

保険外負担金(自費診療)料金一覧

項目(費用負担の名称)	単位	金額(税込)	備考
一般診断書	1通	3,000円	
保険会社診断書	1通	8,000円	
死亡診断書	1通	5,000円	
死体検案書	1通	20,000円	
猟銃免許診断書	1通	5,000円	
一般健康診断書	1通	9,000円	検査内容によって金額が変わることがあります
血液型検査	1回	5,000円	
ノロウイルス検査	1回	3,000円	

ワクチン項目(費用負担の名称)	単位	金額(税込)	備考
おたふくかぜ	1回	5,000円	
水痘	1回	6,500円	
風疹	1回	5,000円	
麻疹	1回	5,000円	
麻疹風疹	1回	8,500円	
A型肝炎	1回	8,000円	
B型肝炎	1回	5,000円	
二種混合	1回	3,000円	
ジフテリア	1回	3,500円	
破傷風トキソイド	1回	2,000円	
ポリオ	1回	7,500円	
ヒブ	1回	6,000円	
小児用肺炎球菌	1回	10,000円	
成人用肺炎球菌	1回	7,000円	
四種混合	1回	10,000円	
BCG	1回	5,000円	
日本脳炎	1回	6,000円	