

保険診療外負担料金一覧表

当院では、下記の項目について保険診療外負担として実費精算にて申し受けております。料金は下記一覧表の通りです。

2011.02

区 分	項 目	件数	料金(消費税込)
検 診			
法定会社健診	診察・身長・体重・視力・聴力・血圧・尿検査・胸レントゲン・心電図・血液検査(貧血・肝機能・血中脂質・血糖)	1件	10,810円
簡単な健康診断①	診察・身長・体重・視力・聴力・血圧・尿検査	1件	3,840円
簡単な健康診断②	診察・身長・体重・視力・聴力・血圧・尿検査・胸レントゲン	1件	5,820円
簡単な健康診断③ (胸部レントゲン、心電図なし)	診察・身長・体重・視力・聴力・血圧・尿検査・血液検査(貧血・肝機能・血中脂質・血	1件	6,420円

診 断 書 ・ そ の 他 文 書 類			
追加診断書		1件	2,100円
一般健康診断書	美容・理容・調理師・鉄砲許可・入園入学診断料	1件	4,200円
登園・登校許可書	伝染病罹患患児の登園・登校・プール許可	1件	500円
麻薬診断書	診察	1件	2,600円
ダイビング診断書		1件	2,630円
プール(フィットネスクラブ等)		1件	2,630円
死亡診断書			3,150円
死亡診断書(2通目から)			2,100円
労災認定用診断書			4,200円
死体検案書			10,500円
生命保険面談料			6,000円
傷病手当金請求書記			2,100円
予 防 接 種			
麻疹(はしか)			6,300円
おたふく風邪			6,300円
風疹			6,300円
水痘			9,450円
A型肝炎(1回分)			7,610円
B型肝炎(1回分)			5,380円
A+B肝炎			10,080円
ツ反応			5,250円
B・C・G			5,250円
三種混合(1回分)	ジフテリア・破傷風・百日咳		5,250円
二種混合(1回分)	ジフテリア・破傷風		3,150円
日本脳炎(1回分)			4,200円
破傷風(1回分)			3,150円
肺炎球菌ワクチン			8,000円
MRワクチン			10,000円
サーバリックス			16,000円
Hib ワクチン			8,500円