

当院では健康保険の療養に該当しない保険外負担の料金について下記の通り、実費負担をお願いしております。

### 1. 予防接種等

おたふくかぜワクチン	1回	7,000円
B型肝炎ワクチン	1回	5,000円
日本脳炎ワクチン	1回	6,000円
水痘ワクチン	1回	8,000円
アクトヒブ (Hibワクチン)	1回	6,000円
バクニューバンス (15価肺炎球菌ワクチン)	1回	10,000円
MRワクチン (麻しん風しん)	1回	10,000円
麻しんワクチン	1回	7,000円
風しんワクチン	1回	7,000円
五種混合ワクチン	1回	18,000円
四種混合ワクチン	1回	10,000円
二種混合ワクチン	1回	5,000円
三種混合	1回	6,000円
BCG	1回	6,000円
ポリオ	1回	7,000円
HPV (子宮頸がん) ガーダシル<4価>	1回	14,000円
HPV (子宮頸がん) シルガード<9価>	1回	24,000円
口タリックス (2回接種)	1回	13,000円
口タテック (3回接種)	1回	8,000円
髄膜炎ワクチン	1回	22,000円

### 2. 各種書類関係・検査・その他

診断書	2,000円
診断書 (生命保険、検査を伴うもの等)	3,000円
入園時健康診断・欠席者健診	1,000円
乳幼児健康診断 (4カ月・10カ月健診以外)	3,000円
治癒証明書 (登園許可証)	300円
病児保育利用書	300円
検査結果証明書	300円
血液型検査	1,000円
エアロチャンバープラス(乳児・小児用)	3,000円
エアロチャンバープラス(大人用)	4,000円