

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。

・オルソケラトロジー 初診代： 5.000円
再診代： 1.500円

・リジュセアミニ薬剤代 4.380円(1ヶ月分)

・オルソケラトロジー
リジュセアミニ併用 2.500円(別途リジュセアミニ薬剤代)

・リレックススマイル 両眼： 340.000円
片眼： 180.000円

・その他 眼帯代： 100円(1セット)
眼底写真代： 100円(1枚)
視野結果代： 100円(1枚)
紙おむつ代： 100円(1枚)

診断書1： 5.500円 (1枚)

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)

当院書式の診断書

診断書3： 1.100円(1枚)

会社や学校から持参された書類に検査結果や病状を記載した場合

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

令和8年6月1日