

保険外併用療養費に関する事項

令和8年1月1日

当院では以下の場合、診療費とは別に記載された料金をご負担いただきますのでご了承願います。

1 特別の療養環境(有料個室)の提供に係る基準に関する事項

お部屋は、4人室が標準です。個室を利用される場合、次の室料差額(個室料)を申し受けます。
個室の利用については、あらかじめ主治医、病棟看護師長等までお申し出ください。なお、やむを得ない状況により、部屋の移動をお願いする場合がありますが、ご了承願います。

＜特別室＞			
室料差額（個室料）	病床数	設備	
18,500円	4床	浴室(1,700×1,500mm)、トイレ、電話(カド式)、冷暖房、床頭台、ロッカー、応接セット(机1、椅子2)、整理棚、机、タンス、スタン ド、流し、洗面台、ごみ箱、冷蔵庫・テレビ(カド式・ビデオ付)	
該当病室			
(6 A) 613	(9 A) 913	(5 B) 531	(7 B) 731
＜一般個室A＞			
室料差額（個室料）	病床数	設備	
8,600円	81床	ユニットバス(シャワー+トイレ)、電話(カド式)、冷暖房、床頭台、ロッカー、応接セット(机1、椅子2)、洗面台、保管庫、ごみ箱、冷蔵 庫・テレビ(カド式)	
該当病室			
(5 A) 502、503、504、505、506、510、511、512、513			
(6 A) 603、604、605、606、610、611、612			
(7 A) 706、707、708、712、713			
(8 A) 803、804、805、806、810、811、812、813			
(9 A) 902、903、905、906、910、911、912			
(5 B) 530、532、533、534、535、536、537、538、539、540、541			
(6 B) 630、631、632、633、634、635、636、637、638、639、640、641			
(7 B) 730、732、733、734、735、736、737、738、739、740、741			
(8 B) 835、836、837、838			
(9 B) 921、930、931、932、933、934、935			

＜一般個室B＞(こども棟)			
室料差額（個室料）	病床数	設備	
3,400円	12床	冷暖房、丸椅子、洗面台、保管庫、ごみ箱	
該当病室			
(そら) 1、2、5、6、7、8、11、13 (にじ) 2、3、5、6			

＜緩和ケア個室A＞		
室料差額（個室料）	病床数	設備
9,200円	4床	ユニットバス(シャワー+トイレ)、電話(カード式)、冷暖房、床頭台、ロッカー、応接セット(机1、椅子2)、洗面台、保管庫、ごみ箱、冷蔵庫・テレビ(カード式)
該当病室		
(10A) 108、110、111、112		

＜緩和ケア個室B＞			
室料差額（個室料）	病床数	設備	
8,100円	1床	トイレ、電話(カド式)、付添ベッド兼応接セット(机1、椅子1)、冷暖房、床頭台、ロッカー、洗面台、保管庫、ごみ箱、冷蔵庫・テレビ(カド式・ビデオ付)、和風調木製障子戸	
該当病室			
(10A) 121			

特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床に係るものの数が200床未満の病院を除く）及び外来機能報告対象病院等〔医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する差別的な病院として都道府県が公表したもの（以下「紹介受診重点医療機関」という）に限り、一般病床に係るものの数が200床未満の病院を除く〕の初診に関する事項

非紹介患者初診加算料（初診時特定受診費費）。 医科：11,000円 歯科：5,500円

他の医療機関（かかりつけ医等）からの紹介状なしに当院を初診（6か月以上来院のない場合を含みます。）される場合

2 特定機能病院、地域医療支援病院(一般病床に係るものの数が200床未満の病院を除く)及び外来機能報告対象病院等(医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したもの(以下「紹介受診重点医療機関」という)に限り、一般病床に係るものの数が200床未満の病院を除く)の初診に関する事項

非紹介患者初診加算料(初診時選定療養費) 医科: 11,000円 歯科: 5,500円
他の医療機関(「かかりつけ医」等)からの紹介状なしに当院を初診(6か月以上来院のない場合を含みます。)される場合

