

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)
- ・アップニークミニ 初診代： 2.000円
 再診代： 1.000円
 薬剤代： 4.980円(1ヶ月分)
- ・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。

令和8年7月1日