

保険外負担に関する事項

自費料金一覧（令和6年11月現在）

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います。（消費税及び地方消費税含む）

① 保険外併用療養費

特別の療養環境の提供に関する病室（1日当たり）

種別	本市の住民	本市の住民でない者
特別室	17,600円（税込）	22,880円（税込）
個室A	8,800円（税込）	11,440円（税込）
個室B	7,700円（税込）	10,010円（税込）

備考 貝塚市、泉佐野市、泉南市、阪南市、忠岡町、熊取町、田尻町及び岬町の住民については、本市の住民と同じ額を徴収する。

選定療養費

種別	料金（歯科以外）	料金（歯科）
非紹介患者特定初診料（1回につき）	7,700円（税込）	5,500円（税込）
非紹介患者特定再診料（1回につき）	3,300円（税込）	2,090円（税込）

後発医薬品のある先発医薬品（長期収載品）について

患者さんの希望により後発医薬品のある先発医薬品（長期収載品）を処方した場合に、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の差額4分の1に相当する金額を選定療養費（自己負担）として患者さまにご負担いただきます。

入院期間が180日を超える場合について

同じ症状による通算のご入院が180日を超えた場合、患者さまの状態によっては健康保険から入院基本料15%が病院に支払われません。180日を超えた日からの入院が選定療養費となり、入院基本料の15%は特定療養費として患者さまのご負担となります。

② 保険外負担料金

妊産婦処置料（消費税非課税）

種別	料金	加算額（左記料金に加算）		
		時間外	休日又は深夜	多胎の場合
正 本市の住民	1件 140,000円	10,000円	20,000円	2胎目以降1胎につき料金と時間外、休日又は深夜に係る加算額の合計金額に100分の50を乗じて得た額
規 本市の住民でない者	1件 168,000円	20,000円	40,000円	
分 娩料				

- この表において「時間外」とは、休日を除く午前9時から午後5時まで及び深夜以外の時間をいう。
- この表において「休日」とは、岸和田市の休日を定める条例（平成2年条例第23号）第1条第1項に規定する休日をいう。
- この表において「深夜」とは、午後10時から午前6時までの時間をいう。
- 忠岡町の住民については、本市の住民と同じ額を徴収する。

保険外診療等

種別	料金
リンパ浮腫看護ケア外来（初診・診察） 1回につき	2,200円（税込）
リンパ浮腫看護ケア外来（指導のみ60分） 1回につき	1,100円（税込）
リンパ浮腫看護ケア外来（再診・上肢・下肢マッサージ40～60分） 1回につき	4,400円（税込）

リンパ浮腫看護ケア外来（再診・上肢・下肢マッサージ 60～90分） 1回につき	6,050円（税込）
セカンドオピニオン（1時間以内） 1回につき	16,500円（税込）
Qスイッチルビレーザ―機器によるアザ・シミ等治療（直径1cm未満） 1個あたり	11,000円（税込）
Qスイッチルビレーザ―機器によるアザ・シミ等治療（直径2cm未満） 1個あたり	22,000円（税込）
Qスイッチルビレーザ―機器によるアザ・シミ等治療（直径3cm未満） 1個あたり	33,000円（税込）
Qスイッチルビレーザ―機器によるアザ・シミ等治療（直径3cm以上） 1個あたり	44,000円（税込）
良性小腫瘍除去（2mm未満） 1個あたり	11,000円（税込）
良性小腫瘍除去（2mm以上5mm未満） 1個あたり	16,500円（税込）
良性小腫瘍除去（5mm以上10mm未満） 1個あたり	22,000円（税込）
良性小腫瘍除去（10mm以上） 1個あたり	33,000円（税込）
PRP療法 APS療法 治療費（1回）	330,000円（税込）
PRP療法 APS療法 キャンセル料	231,000円（税込）
PRP療法 GPSⅢ療法 治療費（1回）	110,000円（税込）
PRP療法 GPSⅢ療法 関節外1部位につき	110,000円（税込）
PRP療法 GPSⅢ療法 キャンセル料	77,000円（税込）

予防接種（1回につき）

種別	料金
BCG	10,560円（税込）
肺炎球菌（ニューモバックス）	8,250円（税込）
肺炎球菌（プレバナー20 1回目）	11,280円（税込）
肺炎球菌（プレバナー20 2回目、3回目、追加接種）各回	8,920円（税込）
肺炎球菌（バクニューバンス1回目）	11,280円（税込）
肺炎球菌（バクニューバンス2回目、3回目、追加接種）各回	8,920円（税込）
おたふくかぜ（流行性耳下腺炎）	6,270円（税込）
水痘	8,360円（税込）
HPV（子宮頸がん）	18,700円（税込）
シルガード9（子宮頸がん・1回目）	26,750円（税込）
シルガード9（子宮頸がん・2回目、3回目）各回	24,390円（税込）
日本脳炎	6,270円（税込）
麻疹（1回目）	6,400円（税込）
麻疹（2回目）	4,100円（税込）
麻疹・風疹混合（Ⅰ期）	13,200円（税込）
麻疹・風疹混合（Ⅱ期）	11,000円（税込）
風疹	6,210円（税込）
二種混合（ジフテリア・破傷風）	3,960円（税込）
三種混合（ジフテリア・破傷風・百日咳）	7,700円（税込）
四種混合（ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ）	11,140円（税込）
五種混合（ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ・Hib）1回目	19,530円（税込）
五種混合（ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ・Hib）2回目、3回目、追加接種 各回	17,170円（税込）
小児用B型肝炎	5,120円（税込）

