

院内掲示

下記の厚生労働省の定める掲示事項は、下記の通りです。

【入院基本料に関する事項】

当診療所は、看護職員 7名以上勤務しています。
看護補助者 3名以上配置しております。

〔関東信越厚生局への届出事項〕
以下の施設基準に適合している旨の届出を行っています。

- ◆ 初診機能強化加算
外来感染対策向上加算
連携強化加算
- ◆ 有床診療所入院基本料 1
有床診療所急性期患者支援病棟初期加算
有床診療所在宅患者支援病床初期加算
夜間緊急体制確保加算
医師配置加算 1
看護配置加算 1
夜間看護配置加算 1
看護補助配置加算 1
介護障害連携加算 1（有床診療所入院基本料）
地域加算（7級）
- ◆ 有床診療所緩和ケア加算
- ◆ 看取り加算（在宅療養支援診療所）（有床診療所入院基本料）
- ◆ 酸素届出

○夜間に緊急の診療が必要となった場合、常勤、非常勤の医師で対応します。

医療法人鹿神会 大野診療所
院長 神尾 浩司

保 検 外 費 用 一 覧

当院では、健康保険の療養該当しない保険外負担の料金について、
下記のとおり実費の負担をお願い致しております。

文 書 料

| 種 別 | 金 額 (税込み) |
|--------------|-----------|
| 死亡診断書 | 11,000円 |
| 入院証明書 (生命保険) | 11,000円 |
| 死亡証明書 (生命保険) | 11,000円 |

そ の 他

入院セット

| セット名 | セット内容 | 1日料金 (税込) |
|------------------------|--|-----------|
| 基本セット | 寝巻類 (パジャマ・甚平・長衣・つなぎ) タオル類 (バスタオル・フェイスタオル・オシボリタオル) 口腔ケア (歯ブラシ・歯磨き粉・入れ歯洗浄剤、入れ歯カップ) コップ、すい呑み、ティッシュ、リンスインシャンプー ボディソープ、ナイロンタオル、ヘアブラシ、綿棒 口腔ケアスポンジ、口腔ケアウエット、うがいキャッチ 下着類 | 780円 |
| オムツセット (オプション) | 白十字製の紙オムツ | 715円 |
| 口腔ケア用品 (オプション) | 口腔ケアジェル・舌ブラシ | 300円 |
| エプロン (オプション) | エプロン | 187円 |
| オムツセット (半日) (オプション) | 白十字製の紙オムツ (1日の使用量: 2枚) | 350円 |
| お得なセット | 全てお中込み | 1,550円 |

保 険 外 費 用 一 覧

当院では、健康保険の療養該当しない保険外負担の料金について、
下記のとおり実費の負担をお願い致しております。

そ の 他

| | | |
|---------|---------|------------------|
| 防水シート代 | 110円/1枚 | |
| 差額ベット代 | 特別室 | 5,500円 |
| | 二人部屋 | 3,300円もしくは1,100円 |
| エンゼルセット | 25,000円 | |

食事サービスに関する事項

- ◆ 当院は、入院時食事療養（Ⅱ）の届出を行っており入院患者様の食事を提供しております。（夕食については午後 18 時 00 分以降）適温で提供しております。
- ◆ 後期高齢者の方が入院された場合、医療費とは別に食事代をご負担頂くことになっております。

| 所得区分 | 食事療養標準負担額 (1食あたり) |
|--|--|
| 現役並み所得者 一般世帯の方 | 490円 |
| 低所得者世帯 (住民税非課税世帯) | 230円 (90日までの入院) 180円 (過去1年間で90日を超える 入院がある場合) |
| 低所得者世帯 (住民税非課税世帯でかつ 所得が0円、年金収入の場 合は収入80万円未満)の 世帯 | 110円 |