3 特定機能病院、地域医療支援病院(一般病床に係るものの数が200床未満の病院を除く)及び外来機能報告対象病院等(医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したもの(以下「紹介受診重点医療機関」という)に限り、一般病床に係るものの数が200床未満の病院を除く)の再診に関する事項

再診加算料(再診時選定療養費) 医科: 3,300円 歯科: 2,090円(再診の都度ご負担いただきます)

患者さんの症状が安定したときに、
・他の医療機関への紹介の申出にも関わらず、ご希望により当院を継続再診される場合
・他の医療機関への紹介後、再度その医療機関等の紹介状なしで当院を受診される場合

ただし、次の場合は非紹介患者初診加算料、再診加算料をご負担いただきません。

・他の医療機関(「かかりつけ医」等)からの紹介状(診療情報提供書)のある方
・救急車で搬送し受診された方、救急医療事業における休日夜間受診の方
・国の各種公費負担医療制度の受給者、地方単独の公費負担医療制度で事業の趣旨が特定の障害や疾病等に着目しているもの受給者である方
・当院の他の診療科を受診中の方
・外来受診後そのまま入院となった方 など

4 入院期間が180日を超える入院に関する事項

入院期間が他病院を含め通算180日を超える方で、かつ、診療内容等によって、入院費の一部(一日最高 2,785円)が自費になる場合がありますので、ご了承願います。

5 白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に関する事項

術後の眼鏡装用率の軽減を目的とした多焦点眼内レンズを使用する白内障手術は、厚生労働省が定める選定療養の対象となりました。
当院は多焦点眼内レンズの白内障手術を行う施設として届出をしており、料金は以下のとおりです。


多焦点眼内レンズの種類	金額(税込)	多焦点眼内レンズの種類	金額(税込)
AMO テクニス マルチフォーカル(2焦点)	163,900円	アルコン ClareonTM PanOptixTM TORIC	295,240円
アルコン アクリソフ レストア トーリック(2焦点 乱視用)	176,000円	アルコン Clareon VivifyTM Toric Extended Vision	295,240円
AMO テクニス シンフォニー(焦点深度拡張型)	194,700円	AMO テクニス オデッセイ VB Simplicity	253,000円
AMO テクニス シンフォニー トーリック(焦点深度拡張型 乱視用)	218,900円	AMO テクニス オデッセイ TVB Simplicity	269,500円
アルコン アクリソフ PanOptix(3焦点)	243,100円	AMO テクニス PureSee 焦点深度拡張型IOL Simplicity	253,000円
アルコン アクリソフ PanOptix トーリック(3焦点 乱視用)	267,300円	AMO テクニス PureSee Toric 焦点深度拡張型IOL	269,500円
AMO テクニス シナジー オプティブルー	220,000円	HOYA Vivinex Gemetric	247,500円
AMO テクニス シナジー トーリック オプティブルー	247,500円	HOYA Vivinex Gemetric Toric	283,800円
アルコン Clareon Vivity AutoNoMe シングルピース	253,000円	HOYA Vivinex Gemetric Plus	247,500円
アルコン ClareonTM PanOptixTM	266,200円	HOYA Vivinex Gemetric Plus ToricPlus	283,800円

6 長期収載品の処方等又は調剤に関する事項

後発医薬品(ジェネリック医薬品)があるお薬で、先発医薬品の処方希望される場合は、特別の料金をお支払いいただきます。
後発医薬品は、先発医薬品と有効成分が同じで、同じように使っていただけるお薬です。
先発医薬品と後発医薬品の薬価の差額の4分の1相当を、特別の料金として、医療保険の患者負担と合わせてお支払いいただきます。
先発医薬品を処方・調剤する医療上の必要があると認められる場合等は、特別の料金は要りません。


新たな仕組みについて

特別の料金の対象となる医薬品が一覧にこちらから



後発医薬品について

後発医薬品(ジェネリック医薬品)に関する事項はこちら



※QRコードから厚生労働省HPの関連ページにアクセスできます。
滋賀県立総合病院