

保険給付外の診療に係る諸料金

令和8年7月1日現在

|                                        |           |           |
|----------------------------------------|-----------|-----------|
| 1. 分娩助料                                |           |           |
| 基本助料                                   | 1児につき     | 200,000円  |
| 多児の場合の加算                               | 1児につき     | 105,000円  |
| 時間外加算                                  | 1児につき     | 10,000円   |
| 休日・深夜加算                                | 1児につき     | 20,000円   |
| 2. 産婦人科領域の諸料金                          |           |           |
| 避妊リング挿入料                               | 1回につき     | 44,000円   |
| 避妊リング抜去料                               | 1回につき     | 5,500円    |
| 妊婦検診料（初回）                              | 1回につき     | 8,000円    |
| 妊婦検診料（2回目以降）                           | 1回につき     | 7,400円    |
| 妊婦相談料（指導含む）                            | 1回につき     | 2,000円    |
| 産後検診料                                  | 1回につき     | 3,142円    |
| 臍帯血血液ガス分析検査                            | 1回につき     | 5,500円    |
| 先天性代謝異常検査のための採血料                       | 1回につき     | 2,933円    |
| 乳房マッサージ                                | 1回につき     | 2,200円    |
| 3. 新生児・乳児管理料                           |           |           |
| 新生児管理料                                 | 1日につき     | 5,650円    |
| 乳児管理料                                  | 1日につき     | 627円      |
| 4. 不妊治療の諸料金                            |           |           |
| 人工授精の費用                                |           |           |
| 人工授精                                   | 1回につき     | 11,000円   |
| 受精・培養の費用                               |           |           |
| 卵採取術                                   | 1回につき     | 44,000円   |
| 新鮮精子を用いた体外受精                           | 1回につき     | 38,500円   |
| 5～8個                                   | 1回につき     | 44,000円   |
| 9個以上                                   | 1回につき     | 49,500円   |
| 新鮮精子を用いた顕微授精                           | 1回につき     | 88,000円   |
| 5～8個                                   | 1回につき     | 104,500円  |
| 9個以上                                   | 1回につき     | 121,000円  |
| 精巣精子を用いた顕微授精                           | 1回につき     | 121,000円  |
| 1～4個                                   | 1回につき     | 137,500円  |
| 5～8個                                   | 1回につき     | 137,500円  |
| 9個以上                                   | 1回につき     | 154,000円  |
| 凍結保存の費用                                |           |           |
| 胚・卵の凍結保存                               | 1回につき     | 33,000円   |
| 5～8個                                   | 1回につき     | 44,000円   |
| 9個以上                                   | 1回につき     | 55,000円   |
| 精子の凍結保存                                | 1回につき     | 16,500円   |
| 胚・卵の凍結保存期間延長                           | 1年につき     | 11,000円   |
| 精子の凍結保存期間延長                            | 1年につき     | 5,500円    |
| 胚移植の費用                                 |           |           |
| 新鮮胚の胚移植                                | 1回につき     | 44,000円   |
| 凍結胚の融解胚移植                              | 1回につき     | 55,000円   |
| ※但し、上記の各料金は、令和7年6月末日までに不妊治療を開始した患者に限る。 |           |           |
| 凍結試料搬送容器貸出料                            | 1回につき     | 14,300円   |
| 黄体ホルモン剤料                               |           |           |
| ルティナス（プロゲステロン）膣錠 100mg                 | 1錠につき     | 398円      |
| 早発排卵防止薬料                               |           |           |
| セトロタイド注射用 3mg                          | 1回につき     | 34,100円   |
| セトロタイド注射用 0.25mg                       | 1回につき     | 8,800円    |
| 5. 文書料（法令に基づき無料で交付するものを除く）             |           | 省略（別に掲載）  |
| 6. 歯科領域の諸料金                            |           | 省略（別に掲載）  |
| 7. 診療情報の提供に係る料金                        |           |           |
| 診療録等複写料（電子複写式、白黒）                      | 1枚につき     | 20円       |
| 診療録等複写料（電子複写式、カラー）                     | 1枚につき     | 110円      |
| デジタルメディア（デジタル画像等）作成料                   | 1枚につき     | 1,100円    |
| 8. セカンドオピニオン外来に係る相談料                   | 1回につき     | 22,000円   |
| 9. 育児指導料                               | 1日につき     | 550円      |
| 10. 交通事故に係る診療単価（自賠責等）                  | 1点        | 20円       |
| 11. 健診事業に係る料金                          |           |           |
| PET-CT                                 |           |           |
| ・単独コース                                 | 1回につき     | 124,630円  |
| ・腫瘍コース                                 | 1回につき     | 136,400円  |
| ・腫瘍（胃内視鏡付）コース                          | 1回につき     | 148,940円  |
| MRI                                    |           |           |
| ・脳ドックコース                               | 1回につき     | 50,380円   |
| PET-CT と MRI を同時に行う場合                  |           |           |
| ・単独コース・脳ドックコース                         | 1回につき     | 155,320円  |
| ・腫瘍コース・脳ドックコース                         | 1回につき     | 167,090円  |
| ・腫瘍（胃内視鏡付）コース・脳ドックコース                  | 1回につき     | 179,630円  |
| PET-MRI                                |           |           |
| ・腫瘍コース                                 | 1回につき     | 131,010円  |
| ・認知症脳ドックコース                            | 1回につき     | 131,010円  |
| ・腫瘍コースと認知症脳ドックコースを同時に行う場合              | 1回につき     | 176,770円  |
| 一事業所当たり 10 人以上の健診を実施する場合               |           | 各健診料の 95% |
| 12. 保険会社等の医師面談料                        | 1回につき     | 5,500円    |
| 13. 新生児  ビリルビン検査料                      | 1回につき     | 2,100円    |
| 14. 遺伝子相談料                             | 初回 1回につき  | 7,700円    |
|                                        | 2回目 1回につき | 5,500円    |
| 15. 子宮頸がん予防ワクチン接種料                     |           |           |
| ・「サーバリックス」接種料                          | 1回につき     | 16,500円   |
| ・「ガーダシル水性懸濁筋注シリンジ」                     | 1回につき     | 16,500円   |
| ・「シルガード9水性懸濁筋注シリンジ」                    | 1回につき     | 26,070円   |
| 16. 家族相談料  子どものこころ診療部                  | 1回につき     | 11,000円   |
| 17. 家族性腫瘍関連遺伝子検査料                      |           |           |
| (遺伝性非ポリポーシス大腸がん)                       |           |           |
| ・MMR スクリーニング                           |           | 132,000円  |
| ・MLH1  フルシークエンシング                      |           | 77,000円   |
| ・MSH2  フルシークエンシング                      |           | 77,000円   |
| ・MSH6  フルシークエンシング                      |           | 77,000円   |
| ・PMS2  フルシークエンシング                      |           | 77,000円   |
| ・追加  MLH1/MSH2  MLPA                   |           | 33,000円   |
| ・MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM         |           | 51,000円   |
| (家族性大腸ポリポーシス)                          |           |           |
| ・APC スクリーニング                           |           | 99,000円   |
| (家族性乳がん・卵巣がん)                          |           |           |
| ・BRCA  MLPA(F)                         |           | 44,000円   |
| ・BRCA  ssure                           |           | 118,800円  |
| ・BRCA1／2MLPA法（L）                       |           | 55,000円   |
| ・BRCA1／2シングルサイト                        |           | 44,000円   |
| ・Curebest  95GC  Breast（Cowden病）       |           | 269,500円  |
| ・PTEN  スクリーニング（Li-Fraumeni）            |           | 99,000円   |
| ・TP53  スクリーニング（多発性内分泌腺腫症1型）            |           | 99,000円   |
| ・MEN1  スクリーニング（多発性内分泌腺腫症2型）            |           | 60,500円   |
| ・MEN2  スクリーニング                         |           | 55,000円   |
| ・RETスクリーニング（網膜芽細胞腫）                    |           | 55,000円   |
| ・RB1  スクリーニング（神経線維腫症1型）                |           | 60,500円   |
| ・NF1, SPRED1（その他の家族性腫瘍）                |           | 41,000円   |
| ・MutSeq家系内変異解析検査                       |           |           |
| ・MutSeq-1  variant                     | 1回につき     | 44,000円   |
| MutSeq-2  variant                      | 1回につき     | 60,500円   |
| MutSeq-3  variant                      | 1回につき     | 77,000円   |
| ・VistaSeq家族性腫瘍パネル検査                    |           |           |
| VistaSeq-遺伝性腫瘍 27 遺伝子                  | 1回につき     | 319,000円  |
| VistaSeq-遺伝性腫瘍 25 遺伝子                  | 1回につき     | 302,500円  |
| VistaSeq-Renal Cell 関連遺伝子              | 1回につき     | 313,500円  |
| VistaSeq-Brain 関連遺伝子                   | 1回につき     | 313,500円  |
| ・ロイス・ディーツ症候群パネル検査                      |           |           |
| ロイス・ディーツ症候群遺伝子検査                       | 1回につき     | 90,200円   |
| ・VHL病VHL解析検査                           | 1回につき     | 75,102円   |

