

入院に伴う保険給付外の費用について

茨城県立こども病院長

- 1 当院は、健康保険法を適用し、また各種保険についても取り扱っております。

ただし、お子さまの入院中に必要な、おむつ・肌着等について病院で準備したものを使用された場合には、保険給付の対象外費用となり、これにかかる実費額として下記の金額を納めていただくこととなりますのでご了承下さい。

なお、おむつ等の内容については、入院のご案内及び保険給付外リネンセット明細書をご参照下さい。

・ いずれも1人1日当たりの費用（消費税込）

Aセット（新生児病棟用）	700円
Bセット（乳児用）	490円
Cセット（幼児用）	370円
Dセット（病衣セット）	220円
Eセット（おむつセット）	390円
Hセット（病衣 甚平型）	350円

- 2 付き添いベッド又は家族控室で寝具を使用されるご家族につきましては、下記のとおり実費額をご負担いただきます。なお、明細は保険給付外リネンセット明細書をご参照下さい。

・ いずれも1人1日当たりの費用（消費税込）

Fセット（病棟母子室用）	220円
Gセット（家族控室用）	220円

- 3 これらの費用については、原則として退院時にお支払いいただきます。
ただし、月をまたいだ場合については、前月分の費用を翌月10日から月末までに会計窓口でお支払い下さい。