令和6年6月1日より患者負担額が変わります。

- * 全国医療機関共通の値上げになります。
- ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

補助食として提供する食事は実費で提供させていただきます。

- 水ゼリー 110円
- ヨーグルト 110円
- メイバランスミニ 220円

高額療養費の自己負担額制度

後期高齢者

| 所得区分 | 自己負担額制度 | |
|-----------------------------|--|----------------------------|
| | 外来（個人単位） | 外来と入院（世帯単位） |
| 現役並み所得者Ⅲ (課税所得 690 万円以上) | 252,600 円 + (医療費 - 842,000 円) × 1% (多数回 140,100 円 * 1) | |
| 現役並み所得者Ⅱ (課税所得 380 万円以上) | 167,400 円 + (医療費 - 558,000 円) × 1% (多数回 93,000 円 * 1) | |
| 現役並み所得者Ⅰ (課税所得 145 万円以上) | 80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1% (多数回 44,000 円 * 1) | |
| 一般 2 | 18,000 円または (6,000 円 + (医療費 - 30,000 円) × 10%) の低い方を適用 (年間上限 144,000 円 * 2) | 57,600 円 (多回数 44,000 円) |
| 一般 1 | 18,000 円 (年間上限 144,000 円 * 2) | 57,600 円 (多回数 44,000 円) |
| 低所得者Ⅱ | 8,000 円 | 24,600 円 |
| 低所得者Ⅰ | 8,000 円 | 15,000 円 |

*1 過去 12 か月に 3 回以上高額支給を受けた場合の 4 回目以降になります。

*2 計算期間 1 年間（毎年 8 月 1 日～翌年 7 月 31 日）のうち、標準日時点（計算期間の末日）で自己負担割合が 1 割の被保険者については、算期間内に自己負担割合が 1 割の月の外来の自己負担額（月館の高額療養費が支給されている場合はその額を除く）を合算し 144,000 円を超えた場合に、その超えた額を後日払い戻します。

●現役並み所得Ⅰ・Ⅱ及び低所得者Ⅰ・Ⅱの方は市町村の担当窓口で各認定証の交付を受ける必要があります。現役並み所得Ⅰまたは現役並み所得者Ⅱの方は『限度額適用認定証』を、低所得者Ⅰまたは低所得者Ⅱの方『限度額適用・標準負担額減額認定証』の交付を受け、保険証と一緒に医療機関の窓口へ提出してください。

●月の途中で 75 歳になり後期高齢者医療制度の加入した方は誕生月の自己負担額制度が通常の 2 分の 1 になります。

70 歳未満の方の区分

| 所得区分 | 自己負担限度額 | 多数該当*2 |
|---|--|-----------|
| ①区分ア (標準報酬月額 83 万円以上の方) (報酬月額 81 万円以上の方) | 252,600 円 (総医療費*1 - 842,000 円) × 1% | 140,100 円 |
| ②区分イ (標準報酬月額 53 万円~79 万円の方) (報酬月額 51 万 5 千円~81 万未満の方) | 167,400 円 (総医療費 - 558,000 円) × 1% | 93,000 円 |
| ③区分ウ (標準報酬月額 28 万~50 万円の方) (報酬月額 51 万 5 千円~81 万未満の方) | 80,100 円 (総医療費 - 267,000 円) × 1% | 44,000 円 |
| ④区分エ (標準報酬月額 26 万以下の方) (報酬月額 27 万円未満の方) | 57,600 円 | 44,400 円 |
| ⑤区分オ (低所得者) (被保険者が市区村民の非課税者) | 35,400 円 | 24,600 円 |

*1 総医療とは保険適用される診療費用の総額（10割）です。

*2 療養を受けた月以前の1年間に、3ヶ月以上の高額療養費の支給を受けた（限度額適用認定証を使用し、自己負担限度額を負担した場合も含む）場合には、4か月目から「多数該当」となり、自己負担限度額がさらに軽減されます。

注「区分ア」または「区分イ」に該当する場合、市区町村民税が非課税であっても標準報酬月額での「区分ア」または「区分イ」の該当となります。