

文 書 料 金 表 (保険外負担)

独立行政法人国立病院機構 北海道医療センター

令和7年10月1日

区 分		金額(税込：円)	備 考	
診 断 書	当院様式	2,200		
	そ の 他	4,400	当院様式に特に類似するものは2,200円	
	特 定 疾 患 臨 床 調 査 個 人 票		新規・更新	
	特定疾患重症患者認定診断書			
	生 命 保 険 診 断 書		保険会社等所定様式	
	公 費 申 請 診 断 書		身障者・精神通院 障害保障給付・自立支援	
	各 種 年 金 診 断 書		各種年金	
	児 童 年 金 ・ 児 童 手 当 診 断 書		所定様式	
	死 亡 診 断 書	原 本	3,300	所定様式
		原本証明	1,650	
	死 体 検 案 書	原 本	11,000	所定様式
		原本証明	5,500	
	肢 体 不 自 由 手 当 認 定 診 断 書			
	恩 給 診 断 書			
	自 賠 責	診 断 書	5,500	所定様式
		明 細 書	3,300	所定様式
証 明 書	医 療 費 領 収 証	証明期間3ヶ月以内		
	証 明 書	証明期間4ヶ月以上		
	保 険 等 見 舞 金 証 明 書		見舞金・附加金対象	
	その他証明書	当院様式		
		そ の 他		
		その他(簡易)		
小児慢性特定疾患医療給付療養証明				
意 見 書				

注) 同一文書を2通以上発行するときは、2通目以降は半額となります。

注) 上記以外の文書については、診断・証明内容が最も類似する区分が適用されます。

(詳しくは窓口までお問い合わせください。)

ワクチン接種料金表（保険外負担）

※市町村助成対象以外の場合

独立行政法人国立病院機構 北海道医療センター

令和7年10月1日

ワクチン接種料金（1回）	金額(税込：円)	備 考
麻 し ん 風 疹 （ M R ） 混 合	9,900	
日 本 脳 炎	5,500	
お た ふ く か ぜ	6,600	
水 ぼ う そ う （ 水 痘 ）	7,700	
四種（シテリア・破傷風・百日咳・ポリオ）混合	11,000	
三種（シテリア・破傷風・百日咳）混合	4,400	
二種（シテリア・破傷風）混合	5,500	
H P V （ヒトパピローマウィルス）	①15,400②29,500	※HPV検査代は別途発生 ①ガーダシル②シルガード9
インフルエンザ1回目	3,820	※毎年変動あり
インフルエンザ2回目	3,190	※毎年変動あり
麻 し ん （ は し か ）	5,500	
風 疹	5,500	
ポ リ オ	8,800	
肺 炎 球 菌	8,800	
B 型 肝 炎 ワ ク チ ン	5,500	
帯 状 疱 疹 ワ ク チ ン	22,000	※シングリックス

注）上記金額は初診・再診・年齢・接種時期により異なっております。

【支払金額と多少相違いたしますので、事前に料金計算窓口にてご確認下さい。】

(詳しくは窓口までお問い合わせください。)

その他保険外料金表（保険外負担）

独立行政法人国立病院機構 北海道医療センター

令和7年10月1日

その他保険外料金	金額(税込：円)	備 考
初 診 時 保 険 外 併 用 療 養 費	7,700	・半年間継続受診の無い方 ・他医の紹介状が無い方等
再 診 時 保 険 外 併 用 療 養 費	3,300	
死 後 処 置 代 （ 病 衣 含 む ）	8,800	明細：死後処置3850円・ 病衣1650円・診断書3300円
死 後 処 置 代 （ 病 衣 含 ま ない ）	7,150	明細：死後処置3850円・ 診断書3300円
面 談 料 （ 患 者 親 族 ）	2,750	今後の患者様の治療計画 をたてる場合を除く
面 談 料 （ 患 者 親 族 以 外 ）	5,500	面談する際は、患者様から同意を得る必要 が有ります。1時間までの金額。1時間 を超える毎に左記の金額を加えた額。
子 宮 内 避 妊 具 抜 去 ・ 交 換	16,500	
ア フ タ ー ピ ル	①6,600②18,700	使用薬剤 ①プラノバル②ノレルボ
人 工 妊 娠 中 絶 9 週 まで	151,800	
人 工 妊 娠 中 絶 9 週 以 降	161,700	
人 工 妊 娠 中 絶 術 前 検 査	16,500	
人 工 妊 娠 中 絶 術 後 検 査	4,400	
H B O C ス ク リ ー ニ ン グ	222,200	
MMR ス ク リ ー ニ ン グ （ リ ン チ ）	135,560	
A P C M L P A	36,560	
M E N 1 ス ク リ ー ニ ン グ	53,060	
シ ン グ ル サ イ ト	55,000	
遺 伝 カ ウ ン セ リ ン グ 料	①11,000②5,500	①初診1時間まで ②再診30分まで ③延長30分毎
	③3,300	
原 発 性 免 疫 不 全 症 ・ ラ イ ソ ゾ ーム 病 ・ 脊 髄 性 筋 萎 縮 症 追 加 検 査	5,500	

セカンドオピニオン外来	22,000	60分(相談45分、主治医報告書作成15分)
訪問診療に係る交通費	80	当院と患家のおおよその距離1kmあたり
自賠責保険1点単価	22	
保険外診療1点単価	15	
診断書等郵送代(定形内)	①110、②410	①普通郵便、②速達
診断書等郵送代(定形外等)	①180、②480	特定疾患臨床調査個人票など重量が50g以上と見込まれるもの。①普通郵便、②速達
情報開示手数料	300	
画像記録用CD-Rコピー代	100	病院の都合による作成は除く
レントゲンフィルム作成料	4,950	2枚目以降は1,100円ずつ加算
コピー代	11	
診察券代(再発行)	100	病院の都合による再発行は除く

注1) 入院期間が180日を超えた日以降の入院料については、国の制度により「選定療養」となり、対象入院料の15%が保険外負担になります。
ただし、重度肢体不自由者・化学療法実施患者・透析患者などは対象となりません。

注2) 医療の必要性は低いですが、患者さんの希望によりリハビリ診療を行った場合は保険外負担となります。

※上記の注1)、注2)について、詳しくは料金計算窓口にてご確認ください。

各検診料金表（保険外負担） ※市町村助成対象以外の場合

独立行政法人国立病院機構 北海道医療センター

令和7年10月1日

その他保険外料金	金額(税込：円)	備 考
脳 ド ッ ク	21,600	
人 間 ド ッ ク	27,000	
低 線 量 肺 が ん CT 検 診	8,640	
低線量肺がんCT・腹部セット検診	①19,760②21,260	②セデーションを希望する場合
大 腸 が ん 検 診	400	便潜血検査
腹 部 セ ッ ト 検 診	①11,120②12,620	②セデーションを希望する場合
ピ ロ リ 菌 検 診	1,000	
前 立 腺 が ん 検 診	2,160	
子 宮 が ん 検 診	①3,240②6,480③1,600	①頸部②頸部+体部③オプション卵巣超音波
乳 が ん 検 診	①5,710②5,400③2,160	①50歳未満②50歳以上③オプション乳腺エコー
卵 巢 超 音 波 検 診	3,240	
H P V 検 査 (ヒトパピローマウイルス検査)	5,940	自由診療で希望する場合

注) 一部検診を除き、完全予約制となっており、検診日が決まっております。
(詳しくは、パンフレット等をご覧ください。)