

自費料金のご案内

2026年10月1日改定

項 目	自費料金	税込自費料金
・初診時保険外併用療養費（医科）（紹介状をお持ちでない場合）	7,000 円	7,700 円
・再診時保険外併用療養費（医科）（紹介状をお持ちでない場合）	3,000 円	3,300 円
・初診時保険外併用療養費（歯科）（紹介状をお持ちでない場合）	5,000 円	5,500 円
・再診時保険外併用療養費（歯科）（紹介状をお持ちでない場合）	1,900 円	2,090 円
・文書料		
普通証明書（医療費支払証明・通院証明等） 1 通	1,000 円	1,100 円
普通証明書（医師の証明を要さないもの） 1 通	1,000 円	1,100 円
特殊証明書（医師の証明を要するもの） 1 通	3,000 円	3,300 円
自賠責明細書（1 ヶ月毎） 1 通	10,000 円	11,000 円
普通診断書（簡単） 1 通	3,000 円	3,300 円
普通診断書（複雑） 1 通	5,000 円	5,500 円
特殊診断書（簡単） 1 通	8,000 円	8,800 円
特殊診断書（複雑） 1 通	10,000 円	11,000 円
生命保険・損害保険診断書 1 通	10,000 円	11,000 円
自賠責診断書 1 通	10,000 円	11,000 円
公費申請診断書 1 通	5,000 円	5,500 円
死亡診断書（本学所定） 1 通	5,000 円	5,500 円
死亡届 1 通	3,000 円	3,300 円
出生届 1 通	2,000 円	2,200 円
出産証明書 1 通	2,000 円	2,200 円
・X線画像複製料（デジタル画像）CD-R 1 枚	3,000 円	3,300 円
・入院セット（患者衣+タオルプラン） 1 日につき	370 円	407 円
・入院セット（患者衣プラン） 1 日につき	320 円	352 円
・紙おむつセット（大人用紙おむつ） 1 日につき	470 円	517 円
・紙おむつセット（新生児用紙おむつ） 1 日につき	400 円	440 円
・日用品販売セット 1 セット	850 円	935 円
・付添寝具貸与料 1 日につき	200 円	220 円
・選定療養入院料（入院期間が180日を超える入院） 1 日につき	3,220 円	3,542 円
・セカンドオピニオン相談料 30分につき	10,000 円	11,000 円
・エンゼルケア 1 回	6,000 円	6,600 円
・インフルエンザワクチン 1 回につき	5,000 円	5,500 円
・肺炎球菌ワクチン 1 回につき	8,000 円	8,800 円
・う蝕患者の指導管理		
フッ化物局所応用 1 口腔 1 回につき	1,300 円	1,430 円
小窩裂溝填塞 1 歯につき	1,500 円	1,650 円
・金属床による総義歯		
コバルトクロム合金（上顎下顎同額） 1 床当たり	300,000 円	330,000 円
チタン合金（上顎下顎同額） 1 床当たり	350,000 円	385,000 円
白金合金（上顎下顎同額） 1 床当たり	400,000 円	440,000 円

※白内障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ついて
患者さんの要望、自己選択による白内障に対する水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズの支給については、
眼鏡装用率の軽減効果に関する費用として、以下の通り保険外併用療養費をご請求いたします。

項 目	自費料金	税込自費料金
・多焦点眼内レンズA 1 枚につき	147,796 円	162,576 円
・多焦点眼内レンズB 1 枚につき	158,796 円	174,676 円
・多焦点眼内レンズC 1 枚につき	176,796 円	194,476 円
・多焦点眼内レンズD 1 枚につき	186,796 円	205,476 円

※その他、ご不明な点は医事課へお問い合わせ願います。

岩手医科大学附属病院