

【 文 書 料 金 】令和8年6月1日～

令和8年6月1日受付分より各種文書料金を変更させていただきます。

| 各 種 料 金 | |
|-------------------------|------------|
| 種類 | 料金(税込) |
| 診断書(病院様式) | ¥3,850 |
| 診断書(その他様式)(免許更新用など) | ¥3,850 |
| 成年後見用診断書 | ¥6,600 |
| 通院・手術診断書(証明書) | ¥6,600 |
| 入院・手術診断書(証明書) | ¥6,600 |
| 通院証明書(自動車税減免用) | ¥3,300 |
| 就労可能証明書 | ¥2,200 |
| 健康診断書(施設入所用) | ¥3,850 |
| 治癒証明書 | ¥3,850 |
| 特定損傷診断書 | ¥6,600 |
| 死亡診断書 | ¥6,600 |
| 後遺障がい診断書 | ¥8,800 |
| 身体障がい者診断書・意見書 | ¥7,700 |
| 特別障がい者手当認定診断書 | ¥7,700 |
| 障がい者年金診断書 | ¥7,700 |
| 受診状況等証明書(年金) | ¥6,600 |
| 特定疾患臨床調査個人票(新規) | ¥6,600 |
| 特定疾患臨床調査個人票(更新) | ¥2,200 |
| 運動療法処方箋 | ¥2,200 |
| 運動療法実施証明書 | ¥330 |
| 領収証明書(1～12ヵ月分) | ¥3,300 |
| 領収証明書(13～24ヵ月分) | ¥5,500 |
| 領収証明書(25～36ヵ月分) | ¥7,700 |
| B型肝炎照会書、B型肝炎持続感染者診断書 | ¥3,850 |
| 薬剤携行証明書 | ¥3,850 |
| おむつ使用証明書 | ¥2,200 |
| 状態証明書 | ¥2,200 |
| 接種痕意見書 | ¥2,200 |
| 移送費意見書 | ¥2,200 |
| 補装具費支給申請書 | ¥2,200 |
| 補聴器購入支援事業支給意見書 | ¥2,200 |
| 障害者控除対象認定に係る証明書 | ¥3,850 |
| 医療的ケア判定スコア | ¥3,850 |
| 回答書(官公庁・法律事務所等) | ¥6,600 |
| 診断書(自賠償)、明細書(自賠償) | ¥7,700 |
| 各種証明書、診断書の複写(コピー) 1枚につき | ¥2,200 |
| 診療報酬点数確認書 | ¥3,300 |
| 郵送料及び特定記録郵便の費用 | 日本郵便料金に準じる |

- ※ 文書の種類が併記されているものは、それぞれに文書料金が発生致します。
- ※ 文書申込書兼受取書のご記入をもって、文書料金への同意と致しますので、ご了承下さい。
- ※ 紛失による再発行の場合は、再度、同額の文書料を頂戴致します。
- ※ 郵送の場合は、原則、特定記録郵便にて送付致しますので、郵送料のほか、別途費用がかかります。

【 予 防 接 種 の ご 案 内 】令和8年6月1日～

各 種 ワ ク チ ン 料 金

《 助成制度対象ワクチンについて 》
山形市以外の市町村にお住まいの方も助成対象として接種が可能です。
費用が異なる場合がございますので、窓口にお尋ね下さい。

| 種類 | 料金(税込) |
|---------------------------|---------|
| インフルエンザワクチン 一般 | ¥3,850 |
| インフルエンザワクチン (山形市 助成対象者)※1 | ¥2,200 |
| インフルエンザワクチン (生活保護受給者)※2 | ¥0 |
| 新型コロナワクチン 一般 | ¥16,500 |
| 新型コロナワクチン (山形市 助成対象者)※1 | ¥7,920 |
| 新型コロナワクチン (生活保護受給者)※2 | ¥0 |
| ニューモバックス(肺炎球菌ワクチン) | ¥5,500 |
| プレベナー13(肺炎球菌ワクチン) | ¥13,200 |
| プレベナー20(肺炎球菌ワクチン) | ¥11,000 |
| プレベナー20 (山形市 助成対象者) | ¥4,620 |
| ビケン(帯状疱疹・水痘ワクチン) | ¥6,600 |
| ビケン (山形市 助成対象者) | ¥2,200 |
| シングリックス(帯状疱疹ワクチン) | ¥22,000 |
| シングリックス (山形市 助成対象者) | ¥11,000 |
| シングリックス、ビケン (生活保護受給者)※2 | ¥0 |
| アレックスビー(RSウイルスワクチン) | ¥22,000 |
| MRワクチン(はしか・風疹混合ワクチン) | ¥8,800 |
| MRワクチン (山形市 助成対象者) | ¥0 |
| 風疹ワクチン | ¥5,500 |
| 風疹ワクチン (山形市 助成対象者) | ¥0 |
| 2種混合ワクチン(ジフテリア、破傷風) | ¥4,400 |
| 破傷風ワクチン | ¥4,400 |
| 麻疹ワクチン | ¥5,500 |
| おたふくかぜ生ワクチン | ¥5,500 |
| B型肝炎ワクチン | ¥4,400 |
| A型肝炎ワクチン | ¥5,500 |
| 日本脳炎ワクチン | ¥6,600 |
| 狂犬病ワクチン | ¥11,000 |

