

# 特別の療養環境の提供・保険外負担一覧

当院では、保険外の項目について、その使用量、利用回数等に応じた実費のご負担をお願いしております

## ◎室料 令和6年4月1日より

1日につき；円（消費税含む）

階	部屋No.	床数	金額
A 棟 3 階	301	①	38,500
	302	①	13,200
	303	①	13,200
	305	①	13,200
	306	①	13,200
	307	①	13,200
	308	①	13,200
	310	①	11,000
	311	①	11,000
	312	①	11,000
	313	①	11,000
	315	①	11,000
	316	①	11,000
	321	①	8,800
	322	①	8,800
	323	①	8,800
326	①	8,800	
327	①	8,800	

階	部屋No.	床数	金額
F 棟 2 階	①東	①	7,700
	②北	①	5,500
	③南	①	5,500
F 棟 3 階	351	④	2,750
	352	④	2,750
	353	④	2,750
	355	④	2,750
	356	④	2,750
	357	①	16,500
	358	④	2,750
F 棟 4 階	360	④	2,750
	390	①	5,500
	451	①	16,500
	460	①	14,300
	461	①	14,300
	462	①	14,300
	463	①	14,300
465	①	14,300	

## ◎入院時セット等

名称	セットA（一般）	セットB（介護）
内容	タオル バスタオル 患者衣（上下式） ※規定枚数を超えた分は追加料金となります。1枚77円	タオル バスタオル 患者衣（長着式、介護式） 防水シート、食事用エプロン等
価格	165円（1日につき）	550円（1日につき）

## ◎紙オムツ

テープ止め	1枚 152円
リハビリパンツ	1枚 135円
ワイドパット（L）	1枚 104円
ワイドパット（M）	1枚 52円
尿取りレギュラー	1枚 25円

## ◎診断書・証明書等

診断書（保険会社用紙等持参）	3,300円
診断書（病院用紙）	2,200円

## ◎その他

診療録開示	5,500円
-------	--------

※その他、詳しくは総合受付にてお尋ねください