



西吾妻福祉病院では、これらのものに関しては自費負担をお願いしています。

項目	単位	金額	摘要	
差額ベッド料	特別室（シャワー、応接セット付き）	1日につき	11,000円	助産に係るものは非課税
	特別室（シャワー付き）	1日につき	5,500円	助産に係るものは非課税
	特別室（シャワーなし）	1日につき	3,300円	助産に係るものは非課税
診断書料	普通診断書（院内書式）	1通につき	3,300円	
	英文診断書	1通につき	7,700円	
	障害・後遺障害診断書	1通につき	11,000円	
	身体障害者手帳交付診断書、 臨床調査個人票、障害年金診断書、 成年後見制度用診断書、上記以外のもの	1通につき	5,500円	
証明書料	支払証明書	1件につき	1,100円	2件以上2,200円
	医療費助成（支給）申請書、おむつ証明書 妊娠証明書、母性健康管理指導事項連絡 カード、入院期間・通院日確認書（事務で 証明するもの）、その他（簡単なもの）	1通につき	2,200円	
	通院証明書、自賠責明細書、肝炎医療照 会書、保険会社からの証明書（簡単なもの） 雇用保険受給資格決定に係る就労可否証 明書、新型コロナ遺伝子検査結果証明書 （和文/英文）、その他（複雑なもの）	1通につき	3,300円	
	入院証明書、受信状況証明書、保険会社 からの証明書（複雑なもの）	1通につき	5,500円	

項目	単位	金額	摘要	
証明書料	保険会社等からの回答書、照会書	1通につき	11,000円	
意見書料	裁判所、警察等、移送費意見書、肝炎意見書	1通につき	3,300円	
死亡診断書料		1通につき	5,500円	
死体検案書料		1通につき	5,500円	
死体検案料		1体につき	22,000円	2通目（写し）2,200円
	死後処置料			
健康診断	普通死亡	1体につき	5,500円	
	災害死亡および医師が行う場合	1体につき	11,000円	
	基本料金（一般）	1件につき	14,000円	
	基本料金（血液検査なし）	1件につき	8,000円	
	基本料金（胸部X線、心電図なし）	1件につき	10,000円	
	オプション検査	1件につき	実費相当	
人間ドック	有機溶剤検査（馬尿酸/メチル馬尿酸）	1項目につき	1,980円	
	健康診断書（院外書式）、健康診断書（再発行）	1通につき	2,200円	
	基本料金	1件につき	44,000円	
産婦人科関連手数料	オプション検査	1件につき	実費相当	
	分娩料および分娩介助料	時間内	180,000円	非課税
		時間外	200,000円	非課税
		深夜、休日	220,000円	非課税
	新生児管理保育料	1日につき	11,000円	非課税
	妊婦健診	1件につき	2,000円	非課税
	産後健診（2週間・1か月）	1件につき	7,500円	非課税



西吾妻福祉病院では、これらのものに関しては自費負担をお願いしています。

	項目	単位	金額	摘要
産婦人科関連手数料	避妊リング処置料（挿入料）	1 件につき	38,500円	
	避妊リング処置料（除去料）	1 件につき	5,500円	
	妊娠反応	1 件につき	1,000円	非課税
	NST	1 件につき	2,000円	非課税
	超音波検査（妊婦）	1 件につき	5,500円	非課税
	子宮頸がん検診（妊婦）	1 件につき	3,400円	非課税
	新生児聴力検査	1 件につき	9,840円	非課税
	胎児心音観察	1 件につき	500円	非課税
	先天性代謝異常ガスリー	1 件につき	3,700円	非課税
	母乳相談料	1 件につき	2,200円	
	産科医療補償制度	1 件につき	12,000円	非課税
	予防接種	二種混合（1期）	1 回につき	5,700円
二種混合（2期）		1 回につき	5,000円	
三種混合		1 回につき	6,100円	
四種混合		1 回につき	12,600円	
五種混合		1 回につき	22,300円	
Hib[アクトヒブ]		1 回につき	9,500円	
麻しん（はしか）		1 回につき	6,700円	
風しん		1 回につき	6,900円	
麻しん風しん混合（MR）		1 回につき	11,900円	
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）		1 回につき	7,000円	

