

保険外負担金項目一覧表

当院は以下のとおり、使用量、利用回数に応じた実費負担をお願いしております。

(税込)

項 目 (課税)	単 位	金 額
個室料 (部屋番号:408 410 411 412 422 423 425)	1日	2,750 円
付き添い寝具	1日	220 円
文書料 各種	1通	550～5,500 円
予防接種料 各種	1回	3,300～22,000 円
一般病棟180日超入院料(選定療養費)	1日	1,650 円

項 目 (非課税)	単 位	金 額
テレビ・冷蔵庫使用料	1日	330 円
理容料	1回	2,500 円

病 院 長