

令和4年10月から 診療報酬改定により選定療養費が変更されます

“選定療養費”（初診時・再診時）のお知らせ

当院は、令和2年4月から **地域医療支援病院** として承認を受けております。
一般病床が200床以上の地域医療支援病院にて、紹介状なし等で受診する場合には、**選定療養費**が徴収されます。

初診にて受診される方は、
かかりつけ医からの**紹介状**をお持ちください。

■ 金 額 ■

初診時又は再診時に保険適用の診療費とは別に、次の金額(税込)をご負担いただきます。

	医 科	歯 科
初診時	7,700円〔7,000円〕	5,500円〔5,000円〕
再診時	3,300円〔3,000円〕	2,090円〔1,900円〕

助産に係る場合は、〔 〕内金額

■ 選定療養費の対象外となる方 ■

初診の際に、次に該当する方は“選定療養費”がかかりません。

- ・ 紹介状を持参された方
- ・ 救急車で搬送された方
- ・ 各種公費負担制度(国、地方単独)の受給者である方 ※
- ・ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた方
- ・ 休日夜間に当院 南加賀救急医療センターを受診された方
- ・ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の方
- ※ 「小児医療助成制度(こども医療費)」 「ひとり親家族等医療費助成制度」は選定療養費の対象となります
- ※ 公費受給対象となる疾患が定まっている場合については、それ以外の疾患について受診される際には選定療養費の対象となります(難病医療費助成など)

再診の際に、次に該当する方は“選定療養費”がかかります。

- ・ 当院から他の医療機関へ紹介を行う申出を行ったにもかかわらず、患者さんが当院の受診を自らの選択で希望され、紹介状なしに当院を受診される場合

