

《 入院費のご案内 》

●医療費自己負担限度額

平成 30 年 8 月 1 日より

●65 歳未満 【保険証+限度額適用認定証】

| 区分 | 対象者 | 負担割合 | 医療費自己負担限度額 | 多数該当 (4 回目以降) | 食事負担 (回復期) | 食事負担額 (療養型) | 生活療養費 |
|----|------------------------|------|----------------------------------|---------------|-------------------------|---------------------|-------|
| ア | 標準報酬月額 83 万円以上 | 3 割 | 252,600 円+(医療費 -842,000 円)×1% | 140,100 円 | 1 食あたり 460 円×3 食 | 1 食あたり 460 円×3 食 | なし |
| イ | 標準報酬月額 53~79 万 円 | 3 割 | 167,400 円+(医療費 -558,000 円)×1% | 93,000 円 | 1 食あたり 460 円×3 食 | 1 食あたり 460 円×3 食 | |
| ウ | 標準報酬月額 28~50 万 円 | 3 割 | 80,100 円+(医療費 -267,000 円)×1% | 44,400 円 | 1 食あたり 460 円×3 食 | 1 食あたり 460 円×3 食 | |
| エ | 標準報酬月額 26 万円以下 | 3 割 | 57,600 円 | 44,400 円 | 1 食あたり 460 円×3 食 | 1 食あたり 460 円×3 食 | |
| オ | 低所得者 | 3 割 | 35,400 円 | 24,600 円 | (※) 1 食あたり 210 円×3 食 | 1 食あたり 210 円×3 食 | |

●65 歳以上~70 歳未満 【保険証+限度額適用認定証】

| 区分 | 対象者 | 負担割合 | 医療費自己負担限度額 | 多数該当 (4 回目以降) | 食事負担 (回復期) | 食事負担額 (療養型) | 生活療養費 |
|----|------------------------|------|----------------------------------|---------------|-------------------------|---------------------|----------------------------|
| ア | 標準報酬月額 83 万円以上 | 3 割 | 252,600 円+(医療費 -842,000 円)×1% | 140,100 円 | 1 食あたり 460 円×3 食 | 1 食あたり 460 円×3 食 | 1 日 あたり 370 円 (●) |
| イ | 標準報酬月額 53~79 万 円 | 3 割 | 167,400 円+(医療費 -558,000 円)×1% | 93,000 円 | 1 食あたり 460 円×3 食 | 1 食あたり 460 円×3 食 | |
| ウ | 標準報酬月額 28~50 万 円 | 3 割 | 80,100 円+(医療費 -267,000 円)×1% | 44,400 円 | 1 食あたり 460 円×3 食 | 1 食あたり 460 円×3 食 | |
| エ | 標準報酬月額 26 万円以下 | 3 割 | 57,600 円 | 44,400 円 | 1 食あたり 460 円×3 食 | 1 食あたり 460 円×3 食 | |
| オ | 低所得者 | 3 割 | 35,400 円 | 24,600 円 | (※) 1 食あたり 210 円×3 食 | 1 食あたり 210 円×3 食 | |

● 70歳以上～75歳未満【保険証＋高齢者受給者証＋限度額適用認定証】

| 対象者 | 負担割合 | 医療費自己負担限度額 | 多数該当(4回目以降) | 食事負担(回復期) | 食事負担(療養型) | 生活療養費 |
|---------------------------------------|------|----------------------------------|-------------|---------------------------|-----------------------|----------------------------|
| Ⅲ 現役並み所得者 (課税所得 690 万円以上の方) | 3割 | 252,600 円+ (医療費 -842,000 円) × 1% | 140,100 円 | 1 食あたり 460 円 × 3 食 | 1 食あたり 460 円 × 3 食 | 1 日 あたり 370 円 (●) |
| Ⅱ 現役並み所得者 (課税所得 380 万円以上の方) | 3割 | 167,400 円+ (医療費 -558,000 円) × 1% | 93,000 円 | 1 食あたり 460 円 × 3 食 | 1 食あたり 460 円 × 3 食 | |
| Ⅰ 現役並み所得者 (課税所得 145 万円以上の方) | 3割 | 80,100 円+ (医療費 -267,000 円) × 1% | 44,400 円 | 1 食あたり 460 円 × 3 食 | 1 食あたり 460 円 × 3 食 | |
| 一般 (平成 26 年 4 月 1 日以降に 70 歳になった方) | 2割 | 57,600 円 | 44,400 円 | 1 食あたり 460 円 × 3 食 | 1 食あたり 460 円 × 3 食 | |
| 一般 (平成 26 年 3 月 31 日以前に 70 歳になった方) | 1割 | 57,600 円 | 44,400 円 | 1 食あたり 460 円 × 3 食 | 1 食あたり 460 円 × 3 食 | |
| 低所得者Ⅱ | 1割 | 24,600 円 | — | (※) 1 食あたり 210 円 × 3 食 | 1 食あたり 210 円 × 3 食 | |
| 低所得者Ⅰ | 1割 | 15,000 円 | — | 1 食あたり 100 円 × 3 食 | 1 食あたり 130 円 × 3 食 | |

