

保険外負担に係る費用

当院規定の診断書	3,300 円
心障、難病指定更新用紙	3,300 円
身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）	5,500 円
保険会社からの診断書	5,500 円
検査・所見・病名・診療方針等記載の診断書または申請用紙	5,500 円
自賠責等手書きの診療報酬明細書	5,500 円
診療情報開示手数料	5,500 円
マイオピン	3,000 円
オルソケラトロジー	
トライアル料金（通常度数）	29,000 円
トライアル料金（強度・特注レンズ）	58,000 円
再作レンズ代（片眼通常）	41,500 円
再作レンズ代（片眼強度）	47,000 円
再作レンズ代（両眼通常）	83,000 円
再作レンズ代（両眼強度）	94,000 円