

保険外負担一覧表【文書】（税込）

・ 特例補装具理由書		1通	2,500円
・ 健康診断書		1通	3,300円(+検査代)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 補装具意見書 ・ 補装具費支給意見書 ・ 補装具交付（修理）意見書 ・ 日常生活用具給付意見書 ・ 日常生活用具意見書 ・ 医療的ケア指示書 ・ 他事業所サービスを利用する為の指示書 ・ 医師所見 ・ 傷病証明書 ・ 障害福祉サービス等に係わる判定スコア表（医師用） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 意見書 児童福祉サービス利用 ・ 意見書 用具の処方 ・ 訪問入浴サービス意見書 ・ 園児審査票 ・ 診断書（病名、加配） ・ 学校生活管理指導表（アレルギー以外） ・ アレルギーに関する診断書 ・ アクセスリーディング申立書 ・ オムツ証明書（意見書） ・ その他意見書 	1通	3,300円
・ 自立支援医療費用診断書（育成・精神通院）		1通	3,000円(非課税)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 特別児童扶養手当認定診断書 ・ 特別障害者手当認定診断書 ・ 障害児福祉手当認定診断書 ・ 精神障害者保健福祉手帳用診断書 ・ 身体障害者手帳診断書・意見書 ・ 臨床調査個人票 ・ 小児慢性特定疾病医療意見書 ・ 年金診断書 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診状況等証明書 ・ 入院証明診断書（保険会社用） ・ 診断書（保険会社提出用） ・ 診断書（成年後見人用） ・ 診断書（茨城県公安委員会提出用） ・ その他診断書 	1通	5,500円
<ul style="list-style-type: none"> ・ 産科医療補償制度（補償請求用・専用診断書） ・ 死亡診断書 		1通	7,700円
・ 死体検案書		1通	11,000円
<ul style="list-style-type: none"> ・ 通院証明書（自動車税減免申請書・その他） ・ 診療報酬明細証明書（保険会社提出用） ・ 登園許可書 ・ カウンセリング指示書（公認心理師用） ・ 臨床心理・神経心理検査報告書 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在所証明書 ※用途による ・ 治療用装具製作指示装着証明書 ・ 介護等体験証明書 ・ その他 	1通	1,100円
・ 車椅子・補装具等に関する指示書	・ 動作・姿勢保持等に関する指示書	1回	1,100円

保険外負担一覧表【文書】

<ul style="list-style-type: none"> ・ 療育費支援申請書 ・ 通院証明書（福祉事務所提出用） ・ 医師意見書（障害支援区分） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ チェリタン指示書 ・ 短期入所指示書（当センター利用の為） ・ 育成医療意見書（更新） 		無料
--	---	--	----

保険扱い一覧表【文書】（税込）

<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護指示書 ・ 介護職員等喀痰吸引等指示書 ・ 健康保険傷病手当金支給申請書 ・ マッサージ同意書 ・ 学校提出書類 (てんかん（坐薬）、プール、医療的ケア指示書、健診結果等) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療情報提供書 ・ 学校生活管理指導表（アレルギー） ・ 複数医療機関の指定に関する意見書（自立支援医療費（精神通院）用） ・ 医師指示書 		保険扱い
--	--	--	------

保険外負担一覧表【その他】（税込）

・診察券再発行	1枚	110円
・メディア代（CD-R）	1枚	550円
・ノロウイルス抗原定性 ・免疫学的検査判断料（3歳以上65歳未満の患者様）	1回	3,234円
・ABO血液型, Rh (D) 血液型検査 ・免疫学的検査判断料、静脈採血	1回	2,552円
・軟膏容器代 5ml～10ml	1個	20円
20ml～30ml	1個	30円
50ml以上	1個	100円
・医師との面談料（診察以外のもの）	30分毎	3,201円
・エンゼルケア	1式	11,000円
・ベッド代（付き添いの方）	1日	500円
・付き添いの方の食事代 朝食	1食	430円
昼食	1食	520円
夕食	1食	520円
・洗濯代（入院時） ・おむつ代（入院時）	1回	300円
※詳細は、入院説明時にご確認ください		各種料金

保険外負担一覧表【予防接種】（税込）

ポリオ	1回	9,900円
五種混合	1回	19,970円
四種混合	1回	11,060円
三種混合	1回	5,580円
二種混合	1回	4,590円
麻しん風しん混合	1回	10,560円
日本脳炎（1期）	1回	7,480円
日本脳炎（2期）	1回	6,740円
ヒブ	1回	8,800円
B C G	1回	10,810円
小児肺炎球菌	1回	11,830円
水痘	1回	8,860円
子宮頸がん：サーバリックス（2価）	1回	16,360円
子宮頸がん：ガーダシル（4価）	1回	16,360円
子宮頸がん：シルガード9（9価）	1回	27,800円
B型肝炎	1回	6,180円
おたふくかぜ	1回	8,740円

明細書の発行に関する事項

当センターでは、医療の透明化や患者様への情報提供を積極的に推進していく観点から、領収書の発行の際に個別の診療報酬の算定項目が分かる明細書を無料で発行しております。

また、公費負担医療の受給者で医療費の自己負担のない方にも明細書を無料で発行しております。

なお、明細書の発行を希望されない方は、会計窓口にてその旨お申し出ください。

愛正会記念茨城福祉医療センター
センター長

2024年10月1日