保険外負担に関する掲示事項

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
診察券	100円	証明書	1,100円
付添寝具	210円	診断書	1,100円
寝巻き	1,300円	検案書	3,300円
投薬等容器料	50円	特別診断書 (国・地方公共団体等が発行する様式)	3,300円
投薬等容器料（アズノール）	90円	特別診断書 (国・地方公共団体等以外が発行する様式)	5,500円
尿とりパット	10円	画像検査料 (当院で死亡後の画像検査の場合)	30,800円
紙おむつ（S）	70円	HBV遺伝子型検査	17,460円
紙おむつ（M）	100円	HBV分子系統解析	27,910円
紙おむつ（L）	120円	クイックHBOC	245,550円
小児用紙おむつ（S）	10円	HBOCシングルサイト	36,550円
小児用紙おむつ（M）	10円	BRCA　MLPA	36,550円
小児用紙おむつ（L）	20円	HBOCスクリーニング	168,550円
新生児用紙おむつ	385円/1日	BRCAssure	104,530円
オサンパットロイヤル（S）	290円/10枚	MMRスクリーニング	124,550円
オサンパットギャザー（M）	230円/5枚	追加MMRスクリーニング	69,490円
オサンパットギャザー（L）	100円	MMRシングルサイト	36,490円
セカンドオピニオン外来相談料	5,500円/30分	羊水検査	66,000円
面談料（保険会社等）	5,500円/30分	羊水検査（Rapid FISH）	77,000円
遺伝カウンセリング料	5,500円/30分	非侵襲性出生前遺伝学的検査	123,900円
プロスタンディン自己注射診療料（初診/再診）	13,680円/ 11,540円	先天性代謝異常検査 （ライソゾーム病検査）	5,500円
プロスタンディン自己注射用薬剤 (ｱﾙﾌﾟﾛｽﾀｼﾞﾙｱﾙﾌｧﾃﾞｸｽ注射用20μg)	303円	褐色細胞腫・パラガングリオーマ遺伝子検査	54,270円
プロスタンディン自己注射用陰圧器	71,500円	遺伝性副甲状腺機能亢進症遺伝子検査	54,270円
プロスタンディン自己注射用ゼリー	8,800円	がん関連シングルサイト解析　1箇所	15,770円
がん関連シングルサイト解析　2箇所	19,070円	がん関連シングルサイト解析　3箇所	22,370円
がん関連シングルサイト解析　4箇所	25,670円	がん関連シングルサイト解析　5箇所	28,970円

※ 特に断りが無い限り、1枚（個又は回等）あたりの金額（税込）となります。
※ 入院セット導入のため、「紙おむつ（S、M、L）」と「尿取りパット」の取り扱いは、外来のみとなります。
※ 表の羊水検査の金額は検査代です。実際の検査の場合、検査代とは別に入院に係る費用も発生します。この場合の入院に係る費用は全て自費となります。

なお、衛生材料等の治療（看護）行為及びそれに密接に関連した「サービス」や「物」についての費用の徴収や、「施設管理費」等の曖昧な名目での費用の徴収は一切しておりません。

福山市民病院

2026年9月～