

5（１）保険外負担に関する事項について

当院では、以下の項目について、利用回数に応じた実費の負担をお願いしています。

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」についての費用徴収や、「施設管理費」等の曖昧な名目での費用徴収は一切いたしておりません。

項 目（※は非課税）		単位	金額（円） 税込
普通診断書		1通	3,300
特殊診断書	各種年金関係	1通	5,500
	生命保険関係	1通	5,500
	身体障害者関係	1通	5,500
	裁判所関係	1通	5,500
	死亡診断書、死体検案書	1通	3,300
休職職員の復職診断書		1通	3,300
労災関係診断書 ※		1通	5,000
自賠法関係診断書		1通	5,500
自賠法関係後遺症意見書		1通	5,500
自賠法関係診療報酬明細書		1通	5,500
諸証明書	医療費領収証明	1通	2,200
	出産証明書	1通	3,300
	入通院関係証明書	1通	2,200
進学就職等健康診断書		1通	3,300
健康診断料(実施項目×12円×消費税)			実費
診察券再発行料		1枚	110
病衣貸与料		1日	110
医師面談料		1回	4,400
診療記録開示 コピー代 ※	A4白黒	片面につき	10
	A4カラー	片面につき	100
	CDコピー代	1枚	100
両親学級テキスト代		1セット	770
妊娠確認検査 ※ （1回目）	市内	1回	7,000
	市外	1回	8,400
妊娠確認検査 ※ （2回目）	市内	1回	3,000
	市外	1回	3,600
妊婦健診 ※ 助産師外来 ※	市内	1回	5,000
	市外	1回	6,000
妊婦健診初期検査 ※	市内	1回	32,000
	市外	1回	38,400
妊婦健診中期初期超音 波検査 ※	市内	1回	8,000
	市外	1回	9,600
妊婦健診中期検査 ※	市内	1回	8,000
	市外	1回	9,600
妊婦健診中期後期超音 波検査 ※	市内	1回	8,000
	市外	1回	9,600
妊婦健診後期検査 ※	市内	1回	19,000
	市外	1回	22,800
産後2週間／1ヶ月健診 ※		1回	5,000
トキソプラズマ抗体検査※		1回	4,000
超音波検査(希望により実施した場合)		1回	3,300
胎児4D超音波撮影(病院指定USB含む)		1回	3,300
卵管結紮術/卵管切除術(手術費用のみ)		1回	57,420
病理組織標本作成・診断料 （卵管切除術を行った場合のみ）		1回	19,800
羊水染色体検査（入院費を含む）		2日間	260,000

項 目（※は非課税）		単位	金額（円） 税込	
分娩 介 助 料 ※	市内	平日9時～17時	1児	105,000
		土曜6時～22時	1児	126,000
		日曜祝日9時～17時	1児	147,000
		平日6時～9時、17時～22時	1児	126,000
		全日:22時～翌6時（深夜）	1児	147,000
	市外	平日9時～17時	1児	136,500
		土曜6時～22時	1児	163,800
		日曜祝日9時～17時	1児	191,100
		平日6時～9時、17時～22時	1児	163,800
		全日:22時～翌6時（深夜）	1児	191,100
お産セット ※		1セット	6,400	
分娩キット（経腔分娩用） ※		1セット	3,200	
分娩キット（帝王切開分娩用）※		1セット	1,100	
胎盤処置料 ※	市内	1件	2,000	
	市外	1件	2,600	
プロウパス腔用剤 ※		1個	19,800	
臍帯血血液ガス ※		1個	5,000	
新生児聴力検査（A A B R） ※		1回	5,000	
新生児保育料 （1日）※	市内	1人	5,000	
	市外	1人	6,500	
新生児介補料（1日）※		1人	3,810	
先天性代謝異常症検査 ※		1人	3,500	
拡大新生児マススクリーニング検査 ※		1回	5,600	
新生児ビリルビン検査 ※		1回	1,660	
乳幼児検診料		1児	7,623	
乳房マッサージ ※		1回	2,000	
ベビーマッサージ教室		1回	1,100	
産後ケア入院※	一般	1日	3,000	
	非課税世帯	1日	1,500	
	生活保護世帯	1日	1,000	
産後ケア日帰り※	一般	1回	2,000	
	非課税世帯	1回	1,000	
	生活保護世帯	1回	800	
産後ケア多胎児追加料金入院（一般）※		1日	500	
産後ケア多胎児追加料金日帰り（一般）※		1日	300	
産後ケア入院キャンセル料 ※		1日	1,300	
産後ケア日帰りキャンセル料 ※		1日	1,000	
【神戸市事業対象外】産後ケア入院 ※		1日	31,000	
【神戸市事業対象外】産後ケア日帰り ※		1日	23,800	
入院用おむつ1枚		1日	30	
避妊用薬	挿入	1回	46,279	
	抜去	1回	11,141	
	交換	1回	48,259	
	装着後診察	1回	7,973	

