

## 《 入院費のご案内 》

### ● 医療費自己負担限度額

#### ● 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 360円×3食	1食あたり 360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 360円×3食	1食あたり 360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 360円×3食	1食あたり 360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 360円×3食	1食あたり 360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 360円×3食	1食あたり 460円×3食	1日 あたり 320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 360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 360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 360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（低所得者のみ）】

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
現役並み所得者	3割	80,100円+(医療費 -26,7000円)×1%	44,400円	1食あたり 360円×3食	1食あたり 460円×3食	1日 あたり 320円
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 360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 360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（低所得者のみ）】

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
現役並み所得者	3割	80,100円+(医療費 -26,7000円)×1%	44,400円	1食あたり 360円×3食	1食あたり 460円×3食	1日 あたり 320円
一般	1割	57,600円	44,400円	1食あたり 360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(オ)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。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

\* 自己負担の限度額は暦月で計算されます。

\* 高齢期移行受給者証、障害者医療、特定疾患等に該当する場合は各制度に準じた金額になります。

\* [限度額適用認定証](#)をお持ちの方はご持参下さい。

## 《 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下さい。

※ 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）