



みさき病院

入院医療費の御案内

ご入院された時に、お支払いする入院費が高額となる場合、ご入院にあたって利用できる医療制度があります。あらかじめ、ご準備が必要な場合もあります。よくお読みになられて、早めのご準備をお願い致します。

標準負担限度額認定制度を利用するには

1. 入院した時の医療機関窓口でのお支払いを、自己負担限度額までとする制度があります。あらかじめ「限度額適用認定証」の交付を受け、医療機関の窓口提示することで、医療機関ごとにひと月の支払額が自己負担限度額までとなります。
2. 申請は入院前、または入院中に行ってください。退院後や月が変わってから申請を行った場合は、一旦、負担する医療費の全額をお支払いいただくことになりますのでご注意ください。
3. 申請にあたっては、国民健康保険・後期高齢者の方は居住する市町村役場の担当窓口にて、社会保険の方は、勤務されている会社の担当者、または健康保険証に記載されている保険者へご連絡いただき、手続きをお願い致します。ご不明の場合は、当院の入院担当事務までお尋ねください。

高額療養費制度について

医療機関で治療を受けた場合には、医療費の患者負担（一部負担金）を支払いますが、一部負担金が高額となって患者さん、またはご家族の負担が大きくなります。このように医療費が一定の金額（自己負担限度額）を超えた場合に患者さんの自己負担金額が軽減される制度が高額療養費制度です。負担する医療費の全額を一度お支払いいただいた後に申請を行って自己負担限度額を超えた分の払い戻しを受ける事ができます。ご不明の場合は、当院の入院担当事務までお尋ねください。

※70歳未満の方が対象となります。

70歳以上の方の区分（医療費、自己負担分）

【平成30年8月診療分から】

被保険者の所得区分		自己負担限度額	
		外来 (個人ごと)	外来・入院 (世帯)
① 現役並み所得者	現役並みⅢ (標準報酬月額83万円以上で高齢受給者証の負担割合が3割の方)	252,600円+ (総医療費-842,000円) ×1% [多数該当: 140,100円]	
	現役並みⅡ (標準報酬月額53万～79万円で高齢受給者証の負担割合が3割の方)	167,400円+ (総医療費-558,000円) ×1% [多数該当: 93,000円]	
	現役並みⅠ (標準報酬月額28万～50万円で高齢受給者証の負担割合が3割の方)	80,100円+ (総医療費-267,000円) ×1% [多数該当: 44,400円]	
② 一般所得者 (①および③以外の方)		18,000円 (年間上限14.4万円)	57,600円 [多数該当: 44,400円]
③ 低所得者	Ⅱ (※3)	8,000円	24,600円
	Ⅰ (※4)		15,000円

※3 被保険者が市区町村民税の非課税者等である場合です。

70歳未満の方の区分（医療費、自己負担分）

【平成27年1月診療分から】

所得区分	自己負担限度額	多数該当※2
① 区分ア (標準報酬月額83万円以上の方)	252,600円+ (総医療費※1-842,000円) ×1%	140,100円
② 区分イ (標準報酬月額53万～79万円の方)	167,400円+ (総医療費※1-558,000円) ×1%	93,000円
③ 区分ウ (標準報酬月額28万～50万円の方)	80,100円+ (総医療費※1-267,000円) ×1%	44,400円
④ 区分エ (標準報酬月額26万円以下の方)	57,600円	44,400円
⑤ 区分オ (低所得者) (被保険者が市区町村民税の非課税者等)	35,400円	24,600円

※1 総医療費とは保険適用される診察費用の総額（10割）です。

※2 療養を受けた月以前の1年間に、3ヵ月以上の高額療養費の支給を受けた（限度額適用認定証を使用し、自己負担限度額を負担した場合も含む）場合には、4ヵ月目から「多数該当」となり、自己負担限度額がさらに軽減されます。

