

保険外負担に関する事項

当院では個室使用料、証明書・診断書料などにつきまして、その利用日数、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

○山形市立病院済生館料金規則（別表抜粋）

令和6年6月1日現在

区 分		金 額		
健康診断料		診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第1医科診療報酬点数表(以下「点数表」という。)中基本診療料に関する規定により算定した額に、診断の内容に応じ、点数表中検査及び画像診断に関する規定により算定した額を加算した額に100分の110を乗じて得た額		
診断書料等	普通診断書料	1通につき 1,650円		
	複雑な診断書料	1通につき 3,300円		
	詳細な診断書料(保険金等の受領に関するものを除く。)	1通につき 4,400円		
	保険金等の受領に関する診断書料等	電子カルテシステムにより作成できるもの	1通につき 4,400円	
		電子カルテシステムにより作成できないもの	1通につき 5,500円	
	エックス線等画像提供料	光ディスク(CD-R又はDVD-R)1枚につき 1,650円		
	診断書の内容に関する面談料	1回につき 11,000円		
死体検案料等	死体検案料	点数表中基本診療料に関する規定により算定した額に、検案の場所に応じ、点数表中往診料に関する規定により算定した額を加算した額に100分の110を乗じて得た額		
	検案書料	1通につき 3,300円		
遺体処置料		1体につき 22,000円		
証明書料	普通証明書料	1通につき 1,100円		
	複雑な証明書料	1通につき 1,650円		
	詳細な証明書料	1通につき 3,300円		
分べん管理料	単胎分べんの場合	勤務時間内	1件につき 170,000円	
		勤務時間外	深夜及び休日	1件につき 190,000円
			上記以外	1件につき 180,000円
	双胎以上の分べんの場合	勤務時間内	1件につき 170,000円に2胎目から1胎につき100,000円を加算した額	
		勤務時間外	深夜及び休日	1件につき 190,000円に2胎目から1胎につき110,000円を加算した額
			上記以外	1件につき 180,000円に2胎目から1胎につき105,000円を加算した額
帝王切開による分べんの場合	単胎	1件につき 110,000円		
	双胎以上	1件につき 110,000円に2胎目から1胎につき70,000円を加算した額		
分べん監視器利用料		1回につき 3,000円		
新生児先天性代謝異常検査検体採取料		1件につき 3,000円		
新生児管理料		1日につき 9,000円		
おむつ利用料		1日につき 500円		

妊娠検診料	妊婦初診料	1回につき 10,000円	
	妊婦再診料	1回につき 5,000円	
	産婦人科相談指導料	1回につき 3,000円	
	妊娠反応検査料	1回につき 2,500円	
	乳房管理指導料	1回につき 2,200円	
人工妊娠中絶料	妊娠週数11週まで	1件につき 93,500円	
	妊娠週数12週から15週まで	1件につき 132,000円	
	妊娠週数16週以上	1件につき 154,000円	
子宮内避妊器具装置処置料	挿入料	1件につき 60,500円	
	除去料	1件につき 6,600円	
経口避妊薬投薬料		1回につき 2,750円	
配偶子卵管内移植料		1回につき 35,200円	
非紹介患者初診加算料(厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養(平成18年厚生労働省告示第495号。以下「評価療養等告示」という。)第2条第4号に規定する初診に係る額をいう。)		助産に係る療養等を受ける場合	医科 1回につき 7,000円 歯科 1回につき 5,000円
		上記以外	医科 1回につき 7,700円 歯科 1回につき 5,500円
入院加算料	1床室A	助産に係る療養等を受ける場合	1日につき 7,000円
		上記以外	1日につき 7,700円
	1床室B	助産に係る療養等を受ける場合	1日につき 5,000円
		上記以外	1日につき 5,500円
	2床室	助産に係る療養等を受ける場合	1日につき 2,000円。ただし、1人で使用するときは4,000円
		上記以外	1日につき 2,200円。ただし、1人で使用するときは4,400円
検査料及び画像診断料		点数表中検査及び画像診断に関する規定により算定した額に100分の110を乗じて得た額	
薬剤料		標準価格に100分の110を乗じて得た額	
予防接種料		点数表中投薬及び注射に関する規定により算定した額に100分の110を乗じて得た額	
診療用材料料		購入価格に100分の110を乗じて得た額	
再診加算料(評価療養等告示第2条第5号に規定する再診に係る額)		助産に係る療養等を受ける場合	医科 1回につき 3,000円 歯科 1回につき 1,900円
		上記以外	医科 1回につき 3,300円 歯科 1回につき 2,090円
特別長期入院料(評価療養等告示第2条第7号に規定する入院及びその療養に伴う世話その他の看護に係る額)		1日につき2,660円。	
セカンドオピニオン外来診療料		1回につき 11,000円	

