

# 入院費用についてのお知らせ

《回復期リハビリテーション病棟入院料I》

※費用はあくまでも概算となっております。リハビリテーションの実施状況、お食事の回数によって保険診療に差は生じます。また、オムツの使用状況も個人差がございますことをご理解下さい。

## ■ 診療費【高額療養費制度 自己負担限度額】

**2026年7月31日まで**

70歳未満

| 対象者 |                | 自己負担額（月額）                   |
|-----|----------------|-----------------------------|
| ア   | 年収約1160万円以上    | 252,600円＋（総医療費－842,000円）×1% |
| イ   | 年収約770万～1160万円 | 167,400円＋（総医療費－558,000円）×1% |
| ウ   | 年収約370万～770万円  | 80,100円＋（総医療費－267,000円）×1%  |
| エ   | 年収約370万円以下     | 57,600円                     |
| オ   | 住民税非課税         | 35,400円                     |

※高額療養費の適応は医療機関ごととなります。詳細は加入されております健康保険等へお問合せ下さい。

70歳以上

| 対象者     |                | 自己負担額（月額）                     |
|---------|----------------|-------------------------------|
| 現役並み所得者 | 年収約1160万円以上    | Ⅲ 252,600円＋（総医療費－842,000円）×1% |
|         | 年収約770万～1160万円 | Ⅱ 167,400円＋（総医療費－558,000円）×1% |
|         | 年収約370万～770万円  | Ⅰ 80,100円＋（総医療費－267,000円）×1%  |
| 一般      | 年収約156万～370万円  | 57,600円                       |
| 低所得者Ⅱ   | 住民税非課税         | 24,600円                       |
| 低所得者Ⅰ   | 住民税非課税/所得が一定以下 | 15,000円                       |

## ■ 食事代

65歳未満

| 対象者     | 標準負担額（1食あたり） |
|---------|--------------|
| ア・イ・ウ・エ | 550円         |
| オ       | 270円         |

65歳以上

| 対象者        | 食事代（1食あたり）＋居住費（1日） |
|------------|--------------------|
| ア・イ・ウ・エ    | 550円（1食）＋430円（1日）  |
| 現役並み所得者・一般 |                    |
| オ          | 270円（1食）＋430円（1日）  |
| 低所得者Ⅱ      |                    |
| 低所得者Ⅰ      | 130円（1食）＋430円（1日）  |

## ■ 概算

|                       | Iカ月（30日）※I             |
|-----------------------|------------------------|
| 診療費                   | 約                      |
| 食事代                   | 約                      |
| 居住費（65歳以上）430円/日      | 12,900円 ※利用日数に応じて変動します |
| 個室料                   | 円 ※利用日数に応じて変動します       |
| 寝衣・リハビリ着・タオル類（550円）/日 | 16,500円 ※利用日数に応じて変動します |
| 冷蔵庫（110円）/日           | 円 ※利用日数に応じて変動します       |
| テレビ（440円）/日           | 円 ※利用日数に応じて変動します       |
| 合計                    | 約                      |

※上記以外におむつ代がかかりますが、使用枚数によって個人差があります。

おむつの金額については保険外項目（自費）料金一覧表をご確認ください。

※I この書面で用いております「Iヶ月（30日）」とはカレンダー上の「1日から30日」ないしは「1日から31日まで」を意味しております。患者様をご入院いただいた日からの30日間ではございません。