（別紙：７．保険外負担に関する事項）

当院では、健康保険法の療養に該当しない保険外負担の料金について、その使用量、利用回数に応じた実費は患者さんのご負担となります。

（1）同じ病名での入院に関して、入院期間（日数）が１８０日を超えた場合に、入院料 の一部を選定療養として請求させていただく場合があります。

（2）保険給付の対象とならない費用は以下のものになります。

2026/11/1

名　称	金　額	単　位	名　称	金　額	単　位
入院・通院期間証明書、領収証明書	2,200円	１通につき	妊婦検診	2,910円	１回につき
病名証明書・おむつ証明書	3,960円	各１通につき	乳房マッサージ	2,200円	１回につき
公安委員会提出用診断書	3,960円	１通につき	産後1週間検診	2,910円	１回につき
診断書（院内定型）	5,280円	１通につき	産後検診料	2,910円	１回につき
特疾臨床調査個人票	5,280円	１通につき	乳児検診	6,000円	１回につき
精神通院医療診断書	5,280円	１通につき	出産介助料（時間内）	175,000円	１児につき
死亡診断書	5,280円	１通につき	出産介助料（時間外）	210,000円	１児につき
出産育児一時金	5,280円	１通につき	出産介助料（休日・深夜）	245,000円	１児につき
出産手当金請求書	5,280円	１通につき	新生児介補料	13,000円	１児・1日につき
出生証明書・死産証明書	5,280円	各１通につき	無痛（和痛）分娩	48,000円	１回につき
診断書（証明内容が複雑なもの）	5,280円	１通につき	プロウペス膣用剤10mg	19,800円	1個につき
身体障害者意見書	5,280円	１通につき	お産セット	2,234円	１セット
障害年金診断書	5,280円	１通につき	分娩キット	3,022円	１キット
成年後見用診断書	5,280円	１通につき	新生児被服貸与料・小児おむつ料等	400円	１日につき
施設提出用診断書	5,280円	１通につき	産科医療補償制度加入金	12,000円	１児につき
生命保険診断書	6,600円	１通につき	トリプルマーカー	13,000円	１回につき
自賠責診断書・自賠責明細書	6,600円	各１通につき	拡大マススクリーニング	5,600円	１回につき
産科医療補償制度認定診断書	15,700円	１通につき	新生児聴覚検査ABR	10,200円	１回につき
診察券再発行代	100円	１回につき	先天性代謝異常検査採血	3,500円	１回につき
カルテコピー料	10円	印刷面につき	羊水検査（G-Band法）検査料のみ	66,000円	１回につき
画像料金（CD-R）	1,100円	１枚につき	羊水検査（G-Band法+FISH法）検査料のみ	88,000円	１回につき
死後処置料（アプリケーターあり）	9,570円	１回につき	NIPT（無侵襲性出生前遺伝学的検査）	120,000円	１回につき
死後処置料（アプリケーターなし）	7,150円	１回につき	クアトロテスト	19,200円	１回につき
寝間着（死亡退院時）	1,000円	１枚につき	臍帯血ガス検査	1,620円	１回につき
天使のはこ	12,000円	１個につき	出生前小児保健指導（産科医の紹介）姫路市	2,750円	1回につき
レジストリー外来	6,600円	１回につき	出生前小児保健指導（小児科医の保健指導）姫路市	4,598円	1回につき
遺伝カウンセリング（30分まで）	5,000円	1回につき	頭位性斜頭に対する頭蓋形状誘導療法	376,200円	1連につき
遺伝カウンセリング（1時間まで）	10,000円	1回につき	多焦点眼内ﾚﾝｽﾞ（詳細、別途掲示）	184,000円 ～246,400円	各1眼につき
血色素異常症（サラセミア）検査（スクリーニング）	23,700円	1回につき	間歇スキャン式持続血糖測定器（詳細、別途掲示）	7,480円	1個につき
血色素異常症（サラセミア）検査（遺伝子検査）	25,300円	１回につき	巻き爪ワイヤー治療（初回診察料）	3,500円	1回につき
ヒト遺伝子単一エクソン解析(sanger法)　1箇所	17,000円	１回につき	巻き爪ワイヤー治療（2回目以降診察料）	900円	1回につき
アルカプトン尿症遺伝子検査	39,000円	１回につき	巻き爪ワイヤー治療（1カ所につき）	4,500円	1回につき
進行性白質脳症遺伝子検査	50,000円	1回につき	乳輪乳頭形成術（アートメイクによる）	89,300円	1回につき
RCA1/2遺伝子シングルサイト検査	33,500円	1回につき	リンパ浮腫ケア	4,200円	１回につき
遺伝性ヘモクロマトーシス遺伝子検査	39,000円	1回につき	エバジェルド筋注セット	3,100円	1回につき
腎性低尿酸血症遺伝子検査	39,000円	1回につき	すい臓ドック	81,000円	１回につき
骨端異形成症遺伝子検査	50,000円	1回につき	セカンドオピニオン料（30分以内）	15,180円	１回につき
HBVサブジェノタイプ検査	36,850円	1回につき	セカンドオピニオン料（30分超15分毎）	2,860円	15分につき
マイコプラズマ・ウレアプラズマ腟検体検査	8,140円	1回につき	その他自由診療による診察の場合	12円	１点につき
小児四肢疼痛発作症遺伝子検査	39,000円	1回につき			