|                                    |         |            |
|------------------------------------|---------|------------|
| ・血縁者向けPGPD確定検査                     |         |            |
| シングルサイト 1サイト                       |         | 44,000円    |
| シングルサイト 2サイト                       |         | 60,500円    |
| シングルサイト 3サイト                       |         | 77,000円    |
| ・血縁者向けシングルポイント検査                   |         | 26,000円    |
| ・遺伝性腫瘍多遺伝子パネル検査                    |         |            |
| ACTRisk検査                          |         | 341,000円   |
| ACTRiskCare検査                      |         | 242,000円   |
| ACTAssociateAssay検査                |         | 44,000円    |
| ACTAssociateAssay検査（2座位目以降）        |         | 33,000円    |
| 検査機体の不備による検査不履行の場合                 |         | 33,000円    |
| ・BHD症候群遺伝子検査                       |         | 49,500円    |
| ・血縁者向けがん関連遺伝子検査                    |         |            |
| シングルサイト解析（1箇所）                     |         | 22,000円    |
| シングルサイト解析（2箇所）                     |         | 25,300円    |
| シングルサイト解析（3箇所）                     |         | 28,600円    |
| シングルサイト解析（4箇所）                     |         | 31,900円    |
| シングルサイト解析（5箇所）                     |         | 35,200円    |
| 18. 緊急避妊剤                          | 1錠      | 16,500円    |
| 19. リンパ浮腫ケア外来に係る指導料金  初回           | 1回につき   | 5,500円     |
|                                    | 2回目以降   | 4,400円     |
| 20. 乳児健診料                          | 1回につき   | 6,600円     |
| 21. 新生児聴覚スクリーニング検査料                | 1回につき   | 9,350円     |
| 22. 妊娠と薬相談料（1回につき）                 | 1時間以内   | 11,000円    |
| 1時間超以降 30分毎                        |         | 5,500円     |
| 23. 産後医療相談料                        | 1回につき   | 4,400円     |
| 24. 肺炎球菌結合型ワクチン                    |         |            |
| 「フレベナー 20  水性懸濁注」                  | 1回につき   | 11,000円    |
| 「キャップバックス筋注」                       | 1回につき   | 14,000円    |
| 25. 在宅患者訪問による交通費                   |         |            |
| 自動車使用に係る経費  自動車走行距離                | 1km当たり  | 16円を乗じた額   |
| 有料道路料金                             |         | 実費         |
| 有料駐車場料金                            |         | 実費         |
| 26. 無侵襲的出生前遺伝学的検査（NIPT）            | 1回につき   | 213,400円   |
| 27. 抗ミュー管ホルモン（AMH／MIS）             | 1回につき   | 5,665円     |
| 28. 抗フォスファチジルエタノールアミン抗体IgG抗体／IgM抗体 | 1セットにつき | 12,595円    |
| 29. 抗フォスファチジルエタノールアミン抗体IgG抗体       | 1回につき   | 6,545円     |
| 30. 抗フォスファチジルエタノールアミン抗体IgM抗体       | 1回につき   | 8,195円     |
| 31. がん遺伝子パネル検査                     |         |            |
| ・ACTOnco                           |         |            |
| 検査料                                | 1回につき   | 580,800円   |
| 検体組織の状態等に起因する解析中止の場合               | 1回につき   | 74,800円    |
| ・ACTMonitor                        |         |            |
| 検査料                                | 1回につき   | 321,200円   |
| 32. 羊水染色体検査（SRL）                   | 1回につき   | 85,800円    |
| 33. 流死産胎児組織染色体検査                   | 1回につき   | 77,000円    |
| 34. Rapid FISH 付羊水染色体検査（SRL）       | 1回につき   | 110,000円   |
| 35. 人工妊娠中絶手術                       |         |            |
| 妊娠 12 週未満の場合                       |         | 99,000円    |
| 妊娠 12 週以降 22 週未満の場合                |         | 220,000円   |
| 36. 子宮頸管熟化剤（フロウベス錠用剤 10mg）         | 1回につき   | 23,210円    |
| 37. 卵管結紮（摘出）術（帝王切開時）               |         | 55,000円    |
| 38. 頭蓋形状矯正ヘルメット療法（一連につき）           |         | 550,000円   |
| 再診料（本院調整受診のみの場合）                   | 1回につき   | 3,300円     |
| 同一患者追加ヘルメット作成料                     | 1個につき   | 236,500円   |
| 39. 追加新生児マスキューニング検査                | 1回につき   | 8,480円     |
| 40. 組織適合性試験                        |         |            |
| 検査料HLA遺伝子型タイピング（NGS法）              | 1回につき   | 54,450円    |
| 検査料HLA-A, B, C, DR遺伝子型（4座セット）      | 1回につき   | 43,450円    |
| 検体送料（容器代を含む）                       | 1件につき   | 1,320円     |
| 41. 血友病A遺伝学的検査                     | 1回につき   | 49,500円    |
| 42. 血友病B遺伝学的検査                     | 1回につき   | 49,500円    |
| 43. 常染色体優性多発性嚢胞腎遺伝学的検査（PKD1,PKD2）  | 1回につき   | 41,000円    |
| 44. ヒト遺伝子単一エクソン解析（sanger 法）1箇所     |         | 27,500円    |
| 45. ヒト遺伝子単一エクソン解析（sanger 法）2箇所     |         | 39,600円    |
| 46. ヒト遺伝子単一エクソン解析（sanger 法）3箇所     |         | 51,700円    |
| 47. ヒト遺伝子単一エクソン解析（sanger 法）4箇所     |         | 63,800円    |
| 48. ヒト遺伝子単一エクソン解析（sanger 法）5箇所     |         | 75,900円    |
| 49. 筋強直性ジストロフィー出生前遺伝学的検査           |         |            |
| 事前検査                               | 1回につき   | 84,700円    |
| 本検査                                | 1回につき   | 91,300円    |
| 50. 精子DNA損傷検査（Halosperm検査）         | 1回につき   | 38,720円    |
| 51.  RSウイルス母子免疫ワクチン「アプリス筋注用」       | 1回につき   | 27,610円    |
| 52. 死体検案料                          |         | 11,000円    |
| 53. 死後の処置料                         |         |            |
| 寝衣A使用の場合                           |         | 8,517円     |
| 寝衣B使用の場合                           |         | 12,367円    |
| 上記以外の場合                            |         | 5,626円     |
| 54. 近視進行抑制治療（リジュセア®ミニ点眼液 0.025%）   |         |            |
| 初回                                 | 1回につき   | 12,100円    |
| 2回目以降                              | 1回につき   | 5,800円     |
| 初回から1年毎                            | 1回につき   | 8,700円     |
| 点眼液（30本入）                          | 1箱      | 5,180円     |
| 点眼液（30本入）                          | 2箱      | 9,560円     |
| 点眼液（30本入）                          | 3箱      | 13,940円    |
| 点眼液（30本入）                          | 4箱      | 18,320円    |
| 点眼液（30本入）                          | 5箱      | 22,700円    |
| 点眼液（30本入）                          | 6箱      | 27,080円    |
| 55. 着床前胚染色体検査                      |         |            |
| 着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）                |         |            |
| 1～5検体目まで                           | 1検体につき  | 52,800円    |
| 6検体目以降                             | 1検体につき  | 51,150円    |
| PGT-A カウンセリング料（検査の前後）              | 1回につき   | 5,500円     |
| 着床前胚染色体構造異常検査（PGT-SR）              | 1検体につき  | 62,700円    |
| PGT-SR カウンセリング料（検査の前後）             | 1回につき   | 7,700円     |
| 56. 薬剤に係るキャンセル料                    |         |            |
| ルタテラ静注                             | 1回につき   | 2,647,734円 |
| フルヴィクト静注                           | 1回につき   | 3,389,878円 |

