

入院費用

令和6年6月1日現在

1 医療費

お持ちの保険証	自己負担割合	
国民健康保険証 社会保険証 組合健康保険証 共済組合保険証 船員保険証	3割	
後期高齢者医療受給者証	一般	1割・2割 (1ヶ月57,600円が上限) ※1
	現役並み所得者	3割
高齢受給者証 (70歳～74歳の方)	一般	2割 (1ヶ月57,600円が上限)※1
	現役並み所得	3割

※1 過去12カ月に、医療費負担が3回以上月額上限額（57,600円）に達している場合、その後の上限額は44,000円

●保険証・高齢受給者証以外にお持ちの証書がある場合

証書の種類	所得区分	月額上限額（自己負担限度額）	
		3回目まで	4回目以降
限度額適用・ 標準負担額減額認定証	区分ア / 現役Ⅲ	$252,600円 + (\text{医療費総額} - 842,000円) \times 1\%$	140,100円
	区分イ / 現役Ⅱ	$167,400円 + (\text{医療費総額} - 558,000円) \times 1\%$	93,000円
	区分ウ / 現役Ⅰ	$80,100円 + (\text{医療費総額} - 267,000円) \times 1\%$	44,400円
	区分エ	57,600円	44,400円
	区分オ (非課税世帯)	35,400円	24,600円
	区分Ⅱ (非課税世帯)	24,600円	
	区分Ⅰ (非課税世帯)	15,000円	
重度心身障害者医療受給者証	障課・老課	57,600円	44,400円
	障初・老初 (非課税世帯)	初診料(580円のみ)	
特定疾患医療受給者証	個々の証書に記載してある金額（収入状況で変動）		

【領収書の提出について】※以下①～③に該当する方は対象外

医療費の減額を受けるためには、過去12か月に医療費負担が3回以上月額上限額（例：区分ウ／80,100円）に達していることを証明する領収書の提示が必要になります。該当入院月の領収書を受付へ提示してください。

①「重度心身障害者医療受給者証（障初・老初）」
②「限度額適用・標準負担額減額認定証（区分Ⅱ・区分Ⅰ）」
③「特定疾患医療受給者証」

2 食費・居住費

【2024年6月1日以降】

一般病棟（地域包括ケア病室）

	限度額適用・標準負担額減額認定証 区分	1食の金額	1ヶ月（30日）の金額	
食費	一般（下記以外の方）	490円	44,100円	
	住民税非課税世帯	区分Ⅱ、オ（90日までの入院）	230円	20,700円
		区分Ⅱ、オ（90日超えの入院）	180円	16,200円
		区分Ⅰ	110円	9,900円
居住費		負担なし		

回復期リハビリテーション病棟/医療療養病棟

	限度額適用・標準負担額減額認定証 区分	回復期リハビリテーション病棟・医療療養病棟				
		1食の金額		1ヶ月（30日）の金額		
食費	一般(下記以外の方)	490円	44,100円	490円	44,100円	
	住民税非課税世帯	区分Ⅱ、オ（90日までの入院）	230円	20,700円	230円	20,700円
		区分Ⅱ、オ（90日超えの入院）	180円	16,200円	180円	16,200円
		区分Ⅰ	110円	9,900円	110円	9,900円
居住費（※1参照）		1日の金額		1ヶ月（30日）の金額		
		負担なし		11,100円		

※1 食費の減額について、入院期間が90日を超えても、保険者で限度額適用・標準負担額減額認定証の再交付を受けなければ適応になりませんのでご注意ください。

※2 64歳以下の方に「居住費」は発生しません。（回復期病棟も医療療養病棟も同一です）

※3 指定難病患者（特定疾患医療費受給者証をお持ちの方）で、かつ課税世帯の方は1食280円の食費

※4 が発生します。非課税世帯の方については、上表に準じての請求となります。
 ※4 経管栄養（胃瘻・経鼻等）の濃厚流動食は、主治医判断のもと医薬品ではなく食品タイプを提
 品 させて頂いておりますので、上記金額に基づく食費を請求致します。患者様の状況により医薬

3 日常生活用品費

■基本リース料金

	1日/枚の金額	1ヶ月（30日）の金額
入院基本リースセット (白おしぼり、バスタオル、フェイスタオル、病衣)	440円	13,200円
フェイスタオル	60円	使用枚数による
バスタオル	80円	使用枚数による
白おしぼり	40円	使用枚数による
病衣	130円	3,900円

■選択リース料金

		1日/枚の金額	1ヶ月（30日）の金額
衣類	スウェット（上下）	250円	7,500円
	肌着	130円	3,900円
	ズボン下	110円	3,300円
	パンツ	100円	3,000円
	ネットパンツ	30円	900円
	靴下	70円	2,100円
テレビ	2A・3A	220円	6,600円
	3B	110円	3,300円
冷蔵庫	2A・3A	110円	3,300円

※生活保護を受給されている方は、上記のリース料金を半額（テレビレンタルは除く）でご請求致します。おむつ代については別途ご相談下さい。

■オムツ料金(CSセット)

紙おむつプラン①	本体価格560円（税抜）×契約日数
・1日中おむつを着用し、定期的に尿とりパッドを交換される方向け（交換回数の目安：5回以上）	
紙おむつプラン②	本体価格390円（税抜）×契約日数
・1日中おむつを着用し、定期的に尿とりパッドを交換される方向け（交換回数の目安：4回以下）	
紙おむつプラン③	本体価格240円（税抜）×契約日数
・リハビリパンツを着用し、トイレ誘導を必要とされる方向け	
・尿の管を挿入され、おむつを着用されている方向け	

※オムツの管理を外部業者に委託しているため、オムツ料金については入院費とは別請求になります。

※①～③のどのプランに該当するかは、入院後の患者様の排泄状況に応じて、病棟スタッフからご提案させて頂きます。なお、患者様の排泄状況の変化により、日毎でプランが変更になる場合もございます。

※オムツの持ち込みはお断りしています。

合計金額（目安）

①医療費 _____ ②食費 _____ ③居住費 _____ ④雑費 _____

合計 _____