	項目	単位	金額	摘要
予防接種	水痘（みずぼうそう）	1 回につき	8,900円	
	ポリオ	1 回につき	11,300円	
	ツベルクリン反応検査	1 回につき	7,000円	
	BCG	1 回につき	12,500円	
	日本脳炎（1期）[ジェービックV]	1 回につき	7,400円	
	日本脳炎（2期）[ジェービックV]	1 回につき	6,700円	
	肺炎球菌・小児(20価)[プレベナー]	1 回につき	13,600円	
	肺炎球菌・小児(15価)[バクニューバンス]	1 回につき	13,600円	
	ロタウイルス(1価)[ロタリックス]	1 回につき	16,700円	
	ロタウイルス(5価)[ロタテック]	1 回につき	11,400円	
	A型肝炎[エイムゲン]	1 回につき	8,100円	
	B型肝炎（10歳未満）[ビームゲン・ヘプタバックス]	1 回につき	6,600円	
	B型肝炎（10歳以上）[ビームゲン]	1 回につき	6,100円	
	HPV・子宮頸がん(4価)[ガーダシル]	1 回につき	18,300円	
	HPV・子宮頸がん(9価)[シルガード9]	1 回につき	28,600円	
	インフルエンザ	1 回につき	4,500円	
	新型コロナ[ファイザー]4歳以下(接種料1)	1 回につき	40,000円	同日の接種者1名の場合
	新型コロナ[ファイザー]4歳以下(接種料2)	1 回につき	22,000円	同日の接種者2名の場合
	新型コロナ[ファイザー]4歳以下(接種料3)	1 回につき	17,500円	同日の接種者3名以上
新型コロナ[ファイザー]5歳以上	1 回につき	17,500円	5歳以上	



西吾妻福祉病院では、これらのものに関しては自費負担をお願いしています。

項目	単位	金額	摘要
予防接種	肺炎球菌・成人(23価)[ニューモバックス]	1回につき	8,700円
	肺炎球菌・成人(20価)[プレベナー]	1回につき	12,800円
	肺炎球菌・成人(15価)[バクニューバンス]	1回につき	12,800円
	带状疱疹[シングリックス]	1回につき	23,700円
	狂犬病	1回につき	16,800円
	破傷風	1回につき	4,600円
自費薬剤	エピペン(単品)	1本につき	11,223円 診察料等別途
	レボノルゲストレル錠1.5mg	1錠につき	5,610円 診察料等別途
その他	血液型	1件につき	2,730円
	HIV検査	1件につき	3,660円
	HIV検査(追加)	1件につき	1,200円
	新型コロナ検査	1件につき	13,300円
	新型コロナ抗体検査	1件につき	5,500円
	1か月児健診	1件につき	6,000円
	乳児健診	1件につき	6,000円
	陥入爪自費処置料(挿入・除去/ワイヤ-代含)	1回につき	7,700円
	陥入爪自費処置料(挿入・除去)	1回につき	3,300円
	陥入爪自費処置料	1回につき	2,200円
	陥入爪同日追加処置料(1指につき)	1指につき	1,100円
	面談料	1件につき	11,000円
	診察券(再発行)	1枚につき	110円

項目	単位	金額	摘要
その他	検体容器(キャンセルや紛失等による再提供の場合)	1個につき	250円
	針捨て容器	1個につき	165円
	スリッパ(使い捨て)	1組につき	220円
	ゆかた	1枚につき	2,200円
	画像フィルム	1枚につき	550円
	画像CD-R	1枚につき	1,100円
	付き添い寝具	1泊につき	330円
	洗濯代	1回につき	660円
	電話代(個室用電話)		実費相当
	診療録開示手数料	1枚につき	22円
	情報通信機器の運用にかかる費用	1回につき	550円
	時間外診療費	1回につき	3,000円
	往診・訪問交通費(半径5km未満)	1回につき	220円
	往診・訪問交通費(半径5km以上10km未満)	1回につき	330円
	往診・訪問交通費(半径10km以上)	1回につき	440円
	180日超入院にかかる保険外負担金(西病棟)	1日につき	2,380円
180日超入院にかかる保険外負担金(東病棟)	1日につき	1,000円	



保険外負担に関する事項

室料に関する事項（消費税込）

料金	特別室（1人部屋） 電話、シャワー、応接セット 小机、椅子	特別室（1人部屋） 電話、シャワー 小机、椅子	特別室（1人部屋） 電話、小机、椅子	
	11,000円【2室】	5,500円【2室】	3,300円【18室】	
病室	213号室	277号室	201号室	253号室
	266号室	278号室	202号室	255号室
			203号室	256号室
			211号室	257号室
			212号室	263号室
			215号室	265号室
			216号室	267号室
			217号室	268号室
			218号室	270号室

※1日につき（0時～24時）