※なお、衛生材料等の治療（看護）行為及びそれに密接に関連した「サービス」や「物」についての費用の徴収や、「施設管理費」等の曖昧な名目での費用の徴収は、いたしません。

| 不妊治療に関する料金（第2条関係）                     |       |          |
|---------------------------------------|-------|----------|
| 区 分 金 額                               |       |          |
| 人工授精の費用                               |       |          |
| 人工授精  1回につき                           |       |          |
| 受精・培養の費用                              |       |          |
| 卵採取術  1回につき                           |       |          |
| 新鮮精子を用いた体外受精                          |       |          |
| 1～4個                                  | 1回につき | 44,000円  |
| 5～8個                                  | 1回につき | 49,500円  |
| 9個以上                                  | 1回につき | 88,000円  |
| 新鮮精子を用いた顕微授精                          |       |          |
| 1～4個                                  | 1回につき | 104,500円 |
| 5～8個                                  | 1回につき | 121,000円 |
| 9個以上                                  | 1回につき | 121,000円 |
| 精巣精子を用いた顕微授精                          |       |          |
| 1～4個                                  | 1回につき | 137,500円 |
| 5～8個                                  | 1回につき | 154,000円 |
| 9個以上                                  | 1回につき |          |
| 凍結保存の費用                               |       |          |
| 胚・卵の凍結保存                              |       |          |
| 1～4個                                  | 1回につき | 33,000円  |
| 5～8個                                  | 1回につき | 44,000円  |
| 9個以上                                  | 1回につき | 55,000円  |
| 精子の凍結保存                               |       |          |
| 1回につき                                 |       | 11,000円  |
| 胚・卵の凍結保存期間延長                          |       |          |
| 1年につき                                 |       | 5,500円   |
| 精子の凍結保存期間延長                           |       |          |
| 1年につき                                 |       |          |
| 胚移植の費用                                |       |          |
| 新鮮胚の胚移植                               |       |          |
| 1回につき                                 |       | 44,000円  |
| 凍結胚の融解胚移植                             |       |          |
| 1回につき                                 |       | 55,000円  |
| 但し、上記の各料金は、令和7年6月末日までに不妊治療を開始した患者に限る。 |       |          |
| 凍結試料搬送容器貸出料                           |       |          |
| 1回につき                                 |       |          |
| 黄体ホルモン剤料                              |       |          |
| 398円                                  |       |          |
| ルティナス（プロゲステロン）膣錠 100mg                |       |          |
| 1錠につき                                 |       |          |
| 早発排卵防止薬料                              |       |          |
| セトロタイド注射用 3mg                         |       |          |
| 1回につき                                 |       |          |
| セトロタイド注射用 0.25mg                      |       |          |
| 1回につき                                 |       |          |

文書料に関する料金（第 2 条関係）

| 区 分                    | 金 額     |
|------------------------|---------|
| 診断書及び証明書料              |         |
| 院内診断書                  | 2,200 円 |
| 各種証明書（入院・退院・通院・領収証明など） | 2,200 円 |
| 自賠責明細書（レセプト）           | 2,200 円 |
| 精神通院公費診断書              | 2,200 円 |
| 傷病手当金請求意見書・職安用         | 2,200 円 |
| 小児慢性特定疾患診断書            | 2,750 円 |
| 特定疾患診断書                | 3,300 円 |
| 肝炎治療医療費助成診断書           | 3,300 円 |
| 身体障害診断書・手帳交付用          | 3,300 円 |
| 死亡診断書（死体検案書）           | 3,300 円 |
| 年金等関係診断書               | 3,850 円 |
| 後遺障害関係診断書              | 3,850 円 |
| 手当認定関係診断書              | 3,850 円 |
| 労災関係診断書                | 4,000 円 |
| 生命保険等診断書（入院証明、医療照会等）   | 5,500 円 |
| 自賠責関係診断書               | 5,500 円 |
| その他上記以外の診断書（意見書等）      | 5,500 円 |