備考

- この表の規定により算定した額に10円未満の端数が生じたときは、その端数は切り捨てるものとする。ただし、診療用材料料については、10円未満の端数が生じたときは、その端数は切り上げるものとする。
- 6の項において「深夜」とは午後10時から翌日の午前7時までの間を、「休日」とは日曜日並びに山形市の休日定める条例(平成元年市条例第28号)第1条第1項第2号及び第3号に規定する休日をいう。
- 妊娠中期(妊娠週数が12週から23週までをいう。)にある者の分べんに係る分べん管理料は、6の項に規定する額の2分の1の額とする。
- 人間ドックのための入院に係る入院加算料を算定する場合における18の項の規定の適用については、同項中「1日」とあるのは、「1泊」とする。
- 診療費の内容に関する面談料及びセカンドオピニオン外来診療料を算定する場合においては、30分以内の面談及び診療を1回とする。
- この表に定めるもののほか、管理者が料金を定める必要があると認められたものについては、管理者がその都度定める金額による。

特別療養環境室のご案内

当院の特別療養環境室は、1人部屋又は2人部屋の特定病室に限り適用しています。

ただし、出産後の入院にあっては、出産の日から1カ月を限度とします。

室料は次のとおりです。

令和8年1月1日現在

区分	1日あたり使用料		適用 ベッド 数
	妊娠中又は 出産後の入院	左記以外 の入院	
1床室A	7,000円	7,700円	8床
1床室B	5,000円	5,500円	52床
2床室	2,000円	2,200円	30床
	ただし、 1人で使用する場合は 4,000円	ただし、 1人で使用する場合は 4,400円	

人間ドックのために使用するときは、1日単位ではなく、1泊単位で上記使用料を適用します。

特別療養環境室一覽

令和8年1月1日現在

1床室A

病棟	病室
9階東病棟	901
10階西病棟	1001
	1023
	1025
	1026
	1027
	1028
	1030

2床室

病棟	病室
4階東病棟	401
	411
5階東病棟	501
	502
	503
	505
	513
6階東病棟	602
	612
6階西病棟	628
7階東病棟	703
	713
8階東病棟	811
9階東病棟	911
9階西病棟	927

1床室B

病棟	病室	
4階東病棟	412	
5階東病棟	516	
	517	
	518	
	520	
	533	
5階西病棟	521	
	522	
	523	
	525	
5階西病棟	526	
	6階東病棟	617
	6階西病棟	618
620		
621		
622		
623		
625		
627		
7階東病棟	718	
	720	
	721	
	722	
8階東病棟	818	
	841	
	842	
	843	

病棟	病室
9階東病棟	915
	916
	917
	918
9階西病棟	920
	921
	922
10階西病棟	923
	1002
	1003
	1005
	1006
	1007
	1008
	1010
	1011
	1012
	1013
	1015
	1018
	1033
	1035
1036	
1048	
1050	

