

# 受診される皆様へ 選定療養費のお知らせ

初診時に、他の医療機関からの紹介状をお持ちでない場合、通常の診療費とは別に下記金額をご負担いただきます。

**初診時選定療養費 9,900 円（税込）**  
**小児科 7,700 円（税込）**

選定療養費とは、医療施設の規模や特質に応じて機能分担することを目的に厚生労働省より設けられた制度です。

初期の診療は地域の診療所・クリニックで受診いただき（かかりつけ医）、高度・専門医療は病院（200床以上）で行う、患者さんの症状に応じて適切な医療機関へ導くためのものです。

当院は高度急性期医療を提供する医療機関として、地域の医療機関と連携し、患者さんに安心・安全な医療を提供してまいりますのでご承知のほどお願いいたします。

## 対象外 下記の場合、選定療養費はかかりません

- ・ 紹介状（診療情報提供書）をご持参の方（他院の検査結果・看護サマリーのみ、整骨院からの文書は紹介状扱いになりません）
- ・ 救急車、施設間搬送車で来院された方
- ・ 外来受診から継続して入院された方
- ・ 当院通院中（次回予約がある）で、別の科を受診する方
- ・ 医科と歯科との間で院内紹介された方
- ・ 国の公費負担医療制度の受給対象の方
- ・ 地方単独の公費負担医療受給者の方（事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に注目しているものに限る）
- ・ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診を指示された方
- ・ 当院人間ドックSOPHIA、健診センター、出張健診センターを「3年以内」に受診されている方
- ・ 治験協力者の方
- ・ 災害により被害を受けた方
- ・ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の方（保険証を忘れて受診する場合は、一時的に自費扱いとなりますが徴収の対象となります）