歯科領域保険適用外の料金（第 2 条関係）

| 区 分                       | 金 額       |
|---------------------------|-----------|
| （予防歯科関連）                  |           |
| 口腔衛生指導料                   | 4,153 円   |
| 刷牙指導料                     | 3,844 円   |
| 歯面塗布料                     | 2,708 円   |
| 歯面塗布料（家庭管理）               | 4,242 円   |
| 検査料                       |           |
| 口臭検査料（ガスセンサー・官能検査）        | 843 円     |
| 口臭ガスクロマト検査料               | 5,159 円   |
| う蝕のリスク診断Ⅰ                 | 4,290 円   |
| う蝕のリスク診断Ⅱ                 | 9,240 円   |
| 機械的歯面清掃                   | 2,755 円   |
| （保存科関連）                   |           |
| 金属歯冠修復料（インレー、アンレー）        |           |
| 白金加金                      |           |
| 大臼歯                       | 35,080 円  |
| 前歯・小臼歯                    | 33,911 円  |
| 金合金                       |           |
| 大臼歯                       | 34,435 円  |
| 前歯・小臼歯                    | 33,482 円  |
| チタン（前歯・小臼歯・大臼歯）           | 32,261 円  |
| ハイブリッドセラミックレジンインレー        | 30,968 円  |
| ポーセレンインレー                 | 32,235 円  |
| 隣接面加算料（1 面）               | 10,785 円  |
| 咬頭被覆料                     | 12,597 円  |
| 診断料                       |           |
| 歯周疾患診断料                   | 10,235 円  |
| 写真診断料                     | 5,735 円   |
| 歯肉テスト料（ポケット侵出液定量）         | 11,026 円  |
| 歯槽骨テスト料（形態分岐部）            | 9,339 円   |
| 習癖テスト料（口呼吸・舌習癖）           | 4,829 円   |
| う蝕の電気診断料                  | 3,766 円   |
| 処置料                       |           |
| 習慣矯正指導料                   | 5,044 円   |
| オーラルスクリーン料（装着含む）          | 29,563 円  |
| オーラルスクリーン監視料              | 4,510 円   |
| ファルカプラスティー                | 6,196 円   |
| トンネリング                    | 10,292 円  |
| 歯根分割                      | 11,193 円  |
| 漂白処置料                     | 6,684 円   |
| 歯槽骨欠損修復料（燐酸カルシウム系）        | 18,239 円  |
| 口腔衛生相談指導料（歯周疾患）           | 10,241 円  |
| 病的移動歯の復位処置                |           |
| 床装置によるもの                  | 34,420 円  |
| アップライトを主にしたもの             | 45,545 円  |
| 歯の挺出                      |           |
| 磁性アタッチメント応用法              | 29,338 円  |
| ノンフィラー型接着性レジン応用法          | 7,601 円   |
| 歯根分割後の分離処置                | 45,545 円  |
| 細菌検査                      |           |
| ペリオチェック                   | 9,240 円   |
| G T R 法（選択加算）             |           |
| 膜（吸収性膜を含む）                | 29,977 円  |
| 歯周組織誘導剤                   | 35,461 円  |
| 根管内細菌嫌気培養検査               |           |
| 培養検査                      | 2,640 円   |
| 培養検査＋感受性試験                | 4,840 円   |
| 歯周病原性菌血清抗体価検査             | 4,840 円   |
| 歯科ドック専門外来                 | 16,830 円  |
| （補綴科関連）                   |           |
| 支台築造料                     |           |
| 白金加金                      | 17,411 円  |
| 金合金                       | 16,976 円  |
| 金バラ銀合金                    | 15,677 円  |
| チタン                       | 15,154 円  |
| ジルコニア CAD/CAM クラウン        | 124,305 円 |
| ジルコニア CAD/CAM アバットメント     | 130,377 円 |
| 全部鑄造冠料                    |           |
| 白金加金                      | 65,707 円  |
| 金合金                       | 65,796 円  |
| チタン                       | 61,034 円  |
| 前装冠料                      |           |
| 硬質レジン前装冠（ハイブリッドセラミック冠を含む） |           |
| 白金加金                      | 72,842 円  |
| 金合金                       | 71,977 円  |
| チタン                       | 68,347 円  |
| 1 4 K                     | 61,840 円  |
| 金バラ                       | 59,411 円  |
| 陶歯前装冠                     |           |
| 白金加金                      | 79,048 円  |
| 金合金                       | 78,189 円  |
| 陶材焼付冠                     | 81,720 円  |
| チタン                       | 74,292 円  |
| 陶材焼付用チタン                  | 74,962 円  |

|                            |           |
|----------------------------|-----------|
| 歯冠継続歯料                     |           |
| レジン前装金属裏装                  |           |
| 白金加金                       | 76,319 円  |
| 金合金                        | 75,460 円  |
| チタン                        | 72,108 円  |
| 陶歯前装金属裏装                   |           |
| 白金加金                       | 79,216 円  |
| 金合金                        | 78,356 円  |
| チタン                        | 74,737 円  |
| 全部レジン冠                     |           |
| 白金加金                       | 76,670 円  |
| 金合金                        | 75,805 円  |
| チタン                        | 72,249 円  |
| 全部陶歯冠                      |           |
| 白金加金                       | 78,974 円  |
| 金合金                        | 78,115 円  |
| チタン                        | 74,171 円  |
| 全部被覆冠（オールセラミック冠を含む）        |           |
| ジャケット冠陶材                   | 83,662 円  |
| オールハイブリッドセラミック             | 79,310 円  |
| 橋体                         |           |
| 前歯部                        |           |
| レジン前装金属裏装（ハイブリッドセラミック前装含む） |           |
| 白金加金                       | 69,352 円  |
| 金合金                        | 68,493 円  |
| チタン                        | 64,732 円  |
| 1 4 K                      | 69,656 円  |
| 金バラ                        | 67,226 円  |
| 陶歯前装金属裏装                   |           |
| 白金加金                       | 78,970 円  |
| 金合金                        | 78,111 円  |
| 陶材焼付用合金                    | 80,137 円  |
| チタン                        | 74,506 円  |
| 陶材焼付用チタン                   | 74,648 円  |
| 臼歯部                        |           |
| 金属                         |           |
| 白金加金                       | 64,324 円  |
| 金合金                        | 63,459 円  |
| チタン                        | 59,593 円  |
| 陶歯・陶材                      |           |
| 白金加金                       | 78,818 円  |
| 金合金                        | 77,958 円  |
| 陶材焼付用合金                    | 83,579 円  |
| チタン                        | 73,983 円  |
| 陶材焼付用チタン                   | 77,350 円  |
| レジン前装金属裏装                  |           |
| 白金加金                       | 63,910 円  |
| 金合金                        | 63,140 円  |
| チタン                        | 59,400 円  |
| 1 4 K                      | 62,700 円  |
| 金バラ                        | 61,050 円  |
| 前歯・臼歯部                     |           |
| オールハイブリッドセラミック             | 69,960 円  |
| 仮義歯料                       |           |
| 全部床                        | 113,022 円 |
| 9 ～ 1 4 歯欠損床               | 97,103 円  |
| 1 ～ 8 歯欠損床                 | 81,468 円  |
| アタッチメント・テレスコープ設計料（1 装置）    | 59,337 円  |
| 金属アレルギー検査料（1 試料分）          | 3,399 円   |
| ろう着料（1 箇所）                 |           |
| 白金加金                       | 7,962 円   |
| 金合金                        | 7,872 円   |
| 陶材焼付用合金                    | 9,691 円   |
| アタッチメント                    | 11,225 円  |
| 根面キャップ料                    |           |
| 白金加金                       | 18,815 円  |
| 金合金                        | 17,950 円  |
| チタン                        | 14,870 円  |
| 隙                          |           |
| 白金加金                       | 16,175 円  |
| 金合金                        | 15,961 円  |
| チタン                        | 15,562 円  |
| 有床義歯料                      |           |
| 金属床義歯（維持装置等を含む）            |           |
| 1 2 ～ 1 4 歯欠損床             |           |
| 白金加金                       | 336,972 円 |
| 金合金                        | 322,400 円 |
| 特殊合金                       | 209,587 円 |
| チタン合金                      | 301,128 円 |
| 9 ～ 1 1 歯欠損床               |           |
| 白金加金                       | 287,404 円 |
| 金合金                        | 272,182 円 |
| 特殊合金                       | 198,210 円 |
| チタン合金                      | 250,910 円 |
| 5 ～ 8 歯欠損床                 |           |
| 白金加金                       | 239,323 円 |
| 金合金                        | 224,096 円 |
| 特殊合金                       | 187,100 円 |
| チタン合金                      | 216,051 円 |
| 1 ～ 4 歯欠損床                 |           |
| 白金加金                       | 190,515 円 |
| 金合金                        | 175,618 円 |
| 特殊合金                       | 168,892 円 |
| チタン合金                      | 167,085 円 |
| レジン床義歯（人工歯具組むが、維持装置等は含まない） |           |
| 9 ～ 1 4 歯欠損床               | 178,163 円 |
| 1 ～ 8 歯欠損床                 | 141,737 円 |
| 特殊義歯料（維持装置等を含む）            |           |
| 全部床                        | 187,864 円 |
| 9 ～ 1 4 歯欠損床               | 151,428 円 |
| 1 ～ 8 歯欠損床                 | 133,430 円 |
| 軟質裏装材によるリベース料              | 33,671 円  |
| 軟質裏装義歯（レジン床）               |           |
| 全部床                        | 200,446 円 |
| 9 ～ 1 4 歯欠損床               | 160,799 円 |
| 1 ～ 8 歯欠損床                 | 126,211 円 |
| 鑄造バー                       |           |
| 白金加金                       | 31,392 円  |
| 金合金                        | 29,669 円  |
| 特殊合金                       | 17,815 円  |
| チタン合金                      | 27,924 円  |
| 鉤                          |           |
| 鑄造鉤                        |           |
| 白金加金                       | 25,766 円  |
| 金合金                        | 25,252 円  |
| 特殊合金                       | 23,032 円  |
| チタン合金                      | 26,877 円  |
| 屈曲鉤                        |           |
| 白金加金                       | 19,543 円  |
| 特殊合金                       | 18,715 円  |



