

保険外負担に関する事項(自費料金一覧表)

令和7年10月20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ます。

表示価格には消費税を含んでいます。

| 分婉料(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 |
| 分婉監視料 | 30,000 | 分婉当日 |
| ノンストレステスト | 2,000 | 1回につき |
| 胎盤処理料 | 2,000 | |
| 分婉セット | 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 |
| 新生児入院介哺料 | 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 |
| 新生児マスククリーニング | 6,930 | 希望者 |
| | 5,500 | 希望者 |
| ケイツーシロップ | 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 | |
| セーフミトンⅢ 片手 | 3,630 | |
| セーフミトンⅢ 両手 | 7,260 | |
| 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 |
| 新生児保温用ベビーキャップ | 132 | 1個につき |
| ベビードライコットンシート | 363 | 1個につき |
| ベビーおしりふき(追加分) | 154 | 1個につき |
| グルタミンF(26.5g) | 300 | |
| 飲料水(モビブレッップ配合内用剤使用時) | 81 | 1本 |
| 経口補水液(OS-1) | 150 | 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9月8日改定

| 区分 | 金額 | | 内容 |
|------------------------------|---------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| ※ 分 婦 料 (産科医療補償制度掛金) | 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 | |
| 分娩監視料 | | 12,000円 | 1子につき |
| 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 |
| ケイツーシロップ | 1児につき | 260円 | 出血性疾患予防 |
| 新生児入院介哺料(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 |
| 食事療養費 | データ提出加算2(許可病床数200床以上) | 1,550円 | 初日 |
| | 1食につき | 690円 | 医科点数表による |
| | 食堂加算 | 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、フェニールケトン血症、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) |
| 新生児マスククリーニング | ボンペ病、ライズーム病等 | 6,930円 | 希望者 |
| | | 5,500円 | 希望者 |
| ケイツーシロップ | 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 | |
| 新生児保温用ベビーキャップ | 1個につき | 132円 | |
| ベビードライコットンシート | 1個につき | 363円 | |
| ベビーおしりふき(追加分) | 1個につき | 154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8年1月1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 |
|---------------------------------------------|---------|
| スープル(1個につき) | 3,670 |
| アンシルク-2ソックスハイソックス(1足につき) | 3,820 |
| アンシルク-2ハイソックスつま先なし(1足につき) | 3,820 |
| アンシルク-2ストッキング(両足)つま先あり(1足につき) | 4,390 |
| テクニス ピュアシー オプティブルー Simplicity(片眼につき) | 222,470 |
| テクニス ピュアシー トーリックⅡ オプティブルー Simplicity(片眼につき) | 244,470 |
| インプラント骨造成(1歯につき) | 33,000 |
| サイナスリフト(上顎洞底挙上術)(1歯につき) | 55,000 |
| ジーシー サイトラス グラニュール(吸収性歯科用骨再建インプラント材)(1個につき) | 12,320 |
| ジーシー メンブレン(吸収性歯周組織再生用材料)(1個につき) | 13,376 |
| ウェル帶 4号1巻(弾力包帯)(1巻につき) | 500 |
| 優肌絆(1巻につき) | 360 |
| ブラバ粘着剥離剤スプレー(1本につき) | 2,750 |
| セキューラ ノンアルコール皮膜 ナップキンタイプ(1枚につき) | 140 |
| セキューラ ノンアルコール皮膜 ナップキンタイプ(1箱につき) | 7,000 |
| マチワイヤー | 4,400 |
| エラテックス | 350 |
| ゴム(松葉杖破損時)(1個につき) | 160 |
| ネジ(松葉杖破損時)(1個につき) | 40 |
| 脇あて(松葉杖破損時)(1個につき) | 260 |
| ボルト(松葉杖破損時)(1個につき) | 60 |
| 三角巾(1枚につき) | 390 |
| マックスベルト(1個につき) | 2,310 |
| フィットカラー(全サイズ)(1個につき) | 1,870 |
| リブバンド S(1個につき) | 1,540 |
| リブバンド M(1個につき) | 1,650 |
| リブバンド L(1個につき) | 1,760 |
| リブバンド LL(1個につき) | 1,870 |
| クラビクルバンド SS(1個につき) | 2,420 |
| クラビクルバンド S(1個につき) | 2,750 |
| クラビクルバンド M(1個につき) | 4,240 |
| クラビクルバンド L・LL(1個につき) | 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(1個につき) | 7,040 |
| Optegoステイックオンプリズム(1個につき) | 6,820 |
| 眼鏡(1個につき) | 1,320 |
| ネオフィードシリンジ(50ml)(1本につき) | 230 |
| マイクロポアスキントーン(1本につき) | 180 |
| メパッチクリア(1箱につき) | 1,500 |
| ウロガード(1個につき) | 710 |
| カテーテルプラグキャップ(1個につき) | 140 |
| レッグバック(1個につき) | 770 |
| レッグバックベルト(1個につき) | 720 |
| カテーテルチップ(1個につき) | 220 |
| シリンジ 10 CCディスポ注射器10ml(1個につき) | 50 |
| 生食ボトル(1管につき) | 259 |
| キシロカインゼリー2% 30ml(1本につき) | 207 |
| バードICシルバーフォーリートレイB(全サイズ)(1セット) | 2,230 |
| ピーレスケアショ糖(1個につき) | 60 |
| 鼻吸器(1セットにつき) | 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）を受診されるとき
- ・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、即入院となつた方
- ・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