注）「区分ア」または「区分イ」に該当する場合、市区町村民税が非課税であっても、標準報酬月額での「区分ア」または「区分イ」の該当となります。

療養病床入院時の食事療養費・居住費の標準負担額

負担区分		一般病床	療養病床 ※1			
		食事代	右に該当しない方		入院医療の必要性が高い方	
			食費	居住費	食費	居住費
現役並所得者、一般		4 6 0 円※2	4 6 0 円※3	3 7 0 円	4 6 0 円※2	3 7 0 円 (指定難病患者を除く)
区分Ⅱ	9 0 日までの入院	2 1 0 円	2 1 0 円		2 1 0 円	
	9 0 日を超える入院	1 6 0 円※4			1 6 0 円※4	
区分Ⅰ		1 0 0 円	1 3 0 円		1 0 0 円	0 円
			老齢福祉年金受給者	1 0 0 円		

- ※1 療養病床とは、急性期の治療を終え、長期の療養を必要とする方のための医療機関の病床で、疾患や状態によって、医療区分が分けられています。
- ※2 指定難病患者及び平成28年3月31日時点で1年以上継続して精神病床に入院していて、平成28年4月1日以降引き続き入院している方は260円になります。
- ※3 負担区分が「区分Ⅱ」の方が一般病床において限度額適用・標準負担額減額認定期間中に、申請をした日を含む月から12か月以内の入院期間が90日を超えた場合（療養病床で入院医療の必要性の高い場合を含む）は、改めて市町村の窓口へ減額申請（長期入院該当手続き）を行って下さい。申請月の翌月から食事代の標準負担額が減額されます。

保険外負担分について（自費分）

おむつ・歯ブラシ・散髪代等については保険適用外となり、全額自己負担となります。

入院費の請求時期について

請求金額の連絡は、入院中は毎月1日より末日までの入院医療費を計算し翌月の10日以降に、退院時は退院までに請求金額をお知らせいたします。（退院が日祝日の場合は後日のお知らせとなる場合があります。）

入院費のお支払いについて

1.窓口でのお支払い

みさき病院の会計窓口でのお支払いは下記の時間でお取り扱い致しております。

会計窓口のお取り扱い時間のご案内

月・水・木・土	9時～17時
火・金	9時～20時
日祭日	お取り扱いしていません

みさき病院以外の事業所（米の山病院・中央診療所・中友診療所・さかき診療所）の窓口でもお支払い頂けます。

※尚、患者様（ご家族様）の口座からの引き落としについては、対応致しておりません。

2.銀行振込をご利用される場合

下記口座にてお振込みをお願い致します。

お振込み口座のご案内

口座名：社会医療法人 親仁会 みさき病院

理事長：田中 清貴

銀行名：西日本シティ銀行 大牟田支店

種 別：(普) 1 0 1 8 5 0 4

※お振込みの場合の振込者の御氏名は、必ず入院患者様のお名前にてご入金をお願い致します。(お名前が違う場合、入金処理が出来ない場合があります。)くれぐれも、お間違いのないように、よろしくお願いいたします。

その際の領収書の発行は、翌月の**10日以降**を目途に、請求先のご住所へ郵送させていただきます。

※**領収書の再発行は致しません。大切に保管をお願い致します。領収書を紛失された場合は、支払い証明証(¥550)の発行を承っております。**

その他

入院期間中は、原則として他の医療機関（かかりつけ医を含む）を受診することはできません。入院中に患者様のご希望等で、他の医療機関を受診（ご家族様のみの代理受診を含む）された場合、その健康保険が適用されずに全額が患者様の自己負担となる場合があります。他の医療機関の受診をご希望の際は、病棟のスタッフまでお知らせください。

その他、入院に際してご不明な点は、入院担当の事務にお気軽にお問い合わせください。スタッフ一同、安心して入院生活が送れますようお手伝いさせていただきます。

保険外負担料金同意書

当院では、健康保険法の療養に該当しない保険外負担の料金について、その使用料、利用回数に応じた実費のご負担をお願いしています。下記の内容について同意をいただいた上で署名・捺印をお願いいたします。

