

## 保険適用外費用料金表（2026年4月1日）

|      |                         |             |       |
|------|-------------------------|-------------|-------|
| 1    | 選択制のサービス                |             |       |
| (1)  | 小遣い銭管理料（預かり金）           | 1日につき       | 50円   |
| (2)  | 貴重品管理・保管                | 1月につき       | 1000円 |
|      | （月の途中の入退院）※10日以上は1,000円 | 1日につき       | 100円  |
| (3)  | 年金管理                    | 1回につき       | 500円  |
| (4)  | 還付金等申請受取払込料             | 1回につき       | 500円  |
| (5)  | 洗濯物の業者委託手数料             | 1日につき       | 20円   |
|      | 委託料                     | 1kgあたり      | ※550円 |
| (6)  | 洗濯乾燥機利用料                | 1月につき       | 2000円 |
|      | （月の途中の入退院）※20日以上は2,000円 | 1日につき       | 100円  |
| (7)  | 職員同伴外出費用                |             |       |
|      | 患者さま私用の外出               | 1時間につき      | 1000円 |
|      | 代理行為                    | 1回につき       | 1000円 |
| (8)  | 日用品購入代行手数料              | 1回につき       | 100円  |
| (9)  | 車輜利用料                   | 10kmまで      | 1000円 |
|      |                         | 1km毎に       | 100円  |
| (10) | 散髪代                     | ボウズ以外       | 2000円 |
|      |                         | ボウズ         | 1000円 |
|      |                         |             |       |
|      |                         |             |       |
| 2    | 非選択制のサービス（全病棟）          |             |       |
| (1)  | 栄養補助食品                  | 必要に応じて      | 実費    |
| (2)  | 小遣い銭管理料（保護室使用时）         | 症状に応じて1日につき | 50円   |
| (3)  | 職員洗濯代行（汚染衣類の予洗）         | 症状に応じて1日につき | ※100円 |
| (4)  | 靴の洗濯                    | 1回につき       | 100円  |
| (5)  | 容器代（薬剤）                 | 必要に応じて      | 実費    |
|      |                         |             |       |
| 3    | その他                     |             |       |
| (1)  | 保護具                     | 必要に応じて      | 実費    |
| (2)  | 病棟行事                    | 必要に応じて      | 実費    |
| (3)  | 予防接種                    | 必要に応じて      | 実費    |
| (4)  | 汚染・破損時の原状回復             | 必要に応じて      | 実費    |
| (5)  | おやつ                     | 1日につき       | ※132円 |
|      |                         |             |       |
|      |                         |             |       |
|      |                         |             |       |
|      |                         |             |       |
|      |                         |             |       |

※使用量、利用回数に応じた実費負担をお願いします。

※価格など、記載内容は協議のうえ変更する場合がございます。

※この表に記載されていないものについては、ご利用・ご購入の際にご連絡いたします

※病棟施設や物品を破損・汚染された場合は原状回復の費用を請求させていただきます