

## 保険外負担

下記をご希望された場合、費用負担（税込）が必要となります。

### 【選定療養費】

患者様のご希望により、厚生労働大臣の定める診療報酬の算定方法に規定する回数を超えて受けた診療につきましては、以下の通り負担金が必要となります。

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	1単位につき	2,695円
廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）	1単位につき	1,980円
運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	1単位につき	2,035円
呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	1単位につき	1,925円

日常着	265円／日
付添寝具	220円／日
テレビ冷蔵庫使用料	275円／日
エンゼルケア	6,600円／セット
車代（片道）	2kmまで 330円 以降 110円／km加算
切手	必要料金
文書料	※別紙記載
エンボスカード	220円／枚 (患者様依頼による再発行)
CD-R	550円／枚 (希望者)
認知症デイケアおやつ代	100円／食