歯科領域保険適用外の料金（第 2 条関係）

| 区 分                             | 金 額                            |
|---------------------------------|--------------------------------|
| フック・スパー・ステー・レスト料                |                                |
| 鑄造フック・スパー・ステー・レスト               |                                |
| 白金加金                            | 16,913 円                       |
| 金合金                             | 16,479 円                       |
| 特殊合金                            | 14,620 円                       |
| チタン合金                           | 16,516 円                       |
| 屈曲フック・スパー・ステー・レスト               |                                |
| 白金加金                            | 11,728 円                       |
| 白歯金属歯料                          |                                |
| 白金加金                            | 20,884 円                       |
| 金合金                             | 20,449 円                       |
| 金バラ銀合金                          | 19,151 円                       |
| チタン                             | 20,166 円                       |
| 特殊合金                            | 20,088 円                       |
| テレスコープクラウン                      |                                |
| 白金加金                            | 95,271 円                       |
| 金バラ銀合金                          | 89,471 円                       |
| 可撤式メタルオンレー                      |                                |
| 白金加金                            | 102,300 円                      |
| 金合金                             | 88,880 円                       |
| 金バラ                             | 66,330 円                       |
| ミリング装置（1 歯分）                    |                                |
| 支台歯                             | 91,656 円                       |
| 支台歯バー・ダミー                       | 87,198 円                       |
| 特殊義歯修理料                         | 21,241 円                       |
| マウスガード（マウスプロテクター）               | 22,498 円                       |
| 簡易型マウスガード                       | 5,463 円                        |
| 睡眠時無呼吸症群治療用咬合床                  | 52,234 円                       |
| ラミネートベニア                        | 61,950 円                       |
| 補綴前処置としての残根の挺出                  | 26,290 円                       |
| 唾液分泌機能検査                        | 10,670 円                       |
| 嚥下補助床                           | 64,020 円                       |
| 下顎運動機能検査                        | 16,610 円                       |
| 金属スプリント（接着性、可撤式を含む）             |                                |
| 白金加金                            | 243,608 円                      |
| チタン                             | 222,399 円                      |
| その他の合金                          | 165,759 円                      |
| 磁性アタッチメント（根面キャップ料は別に算定）         | 46,850 円                       |
| インプラント仮封冠（1 歯分）                 | 11,246 円                       |
| インプラント関連補綴料                     |                                |
| インプラント補綴設計料（1 人工歯根につき）          | 87,502 円                       |
| インプラント関連修理料                     |                                |
| アバットメント修理（1 歯 1 回につき）人工材料料は別途算定 | 11,000 円                       |
| 上部構造修理（1 歯 1 回につき）人工材料料は別途算定    | 11,000 円                       |
| 前装冠修理（1 歯 1 回につき）               | 11,000 円                       |
|                                 |                                |
| （口腔外科関連）                        |                                |
| 根端支充填料                          | 2,184 円                        |
| 便宜抜去                            |                                |
| 前歯                              | 1,734 円                        |
| 臼歯                              | 3,007 円                        |
| 難抜歯                             | 5,317 円                        |
| 埋伏歯                             | 11,550 円                       |
| 下顎完全埋伏智歯（骨性）                    | 12,708 円                       |
| 下顎水平埋伏智歯                        | 12,708 円                       |
| 歯の移植術（歯根完成歯）                    | 20,742 円                       |
| 歯の移植・再植に係る根管治療・管理及び予後判定         | 22,136 円                       |
| 歯の意図的再植術（1 歯単位）                 | 22,000 円                       |
| 埋伏歯開窓牽引術（矯正治療の一環として行われるもの）      | 29,542 円                       |
| 上顎洞底挙上術                         |                                |
| 口腔内片側                           | 人工材料料は別途算定 68,566 円            |
| 口腔内両側                           | 人工材料料は別途算定 99,644 円            |
| 口腔外片側                           | 人工材料料は別途算定 126,759 円           |
| 口腔外両側                           | 人工材料料は別途算定 184,213 円           |
| 多血小板血漿（フィブリノゲン）                 |                                |
| 多血小板血漿（フィブリノゲン）                 | 使用加算 スピッツ 1 本につき 5,588 円       |
| 多血小板血漿（フィブリノゲン）                 | 使用加算 2 本目からスピッツ 1 本につき 3,575 円 |
| 矯正用アンカープレート埋入術（A）               | 1 枚につき 材料費含む 56,210 円          |
| インプラント材使用加算                     |                                |
| アンカープレート 2 枚目以上 1 枚当たり          | 20,790 円                       |
| アンカースクリュー 4 本目以上 1 本当たり         | 5,192 円                        |
| 同除去術                            | 11,000 円                       |
| 矯正用アンカースクリュー埋入術（B）              | 1 本につき 材料費含む 38,060 円          |
| アンカースクリュー 2 本目以上 1 本につき         | 7,040 円                        |
| 同除去術                            | 5,500 円                        |
| 発音嚥下補助装置用金属床                    | 164,340 円                      |
| 発音嚥下補助装置の付加料                    | 27,170 円                       |
| 発音嚥下補助装置調整料                     | 3,630 円                        |
|                                 |                                |
| （小児歯科関連）                        |                                |
| 保険料                             |                                |
| 診断料                             | 7,752 円                        |
| 検査料                             | 9,361 円                        |
| 装置料                             |                                |
| 単純可撤式（片）                        | 21,345 円                       |
| 複雑可撤式（片）                        | 27,332 円                       |
| バンド・ループ                         | 13,614 円                       |
| クラウン・ループ                        | 14,483 円                       |
| クラウン・ループ（鑄造）                    |                                |
| 金バラ銀合金                          | 44,566 円                       |
| クラウン・ディスタル・シュー                  | 20,450 円                       |
| クラウン・ディスタル・シュー（鑄造）              |                                |
| 金バラ銀合金                          | 54,759 円                       |
| リングルアーチ型                        | 21,204 円                       |
| 調整料                             |                                |
| 単純                              | 2,289 円                        |
| 複雑                              | 5,479 円                        |
| 定期観察料                           | 10,602 円                       |
| 小児定期観察料                         |                                |
| 簡単な検査を含む                        | 4,961 円                        |
| 主に口腔内検査                         | 2,289 円                        |
| 歯列誘導料                           |                                |
| 診断料                             | 19,371 円                       |
| 検査料                             | 20,408 円                       |
| 装置料                             |                                |
| 単純                              | 22,267 円                       |
| 複雑（1）                           | 28,946 円                       |
| 複雑（2）                           | 44,382 円                       |
| 保定                              | 18,077 円                       |
| 異所萌出誘導処置                        | 9,816 円                        |
| 調整料                             |                                |
| 単純                              | 2,488 円                        |
| 複雑                              | 7,957 円                        |

