保険適用外の料金として以下のとおり設定しております。

当院では、医療費について、厚生労働省が定める診療報酬制度に則した料金を徴収しております。
保険適用外のものについては、高知県営病院事業料金徴収条例によって以下のように定められております。

種　　類		金　　額
新生児保育管理料（１日）　※非課税		7,510円
新生児聴覚検査料　※非課税		5,540円
定期検診時の妊婦指導料　※非課税		4,900円
人工妊娠中絶世話料（３月まで）		34,980円
人工妊娠中絶世話料（６月まで）		59,620円
避妊リング挿入料		19,360円
避妊リング抜去料		9,680円
非侵襲性出生前遺伝学的検査料（ＮＩＰＴ）　※非課税		87,150円
遺伝カウンセリング料　※非課税		5,000円
先天性代謝異常検査手数料　※非課税		4,100円
拡大新生児スクリーニング検査料　※非課税		7,000円
乳房マッサージ料（１回）　※非課税		1,550円
胎盤処置料　※非課税		1,100円
死体処置料		1,900円
診察券再発行料		220円
診断書		2,310円
死亡診断書		3,740円
死体検案書		7,370円
年金・各種保険（自賠責を含む）に関する診断書		5,610円
その他の証明書		1,430円
自賠責に関する診療報酬明細書		4,840円
外来患者透析食事料（１食）		660円
入院期間が180日を超える入院［選定療養］にかかる入院料（1日）急性期一般入院料		2,930円
入院期間が180日を超える入院［選定療養］にかかる入院料（1日）地域包括ケア病棟入院料		1,160円
レントゲン複写手数料	光学ディスク	110円
医師面談料（１件）		2,750円
セカンドオピニオン外来	60分まで	11,000円
	60分を超え30分ごと	5,500円