

保険対象外の費用についてのお知らせ

当薬局では、健康保険（療養の給付）の対象とならない以下の項目につきましては、実費でのご負担をお願いしております。何卒ご了承くださいませようお願い申し上げます。

薬剤の容器代



点鼻容器 90円
水剤容器 30ml:60円
60～500ml:60円
軟膏容器 10～30g:30円
50～100g:50円
小児用スポイト 20円

患者さん希望による 甘味料などの添加



使用した添加物の実費を徴収
例) 単シロップ10mL使用 10円

患者希望による一包化



外来服薬支援料 2 に準じる
42日以下：投与日数が7または
その端数を増すごとに340円
43日以上：2400円

患者さん宅への薬の持参 料・在宅医療の交通費



片道16km以内
無料

長期収載品の選定療養



先発医薬品（長期収載品）をご希望の場合や時間外の対応（緊急時を除く）には、通常の自己負担に加え「選定療養費」がかかります。詳細はスタッフまでお尋ねください。

患者希望による 服薬カレンダー



1日4回1週間分
2212円