

保険外負担一覧

令和8年1月1日現在

初診・再診時の選定療養費について	
紹介状なしに特定機能病院を受診する場合には、原則として、初診時又は再診時に定額負担（選定療養費）いただくことが義務化されています。	【初診時選定療養費】 7,700円 【再診時選定療養費】 3,300円
術後のアスピリン経口投与療法 下部直腸を除く大腸がん	
担当科 がんセンター 承認年月日 2020/3/1	7,294円
S - 1 内服投与並びにパクリタキセル静脈内及び腹腔内投与の併用療法	
担当科 胆膵外科 承認年月日 2017/4/1	764,750円
陽子線治療 根治切除が可能な肝細胞がん	
（初発のものであり、単独で発生したものであって、その長径が三センチメートルを超え、かつ、十二センチメートル未満のものに限る。） 【外科的治療を実施する施設】 担当科 肝臓外科 承認年月日 2018/7/1	-
遺伝子組換え活性型血液凝固第 因子製剤静脈内投与療法 脳出血（発症から二時間以内のものに限る。）	
担当科 脳神経内科 承認年月日 2021/2/1	0円
脳ドック検診	70,000円
膵がんドック検診	
一日プラン	150,000円
一泊二日プラン	250,000円
ライトプラン	70,000円
肝がんドック検診	
一日プラン	80,000円
一泊二日プラン	120,000円
多焦点眼内レンズを使用する白内障手術の選定療養に関するお知らせ	
<p>選定療養とは、患者さんご自身が選択して受ける追加的な医療サービスで、その分の費用は全額自己負担となります。</p> <p>令和2年4月より、術後の眼鏡装用率の軽減を目的とした多焦点眼内レンズを使用する白内障手術は、厚生労働省が定める選定療養の対象となり、当院は多焦点眼内レンズの白内障手術を行う医療機関として届出をしています。</p> <p>多焦点眼内レンズの対象となる患者様には診察時に詳細をご説明致します。</p> <p>多焦点眼内レンズを使用する白内障手術を受ける場合、当院では選定療養の費用として、通常の診療費とは別に以下の金額をご負担いただきます。</p> <p>白内障手術費用 医療保険で給付 多焦点眼内レンズの費用 選定療養（全額自己負担）</p>	
多焦点眼内レンズの種類	
アルコン Clareon PanOptix シングルピース	280,930円
アルコン Clareon PanOptix トーリックシングルピース	280,930円
アルコン Clareon PanOptix シングルピース AutonoMe	280,930円
アルコン Clareon PanOptix トーリックシングルピース AutonoMe	280,930円
ビーバービジテックインターナショナル 36092105	234,950円

保険外負担一覧

令和8年1月1日現在

XY1-G	237,640円
XY1-GT2、XY1-GT3、XY1-GT4、XY1-GT5、XY1-GT6	268,560円
XY1-GP	237,640円
XY1-GPT2、XY1-GPT3、XY1-GPT4、XY1-GPT5、XY1-GPT6	268,560円
DEN00V	254,810円
DET150、DET225、DET300、DET375	285,060円

ウイルスに起因する難治性の眼感染症に対する迅速診断（PCR法）	
担当科 眼科 承認年月日 2022/8/1	27,092円

細菌又は真菌に起因する難治性の眼感染症に対する迅速診断（PCR法）	
担当科 眼科 承認年月日 2022/8/1	21,092円

分娩費用	700,000円
------	----------

子宮内膜受容能検査	
担当科 女性診療科 承認年月日 2022/4/1	90,445円

子宮内細菌叢検査	
担当科 女性診療科 承認年月日 2022/4/1	48,445円

医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結又は融解に関するお知らせ	
<p>2024年6月より、患者さんのご都合（採卵日にご主人さんが不在・多忙・射精精子を持参できない場合など）による精子凍結については、厚生労働省が定める選定療養の対象となりました。</p> <p>選定療養とは、患者さんご自身が選択して受ける追加的な医療サービスで、その分の費用は全額自己負担となります。当院は近畿厚生局長に右の通り届出をしています。</p>	<p>【精子の凍結及び融解】</p> <p>16,500円</p>

セカンドオピニオン外来 60分以内の診療	33,000円
オンライン・セカンドオピニオン外来 60分以内の診療	44,000円

その他	
心大血管疾患リハビリテーションは、一定の上限を超えて行う場合、別途料金が必要となります。	1回 1,000円

保険外負担一覧

令和8年1月1日現在

予防接種料金表（税込価格）	
4種混合	9,735円
ヒブ[Hib]	7,139円
ポリオ	15,785円
日本脳炎	6,105円
MR（麻疹・風疹）	8,198円
2種混合	4,488円
小児肺炎球菌	10,505円
高齢者肺炎球菌（枚方市在住の方は助成制度あり。）	7,764円
BCG	5,586円
水痘	7,425円
インフルエンザ	年度・年齢などにより価格が異なります。詳細につきましては、受診科にお問い合わせください。

診療録（カルテ）等の開示について	
開示を求めることができる方 ・患者本人 ・法定代理人 ・委任状を受けた代理人	
診療録（カルテ）	1回 5,000円
CD等の画像	1回 5,000円

文書料金	
生命保険診断書	8,800円
がん保険診断書	8,800円
全労済診断書	8,800円
全共済金診断書	8,800円
診断書（当院用）	4,400円
厚生年金診断書	7,700円
障害年金診断書	7,700円
身体障害者診断書	7,700円
妊娠証明書	4,400円
出生届（役所提出用）	4,400円
出産手当金	4,400円
育児手当金証明書	4,400円
死亡診断書（戸籍・検案）	6,600円
死亡診断書（原本照合）	6,600円
特別児童扶養手当認定診断書	4,400円
特別児童扶養手当認定診断書（極複雑）	8,800円
精神障害者保健福祉手帳用診断書	8,800円
領収証明書	3,300円
特定疾患各診断書	5,500円
肝炎助成診断書	4,400円
特定不妊治療診断書	4,400円
就労証明書	4,400円
受診状況証明書	4,400円