

別表2（第2条関係）

- 1 非紹介患者初診時負担金額（医科） 7,700円（税込）
- 2 非紹介患者再診時負担金額（医科） 3,300円（税込）
- 3 非紹介患者初診時負担金額（歯科） 5,500円（税込）
- 4 非紹介患者再診時負担金額（歯科） 2,090円（税込）

- 2 180日を超える入院に係る特別入院料
厚生労働大臣が定める状態にある方 1日につき 2,394円（税込）

1日につき、選定療養及び特定療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等(平成14年厚生労働省告示第88号。) 第5号に規定する通算対象入院料の基本点数に100分の15を乗じて得た点数に1.1を乗じて得た額(その額に、1円未満の端数があるときはこれを四捨五入する。)

3 入院室料差額

区 分	金 額 (税 込)
1 特別S室	1日につき 11,000円
2 特別A室	1日につき 5,500円
3 特別B室	1日につき 4,400円

(注) 各室の詳細は別表1のとおり。

重症収容室は差額料金は徴収しない。また、療養上の都合により収容したときも徴収しない。

4 受託検査料及び受託エックス線撮影料

病院外その他施設から検査及びエックス線撮影を委託され受託した場合は、医科診療報酬点数表(以下「医科点数表」により算定した額という。) により算定した額に0.8を乗じて得た額に1.1を乗じて得た額(その額に、1円未満の端数があるときはこれを四捨五入する。)

5 文書料

種 類	料 金 (税 込)
(1) 医療費支払証明書	1,100円
(2) 死体処置料	5,500円
(3) 死亡時病衣	4,400円
(4) 死体検案料	11,000円
(5) 死亡診断書、死体検案書 医師法施行規則（昭和23年厚生省令第47号）に定める 一般的なもの	3,300円
特殊なもの（生命保険用等特別なもの）	5,500円
(6) 診断書 ・当院所定診断書	1,650円
・簡易、一般的なもの	1,650円
・特疾・障害等複雑なもの	3,850円
・生命保険、恩給診断、年金診断及び自動車損害賠償補償法 （昭和30年法律第97号）に係わるもの等保険給付のあるもの	5,500円
(7) 自賠責保険診療報酬明細領収書	
(8) 労働者災害補償保険法に基づく診断書、証明書	5,500円
	新潟労働基準局通知による
※上記規定以外の文書が発行された場合は、上記のうち類似書類に準じて取り扱う事とする。	

6 診療録開示料金

- (1) 開示手数料 3,300円 (税込)
- (2) 文書コピー代 (モノクロ) 用紙共通片面1枚につき 22円 (税込)
- (3) 文書コピー代 (カラー) 用紙共通片面1枚につき 55円 (税込)
- (4) エックス線フィルムコピー代 規定に基づくそれぞれの金額

7 医師面談料 1件につき 5,500円 (税込)

8 エックス線フィルムコピー料金

1枚につき	定 価	現 像 料	手 数 料	合 計(税 込)	備 考
半切フィルム	300円	580円	200円	1,188円	
四ツ切	200円	520円	200円	1,012円	
B4フィルム	200円	580円	200円	1,078円	
CD-R				3,300円	

9 明細書再発行代 片面1枚につき 22円 (税込)

10 健康診断料

(1) 医科点数表により算定した額に1.1を乗じて得た額。(その額に1円未満の端数があるときはこれを四捨五入する)

ただし、集団検診で事前に合意を得ている場合は、0.8を乗じて得た額とする。

(2) 人間ドック料

- ア スタンダード (日帰りコース) 1人につき 45,000円 (税込)
- イ ラングアドバンス (日帰りコース) 1人につき 80,000円 (税込)
- ウ ブレインアドバンス (日帰りコース) 1人につき 90,000円 (税込)
- エ ブレインドック (日帰りコース) 1人につき 50,000円 (税込)
- オ カプセル内視鏡ドック (日帰りコース) 1人につき 150,000円 (税込)
- カ プレミアム (1泊2日ドック) 1人につき 134,000円 (税込)
- キ オプション(1泊人間ドックのみ)

項 目	内 容	料 金 (税 込)
乳がん検診(女性のみ)	視触診、マンモグラフィ	5,000円
歯科検診 (プレミアムのみ)	歯石精密検査、歯石除去 歯面研磨、ブラッシング指導 パノラマX線撮影、舌圧検査	5,000円

診断、検査等の追加項目や料金に変更が必要な場合は、会議にて協議の上内容を変更する。

11 予防接種料

医科点数表により算定した額に使用薬剤の購入価格を加えた額に1.1を乗じて得た額(その額に、1円未満の端数があるときはこれを四捨五入する。)

- 12 丸山ワクチン注射料 1回につき 198円 (税込)
- 13 HLA検査料 1件につき 11,000円 (税込)
- 14 信楽園病院診察券再発行料 1枚につき 55円 (税込)

15 その他貸付料

項	目	料 金 (税 込)	備 考
(1) 吸引機	(大)	1,650円	
	(小)	1,100円	

16 往診時交通費

- ① 5km未満 250円 (税込)
- ② 5km以上10km未満 500円 (税込)
- ③ 10km以上 750円 (税込)

17 特別メニューの食事料 1食につき 20円 (税込)

18 付き添い食 1食につき 770円 (税込)

19 歯科自費料金 (税込)

材料名	冠の種類			
	全部被覆冠	3/4冠 4/5冠	インレー	コア
ポーレセン	126,500円		68,200円	
フルジルコニア	118,800円			
ハイブリッドレジン	金パラ 68,200円	49,500円	49,500円	
	JK 61,600円			
金合金	73,700円	67,100円	56,100円	18,700円
金パラ チタン	61,600円	56,100円	49,500円	16,500円
銀合金 その他				8,800円
コンポジットレジン				8,800円
				ファイバー 13,200円

※金パラ：12%金銀パラジウム合金 JK：ジャケットクラウン

(注) 日本歯科大料金に準ずる。

20 おむつ代金 (税込)

項 目	料金 (1枚)
紙おむつ (L)	90円
紙おむつ (M)	70円
紙パンツ (L-LL)	90円
紙パンツ (M-L)	80円
尿パット	20円