

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8年4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	
	その他(簡易)	2,200	当院様式に特に類似するもの
特定疾患臨床調査個人票		4,400	新規・更新
特定疾患重症患者認定診断書		2,200	
生命保険診断書		6,600	保険会社等所定様式
公費申請診断書		4,400	身障者・精神通院 障害保障給付・自立支援
各種年金診断書		6,600	各種年金
児 童 年 金 ・ 児 童 手 当 診 断 書	特別児童扶養手当認定診断書	2,200	所定様式。生保の方は0円
	障害児福祉手当認定診断書	2,200	所定様式。生保の方は0円
	児童扶養手当 障がい認定診断書	110	所定様式。生保の方は0円
死 亡 診 断 書	原本	4,400	所定様式
	原本証明	2,200	
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 (特別障害者手当認定診断書)		2,200	所定様式。生保の方は0円
恩 給 診 断 書		3,850	
自 賠 責	診断書	6,600	所定様式
	明細書	4,400	所定様式
	意見書	6,600	
医 療 費 領 収 証 明 書	証明期間3ヶ月以内	1,980	
	証明期間4ヶ月以上	3,960	
保 険 等 見 舞 金 証 明 書		2,750	見舞金・附加金対象
そ の 他 証 明 書	当院様式	2,200	
	その他	3,850	
	その他(簡易)	2,750	当院様式より簡易なもの
小児慢性特定疾患医療給付療養 証明書		220	
意 見 書		4,400	法令等で無料交付する 定めのあるものは除く

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。

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) 英文の文書に関しましては上記料金の2倍となります。

(詳しくは窓口までお問い合わせください。)

まいにちから、
まんないまで。



独立行政法人 国立病院機構

北海道医療センター

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8年4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（MR）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		
五種（シテリア・破傷風・百日咳・ポリオ・Hib）混合	21,390		
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	5,500		
二種（シテリア・破傷風）混合	4,400		
H P V （ヒトパピローマウイルス）	①15,400②29,500	※HPV検査代は別途発生 ①女性 ②男性	
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	ニューモバックス スプレベナー	8,800	
	キャップボックス	14,000	
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8年4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
再診時保険外併用療養費	3,300	
死後処置代（病衣含む）	9,900	明細：死後処置3850円・病衣1650円・診断書4400円
死後処置代（病衣含まない）	8,250	明細：死後処置3850円・診断書4400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	
HBOCスクリーニング	222,200	
MMRスクリーニング（リンチ）	135,560	
APCMLPA	36,560	
MEN1スクリーニング	53,060	
シングルサイト	55,000	
POLE遺伝子解析	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	20	
保険外診療 1点単価	11	

その他保険外料金	金額(税込：円)	備 考
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	2,200	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	22	
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8年4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
卵巣超音波検診	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。)