

選定療養費の変更のお知らせ



平成 30 年度診療報酬改定に伴い、**平成 30 年 4 月 1 日**より、選定療養費（保険外併用療養費）として、**診療の時間内及び時間外**にかかわらず下記の金額（税込）を徴収させていただきます。

◎ 他の医療機関等からの**紹介状なし**に当院を受診の場合

初診時選定療養費

5,400 円

◎ 他の医療機関等へ**文書紹介**を行った後に、**本人希望**で当院を受診の場合

再診時選定療養費

2,700 円

※受診の都度必要となります

◇初診時、再診時の「選定療養費」について

平成 30 年度診療報酬改定に伴い、400床以上の地域医療支援病院は、保険医療機関相互の機能分担及び業務の連携のための措置として、初診時、再診時の選定療養費の支払いを受けることが義務化されました。

◇「選定療養費」をご負担いただかない場合は次のとおりです。

- ・医療機関からの紹介状がある方
- ・当院の医師より受診の指示のある方
- ・国の公費負担医療の対象の方
- ・高知県単独公費のうち、障害者福祉医療にかかる公費負担の対象の方
- ・救急車により搬送された方
- ・救急医療情報センター（088-825-1299）から紹介受診のあった方
- ・外来受診から継続して入院する方
- ・労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の方 等



当院は、国の進める制度に積極的に取り組み、地域の医療機関（かかりつけ医）との機能分担を推進しています。

患者さまにおかれましては、本制度の趣旨をご理解いただき、「かかりつけ医」をご受診のうえ、紹介状を持って当院を受診くださいますようお願いいたします。

お問い合わせ先：高知赤十字病院 医事課