

# 保険外負担料金一覧表

たちばな台病院  
令和7年4月1日

当院では、患者様の保険外負担として認められている以下のもの等について、その使用料に応じた実費のご負担をお願いしております。  
また、下記料金表より別途消費税がかかりますのでご承知おきください。

| 商品名               | 単位 | 価格     |
|-------------------|----|--------|
| テープ付きおむつ Sサイズ     | 1枚 | 160    |
| テープ付きおむつ Mサイズ     | 1枚 | 160    |
| テープ付きおむつ Lサイズ     | 1枚 | 170    |
| リハビリパンツ Mサイズ      | 1枚 | 80     |
| リハビリパンツ Lサイズ      | 1枚 | 90     |
| 尿取りパット            | 1枚 | 40     |
| 尿取りパット（ビック）       | 1枚 | 80     |
| 応援介護フラット          | 1枚 | 50     |
| ひげそり              | 1本 | 60     |
| ボックスティッシュ         | 1箱 | 130    |
| アメニティセット          |    | 2000   |
| 書類名               |    | 価格     |
| 一般診断書及び証明書        |    | 3,000  |
| 健康診断書（資格取得に要すもの）  |    | 3,000  |
| 年金関係・簡易保険等に関するもの  |    | 5,000  |
| 交通事故・障害で警察に提出するもの |    | 3,000  |
| 生命保険・疾病等に関するもの    |    | 5,000  |
| 自賠償請求用診断書         |    | 5,000  |
| 自賠償請求用明細書         |    | 5,000  |
| 自賠償請求用後遺症診断書      |    | 7,000  |
| 障害程度等の認定に係るもの     |    | 7,000  |
| 自費検査及び予防接種        |    | 価格     |
| 血液型(ABO式・Rh式)     |    | 5,000  |
| HIV-1,2抗体         |    | 5,000  |
| 肺炎球菌ワクチン接種        |    | 7,000～ |
| A型肝炎              |    | 7,500  |
| B型肝炎              |    | 5,500  |
| その他               |    | 価格     |
| 散髪代               |    | 3,000  |