

## <個室料>

保険適用外のため、全額自己負担となり高額療養費等の公費の対象とはなりません。

タイプ	料金（1日）	病棟	部屋番号（号）
S（1床）	11,000円	5	523
A（12床）	3,300円	2・3・5	208・213・215・226 308・313・315・326 525・526・527・528
B（12床）	2,200円	2・3	206・207・209・210・211・212 306・307・309・310・311・312
C（10床）	1,100円	2・3	201・202・203・205・225 301・302・303・305・325
D（4床）	880円	2・3	219・220 319・320

※ 健康保険法に基づき、午前0時を境にして1日(暦日)あたりの金額となります。

入退院日の時間とは関係がありませんのでご了解の程お願い申し上げます。