

選定療養費のご案内

いつも埼玉県立小児医療センターをご利用いただきありがとうございます。
当センターでは、紹介状を持たない患者さんが受診する際に、選定療養費をご負担
いただいております。皆様のご理解とご協力をお願い申し上げます。

区分		選定療養費
①	平日時間内（初診時）	5,500円
②	平日時間内（再診時）	2,750円
③	平日時間外（8時20分～17時以外の時間） 休日（土日祝日） 年末年始（12/29から1/3）	8,800円

※ 選定療養費は、通常の医療費の他に別途全額自費でご負担いただくものです。

※①② 平日時間内の選定療養費は、他院からの紹介状をお持ちにならない方にご負担
いただきます。

※③ 時間外選定療養費（平日時間外、休日、年末年始）は、時間外または休日等に
救命救急センターを受診され、入院に至らなかった場合等に患者さんにご負担い
たきます。

ただし、以下に該当する場合は対象外となります

- ・緊急入院となった場合
- ・当センターで診療継続中の傷病の症状増悪によって、受診の必要があった場合
- ・他の医療機関から救急で受診するための紹介状を持参した場合
- ・その他、医師が緊急性があると判断した場合

なお、時間外・休日においては、緊急度・重症度に応じて診療を行うため、診察の順番が
前後し、待ち時間が発生する場合があります。

何卒、ご理解とご協力をお願いします。