H i b	6,600 円 (税込)
ロタウィルス (ロタテック)	8,320 円 (税込)
ロタウィルス (ロタリック)	14,300 円 (税込)
インフルエンザ (小児・1回目)	4,400 円 (税込)
インフルエンザ (小児・2回目)	3,300 円 (税込)
インフルエンザ (大人)	3,850 円 (税込)
ポリオ	9,290 円 (税込)
髄膜炎菌ワクチン (メンクアッドフィ・1回目)	23,580 円 (税込)
髄膜炎菌ワクチン (メンクアッドフィ・2回目)	21,230 円 (税込)
RS ウイルスワクチン (アレックスビー)	25,470 円 (税込)
RS ウイルスワクチン (アブリスボ)	29,760 円 (税込)

人間ドック及び PET-CT 検診料

種別	料金
脳ドック	41,910 円 (税込)
PET-CT 検診	103,400 円 (税込)
アミノインデックス検査	24,200 円 (税込)
膵がん・胆道がんドック A	38,500 円 (税込)
膵がん・胆道がんドック B	49,500 円 (税込)
肺がん C T ドック	15,400 円 (税込)

文書料 (1 通当たり)

種別	料金
自動車損害賠償責任保険、生命保険、損害保険等に係る診断書その他これに類する文書	5,500 円 (税込)
障害年金の給付に係る診断書	3,300 円 (税込)
出生証明書、死産証書、死亡診断書、並びに心身障害認定及び医療費公費負担申請に係る診断書	2,200 円 (税込)
健康診断書、普通診断書 (傷病証明等)	1,100 円 (税込)
支払証明書、通院証明書、入院証明書その他の証明書であって、医師の診断を必要としないもの	550 円 (税込)
個人情報開示請求に係るカルテ写し作成費用 (A3 以下のみ)	白黒 1 枚 10 円 (税込)
	カラー 1 枚 50 円 (税込)

再発行・複写料等

種別	料金
院外処方せん再交付 (7 種類以上) 1 回につき	440 円 (税込)
院外処方せん再交付 (6 種類以下) 1 回につき	740 円 (税込)
画像データ (レントゲンなど) C D - R 1 枚につき	2,200 円 (税込)
診察券再発行 1 枚につき	110 円 (税込)

その他

種別	料金	種別	料金
インプラント専用ブラシ	340 円 (税込)	弾性ストッキング (療養の給付分以外)	3,300 円 (税込)
お産用パッド Sweet L	110 円 (税込)	歯ブラシ (タフト 24)	130 円 (税込)

平オムツ	40円(税込)	歯ブラシ(タフト24エクスト)	130円(税込)
小児用紙おむつ(パンパース)	50円(税込)	テキスト(心筋梗塞・狭心症)	330円(税込)
ティッシュペーパー	50円(税込)	フィルムコピー代 /枚	550円(税込)
尿取りパット	40円(税込)	画像データ CD-R	2,200円(税込)
はくパンツS・M・L・LL	340円(税込)	両親学級テキスト代	1,100円(税込)
粘膜ケアスポンジブラシ	40円(税込)	エンゼルボックス(死産 大)	1,760円(税込)
歯ブラシ	110円(税込)	エンゼルボックス(死産 中)	1,650円(税込)
成人用紙おむつ(Lサイズ)	140円(税込)	エンゼルボックス(死産 小)	880円(税込)
成人用紙おむつ(Mサイズ)	130円(税込)	死後処置料	5,500円(税込)
小児用紙おむつ(ビッグサイズ)	80円(税込)	食事代(付き添い朝)	500円(税込)
紙おむつ(新生児)	40円(税込)	食事代(付き添い昼)	550円(税込)
紙おむつBaby用 L	60円(税込)	食事代(付き添い夜)	550円(税込)
球状ブラシ	390円(税込)	テキスト(糖尿病の患者様へ)	660円(税込)
球状ブラシ(吸引付き)	520円(税込)		
口腔ケアスポンジプラスチック	40円(税込)		
弾性ストッキング(ハイソックス) (療養の給付分以外)	2,750円(税込)		

保険外診療等(歯科)

種別	料金
検査及び診断料(CT、採血、パノラマ、模型等含む)	77,000円(税込)
サージカルプレート	11,000円(税込)
歯科再診料(保険外診療)	1,100円(税込)
口腔衛生指導(初回)	11,000円(税込)
口腔衛生指導(2回目以降)	3,300円(税込)
インプラント埋入術	330,000円(税込)
プロビジョナル(漸間補綴物)※種類により金額の変動あり。	33,000円(税込)
上部構造(メタルボンド)※種類により金額の変動あり	110,000円(税込)
上部構造(ハイブリット)※種類により金額の変動あり	88,000円(税込)
サイナスリフト(一側につき)	330,000円(税込)
骨造成(一側につき)	330,000円(税込)
粘膜移植術(一側につき)	220,000円(税込)
歯槽骨延長術(一側につき)※延長器代別	330,000円(税込)