保険外併用療養費【選定療養】

当院では、東北厚生局に下記の「保険外併用療養費」の届出を行っています。
該当される場合は、ご負担をお願いいたします。

令和7年6月1日現在

非紹介患者初診加算料 医科 7,700 円

歯科 5,500 円

初診時に、他の保険医療期間等からの紹介状がない場合に加算されます。

ただし、緊急その他やむを得ない事情のある場合などを除きます。

※助産に係る診療等を受ける場合は、非課税扱いとなります。

再診加算料 医科 3,300 円

歯科 2,090 円

当院に外来受診されている患者さんが、医師から 200 床未満の病院や診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、引き続き当院での受診をした場合に加算されます。※助産に係る診療等を受ける場合は、非課税扱いとなります。

特別の療養環境の提供 2,000 円～7,700 円

入院中に個室を利用される場合。ただし、感染で隔離が必要な場合等を除きます。

※助産に係る診療等を受ける場合は、非課税扱いとなります。

特別長期入院料 2,660 円

同一の疾病や負傷により、入院期間が 180 日を超えて当院に入院されている場合、180 日を超えた日数につき 1 日毎に入院基本料の 15%相当額 2,660 円を負担していただきます。

ただし、患者さんの疾患や治療の状態によっては負担がない場合があります。

金属床による総義歯の 1 床当たりの価格

金属の種類	上顎（1床当たりの価格）	下顎（1床当たりの価格）
白金加金	451,990 円	451,990 円
金合金	425,590 円	425,590 円
特殊合金	207,460 円	207,460 円

前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金 1 歯当たりの価格

金属の種類	1 歯当たりの価格
金合金	77,000 円
白金加金	77,000 円

予防接種料金表(消費税込み)

(令和7年10月1日から適用)

名称	回数	6歳以上	6才未満
インフルエンザ	1回目	4,500円	4,500円
	2回目	2,900円	2,600円
二種混合	1回目	4,880円	5,710円
三種混合	1回目	5,020円	5,850円
	2回目	2,650円	3,060円
五種混合	1回目	19,690円	20,520円
	2回目	17,320円	17,740円
A型肝炎	1回目	7,760円	8,590円
	2回目	5,390円	5,800円
B型肝炎(0.25ml) ヘプタボックス-Ⅱ	1回目	5,850円	6,680円
	2回目	3,480円	3,890円
B型肝炎(0.5ml) ヘプタボックス-Ⅱ	1回目	6,100円	6,920円
	2回目	3,720円	4,140円
日本脳炎 I期	1回目	6,580円	7,400円
	2回目	4,200円	4,620円
日本脳炎 II期	1回目	6,580円	
小児用肺炎球菌15価	1回目	10,930円	11,750円
	2回目	8,550円	8,970円
小児用肺炎球菌20価	1回目	11,010円	11,830円
	2回目	8,630円	9,050円
肺炎球菌 (ニューモボックスNPシリンジ)	1回目	8,370円	9,200円
RSウイルス(アブリスボ)	1回目	29,920円	
RSウイルス(0.5ml) (ベイフォータス)	1回目		454,370円
	2回目		451,580円
RSウイルス(1ml) (ベイフォータス)	1回目		892,600円
	2回目		889,820円
帯状疱疹 (シングリックス)	1回目	21,570円	
	2回目	19,190円	
不活化ポリオ	1回目	9,630円	10,460円
	2回目	7,260円	7,670円
破傷風	1回目	4,700円	5,520円
	2回目	2,320円	2,740円
BCG	1回目	7,900円	8,310円
風疹	1回目	6,420円	7,240円
ムンプス	1回目	6,520円	7,340円
水痘	1回目	8,040円	8,860円
	2回目	5,660円	6,080円
風疹・麻しん(MR)	1回目	8,950円	9,770円
ヒブワクチン	1回目	8,580円	9,400円
	2回目	6,200円	6,620円
ロタウイルス	1回目		15,120円
	2回目		12,340円
髄膜炎菌(メンクアッドフィ)	1回目	23,180円	24,010円
	2回目	20,810円	21,220円
子宮頸がん (シルガード9)	1回目	25,750円	
	2回目	23,370円	
子宮頸がん (ガーダシル)	1回目	16,840円	
	2回目	14,460円	

