

# 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<br>社会保険証<br>組合健康保険証<br>共済組合保険証<br>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<br>(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・<br>標準負担額減額認定証 | 区分ア / 現役Ⅲ               | $252,600円 + (医療費総額 - 842,000円) \times 1\%$ | 140,100円 |
|                      | 区分イ / 現役Ⅱ               | $167,400円 + (医療費総額 - 558,000円) \times 1\%$ | 93,000円  |
|                      | 区分ウ / 現役Ⅰ               | $80,100円 + (医療費総額 - 267,000円) \times 1\%$  | 44,400円  |
|                      | 区分エ                     | 57,600円                                    | 44,400円  |
|                      | 区分オ<br>(非課税世帯)          | 35,400円                                    | 24,600円  |
|                      | 区分Ⅱ<br>(非課税世帯)          | 24,600円                                    |          |
|                      | 区分Ⅰ<br>(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<br>(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。  
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  
供 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                                 | 単価     | 月額目安        |
|--|--------|-------------|
| 入院基本リースセット<br>(フェイスタオル、白おしぼり、バスタオル、病衣など) | 440円/日 | 13,200円/30日 |
| フェイスタオル                                  | 60円/枚  | 使用頻度による     |
| バスタオル                                    | 80円/枚  | 使用頻度による     |
| 白おしぼり                                    | 40円/枚  | 使用頻度による     |
| 病衣                                       | 130円/着 | 使用頻度による     |

| ■選択リース料金 | 単価         | 月額目安 |        |
|----------|------------|------|--------|
| 衣類       | 洋服上下       | 250円 | 7,500円 |
|          | 肌着(シャツ)    | 130円 | 3,900円 |
|          | ズボン下(ももひき) | 110円 | 3,300円 |
|          | 布パンツ       | 100円 | 3,000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、上記のリース料金は半額(テレビレンタルは除く)

■オムツ料金 ※下記セットプランにはお尻ふきシート代も含んでいます。

|  |                   |
|--|-------------------|
| 紙オムツセットプラン①  | 価格610円(税込) × 契約日数 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>常に紙オムツを使用し、全介助が必要</li> <li>下痢など体調不良でオムツ交換回数が多い</li> </ul> 【標準使用枚数：紙オムツ1枚/日 パッド4枚程度/日】 |                   |
| 紙オムツセットプラン②  | 価格430円(税込) × 契約日数 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>常に紙オムツを使用し、半～軽介助でトイレを併用している</li> <li>常に尿失禁がある方</li> </ul> 【標準使用枚数：紙オムツ1枚/日 パッド2枚程度/日】 |                   |
| 紙おむつプラン③   | 価格270円(税込) × 契約日数 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>トイレで排泄ができる方、時々尿失禁がある方</li> </ul> 【標準使用枚数：紙オムツ1枚 パッド1枚程度/日】                            |                   |

◆オムツ単品で使用した場合の金額(単品使用の場合は、お尻ふきシートの購入が必要です)

|                  |      |                   |      |             |      |          |     |         |      |
|------------------|------|-------------------|------|-------------|------|----------|-----|---------|------|
| 紙オムツパンツ式<br>(1枚) |      | 紙おむつ テープ式<br>(1枚) |      | パッド<br>(1枚) |      |          |     |         |      |
| (M)              | 180円 | (S)               | 200円 | (L)         | 240円 | ふつうタイプ   | 60円 | ワイドタイプ  | 90円  |
| (L~LL)           | 190円 | (M)               | 220円 | (LL)        | 290円 | モレ防ぐ2回用  | 60円 | 多いタイプ   | 120円 |
|                  |      |                   |      |             |      | 多いロングタイプ | 70円 | 特に多いタイプ | 150円 |

|                    |      |
|--------------------|------|
| お尻ふきシート(1パック50枚入り) | 550円 |
|--------------------|------|

※オムツセットに関して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提案させていただきます。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があります。

※利用日数(請求日数)は、利用開始日から終了日までを含みます。

合計金額(目安)

①医療費 \_\_\_\_\_ ②食費 \_\_\_\_\_ ③居住費 \_\_\_\_\_ ④雑費 \_\_\_\_\_

合計