みさき病院

1) 文書料

名 称	金額	名 称	金額
一般診断書	1,650	肝炎治療受給者証の交付申請に関する診断書	3,300
死亡診断書(死亡届) ※2 通目以降は 1,100 円	3,300	肝炎ウイルス持続感染者の病態に係る診断書	3,300
死体検案書 ※2 通目以降は 1,100 円	5,500	じん肺健康診断結果証明書	5,500
生命保険用診断書	5,500	装具に関する証明書・意見書	3,300
交通事故診断書 ※警察提出用	3,300	資格(免許)取得に関する診断書	3,300
後遺障害診断書	5,500	その他医証・諸証明	1,650
身体障害者診断書・意見書	5,500	通院証明書	1,650
諸年金に関する診断書	5,500	おむつ使用証明書	550
裁判に関する診断書(成年後見人含む)	6,600	支払証明書	550
原爆の諸手当に関する診断書	3,300	自動車損害賠償責任保険用診断書	5,500
指定難病に係る臨床調査個人票	3,300	自賠責保険用明細書	3,300
自立支援医療費(精神通院医療)用診断書	3,300	自賠責調査事務所への回答書	3,300
精神障害者保健福祉手帳用診断書	3,300		

2) おむつ・尿とりパッド

名 称	金額	名 称	金額
はくパンツスリム S	110	簡単テープ止めタイプ横モレ防止 M	120
はくパンツスリム M	120	簡単テープ止めタイプ横モレ防止 L	130
はくパンツスリム L	130	サラケアパッド ワイドロング	60
はくパンツスリム LL	140	サラケアパッド スーパービッグ	100
はくパンツスリム LL 夜用スーパー	160	パッドタイプ パワフル	20
簡単テープ止めタイプ横モレ防止 S	110		

3) その他

名 称	金額	名 称	金額
テレビカード(1000 分 プリペイド式)	1,000	診療録複写料(1 枚につき)	10
イヤホン	394	画像データ複写料(CD-R)	2,200
浴衣	3,100	理髪料	1,000
歯ブラシ	50		

※金額は全て税込み表示

上記内容について、同意いたしました。

年 月 日

患者氏名 印

代筆者氏名 印

(続柄)

入院申込書（兼誓約書）

年 月 日

みさき病院 病院長 殿

この度、貴院へ入院するにあたり、貴院諸規則を厳守し、貴院の指示、院内掲示、入院案内書等に従うことを誓約いたします。

- 1. 無許可の外出、病院敷地内及び周辺路上での喫煙、飲酒、迷惑行為など、貴院の諸規則に違反、または指示に従わなかった場合、退院命令が下されても異議を申し立てず応じます。
- 2. 暴言・暴力、窃盗、脅迫などの行為を行った場合は、退院命令とともに警察への通報があると承知します。
- 3. 入院中の療養に係る費用は、原則として入院患者が遅滞なく支払い、退院の際に請求書が発行された場合は、退院時に精算します。
- 4. 上記に際し、入院者における支払いが困難な場合のみ、連帯保証人がその債務（限度額 50 万円）を負担します。

上記に同意の上、貴院に入院を申し込みます。

入院者	ふりがな			I D	職員にて記入
	氏 名	印		性 別	男 ・ 女
	生 年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)			
	住 所	〒			
	電話(自宅)		電話(携帯)		
	勤 務 先 名		電話(勤務先)		

連帯保証人	ふりがな			性 別	男 ・ 女
	氏 名	印		続 柄	
	生 年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)			
	住 所	〒			
	電話(自宅)		電話(携帯)		
	勤 務 先 名		電話(勤務先)		

身元引受人	ふりがな			性 別	男 ・ 女
	氏 名	印		続 柄	
	生 年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)			
	住 所	〒			
	電話(自宅)		電話(携帯)		
	勤 務 先 名		電話(勤務先)		

※身元引受人が連帯保証人と同一の場合は、氏名欄のみの記入（及び押印）で可。