|           |         |
|-----------|---------|
| 経過観察料     |         |
| 単純        | 1,100 円 |
| 複雑        | 6,281 円 |
| 歯列誘導相談料   | 4,845 円 |
| 口腔衛生指導料   |         |
| 小児刷牙指導料   | 723 円   |
| 母子口腔保険指導料 | 2,420 円 |

|               |         |
|---------------|---------|
| （歯科麻酔関連）      |         |
| 局所麻酔薬アレルギーテスト | 4,761 円 |
| 表面電極通電療法      | 5,845 円 |
| 針治療           | 3,771 円 |
| 針通電療法         | 5,138 円 |
| 灸             | 2,519 円 |

|                                     |          |
|-------------------------------------|----------|
| （歯科放射線関連）                           |          |
| C T 検査                              | 17,637 円 |
| 多層断層撮影 フィルム 1 枚につき                  | 7,700 円  |
| 顎関節撮影                               |          |
| シユラー氏法（4 画像）                        | 3,300 円  |
| 眼窩関節法（2 画像）                         | 1,864 円  |
| M R I 検査                            | 22,000 円 |
| C T 検査画像再構築処理                       | 13,090 円 |
| C T／M R I デジタルデータ出力（C D 作成料） 1 回につき | 1,320 円  |
| C T ステント撮影料                         | 3,226 円  |
| 診療情報の提供に係る料金                        |          |
| 頭部 X 線規格撮影：セファログラフィ（デジタル画像）         | 4,730 円  |
| X 線画像複製料（デジタル画像）                    | 2,200 円  |
| パノラマ撮影（デジタル画像）                      | 4,620 円  |
| 頭部単純撮影（デジタル画像）                      | 4,730 円  |

|          |          |
|----------|----------|
| （歯科矯正関連） |          |
| 相談料      | 4,845 円  |
| 基本検査料    | 80,174 円 |
| 補足検査料    | 82,594 円 |
| 特殊検査料    |          |

|            |          |
|------------|----------|
| コンピュータ解析検査 | 4,908 円  |
| 顔貌形態予測     | 11,696 円 |

|           |          |
|-----------|----------|
| 機能検査      |          |
| 顎運動機能検査   | 33,460 円 |
| 生体振動解析    | 12,771 円 |
| 染色体検査     | 24,833 円 |
| 分染法加算     | 4,620 円  |
| 形態異常病因検査  | 9,790 円  |
| セットアップモデル | 41,758 円 |

|            |           |
|------------|-----------|
| 診断料        | 31,471 円  |
| 基本施術料      | 168,546 円 |
| 基本施術料（少数歯） | 59,191 円  |
| 装置料        |           |

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| 舌側弧線装置（片顎）           | 38,500 円  |
| 唇側弧線装置（片顎）           | 33,455 円  |
| 全体環式矯正装置（片顎）         | 90,651 円  |
| ダイレクトボンディング装置（片顎）    |           |
| 金属ブラケット              | 90,719 円  |
| プラスチックブラケット          | 91,850 円  |
| セラミックブラケット           | 102,976 円 |
| N i T i 使用加算（片顎一回限り） | 8,114 円   |
| セクショナルアーチ（8 歯以下）（片側） | 49,956 円  |
| インダイレクトボンディング装置（片顎）  | 108,691 円 |
| 機能的顎矯正装置             | 62,422 円  |
| 機能的顎矯正装置（拡大ネジ付き）     | 71,981 円  |
| 床矯正装置（片顎）            | 40,082 円  |
| 拡大床矯正装置（片顎）          | 46,567 円  |
| W タイプ拡大装置            | 50,275 円  |
| 急速拡大装置               | 51,763 円  |
| 急速拡大装置（スケルトン型）       | 51,521 円  |
| ヘッドギア                | 38,636 円  |
| チンキャップ               | 31,581 円  |
| 前方牽引装置               |           |
| マスクタイプ               | 48,646 円  |
| ホルンタイプ               | 51,071 円  |
| ホールディングアーチ           | 33,503 円  |
| リップバンパー              | 32,770 円  |
| タンククリブ（可撤・固定）        | 43,465 円  |
| スライディングプレート          | 29,731 円  |
| オーラルスクリーン            | 22,481 円  |
| ダイナミックポジショナー         | 65,125 円  |
| ヘッドギア付ダイナミックポジショナー   | 75,449 円  |
| 可撤式保定装置（片顎）          | 39,941 円  |
| 固定式保定装置（片顎）          | 30,533 円  |
| F S W リテーナ           | 16,740 円  |
| リングルブラケット            | 255,090 円 |
| バラタルバー               | 32,670 円  |
| 咬合力検査                | 11,000 円  |
| 調節料                  | 6,092 円   |
| 観察料                  | 3,876 円   |
| 転医資料料                | 17,945 円  |
| 口腔衛生指導料              | 5,725 円   |
| 装置修理料（共通）            | 各装置料の 50% |

|                                |                      |
|--------------------------------|----------------------|
| （インプラント関連）                     |                      |
| 基本診療料                          | 759 円                |
| 骨移植術                           |                      |
| 骨移植術（簡単なもの 口腔内から採取した骨片）        | 人工材料料は別途算定 19,580 円  |
| 骨移植術（1/2 顎未満）                  | 人工材料料は別途算定 44,000 円  |
| 骨移植術（1/2 顎以上）                  | 人工材料料は別途算定 71,500 円  |
| 骨移植術（困難なもの 口腔外から採取した骨片）        | 人工材料料は別途算定 118,690 円 |
| インプラント材植立料（共通）                 |                      |
| 相談料                            | 2,300 円              |
| 基本検査料                          | 9,277 円              |
| 基本検査料（デジタル画像）                  | 10,371 円             |
| 顎骨精密検査・植立可否診断                  |                      |
| 基本診療料                          | 759 円                |
| 顎骨精密検査・植立可否診断                  |                      |
| （選択加算）                         |                      |
| 紹介状作成                          | 3,352 円              |
| X 線検査（大判 4 枚）                  | 16,852 円             |
| X 線検査（バントモ 1 枚）                | 5,511 円              |
| ステント作成・調整料                     |                      |
| 1 ～ 6 歯                        | 11,367 円             |
| 7 ～ 1 0 歯                      | 13,677 円             |
| 1 1 歯以上                        | 19,454 円             |
| パイロットサージガイド                    |                      |
| パイロットサージガイド 1 孔                | 31,900 円             |
| パイロットサージガイド 使用加算 2 孔目以上 1 孔につき | 5,500 円              |
| 診断用ワックスアップ（1 歯につき）             | 2,200 円              |
| セットアップモデル（矯正を伴う）               |                      |
| 1 ～ 6 歯                        | 6,746 円              |
| 7 ～ 1 0 歯                      | 9,056 円              |
| 1 1 歯以上                        | 10,791 円             |

