090円	
産褥処置料		1日につき	2,000円	衛生材料含む
ケイソーシロップ		1児につき	260円	出血性疾患予防
新生児入院介助料(1子)		1日につき	11,000円	被服貸与、オムツ、沐浴、ミルクを含む
		(生母の入院に伴い新生児を預かった場合も準ずる)		
入院料 (急性期一般入院料1) (自費分娩)	急性期一般入院料1		16,880円	×入院日数
	一般病棟入院料 初期加算(14日以内)		4,500円	14日間
	地域加算(6級地)		50円	×入院日数
	診療録管理体制加算3		300円	初日
	療養環境加算		250円	×入院日数
	臨床研修病院入院診療加算(基幹型)		400円	初日
	医療安全対策加算1		850円	初日
	医療安全対策地域連携加算1		500円	初日
	40対1補助体制加算(医師事務作業補助体制加算1)		5,300円	初日
	急性期看護補助体制加算(50対1)		2,000円	14日間
	看護職員夜間16対1配置加算1		700円	14日間
	地域医療体制確保加算		6,200円	初日
	感染対策向上加算1		7,100円	初日
	患者サポート体制充実加算		700円	初日
後発医薬品使用体制加算2		820円	初日	
データ提出加算2(許可病床数200床以上)		1,550円	初日	
食事療養費	1食につき	690円	医科点数表による	
食堂加算	1日につき	50円	医科点数表による	
※証明書料	1通		2,200円	出生・死産証明書
※個室料	1日につき		規定料金	希望者
聴力検査(ABR)			5,000円	希望者
ガスリー(先天性代謝異常症)	ガラクトース血症、先天性甲状腺機能低下症、フェニルケトン血症、重症複合型免疫不全症、脊髄性筋萎縮症等22疾患		500円	
ピーレスケア ショ糖 24%液	1回につき		60円	ガスリー、血糖測定等(新生児、小児に限る)
新生児マススクリーニング	ボンペ病、ライゾーム病等		6,930円	希望者
			5,500円	希望者
ケイソーシロップ	1児につき		260円	
紙おむつ【NICU(未熟児室)入院の場合】	1日あたり		380円	
ベビーおしりふき(追加分)	1個につき		185円	

※印は蒲郡市民病院診療規則表(第8条関係)再掲

なお、不明な点は受付事務員へお問い合わせください。

蒲郡市民病院

保険外負担に関する事項(外来用)

令和7年1月17日現在

当院では、健康保険の療養に該当しない保険外負担の料金について、下記のとおり、その使用量・利用回数に応じた実費の負担をお願いいたしております。

表示価格には消費税を含んでいます。

自費徴収項目	金額
スーフル	3,670
アンシルク-2ソックスハイソックス	3,820
アンシルク-2ハイソックスつま先なし	3,820
アンシルク-2ストッキング(両足)つま先あり	4,390
ウェル帯 4号1巻(弾力包帯)	500
優肌絆	360
ブラバ粘着剥離剤スプレー	2,750
セキューラ ノンアルコール皮膜 ナプキンタイプ(1枚につき)	140
セキューラ ノンアルコール皮膜 ナプキンタイプ(1箱につき)	7,000
マチワイヤー	4,400
エラテックス	350
テンソプラスト(テーピング)	1,510
術前検査(ミニグラフト法)	7,910
ミニグラフト手術20カ所	38,360
術後再診料(ミニグラフト法)	840
術後再診料(ミニグラフト法)情報提供料含む	3,590
ゴム(松葉杖破損時)	160
ネジ(松葉杖破損時)	40
脇あて(松葉杖破損時)	260
ボルト(松葉杖破損時)	60
三角巾	390
マックスベルト	2,310
フィットカラー(全サイズ)	1,870
リブバンド S	1,540
リブバンド M	1,650
リブバンド L	1,760
リブバンド LL	1,870
クラビクルバンド SS	2,420
クラビクルバンド S	2,750
クラビクルバンド M	4,240
クラビクルバンド L・LL	4,840
アイパッチ(A-2 ホワイト)(1枚につき)	40
アイパッチ(A-2 ホワイト)(1箱につき)	440
アイパッチ(A-2 ベージュ)(1枚につき)	40
アイパッチ(A-2 ベージュ)(1箱につき)	440
膜プリズム	7,040
眼鏡	1,320
タミフル7日分	1,500
イナビル2キット 7日分	4,400
ネオフィードシリンジ(50ml)	230
マイクロポアスキントーン	180
メパッチクリア(1箱につき)	1,500
ウロガード	710
カテーテルプラグキャップ	140
レッグバック	770
レッグバックベルト	720
カテーテルチップ	220
シリンジ 10 CCディスプレイ注射器10ml	50
生食ボトル	259
キシロカインゼリー2% 30ml	207
バードICシルバーフォーリートレイB(全サイズ)	2,230
シリンジ 50CCディスプレイ注射器10ml	200
ピーレスケアシヨ糖	60
鼻吸器	600

初診時選定療養費について

当院では、紹介状をお持ちでない初診の患者さんから「初診時選定療養費 2,200 円（消費税込み）」をいただいております。

●初診時選定療養費とは

厚生労働省は、地域の医院・診療所と病院（200 床以上）との機能分担と病診連携の推進のため、200 床以上の病院は、紹介状をお持ちでない初診の患者さんから、初診時選定療養費を徴収する制度を定めています。

この制度では、「初期の治療はかかりつけの地域の医院・診療所で、高度・専門の医療は病院（200 床以上）で行うこと」を推進していますので、かかりつけ医をお持ちになることをお勧めいたします。

なお、許可病床数 382 床の当院では、この制度に基づき、紹介状をお持ちでない初診の患者さんから初診時選定療養費をお支払いいただいております。

●ご負担いただく患者さん

- ・他院から紹介状を持参せずに、当院を受診される方
- ・治療期間（治癒）後に、再び受診される方
- ・任意に診療を中止し、原則、約 1 ヶ月経過後に受診される方
- ・当院以外で受けた健診の結果、要精検となり当院を受診される方
- ・医科（歯科）を受診されている方が、歯科（医科）を受診される時
- ・救急外来を受診された方（受診後、即入院になった場合を除く）
- ・後期高齢医療保険対象の方

●ご負担不要となる患者さん

- ・他院からの紹介状を持参された方
- ・国の公費負担医療受給者の方
- ・地方単独の公費負担医療受給者の方
- ・受診後、即入院となった方
- ・当院の診療科（医科）を受診中の方で、他診療科（医科）を受診される方
- ・労災、交通事故、当院での健診、HIV 感染者、分娩のいずれかに該当する方