

保険外負担に関する揭示事項 【予防接種】

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

項目名称		金額	項目名称		金額
定期接種	3種混合	6,340円	任意接種 (補助有)	インフルエンザ	接種取扱期間外のため金額未定
	2種混合	4,080円		インフルエンザ (幼児等) 補助無	
	5種混合	17,450円		インフルエンザ (幼児等) 補助有	
	MR	7,300円		インフルエンザ (幼児等/フルミスト) 補助無	
	日本脳炎	4,600円		インフルエンザ (幼児等/フルミスト) 補助有	
	BCG	8,540円			
	ポリオ(不活化単独)	6,510円	任意接種 (補助無)	成人用肺炎球菌 (プレベナー20)	9,060円
	子宮頸がん	14,210円		成人用肺炎球菌 (ニューモバックスNP)	5,760円
	小児肺炎球菌	9,440円		おたふく	3,950円
	ヒブ	6,170円		A型肝炎	14,190円
	水痘	5,570円		B型肝炎	3,940円
	RSウイルス	27,670円		腸チフス	7,080円
	B型肝炎(小児)	3,940円		破傷風	2,310円
任意接種 (補助有)	高齢者肺炎球菌 (免除無)	4,100円		狂犬病	12,970円
	高齢者帯状疱疹 生ワクチン(免除無)	3,100円		子宮頸がん	24,010円
	高齢者帯状疱疹 組換えワクチン (免除無)	7,800円		带状疱疹ワクチン	18,280円
			肺炎球菌結合型ワクチン	11,450円	
			ダニ媒介性脳炎ワクチン	11,460円	
			髄膜炎菌ワクチン	20,480円	