| 歯科領域保険適用外の料金（第 2 条関係）           |               |                        |
|---------------------------------|---------------|------------------------|
| 区 分                             |               | 金 額                    |
| 機能訓練用・診査用義歯作製                   |               | 80,577 円               |
| 全身精密検査・診断                       |               |                        |
| 基本診療料                           |               | 759 円                  |
| 全身精密検査・診断                       |               |                        |
| 〔選択加算〕                          |               |                        |
| 心電図                             |               | 1,734 円                |
| 血液・尿検査                          |               | 13,410 円               |
| 紹介状作成                           |               | 3,352 円                |
| インプラント材植立（一次手術）                 |               |                        |
| 基本診療料                           |               | 759 円                  |
| インプラント材植立料（一次手術）                |               |                        |
| 1 本目（選択）                        |               |                        |
| インプラント材                         | 定価 40,000 円未満 | 146,886 円              |
| インプラント材                         | 定価 40,000 円以上 | 151,616 円              |
| 複数本埋込加算（2 本目から、1 本当り）           |               |                        |
| インプラント材                         | 定価 40,000 円未満 | 76,560 円               |
| インプラント材                         | 定価 40,000 円以上 | 81,290 円               |
| 埋込インプラント新規使用加算（1 本につき）          |               |                        |
| インプラント埋込時、骨の緻密度などの理由により植立途中で断念、 |               |                        |
| 同日別のインプラントを更に使用した場合             |               |                        |
| インプラント材                         | 定価 40,000 円未満 | 76,560 円               |
| インプラント材                         | 定価 40,000 円以上 | 81,290 円               |
| 口腔内洗浄料                          |               | 759 円                  |
| 口腔外科後処理料                        |               | 759 円                  |
| 一次手術後観察料                        |               | 759 円                  |
| インプラント材植立（二次手術）                 |               |                        |
| 基本診療料                           |               | 759 円                  |
| インプラント材植立料（二次手術）（1 本につき）        |               | 21,382 円               |
| 治療用アパットメント使用加算（1 本当り）           |               | 7,396 円                |
|                                 |               | 759 円                  |
| 二次手術後観察料                        |               | 1,744 円                |
| 定期観察料                           |               |                        |
| 【加算項目】                          |               |                        |
| 〔診療行為の都度徴収〕                     |               | 707 円                  |
| デンタル撮影加算（1 枚当り）                 |               | 5,511 円                |
| パノラマ撮影加算（1 枚当り）                 |               | 581 円                  |
| スタディーモデル採得加算（複雑）                |               |                        |
| アタッチメント（アパットメントを含む）             |               | 材料価格に 100 分の 110 を乗じた額 |

## 金属床総義歯の料金（第 2 条関係）

| 1 床当たりの価格              | 徴 収 額                                                                |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 白金加金（上顎，下顎） 410,900 円  | 左記に定める 1 床当たりの価格から熱可塑性樹脂を用いて総義歯を作製した場合の金額を控除した金額に 100 分の 110 を乗じて得た額 |
| 金合金（上顎，下顎） 386,900 円   |                                                                      |
| 特殊合金（上顎，下顎） 188,600 円  |                                                                      |
| チタン合金（上顎，下顎） 287,800 円 |                                                                      |

## 齲蝕に罹患している患者の指導管理に関する料金（第 2 条関係）

| 区 分                    | 金 額     |                              |
|------------------------|---------|------------------------------|
| フッ化物物局所応用（1 口腔 1 回につき） | 2,100 円 | 左記に定める価格に 100 分の 110 を乗じて得た額 |

## 先進医療料（第 2 条関係）

| 区 分                                          | 金 額    |          |
|----------------------------------------------|--------|----------|
| ウイルスに起因する難治性の眼感染疾患に対する迅速診断（PCR 法）            | 1 回につき | 27,600 円 |
| 細菌又は真菌に起因する難治性の眼感染疾患に対する迅速診断（PCR 法）          | 1 回につき | 27,600 円 |
| ハイバードライヒト乾燥羊膜を用いた外科的再建術（増殖組織が角膜輪部を超えるものに限る。） | 1 回につき | 20,000 円 |
| タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養                          | 1 回につき | 20,000 円 |
| 膜構造を用いた生理学的精子選択術                             | 1 回につき | 25,000 円 |
| ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術                          | 1 回につき | 12,000 円 |
| 多項目迅速ウイルス PCR 法によるウイルス感染症の早期診断               | 1 回につき | 12,000 円 |

## 健診事業に係る料金（第 2 条関係）

| 区 分                          | 金 額       |           |
|------------------------------|-----------|-----------|
| P E T - C T                  |           |           |
| 単独コース                        | 1 回につき    | 124,630 円 |
| 腫瘍コース                        | 1 回につき    | 136,400 円 |
| 腫瘍（胃内視鏡付）コース                 | 1 回につき    | 148,940 円 |
| M R I                        |           |           |
| 脳ドックコース                      | 1 回につき    | 50,380 円  |
| P E T - C T と M R I を同時に行う場合 |           |           |
| 単独コース・脳ドックコース                | 1 回につき    | 155,320 円 |
| 腫瘍コース・脳ドックコース                | 1 回につき    | 167,090 円 |
| 腫瘍（胃内視鏡付）コース・脳ドックコース         | 1 回につき    | 179,630 円 |
| P E T - M R I                |           |           |
| 腫瘍コース                        | 1 回につき    | 131,010 円 |
| 認知症脳ドックコース                   | 1 回につき    | 131,010 円 |
| 腫瘍コースと認知症脳ドックコースを同時に行う場合     | 1 回につき    | 176,770 円 |
| 一事業所当り 1 0 人以上の健診を実施する場合     | 各健診料の 95% |           |

