2024年10月1日

選定療養費(保険外負担)についてのお知らせ

■ 選定療養費について

当院では初診の患者さんで他院からの紹介状を持参されない場合、初診時選定療養費として、医科7,700円(税込)、歯科5,500円(税込)をご負担いただいております。

また、病状が安定し、他の医療機関へ紹介を行ったが、患者さんの意志で当院を引き続き受診された場合、再診時選定療養費として、医科3,300円(税込)、歯科2,750円(税込)を診療の都度ご負担いただいております。

■ 個室料金について

・料金は１日の料金です。
・入退院の時間に関係なく、入院日・退院日をそれぞれ１日として計算します。
・個室料金には、健康保険が適用されませんのでご了承下さい。

病棟名	部屋番号	ﾀｲﾌﾟ	金額(税込)	病棟名	部屋番号	ﾀｲﾌﾟ	金額(税込)	病棟名	部屋番号	ﾀｲﾌﾟ	金額(税込)
４階北病棟	419	A	11,000円	５階北病棟	519	A	11,000円	６階北病棟	619	A	11,000円
	420	A	11,000円		520	A	11,000円		620	A	11,000円
	409	B	9,900円		509	B	9,900円		609	B	9,900円
	421	B	9,900円		521	B	9,900円		621	B	9,900円
	401	C	7,700円		501	C	7,700円		601	C	7,700円
	410	C	7,700円		510	C	7,700円		610	C	7,700円
	418	C	7,700円		518	C	7,700円		618	C	7,700円
	411	C	7,700円		511	C	7,700円		611	C	7,700円
	415	C	7,700円		515	C	7,700円		615	C	7,700円
	416	C	7,700円		516	C	7,700円		616	C	7,700円
	417	C	7,700円		517	C	7,700円		617	C	7,700円
４階南病棟	452	A	11,000円	５階南病棟	552	A	11,000円	６階南病棟	652	A	11,000円
	453	A	11,000円		553	A	11,000円		653	A	11,000円
	460	B	9,900円		560	B	9,900円		660	B	9,900円
	468	B	9,900円		568	B	9,900円		651	C	7,700円
	451	C	7,700円		551	C	7,700円		659	C	7,700円
	461	C	7,700円		561	C	7,700円		661	C	7,700円
	462	C	7,700円		562	C	7,700円		668	C	7,700円
	454	D	2,200円		554	D	2,200円		658	C	7,700円
									662	C	7,700円
									654	D	2,200円

Ａタイプ：壁掛け32型TV・ソファーベッド・シャワーユニット・トイレ・床頭台・冷蔵庫

Ｂタイプ：19型TV・シャワーユニット・スツール・トイレ・床頭台・冷蔵庫

Ｃタイプ：19型TV・スツール・トイレ・床頭台・冷蔵庫

Ｄタイプ（4床）準個室：19型TV・スツール・間仕切り家具・床頭台・冷蔵庫

社会医療法人財団白十字会白十字病院

■ 180日を超える入院に係る選定療養費について

一般病棟に180日を超えて入院されている患者さんには、入院基本料の一部が保険診療では認められず、選定療養費として患者さんご自身に負担していただくことがあります。

実費徴収金額（１日につき）	2,783円(税込)

■ 間歇スキャン式持続血糖装置について

当院では、間歇スキャン式持続血糖装置『FreeStyle　リブレ2』を取り扱っております。使用を希望・検討される患者さんは、糖尿病センターへお声掛けください。

FreeStyleリブレ2(センサー)	8,800円(税込)
FreeStyleリブレ2(Reader)	8,800円(税込)

※ご不明な点がございましたら医療事務課までお問い合わせ下さい。

社会医療法人財団白十字会白十字病院