

実費徴収のご案内(外来・入院)

当院では下記の項目について、その使用量、利用回数に応じた実費の負担をお願いしております。

2026年6月1日

名称	料金(税込)	名称	料金(税込)
【診断書 1通につき】		【オムツ 1枚あたり】	
領収証明書	500円	業務用リフレ簡単テープ 止めタイプ 横モレ防止 M	90円
当院様式による診断書	1,500円	業務用リフレ簡単テープ 止めタイプ 横モレ防止 小さめL	110円
おむつ証明書	1,500円	業務用リフレ簡単テープ 止めタイプ 横モレ防止 L	110円
病状証明書(公共職業安定所提出用)	1,500円	イワツキはくパンツ うす型M W65-90cm 病院施設用	60円
脳卒中関係診断書(公安委員会提出用)	1,500円	イワツキはくパンツ うす型L W80-105cm 病院施設用	70円
認知症関係診断書(公安委員会提出用)	1,500円	イワツキはくパンツ うす型LL W95-125cm 病院施設用	80円
その他の病気診断書(公安委員会提出用)	1,500円	リフレサラケアパッドワイドロングスーパー	40円
健康診断書	1,500円	透湿尿取パッドワイドロング 病院施設用	40円
生命保険会社診断書	3,000円	スーパー尿とりパッド 女性用	20円
市町村交通災害共済用診断書	3,000円		
身体障害者手帳用診断書	3,000円		
障害年金用診断書	3,000円		
特定疾患診断書	3,000円		
厚生年金車いす支給用診断書	3,000円		
成年後見制度用診断書	3,000円		
死亡診断書	3,000円		
施設入所に係る診断書	4,500円		
自動車損害賠償責任保険後遺障害診断書	5,000円		
自動車損害賠償責任保険・共済 診断書	5,500円		
自動車損害賠償責任保険・共済 診療報酬明細書	2,200円		
【ワクチン接種】		【その他】	
インフルエンザワクチン	3,500円/回	切手代	110円
12歳以下の方(全2回)	2,500円/回	簡易書留代	460円
麻疹・風疹混合ワクチン(ミールビック)	7,500円/回		
肺炎球菌ワクチン(プレバナー20)	11,000円/回		

※なお、衛生材料等の治療(看護)行為及びそれに密接に関連した「サービス」や「物」についての費用の徴収や、「施設管理費」等の曖昧な名目

での費用徴収は、一切認められておりません。

実費ご負担の同意書

嶋田病院 院長 嶋田修美 殿

実費徴収に関して、内容や料金について説明を受け理解しましたので、同意致します。

年 月 日

患者氏名

代理人
