保険外負担について（2026.10.1）

当院では、下記の項目についてご利用に応じた実費負担をお願いしております。

文書料	診断書・証明書(院内外所定用紙)（標準的なもの）	1通につき	3,300円
	診断書・証明書(院外所定用紙)（生命保険・損害保険等）	1通につき	5,500円
	診断書・証明書・意見書(院外所定用紙)（公安・作業所等）	1通につき	2,200円
	成年後見用診断書	1通につき	8,800円
	障害年金診断書（初回作成）	1通につき	7,700円
	障害年金診断書（2回目から）	1通につき	5,970円
	福祉手帳申請用診断書	1通につき	5,970円
	特定疾患臨床個人調査票	1通につき	7,700円
	自立支援医療診断書	1通につき	3,300円
	障がい者手帳	1通につき	5,970円
	障がい認定診断書（障がい者扶養手当等）	1通につき	6,600円
	特養・老人ホーム等入所用診断書（発行に係る検査代含む）	1通につき	15,400円
	捜査関係事項照会書	1通につき	5,500円
	支払証明書	1通につき	1,100円
	ハローワーク　主治医意見書	1通につき	3,300円
	ハローワーク　障害証明書	1通につき	2,200円
	ハローワーク　診療証明書	1通につき	1,100円

予防接種（ワクチン）	＜定期接種＞	**自己負担額**	
	成人用（高齢者）肺炎球菌：プレベナー20	1回につき	3,300円
	帯状疱疹：ビケン	1回につき	2,400円
	帯状疱疹：シングリックス	1回につき	6,300円
	季節性インフルエンザ(成人)	1回につき	1,400円
	新型コロナ（ダイチロナ）	1回につき	4,500円
	＜任意接種・助成制度あり＞		
	季節性インフルエンザ(小児・注射)	1回につき	2,000円
	季節性インフルエンザ(小児・フルミスト)	1回につき	4,200円
	＜任意接種・助成制度なし＞		
	成人用（高齢者）肺炎球菌（キャップバックス）	1回につき	12,800円
	季節性インフルエンザ(成人)	1回につき	3,800円
	季節性インフルエンザ(小児・フルミスト)：高校生～19歳未満	1回につき	7,800円
	新型コロナ（ダイチロナ）	1回につき	13,800円

自費診療	インフルエンザ予防投与（診察料・薬剤費込み）	1回につき	3,850円
	MD外来診察料（初診・再診）	1回につき	2,200円
	MD外来検査：メディカルチェック（初診時）	1回につき	5,500円
	MD外来検査：フォローアップ（再診時、適宜）	1回につき	3,300円
	MD外来処方：ウゴービ皮下注ペンMD 0.25mg 1本	1回につき	16,500円
	MD外来処方：ウゴービ皮下注ペンMD 0.5mg 1本	1回につき	22,000円
	MD外来処方：ウゴービ皮下注ペンMD 1.0mg 1本	1回につき	27,500円
	MD外来処方：ウゴービ皮下注ペンMD 1.7mg 1本	1回につき	38,500円
	MD外来処方：ウゴービ皮下注ペンMD 2.4mg 1本	1回につき	49,500円
	MD外来処方：ゼップバウンド皮下注 2.5mg 4キット	1回につき	22,000円
	MD外来処方：ゼップバウンド皮下注 5mg 4キット	1回につき	33,000円
	MD外来処方：ゼップバウンド皮下注 7.5mg 4キット	1回につき	38,500円
	MD外来処方：ゼップバウンド皮下注 10mg 4キット	1回につき	44,000円
	MD外来処方：ゼップバウンド皮下注 12.5mg 4キット	1回につき	49,500円
	MD外来処方：ゼップバウンド皮下注 15mg 4キット	1回につき	55,000円
	MD外来処方：ドンペリドン10mg 30錠	1回につき	1,100円
	MD外来処方：ウルソデオキシコール酸100mg 30錠	1回につき	1,100円
	内科自費診療診察料[初診・再診(MD外来を除く)]	1回につき	550円

健康診断	雇入れ時健診	1回につき	9,800円
	定期健診A	1回につき	9,800円
	定期健診B	1回につき	7,800円
	定期健診C	1回につき	6,800円
	胸部Xpのみ	1回につき	4,400円
	理美容師（開業時）	1回につき	5,500円
	梅毒・HIV検査	1回につき	各1,650円
	麻疹・風疹・水痘/帯状疱疹・ムンプス抗体検査	1回につき	各3,300円
	郵送費用（封筒、希望者のみ）	1回につき	110円
	郵送費用（レターパックライト、希望者のみ）	1回につき	430円

その他	医師面談料（生命保険会社等が本人及び保護者の同意の上）	1回につき	11,000円
	診療録開示手数料	1回につき	5,500円
	上記に伴うコピー代（片面）	1枚につき	11円
	上記に伴うカラーコピー代（片面）	1枚につき	33円
	当院備品の破損及び紛失による弁償代	業者請求書による自費	

※以上全て税込表示

医療法人社団　清風会
清風会ハートクリニック