

保険外給付に関する事項

当院では、以下の事項につきまして、保険外負担（税込）をお願いしております。

◎接種料

A型肝炎ワクチン	1回	7,330円
B型肝炎ワクチン	1回	5,230円
肺炎球菌ワクチン（キャップバックス）	1回	13,000円
日本脳炎ワクチン	1回	6,280円
破傷風ワクチン	1回	3,140円
二種混合ワクチン（破傷風・ジフテリア）	1回	4,710円
二種混合ワクチン（麻疹・風疹）	1回	9,430円
狂犬病ワクチン	1回	13,540円
おたふく風邪ワクチン	1回	5,230円
水痘ワクチン	1回	6,600円
帯状疱疹ワクチン（シングリックス筋注用）	1回	22,000円
帯状疱疹ワクチン（乾燥弱毒性水痘ワクチン）	1回	6,600円
コロナワクチン（コミナティ筋注シリンジ）ファイザー	1回	15,000円
インフルエンザワクチン（※予約不要）	1回	4,000円

◎その他

処方箋紛失時の再発行	1通	680円
保険適用外の処方箋交付	1通	2,000円

◎ 各種抗体検査に関する料金

風疹ウイルス抗体検査	5,100円
麻疹ウイルス抗体検査	5,100円
インフルエンザ抗体検査	4,200円

※ ご不明な点がございましたら、受付までお問い合わせください。

大場内科クリニック 院長

2025年12月18日