ノロウイルス検査の取扱い及び料金について

当院では、外来患者様で感染性胃腸炎を疑う場合でも、※保険適用の患者様以外では原則としてノロウイルス検査を実施していません。

ただし、食品を扱うお仕事や医療・福祉介護関係等の、就労にあたり確定診断が必要な場合など、患者様のご希望等があれば自費扱いの検査を次のとおり実施いたします。

保険適用ならない方の検査方法・料金

令和5年4月1日現在

区 分	検査方法	料 金
当院での前段の診察があり、抗原定性検査を希望する方	抗原定性検査 ※ 院内検査のため結果は当日になります。	ノロウイルス迅速検査料として3,230円 ほかに、保険適用分の初診・再診料などが別途かかります。
当院での前段の診察があり、リアルタイム RT-PCR 検査を希望する方 (陰性・陽性の診断書は可)	遺伝子検査(リアルタイム RT-PCR 法) ※ 外注検査のため結果は数日後になります。 →数日後再診のうえ結果をお知らせします。	ノロウイルス遺伝子検査料として4,330円 ほかに、保険適用分の初診・再診料などが別途かかります。 結果説明時は料金なし。ただし、通常診療があるときは、保険適用分の初診・再診料などがかかります。
当院での前段の診察がなく、検診による診断書が必要な方 (陰性・陽性の診断書は可)	遺伝子検査(リアルタイム RT-PCR 法) ※ 外注検査のため結果は数日後になります。 →数日後再診のうえ結果をお知らせします。	ノロウイルス検診料として 7,500円 結果説明時は料金なし。ただし、通常診療があるときは、保険適用分の初診・再診料などがかかります。

※診断書が必要な場合は、文書料として1,650円かかります。

※これらの検査は救急室では実施いたしません。

※保険適用の患者様

3歳未満の患者及び65歳以上の患者、その他悪性腫瘍の診断が確定している患者や臓器移植後の患者などの免疫力の低い患者に限られています。

なお、保険適用の検査は簡易迅速検査に限られております。

山形市立病院済生館

保険外併用療養費（評価療養）

令和7年9月1日現在

●医薬品の治験に係る診療に関する事項

治験名	内容	治験に係る自己負担費用	保険診療費用
<p><D5989C00001> 慢性閉塞性肺疾患における心肺関連アウトカムに対するブデソニド+ルリコピロニウム+ホルモテロールフマル酸塩定量噴霧式吸入剤 (BGFMDI) の有効性を、グリコピロニウム+ホルモテロールフマル酸塩 MDI と比較する、第Ⅲ相多施設共同ランダム化二重盲検平行群間比較試験 (THARROWS)</p>	<p>ICS による治療を受けていない COPD 集団を対象に、心肺関連アウトカムに対する 3 剤併用療法 (BFG MDI 320/14.4/9.6 μg) と比較する。</p>	<p>治験を依頼した製薬会社が負担するので、患者様の負担はありません。</p>	<p>通常の一部負担金をお支払いいただきます。</p>
<p><JX10> 再灌流の最適化による転帰と神経機能の改善 (ORION) : 急性虚血性脳卒中中の遅延受診者を対象にした JX10 の有効性及び安全性を検討する第 2/3 相多施設共同、ランダム化二重盲検プラセボ対照平行群間比較試験</p>	<p>J X 1 0 が、M o d i f i e d R a n k i n S c a l e (M R S) で測定した A I S 語の機能的転帰を改善するかどうかをプラセボと比較して判定する。</p>	<p>治験を依頼した製薬会社が負担するので、患者様の負担はありません。</p>	<p>通常の一部負担金をお支払いいただきます。</p>