

## 保険外負担について

当院では、次の経費については、実費又は規定に定められた料金の負担をお願いしています。（料金は特別な表示がない場合は税込表示です。）

### (1) 産科の分娩にかかる料金（非課税）

| 区 分                        | 料 金      |
|----------------------------|----------|
| 時間内（8:31～17:30）            | 175,000円 |
| 時間外（17:31～22:00、6:01～8:30） | 210,000円 |
| 休日・深夜（22:01～6:00）          | 245,000円 |
| 胎盤処置                       | 1,500円   |
| お産セット                      | 5,600円   |

※ 分娩の時点の時間で判断します。

※ 上記金額には、産科医療補償制度保険料は含まれておりません。

### (2) 診断書・証明書等の文書料金

| 区 分                                       | 1日あたり料金 |
|---|---------|
| 産科医療補償制度認定診断書                             | 15,700円 |
| 自動車損害賠償保障法の適用に係るもの及び人の生命又は身体に関する任意保険に係るもの | 6,600円  |
| 診断書                                       | 5,280円  |
| 諸証明書（医師の判断を要するもの）                         | 3,960円  |
| 諸証明書（医師の判断を要しないもの）                        | 2,200円  |

### (3) 医療行為等の料金

| 区 分               | 料 金             | 単 位   |
|-------------------|-----------------|-------|
| 頭位性斜頭に対する頭蓋形状誘導療法 | 376,200円        | 式     |
| セカンドオピニオン         | 15,180円         | 30分まで |
| セカンドオピニオン追加料金     | 2,860円          | 15分ごと |
| 画像・検査情報のCDへの複写    | 1,100円          | 枚     |
| 保険会社等の面談料金        | 6,050円          | 回     |
| 妊婦健診              | 6,000円<br>(非課税) | 回     |
| 産褥健診              | 5,000円<br>(非課税) | 回     |

|                                  |                   |             |
|----------------------------------|-------------------|-------------|
| 母乳マッサージ                          | 2,200 円<br>(非課税)  | 回           |
| 新生児介補料                           | 11,000 円<br>(非課税) | 1 日         |
| 遺伝子解析検査<br>(がん関連シングルサイト解析)       | 14,630 円          | 1 箇所        |
|                                  | 17,930 円          | 2 箇所        |
|                                  | 21,230 円          | 3 箇所        |
|                                  | 24,530 円          | 4 箇所        |
|                                  | 27,830 円          | 5 箇所        |
| 遺伝子解析検査<br>(sanger 法による単一エクソン解析) | 20,070 円          | 1 箇所        |
|                                  | 32,170 円          | 2 箇所        |
|                                  | 44,270 円          | 3 箇所        |
|                                  | 56,370 円          | 4 箇所        |
|                                  | 68,470 円          | 5 箇所        |
| 遺伝子解析検査 (家族性腫瘍遺伝子解析)             | 36,570 円          | 回           |
| 神経線維腫症遺伝子検査                      | 42,130 円          | 回           |
| 出生前遺伝カウンセリング                     | 5,000 円           | 30 分まで      |
|                                  | 10,000 円          | 30 分～1 時間まで |
| 外来遺伝カウンセリング                      | 5,000 円           | 回           |
| 出生前 SNP マイクロアレイ検査                | 155,210 円         | 回           |
| クアトロテスト (母体血清マーカー検査)             | 17,710 円          | 回           |
| 羊水細胞染色体検査(G-band)                | 49,500 円          | 回           |
| 羊水細胞染色体検査(G-band・FISH)           | 82,500 円          | 回           |
| 流死産絨毛 (POC) 細胞染色体検査              | 26,400 円          | 回           |
| NGS 流産内容物染色体検査                   | 34,100 円          | 回           |
| 流死産絨毛マイクロアレイ検査                   | 133,100 円         | 回           |
| 流死産絨毛 3 倍体検査                     | 12,100 円          | 回           |
| 流死産絨毛母胎混入検査                      | 23,100 円          | 回           |
| 拡大新生児マススクリーニング                   | 5,600 円           | 回           |
| NIPT (無侵襲的出生前遺伝学的検査)             | 130,000 円         | 回           |
| EDA 遺伝子解析検査 (MLPA 法)             | 45,100 円          | 回           |
| 血色素異常症検査 1 次 (スクリーニング検査)         | 17,600 円          | 回           |
| 血色素異常症検査 2 次 (遺伝子検査)             | 22,000 円          | 回           |
| 三角巾                              | 143 円             | 枚           |
| 歯ブラシ                             | 47 円              | 本           |
| 産科術後ガウン                          | 820 円<br>(非課税)    | 枚           |