● 75歳以上【後期高齢者保険証＋限度額適用認定証】

| 対象者 | 負担割合 | 医療費自己負担限度額 | 多数該当(4回目以降) | 食事負担(回復期) | 食事負担(療養型) | 生活療養費 |
|--------------------------------|------|----------------------------------|-------------|---------------------------|-----------------------|----------------------------|
| Ⅲ 現役並み所得者 (課税所得 690 万円以上の方) | 3割 | 252,600 円+ (医療費 -842,000 円) × 1% | 140,100 円 | 1 食あたり 460 円 × 3 食 | 1 食あたり 460 円 × 3 食 | 1 日 あたり 370 円 (●) |
| Ⅱ 現役並み所得者 (課税所得 380 万円以上の方) | 3割 | 167,400 円+ (医療費 -558,000 円) × 1% | 93,000 円 | 1 食あたり 460 円 × 3 食 | 1 食あたり 460 円 × 3 食 | |
| Ⅰ 現役並み所得者 (課税所得 145 万円以上の方) | 3割 | 80,100 円+ (医療費 -267,000 円) × 1% | 44,400 円 | 1 食あたり 460 円 × 3 食 | 1 食あたり 460 円 × 3 食 | |
| 一般 | 1割 | 57,600 円 | 44,400 円 | 1 食あたり 460 円 × 3 食 | 1 食あたり 460 円 × 3 食 | |
| 低所得者Ⅱ | 1割 | 24,600 円 | — | (※) 1 食あたり 210 円 × 3 食 | 1 食あたり 210 円 × 3 食 | |
| 低所得者Ⅰ | 1割 | 15,000 円 | — | 1 食あたり 100 円 × 3 食 | 1 食あたり 130 円 × 3 食 | |

(※) 低所得者Ⅱ及び低所得者(才)の食事負担に関して…90日以上長期入院該当者は新たに申請を行うことで1食160円。

(●) 指定難病・老齢福祉年金受給者・境界層該当者は負担なし。

* 但し、指定難病患者及び小児慢性特定疾病児童等で一般所得区分に該当する方は1食260円

* 70歳以上の現役並み所得者の方でⅠもしくはⅡに該当する方は市町村窓口にて[限度額適用認定証](#)の交付を申請し、必ず当院窓口にご提示をお願いいたします。

《 主な保険外費用 》

● 室料差額

| 病床タイプ | 病床数 | 1日あたりの個室料等（消費税を含む） |
|-----------|-----|--------------------|
| 4床室 | 108 | 無 料 |
| 4床室（特別仕様） | 24 | ¥2,100 / 1日 |
| 個室（トイレ有） | 24 | ¥12,600 / 1日 |
| 特別個室 | 6 | ¥21,000 / 1日 |

● リース（契約に関してはファーストリネンサービス株式会社との直接契約となります）

◆ 日用品リース

使用金額 ¥263 / 1日

| 内 容 | | |
|----------------|---------------|--------------|
| タフデント | アクアマウスジェル | 弱酸性ボディソープ |
| タフデントカップ | ホームケア歯ブラシ | ファスナー付入浴用バッグ |
| ポリグリップ | モアブラシ | オシボリ |
| 厚手ウェットティッシュ | 歯磨き粉 | BOX ティッシュ |
| 洗浄ティッシュ（口腔ケア用） | 歯磨き用液体 | 綿棒 |
| ハミングット | ニベアクリーム | 綿棒（未殺菌） |
| ガーグルベース | ベビーローション（無香料） | 食事用エプロン |
| 指ガード | 泡ハンドソープ | NEWマジックカップ |
| マグカップ（口腔ケア用） | シャンプー | ふた付マグカップ 白 |
| 舌ブラシ | コンディショナー | スケルトンブラシ・コーム |

◆ オムツリース

| 使用金額 | | |
|------|--------------|-----------|
| Aセット | 紙オムツ（全介助） | 630円 / 1日 |
| Bセット | 紙オムツ（半介助+夜間） | 577円 / 1日 |
| Cセット | 紙オムツ（軽介助 多量） | 420円 / 1日 |
| Dセット | 紙オムツ（軽介助 少量） | 210円 / 1日 |
| Eセット | 紙オムツ（パットのみ） | 105円 / 1日 |

◆ 肌着リース

| 内 容 | | |
|-------------|------------|-------|
| リハビリウェア（上下） | パ ン ツ | バスタオル |
| 長袖ポロシャツ | 靴 下 | タオル |
| 肌 着 | 寝 巻（浴衣・甚平） | |

Aセット（浴衣タイプ） 630円 / 1日

Bセット（甚平タイプ） 682円 / 1日

窓口：ファーストリネンサービス株式会社（病院内1階ショップ）

本社：〒654-0154 神戸市須磨区中落合2-2-5 TEL：078-793-3232（代表）

《 入院費のご請求・お支払について 》

- 入院医療費は、毎月 1 日から月末までのものを翌月 10 日に請求書を係員がお部屋までお持ちしますので、20 日までにお支払いください。なお、ご退院時は退院当日までの請求となります。
※ 毎月、お支払い時に保険証等の確認をさせていただきますので、ご持参ください。
(保険証の変更がある場合は、必ずご連絡ください。)
- 差額ベッド料金は病室タイプにより異なります。
※ 価格表をご参照ください
- お支払いには下記カードがご利用いただけます。
NICOS UFJ DC VISA MasterCard
JCB AMERICANEXPRESS
- 費用のことでご相談がございましたら、受付窓口・医療ソーシャルワーカーへお声をおかけください。
- ご退院の際のお支払は、ご退院当日 1 階受付までお越しください。
※ 日・祝日等、時間外の場合は、後日ご来院頂くか、お振込での対応となります。後日、請求書を郵送させていただきます。
- リースに関しては 1 階売店との直接契約となり、お支払いは 1 階売店窓口でお支払いください。
窓口：ファーストリネンサービス株式会社（病院内 1 階ショップ）