

## 保険外負担に係る事項

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

品 目	単 位	金 額 (円)
室料差額 @	1 日につき	2,200～16,500
紙おむつ代 (パット,はくパンツ等)	1 枚につき	50～190
クリーニング代※	1 枚につき	110～220
テレビ代※	1 日につき	660
電話代 (個室)	1 回につき	通話料
理美容代 (委託業者による料金規定)	1 回につき	660～5,140
文書料	1 枚につき	550～6,600
作業療法材料代 *	1 回につき	実費
選定療養費 (180 日超入院) @	1 日につき	2,398
選定療養費 (回数制限超リハビリ) @	1 単位につき	3,300
付添寝具	1 泊につき	1,100 / 1,320
予防接種料	1 回につき	4,950 / 6,050
死後処置料 (エンゼルセット含)	1 回につき	22,000
病院食体験※	1 食につき	900
コピー代 (白黒) / (カラー)	1 枚につき	20 / 30

診察券再発行代	1枚につき	220
画像 CD-R 作成料	1回につき	1,100

- § 税込み価格
- § @印は別途同意書徴求
- § ※印は別途申込必要
- § \*印は本人引取りに係る  
ものに限る