|                 |                  |     |
|-----------------|------------------|-----|
| 臍帯箱（字有り） ※多胎の場合 | 190 円<br>(非課税)   | 箱   |
| 臍帯箱（無地）         | 160 円<br>(非課税)   | 箱   |
| エンゼルボックス 30     | 1,350 円<br>(非課税) | セット |
| エンゼルボックス 35     | 1,600 円<br>(非課税) | セット |
| エンゼルボックス 50     | 3,000 円<br>(非課税) | セット |

#### (4) 医療通訳の料金

| 区 分        | 料 金     | 単 位 |
|------------|---------|-----|
| 医療通訳（遠隔通訳） | 1,650 円 | 回   |
| 医療通訳（同行通訳） | 2,750 円 | 回   |

#### (5) 入院患者のリネン代（被服貸与料）

| 区 分  | 1日あたり料金 |
|--|---------|
| A NICU に入院される全ての患者様                                    | 900 円   |
| B CICU、PICU、GCU に入院される全ての患者様<br>病院のオムツ、寝衣、タオルを使用される患者様 | 800 円   |
| C 病院の寝衣、タオルを使用される患者様                                   | 600 円   |
| D 病院のタオルを使用される患者様                                      | 300 円   |

※ 新生児（出生日を1日として28日まで）については、それぞれ、A 819円、B 728円、C 546円、D 273円です。（非課税）

#### (6) 任意予防接種料金

| 区 分                      | 料 金     |
|--------------------------|---------|
| おたふくかぜ                   | 6,330 円 |
| 麻疹・風疹（MR）                | 9,840 円 |
| 風疹                       | 6,220 円 |
| 麻疹                       | 6,290 円 |
| 二種混合（DT）（ジフテリア、破傷風）      | 5,890 円 |
| 三種混合（DPT）（百日咳、ジフテリア、破傷風） | 8,550 円 |
| 日本脳炎                     | 6,780 円 |

|                               |          |
|-------------------------------|----------|
| 水痘                            | 8,140 円  |
| 結核（乾燥BCG）                     | 10,040 円 |
| B型肝炎（ヘプタバックス）                 | 5,430 円  |
| B型肝炎（ビームゲン）                   | 5,580 円  |
| ヒブワクチン（アクトヒブ）                 | 8,050 円  |
| 肺炎球菌（バクニューバンス）                | 10,950 円 |
| 肺炎球菌（プレベナー20）                 | 10,480 円 |
| 肺炎（ニューモバックス）                  | 7,820 円  |
| ロタ（ロタリックス）                    | 13,450 円 |
| ロタ（ロタテック）                     | 9,180 円  |
| 不活化ポリオ                        | 9,190 円  |
| 髄膜炎菌（メンクアッドフィ）                | 22,300 円 |
| HPV（子宮頸がん）（シルガード9）            | 26,310 円 |
| 五種混合（百日咳、ジフテリア、破傷風、不活化ポリオ、ヒブ） | 19,260 円 |
| RSウイルスワクチン（アブリスボ）             | 29,500 円 |
| コロナワクチン（コミナティ）（12歳以上用）        | 15,150 円 |
| コロナワクチン（コミナティ）（5～11歳用）        | 15,310 円 |
| コロナワクチン（コミナティ）（6ヵ月～4歳用）       | 15,310 円 |
| インフルエンザ（1回目）                  | 4,700 円  |
| インフルエンザ（2回目）                  | 2,930 円  |

(7) 診察券再発行料

1枚あたり 100 円

(8) セキュリティカード再発行料

1枚あたり 500 円

※ 退院時に、セキュリティカードのご返却がない場合を含む。