

保険外負担について

当院では下記のとおり保険外負担をいただくことがあります。

【1. 健康診断】

項目	金額（税別）
問診・血圧のみ	1,000 円
問診・検尿・胸部レントゲン写真	3,100 円
定期健康診断	7,000 円

【2. 診断書】

項目	金額（税別）
簡単なもの	1,000 円
複雑なもの	3,000 円
生死にかかわるもの	10,000 円

【3. ワクチン接種料】

項目	金額（税込）
インフルエンザワクチン	3,500 円
B 型肝炎ワクチン	4,300 円
麻疹・風疹混合ワクチン	9,000 円
日本脳炎ワクチン	5,500 円
帯状疱疹ワクチン（生）	6,800 円
帯状疱疹ワクチン（不活化）	20,000 円
肺炎球菌（ニューモバックス）	7,000 円
肺炎球菌（キャップバックス）	14,000 円
おたふくワクチン	5,000 円
破傷風トキソイド	3,000 円
RS ウイルスワクチン	24,000 円
風疹ワクチン	4,700 円
コロナワクチン	15,000 円

※令和 7 年 12 月現在（変更がある場合がございます。詳しくは窓口までお問い合わせください。）