令和７年８月１日現在

**保険外併用療養費（予約診察・時間外診察・規定回数超）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **（　　病院　　・　　診療所　　）　※　該当するものに〇を付すこと。** | | | |
| **区分** | **項目** | | **患者からの徴収額** |
|  | 予約に基づく診療 | | ・予約料　　（　　　　　　　　　　　　円）  ※予約料の額を複数定めている場合の平均金額  （　　　　　　　　　円） |
|  | 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察 | | ・患者からの徴収額（　　　　　　　　　円） |
|  | 医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療 | | |
|  | 検 査 | ・α－フェトプロテイン（ＡＦＰ） | ・患者からの徴収額（　　　　　　　　　円） |
|  | ・癌胎児性抗原（ＣＥＡ） | ・患者からの徴収額（　　　　　　　　　円） |
|  | ・前立腺特異抗原（ＰＳＡ） | ・患者からの徴収額（　　　　　　　　　円） |
|  | ・ＣＡ19－９ | ・患者からの徴収額（　　　　　　　　　円） |
|  | リハビリテーション | ・心大血管疾患リハビリテーション料 | ・患者からの徴収額（　　　　　　　　　円） |
|  | ・脳血管疾患等リハビリテーション料 | ・患者からの徴収額（　　　　　　　　　円） |
|  | ・廃用症候群リハビリテーション料 | ・患者からの徴収額（　　　　　　　　　円） |
|  | ・運動器リハビリテーション料 | ・患者からの徴収額（　　　　　　　　　円） |
|  | ・呼吸器リハビリテーション料 | ・患者からの徴収額（　　　　　　　　　円） |
|  | 精神科専門療法 | ・精神科ショート・ケア | ・患者からの徴収額（　　　　　　　　　円） |
|  | ・精神科デイ・ケア | ・患者からの徴収額（　　　　　　　　　円） |
|  | ・精神科ナイト・ケア | ・患者からの徴収額（　　　　　　　　　円） |
|  | ・精神科デイ・ナイト・ケア | ・患者からの徴収額（　　　　　　　　　円） |

［記載上の注意］

・保険外併用療養費の報告を行っている「区分」欄に「○」を記入し、「患者からの徴収額」欄に金額**（消費税を含む）**を記入すること。

・報告している内容に変更がある場合は、速やかに所定様式により報告を行うこと。

・予約に基づく診療において、予約料の額を曜日・時間帯、標榜科等に応じて複数定めている場合、すべての金額を記載するとともに、その金額の平均額を併せて記載すること。

（例：1,100円、2,200円の２つの金額を設定している場合、（1,100＋2,200）／２＝1,650円と記載　する。）