

# 治療費に関して

当院での診療は健康保険の適用外となり、全額自己負担になります。

治療区分	金額
初診料	20,000
検査料（胸部レントゲン、心電図、血液検査）	15,000
移植料	1,200,000
総額（税別）	1,235,000

※上記金額は全て税別となっております。

※再診料は別途 5,000 円（税別）となっております。

## 【注意事項】

- ・表示金額は、1 回あたりの金額となります。
- ・移植料には、脂肪採取・移植に伴う技術料、鎮痛剤処方料、圧迫バンド料が含まれています。
- ・規定量の脂肪量が採取できない、または、加工した細胞に異常が見られた場合には、移植に伴う技術料等として移植料の 70% をご負担いただきます。
- ・移植の際、患者様の事由により治療を中断した場合は移植料の 100% をご負担いただきます。
- ・移植料に含まれない検査等を行った場合、別途、追加料金が発生する場合がございます。
- ・患者様の都合によるキャンセルの場合は、以下のキャンセル料が発生いたします。

期間	キャンセル料
1 週間前から前日 17 時まで	移植料の 30% (360,000 円)
前日 17 時から当日	移植料の 50% (600,000 円)

・お支払いはクレジットカード(UFJ Nicos・VISA・Master Card・JCB・アメリカンエクスプレス・ダイナースカード)または現金でお願いします。

・領収書の再発行は致しかねますので、予めご了承下さい。

かがやきクリニック

院長 清水 雄三 殿

以上、説明を受けました。

平成 年 月 日

住所： \_\_\_\_\_

本人： \_\_\_\_\_ 印

代理人：続柄（ ）： \_\_\_\_\_ 印