

平成 30 年 3 月 5 日

各 位

地方独立行政法人
市立大津市民病院
院 長

初診時・再診時の選定療養費について

平成 30 年度の診療報酬改定により、「外来医療の機能分化」の推進を図るため他の医療機関等の紹介状なしに特定機能病院及び許可病床数 400 床以上の地域医療支援病院を受診する場合には、原則として、初診時又は再診時に定額負担を患者さんにご負担いただくこととなります。(選定療養費の義務化)

この制度に基づき、当院では平成 30 年 4 月 1 日から初診時・再診時の選定療養費として、下記の料金を対象の患者様にご負担いただきますので、お知らせいたします。

何卒ご理解とご協力をお願い申し上げます。

記

| 内 容 | 料 金 |
|---|----------------------------------|
| 【初診時選定療養費】 <u>紹介状を持たずに当院を初診で受診される場合に、通常の医療費の他に別途ご負担いただく費用</u> | 医科 5,400 円 歯科 3,240 円 (税込) |
| 【再診時選定療養費】 <u>当院が他の医療機関に対して文書により紹介を行ったにもかかわらず引き続き当院を受診される場合に、通常の医療費の他に別途ご負担いただく費用</u> | 医科 2,700 円 歯科 1,620 円 (税込) |

※医科と歯科は、健康保険上、別の扱いとなりますので、医科と歯科の両方で選定療養費をご負担いただく場合があります。

【以下に該当する場合等は選定療養費ご負担の対象外となります】

- ・ 緊急性がある場合（救急車により搬送された場合）
- ・ 外来受診後、そのまま入院となった場合
- ・ 当院の別の診療科に通院中の場合（初診時選定療養費のみに限る）
- ・ 生活保護や特定の疾患等により各種公費負担の対象となっている場合

※一部の公費は選定療養費をご負担いただきます。

| 選定療養費をご負担いただく公費 | 選定療養費をご負担いただかない公費 |
|---|---|
| 乳幼児福祉医療、子供医療 母子医療、父子医療、 老人福祉医療、ひとり暮らし寡婦 | 県身障医療、市身障医療、県重度身障医療、市重度身障医療、生活保護、更生医療、原爆医療、精神通院医療、育成医療、肝炎、特定疾患、小児慢性特定疾患、措置、結核 |