項 目（※は非課税）			単位	金額（円） 税込
予 防 接 種 料	5 種混合 1 期	1 回目	1 回	24,750
		2・3 回目	1 回	21,450
		追加	1 回	24,750
	4 種混合 1 期	1 回目	1 回	14,080
		2・3 回目	1 回	10,780
		追加	1 回	14,080
	麻しん・風しん（MR）1 期		1 回	13,420
	麻しん・風しん（MR）2 期		1 回	13,420
	麻しん・風しん（一般・MR）		1 回	12,430
	麻しん（一般・単抗原）		1 回	8,140
	風しん（一般・単抗原）		1 回	8,140
	小児用 肺炎球菌	1 回目	1 回	14,960
		2 回目以降	1 回	11,550
		5 歳の者	1 回	13,970
	Hib	1 回目	1 回	11,440
		2 回目以降	1 回	8,030
		追加	1 回	11,440
	B型肝炎 （小児用）	1 回目	1 回	8,470
		2・3 回目	1 回	5,060
	B型肝炎	1 回目	1 回	7,810
		2・3 回目	1 回	4,950
	おたふくかぜ		1 回	8,140
	水痘（小児用）		1 回	11,330
	水痘		1 回	10,340
	ジフテリア破傷風 2 期		1 回	6,160
	BCG（小児用）		1 回	14,740
	BCG		1 回	13,750
	ヒトパピローマウイルス 4 価	1 回目	1 回	20,240
		2・3 回目	1 回	17,380
	ヒトパピローマウイルス 9 価	1 回目	1 回	35,420
		2・3 回目	1 回	32,560
	肺炎球菌(ニューモバックス)		1 回	10,890
	肺炎球菌(プレベナー)		1 回	13,750
	インフルエンザ	65歳以上	1 回	1,500
		1 回目	1 回	5,500
		2 回目	1 回	3,696
	髄膜炎菌ワクチン		1 回	30,690
	ロタウイルス	1回目	1 回	18,260
		2 回目	1 回	14,850
	日本脳炎	1 期(1 回目)	1 回	9,680
		1 期(2 回目)	1 回	6,380
		1 期追加	1 回	8,690
		2 期	1 回	8,690
	带状疱疹	1 回目	1 回	26,180
		2 回目	1 回	23,320
	RSウイルスワクチン（妊婦用）		1 回	33,100
	RSウイルスワクチン（60歳以上）		1 回	30,470
	新型コロナウイルス		1 回	18,920

項 目（※は非課税）		単位	金額（円） 税込
ス ト ー マ 装 具	大腸用単品系平面装具(小) ※	1 枚	450
	大腸用単品系平面装具(大) ※	1 枚	670
	大腸用単品系凸面装具 ※	1 枚	720
	大腸用単品系凸面テープ付装具 ※	1 枚	760
	大腸用単品系凸面装具（テープ無） ※	1 枚	730
	大腸用 2 品系平面装具 ※	1 枚	640
	大腸用ストーマ袋 ※	1 枚	310
	小腸用単品系平面装具 ※	1 枚	550
	小腸用単品系凸面装具(柔)・小キャップ ※	1 枚	590
	小腸用単品系凸面装具(柔)・大キャップ ※	1 枚	640
	小腸用単品系凸面装具(硬) ※	1 枚	680
	小腸用単品系凸面装具(菱形) ※	1 枚	770
	小腸用ストーマ袋 ※	1 枚	460
	尿路用単品系凸面装具 ※	1 枚	880
	尿路用単品系凸面装具（柔） ※	1 枚	880
	尿路用単品系凸面装具(テープ無) ※	1 枚	880
	尿路用 2 品系平面装具 ※	1 枚	570
	2 品系凸面テープ付装具(柔) ※	1 枚	730
	2 品系凸面テープ付装具(硬) ※	1 枚	760
	尿路用ストーマ袋 ※	1 枚	500
	皮膚保護剤（大腸用）	1 枚	583
	皮膚保護剤（小腸用）	1 枚	638
	皮膚保護剤（尿路用）	1 枚	264
	板状皮膚保護材	1 枚	286
	外部蓄尿袋（大）	1 枚	572
	外部蓄尿袋（小）	1 枚	616
	外部蓄尿袋用ベルト	1 枚	605

遺伝カウンセリング		初回(1時間)	1 回	11,000
		2回目以降(30分)	1 回	5,500
遺伝子検査（血液検査）			1 回	20,000～300,000
HBOC検診（卵巣がん）			1 回	11,000
HBOC検診 （乳がん）	問診・視触診		1 回	880
	乳房超音波検査		1 回	4,950
	乳房トモシンセーシス		1 回	12,100
	乳房超音波検査			
	乳房トモシンセーシス		1 回	8,250
	乳房トモシンセーシス		1 回	39,600
	造影乳房MRI		1 回	31,900
造影乳房MRI				
パルボウイルスB19IgG抗体検査		初 診	1 回	8,353
		再 診	1 回	5,528
肝炎検査	HBVジェノタイプ		1 回	11,180
	HBVサブジェノタイプ		1 回	34,192
	HCV RNAサブタイプ		1 回	20,552

項 目（※は非課税）		単位	金額（円） 税込
巻き爪矯正	処置料（初回）	1 指	7,700
	処置料（2回目以降）	1 指	3,300
	ワイヤー代	2 指まで	4,400
	巻き爪マイスター	1 指	4,400
	巻き爪矯正用ゲル	1 指	4,950
ルビーレーザー 照射	基本料金10ショットまで	1 セット	12,100
	追加料金①11ショット以	1ショット	550
	追加料金② 1 cm ² あたり	1 cm ²	11,000
	表面麻酔	1 回	1,100
	再診料	1 回	1,100

項 目（※は非課税）		単位	金額（円） 税込
医療通訳システム 利用料	同 行	1 回	2,750
	遠 隔	1 回	1,650
セカンドオピニオン面談料（60分）		1 回	22,000
セフティセット		1回	3,850
エンジェルボックス		1個	2,750