

## 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	6,350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	4,090円		インフルエンザ (幼児等) 補助無	
	5種混合	17,460円		インフルエンザ (幼児等) 補助有	
	MR	7,310円		インフルエンザ (幼児等/フルミスト) 補助無	
	日本脳炎	4,610円		インフルエンザ (幼児等/フルミスト) 補助有	
	BCG	8,550円	任意接種 (補助無)	成人用肺炎球菌 (プレベナー20)	9,070円
	ポリオ (不活化単独)	6,520円		成人用肺炎球菌 (ニューモバックスNP)	5,770円
	子宮頸がん	14,220円		おたふく	3,960円
	小児肺炎球菌	9,450円		A型肝炎	14,200円
	ヒブ	6,180円		B型肝炎	3,950円
	水痘	5,580円		腸チフス	7,090円
	RSウイルス (アブリスボ)	27,680円		破傷風	2,320円
	B型肝炎 (小児)	3,950円		狂犬病	12,980円
任意接種 (補助有)	高齢者肺炎球菌 (免除無)	4,100円		子宮頸がん	24,020円
	高齢者帯状疱疹 生ワクチン (免除無)	3,100円		帯状疱疹ワクチン	18,290円
	高齢者帯状疱疹 組換えワクチン (免除無)	7,800円	肺炎球菌結合型ワクチン	11,460円	
			RSウイルス (アレックスビー)	23,010円	
			ダニ媒介性脳炎ワクチン	11,470円	
			髄膜炎菌ワクチン	20,490円	