

お知らせ

特定療養費（１８０日超え入院）について

平成２５年５月１日より１８０日超えの特定療養費の徴収をさせていただきます。
同じ症状による通算のご入院が１８０日を超えますと、患者様の状態によっては健康保険からの入院基本料の１５％が病院に支払われません。

１８０日を超えた日からの入院が選定療養の対象になり、**入院基本料の１５％は特定療養費として患者様の負担となります。**

但し、以下の状態にある患者様は選定療養の対象とはなりませんので、特定療養費の徴収はいたしません。

- 厚生労働大臣が定める難病に罹られている方（難病患者等入院診療加算算定の方）
- 人工呼吸器を使用されている方
- 悪性新生物に対する治療をされている方
- 重度の肢体不自由者、重度の意識障害者（日常生活自立度ランクＢ以上）

等

当院では、ご入院期間が１８０日を超えた日より、以下の金額が患者様の負担となります。

一般病棟入院基本料（１０対１入院基本料）・・・１日につき ２，４００円（税別）

詳しくは受付窓口までお尋ねください。

以 上

令和 ８年 ６月 １日

特定療養費同意書

I D

様

平成25年5月1日より180日超えの特定療養費の徴収をさせていただきます。
同じ症状による通算のご入院（他医療機関の入院も通算されます。）が180日を超えますと、患者様の状態によっては健康保険からの入院基本料の15%が病院に支払われません。180日を超えた日からの入院が選定療養の対象になり、**入院基本料の15%は特定療養費として患者様の負担となります。**

但し、以下の状態にある患者様は選定療養の対象とはなりませんので、特定療養費の徴収はいたしません。

- 厚生労働大臣が定める難病に罹られている方（難病患者等入院診療加算算定の方）
- 人工呼吸器を使用されている方
- 悪性新生物に対する治療をされている方
- 重度の肢体不自由者、重度の意識障害者（日常生活自立度ランクB以上）

等

当院では、ご入院期間が180日を超えた日より、以下の金額が患者様の負担となります。

20 年 月 日より

一般病棟入院基本料（10対1入院基本料）・・・1日につき 2,400円（税別）

上記に記載されている事項について十分な説明を受け、理解しましたので同意します。

20 年 月 日

患者氏名（自署*）

*ご本人様の自署が不可能な状況では、下記代理人氏名欄のみご記入してください。

代理人氏名（自署*）

*原則自署ですが不可能な状況では押印や拇印で代行可能とします。

説明者

社会医療法人社団 正志会 荒木記念東京リバーサイド病院