

保険外負担に関する費用について

当院では、以下の保険外の項目につきまして、実費のご負担をお願いしております。

【保険外負担 自費一覧表】

2026年6月1日現在

予防接種料（任意接種の項目）	単位	金額（税込）
おたふくかぜワクチン	1回	6,000円
A型肝炎ワクチン	1回	15,000円
3種混合（ジフテリア・破傷風・百日咳）	1回	8,000円
インフルエンザワクチン	1回	各年のご案内をご参照ください

予防接種料（自費で接種の場合）	単位	金額（税込）
ロタウイルスワクチン	1回	13,500円
B型肝炎ワクチン	1回	5,000円
小児用肺炎球菌ワクチン	1回	10,000円
5種混合（ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ・ヒブ）	1回	18,000円
ポリオワクチン	1回	10,000円
BCG	1回	10,000円
MRワクチン（麻疹・風疹）	1回	9,000円
水痘ワクチン（水ぼうそう）	1回	8,000円
日本脳炎ワクチン	1回	5,500円
DT（ジフテリア・破傷風）	1回	6,000円
子宮頸がん予防ワクチン	1回	28,000円

その他（文書作成料・健診・検査）	単位	金額（税込）
診断書	1通	3,000円
乳幼児健診	1回	3,000円
入園前健診	1回	3,000円
血液型検査	1回	500円
抗体検査	1項目	2,000円
結核検査	1回	6,000円

※ 上記以外に保険適用外の費用が発生する場合は、事前にご説明いたします。

しもでら小児科クリニック