

保険外負担となる料金一覧

【2025(令和 7)年 4 月 1 日現在】

当院では、次の事項について、患者様にご負担していただきます。

■文書料 (1 通につき)

診断書 2,500 円

■検査料

血液型判定検査(単独検査) 3,000 円

血液型判定検査 1,500 円

■治療器具

吸入器備品 (マスク) 1,200 円

吸入器備品 (補助器) 1,800 円

吸入器本体 10,000 円

■健康診断

乳幼児健診 5,000 円

保育園入園前健診 3,500 円

■予防接種 (いずれも 1 回につき)

インフルエンザ 3,500 円

インフルエンザ (経鼻) 8,000 円

インフルエンザ (チメロサルフリー) 4,000 円

おたふくかぜ 6,000 円

ヒブ 8,500 円

小児用肺炎球菌 11,000 円

B 型肝炎 5,500 円

ロタ (ロタリックス) 14,000 円

ロタ (ロタテック) 9,500 円

二種混合 5,000 円

三種混合 5,000 円

四種混合 10,000 円

五種混合 19,000 円

BCG 10,000 円

麻しん風しん 10,000 円

麻しん風しん (横浜市特別事業) 3,300 円

水痘 8,000 円

日本脳炎 6,500 円

子宮頸がん (シルガード) 28,000 円

ポリオ 9,000 円

髄膜炎菌 23,000 円

ご不明な点は受付におたずねください。

院長