

紹介状をお持ちでない方の定額負担について

平成 30 年 4 月の健康保険法の改正により、病院と診療所（かかりつけ医）等の更なる機能の分担及び連携の推進を図るため、他の医療機関からの紹介状無しに、当院のような 400 床以上の地域医療支援病院を受診する場合には、選定療養費を患者さんにご負担いただくこととなります（選定療養費の義務化）。

当院では平成 30 年 4 月 1 日から初診時・再診時の選定療養費を以下のとおりの料金として、通常の医療費とは別途、徴収させていただきますのでお知らせいたします。

何卒ご理解とご協力をお願い申し上げます。

初診時選定療養費	医科：5,400 円（税込）
	歯科：3,240 円（税込）
再診時選定療養費（※）	医科：2,700 円（税込）
	歯科：1,620 円（税込）

（※）当院が他の医療機関に対して文書により紹介を行ったにもかかわらず、引き続き当院にて診察を希望され受診した場合

ご負担の対象外となる方

〔緊急その他やむを得ない事情がある場合〕

救急車搬送の重症患者・公費負担医療の対象患者

〔その他、定額負担を求めなくて良い場合〕

- ① 当院の他の診療科を受診している患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介した患者
- ③ 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示を受けた患者
- ④ 救急医療事業等における休日受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者