

保険外負担についてのご案内

当院では以下の項目について、その使用量や利用回数に応じた自費の負担をお願いしております。

リレックススマイル

両眼 : 340.000円

片眼 : 180.000円

オルソケラトロジー

初診検査料 : 5.000円

再診検査料 : 820円

眼帯代 : 100円(1枚につき)

眼底写真代 : 100円(1枚につき)

視野結果代 : 100円(1枚につき)

紙おむつ代 : 100円(1枚につき)

診断書1 : 5.500円 (1枚につき)

保険会社の診断書、眼の障害用診断書、臨床調査個人票(新規)など

診断書2 : 2.200円 (1枚につき)

当院書式の診断書

診断書3 : 1.100円(1枚につき)

会社や学校から持参された書類に、検査結果や病状などを記載した場合

上記につき、ご不明な点がございましたら受付までお申し出ください。

医療法人社団明優会 宮原眼科大宮クリニック