

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		3,400円
	2 種混合		4,090円		インフルエンザ (幼児等) 補助無		3,400円
	5 種混合		17,460円		インフルエンザ (幼児等) 補助有		2,600円
	MR		7,310円		インフルエンザ (幼児等/フルミスト) 補助無		7,200円
	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		5,600円
	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 (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
	高齢者インフルエンザ (免除無)		1,600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	