

# 保険外併用療養費（税込）

## 【200床以上の病院の初診に関する事項】

健康保険法では、病床数200床以上の病院での初診に対して、他医療機関の紹介状がない場合には、初診に係る特別な料金として、〔医科〕7,700円、〔歯科〕5,500円をお支払い頂きます。ただし、緊急その他やむを得ない事情で紹介状が無い場合はこの限りではありません。

## 【200床以上の病院の再診に関する事項】

健康保険法では、病床数200床以上の病院での再診に対して、他医療機関へ紹介する旨の申し出を行ったにもかかわらず受診された場合には再診の都度、特別な料金として〔医科〕3,300円、〔歯科〕2,090円をお支払い頂きます。ただし、緊急その他やむを得ない事情で受診される場合はこの限りではありません。

## 【前歯部の金属歯冠修復に関する事項】

金合金（1歯につき）	106,340円
白金加金	91,300円

## 【規定回数を超えて受けた診療に関する事項】

### 対象項目及び料金

腫瘍検査（保険給付は原則月1回です）	
CEA（癌胎児性抗原）	1,160円/回
AFP（ $\alpha$ -フェトプロテイン）	1,180円/回
PSA（前立腺特異抗原）	1,430円/回
CA19-9	1,430円/回
リハビリテーション（保険給付は、原則3単位＝60分/日迄です）	
心大血管疾患等リハビリテーション料（I）	2,260円/20分
脳血管疾患等リハビリテーション料（I）	2,700円/20分
廃用症候群リハビリテーション料（I）	1,980円/20分
運動器リハビリテーション料（I）	2,040円/20分
呼吸器リハビリテーション料（I）	1,930円/20分

## 【入院期間が180日を超える入院に関する事項】

入院医療の必要性が低い患者さんが180日を超えて入院される場合は、特定療養費として1日につき2,728円（税込）を別途ご負担いただきます。なお、重症な場合や別途厚生局が定める状態にある患者さんは、除外されることがあります。