※1 インフルエンザワクチン、新型コロナワクチンの助成対象者は、以下の項目全てに該当する方のみになります。

・助成対象市町村にお住まい(住民票がある)の方。

・65歳以上、または60歳～64歳以下で身体障害者手帳1級(内部障害のみ)をお持ちの方。

※2 対象者は各市町村にお住まいの生活保護受給者で、各市町村より配布される、専用の予診票をご持参頂いた方のみとなります。

◎予防接種をご希望する方へ

ワクチンの供給状況により、取り扱いを一時的に中止する場合がございます。 取り扱いの状況は窓口へお問い合わせ下さい。

予防接種を行うにあたり、接種者本人、もしくは保護者の同意が必要となります。

接種同意及び、ワクチン費用に関する同意につきましては、各予防接種予診票への署名をもって、同意とさせていただきます。

費用、同意についてのご説明および、医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて、理解した上で、接種を希望し、ご署名・同意をお願い致します。

【 保険外費用 料金表 】令和8年6月1日～

当院では以下の項目について、その使用量、利用回数に応じた実費のご負担をお願いしております。

※ 文書料、ワクチン費用、再生医療については、別掲示をご覧ください。

| 種類 | 金額(税込み) |
|---|----------|
| 外来 尿取りパット(小) ※1枚につき | ¥33 |
| 外来 尿取りパット(大) ※1枚につき | ¥110 |
| 外来 紙おむつ ※1枚につき | ¥110 |
| 入院 室料差額(個室)3階、4階 | ¥4,400 |
| 入院 室料差額(特室)3階 | ¥6,600 |
| 入院 室料差額(特室)4階 | ¥8,800 |
| 入院 室料差額(個室)4階、7階 | ¥3,300 |
| 選定療養費 180日超入院に係る保険外併用療養費 ※1日につき | ¥2,290 |
| 保険外併用 脳血管疾患等リハビリテーション料 (月13単位越え) 1単位20分 | ¥2,700 |
| 保険外併用 運動器リハビリテーション料 (月13単位越え) 1単位20分 | ¥2,100 |
| 保険外併用 呼吸器リハビリテーション料 (月13単位越え) 1単位20分 | ¥2,000 |
| 食事 付添食(朝) | ¥330 |
| 食事 付添食(昼) | ¥550 |
| 食事 付添食(夜) | ¥550 |
| その他 情報開示手数料 ※1回につき | ¥1,100 |
| その他 資料コピー ※1枚につき | ¥11 |
| その他 レントゲン等画像コピー(CD-R) ※1枚につき | ¥1,100 |
| その他 レントゲン等画像コピー(大四) ※1枚につき | ¥550 |
| その他 レントゲン等画像コピー(半切) ※1枚につき | ¥830 |
| その他 診察券発行料 ※1枚につき | ¥110 |
| 歯科 金属歯冠修復 白金加金 | ¥88,000 |
| 歯科 金属床による総義歯 コバルト 上顎下顎それぞれ | ¥330,000 |
| 歯科 金属床による総義歯 チタン 上顎下顎それぞれ | ¥330,000 |
| 一時金 松葉杖保証金 ※返却後にご返金致します | ¥5,500 |

※ 使用、利用される際に同意を必要とする項目がございます。
同意書のご記入をお願いしておりますので、ご了承下さい。

【 再生医療 PRP 料金表 】令和8年3月1日～

当院では以下の項目について、その使用量、回数に応じた実費のご負担をお願いしております。

※ 文書料、ワクチン費用、その他費用については、別掲示をご覧ください。

| | 種類 | 金額(税込み) |
|--------|----------------------------|---------------|
| 再生医療 | APS(膝) | ¥297,000 |
| 再生医療 | ACP(靱帯・筋・腱) | ¥33,000 |
| 再生医療 | PFC-FD | ¥117,700 |
| 再生医療 | PFC-FD2.0 | ¥150,700 |
| 診察料 | 初診料 | ¥3,300 |
| 診察料 | 再診料 | ¥1,430 |
| 検査 | 採血、血液検査料(ACP) | ¥7,700 |
| 検査 | 採血、血液検査料(APS) | ¥13,200 |
| 検査 | 採血、血液検査料(PFC-FD、PFC-FD2.0) | ¥14,300 |
| 画像撮影 | 単純レントゲン撮影料、診断料 1枚につき | ¥1,100 |
| 画像撮影 | MRI | ¥19,800 |
| 投薬 | 薬剤、処方料 | 処方内容により異なります。 |
| キャンセル料 | APS(膝)キャンセル料 | ¥220,000 |
| キャンセル料 | ACP(靱帯・筋・腱)キャンセル料 | ¥19,800 |
| キャンセル料 | PFC-FDキャンセル料 | ¥107,800 |
| キャンセル料 | PFC-FD2.0キャンセル料 | ¥107,800 |

※ 同意を必要とする項目となっております。同意書のご記入をお願いしておりますので、ご了承ください。

※ 再生医療をご希望される場合、医師との診察が必要となります。

※ 再生医療に関するお問い合わせは、専用ダイヤル 023-609-5111 までお願い致します。

医療法人徳洲会 山形徳洲会病院