

# 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（チメロサールフリー）	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