## 家族性腫瘍関連遺伝子検査料（第 2 条関係）

| 区 分                                         | 金 額       |  |
|---------------------------------------------|-----------|--|
| (遺伝性非ポリポーシス大腸がん)                            |           |  |
| MMR スクリーニング                                 | 132,000 円 |  |
| MLH1 フルシークエンシング                             | 77,000 円  |  |
| MSH2 フルシークエンシング                             | 77,000 円  |  |
| MSH6 フルシークエンシング                             | 77,000 円  |  |
| PMS2 フルシークエンシング                             | 77,000 円  |  |
| 追加 MLH1／MSH2 MLPA                           | 33,000 円  |  |
| MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM (家族性大腸ポリポーシス) | 51,000 円  |  |
| APC スクリーニング                                 | 99,000 円  |  |
| (家族性乳がん・卵巣がん)                               |           |  |
| BRCA MLPA                                   | 44,000 円  |  |
| BRCA ssure                                  | 118,800 円 |  |
| BRCA1／2MLPA法 (L)                            | 55,000 円  |  |
| BRCA1／2シングルサイト                              | 44,000 円  |  |
| Curebest 95GC Breast (Cowden 病)             | 269,500 円 |  |
| P TEN スクリーニング (Li-Fraumeni)                 | 99,000 円  |  |
| TP53 スクリーニング (多発性内分泌腺腫症 1 型)                | 99,000 円  |  |
| MEN1 スクリーニング (多発性内分泌腺腫症 2 型)                | 60,500 円  |  |
| MEN2 スクリーニング                                | 55,000 円  |  |
| RET スクリーニング (網膜芽細胞腫)                        | 55,000 円  |  |
| RB1 スクリーニング (神経線維腫症 1 型)                    | 60,500 円  |  |
| NF1, SPRED1 (その他の家族性腫瘍)                     | 41,000 円  |  |
| MutSeq 家系内変異解析検査                            |           |  |
| MutSeq=1 variant 1 回につき                     | 44,000 円  |  |
| MutSeq=2 variant 1 回につき                     | 60,500 円  |  |
| MutSeq=3 variant 1 回につき                     | 77,000 円  |  |
| VistaSeq 家族性腫瘍パネル検査                         |           |  |
| VistaSeq-遺伝性腫瘍 27 遺伝子 1 回につき                | 319,000 円 |  |
| VistaSeq-遺伝性腫瘍 25 遺伝子 1 回につき                | 302,500 円 |  |
| VistaSeq-Renal Cell 関連遺伝子 1 回につき            | 313,500 円 |  |
| VistaSeq-Brain 関連遺伝子 1 回につき                 | 313,500 円 |  |
| ロイス・ディーツ症候群パネル検査                            |           |  |
| ロイス・ディーツ症候群遺伝子検査 1 回につき                     | 90,200 円  |  |
| VHL 病 VHL 解析検査 1 回につき                       | 75,102 円  |  |
| 血縁者向け PGPD 確定検査                             |           |  |
| シングルサイト 1 サイト                               | 44,000 円  |  |
| シングルサイト 2 サイト                               | 60,500 円  |  |
| シングルサイト 3 サイト                               | 77,000 円  |  |
| 血縁者向けシングルポイント検査                             | 26,000 円  |  |
| 遺伝性腫瘍多遺伝子パネル検査                              |           |  |
| ACTRisk 検査                                  | 341,000 円 |  |
| ACTRisk Care 検査                             | 242,000 円 |  |
| ACT Associate Assay 検査                      | 44,000 円  |  |
| ACT Associate Assay 検査（2 座位目以降）             | 33,000 円  |  |
| 検査機体の不備による検査不履行の場合                          | 33,000 円  |  |
| BHD 症候群遺伝子検査                                | 49,500 円  |  |
| 血縁者向けがん関連遺伝子検査                              |           |  |
| シングルサイト解析（1 箇所）                             | 22,000 円  |  |
| シングルサイト解析（2 箇所）                             | 25,300 円  |  |
| シングルサイト解析（3 箇所）                             | 28,600 円  |  |
| シングルサイト解析（4 箇所）                             | 31,900 円  |  |
| シングルサイト解析（5 箇所）                             | 35,200 円  |  |

## 多焦点眼内レンズの料金（第 2 条関係）

| 区 分                                    | 金 額       |  |
|----------------------------------------|-----------|--|
| 多焦点眼内レンズ料 いずれも 1 眼につき                  |           |  |
| テクニス ビュアシー オプティブルー Smpcy 使用            | 214,060 円 |  |
| テクニス ビュアシートーリック II VB Smpcy 使用         | 252,340 円 |  |
| テクニス オデッセイ VB Simplicity 使用            | 214,060 円 |  |
| テクニス オデッセイ TVB Simplicity 使用           | 252,340 円 |  |
| Clareon PanOptix Trifocal 使用           | 202,730 円 |  |
| Clareon PanOptix Toric Trifocal 使用     | 224,510 円 |  |
| 多焦点眼内レンズ料には、手術前後に実施する「角膜形状解析検査」の料金を含む。 |           |  |

## 遺伝学的検査料（第 2 条関係）

| 区 分                                  | 金 額             |  |
|--------------------------------------|-----------------|--|
| 血友病 A 遺伝学的検査 1 回につき                  | 49,500 円        |  |
| 血友病 B 遺伝学的検査 1 回につき                  | 49,500 円        |  |
| 常染色体優性多発性嚢胞腎遺伝学的検査（PKD1, PKD2）1 回につき | 41,000 円        |  |
| ヒト遺伝子単一エクソン解析（sanger 法）1 箇所          | 27,500 円        |  |
| ヒト遺伝子単一エクソン解析（sanger 法）2 箇所          | 39,600 円        |  |
| ヒト遺伝子単一エクソン解析（sanger 法）3 箇所          | 51,700 円        |  |
| ヒト遺伝子単一エクソン解析（sanger 法）4 箇所          | 63,800 円        |  |
| ヒト遺伝子単一エクソン解析（sanger 法）5 箇所          | 75,900 円        |  |
| 筋強直性ジストロフィー出生前遺伝学的検査（事前検査）1 回につき     | 84,700 円        |  |
| 筋強直性ジストロフィー出生前遺伝学的検査（本検査）1 回につき      | 91,300 円        |  |
| 単一遺伝子疾患の出生前遺伝学的検査（セットアップ）1 回につき      | 77,000 円        |  |
| 単一遺伝子疾患の出生前遺伝学的検査（本検査）1 回につき         | 96,800 円        |  |
| オン・デマンド遺伝子検査                         | 1 遺伝子 41,000 円  |  |
|                                      | 2 遺伝子 46,000 円  |  |
|                                      | 3 遺伝子 51,000 円  |  |
|                                      | 4 遺伝子 56,000 円  |  |
|                                      | 5 遺伝子 61,000 円  |  |
|                                      | 6 遺伝子 66,000 円  |  |
|                                      | 7 遺伝子 71,000 円  |  |
|                                      | 8 遺伝子 76,000 円  |  |
|                                      | 9 遺伝子 81,000 円  |  |
|                                      | 10 遺伝子 86,000 円 |  |

## 保険外併用療養費 令和 8 年 6 月 1 日～

|                                                                                    |           |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ■評価療養                                                                              |           |
| 1. 先進医療料                                                                           | 省略（別に掲載）  |
| 2. 医薬品・医療機器の治験等に係る診療                                                               |           |
| ■選定療養                                                                              |           |
| 1. 特別室使用料                                                                          | 省略（別に掲載）  |
| 2. 特定機能病院における紹介なし患者の初診・再診時負担額                                                      | 省略（別に掲載）  |
| 3. 180 日を超える入院に関する負担額                                                              | 3,542 円   |
| 4. 長期収載品の処方に係る料金                                                                   | 省略（別に掲載）  |
| 5. 診療報酬の算定方法に規定する回数を超えて受けた診療                                                       |           |
| α-フェトプロテイン（AFP）1 回                                                                 | 1,078 円   |
| 癌胎児性抗原（CEA）1 回                                                                     | 1,089 円   |
| 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）1 単位                                                            | 2,255 円   |
| 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）1 単位                                                            | 2,695 円   |
| 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）1 単位                                                               | 2,035 円   |
| 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）1 単位                                                               | 1,925 円   |
| 難用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）1 単位                                                             | 1,980 円   |
| 6. 金属床総義歯の料金                                                                       |           |
| 白金加金（上顎，下顎）                                                                        | 410,900 円 |
| 金合金（上顎，下顎）                                                                         | 386,900 円 |
| 特殊合金（上顎，下顎）                                                                        | 188,600 円 |
| チタン合金（上顎，下顎）                                                                       | 287,800 円 |
| 上記に定める 1 床当たりの価格から熱可塑性樹脂を用いて総義歯を作製した場合の金額（保険外併用療養費）を控除した金額に 1 0 0 分の 1 1 0 を乗じて得た額 |           |
| 7. う蝕に罹患している患者の指導管理に関する料金                                                          |           |
| フッ化物物局所応用（1 口腔 1 回につき）                                                             | 2,100 円   |
| 上記に定める価格に 100 分の 110 を乗じて得た額                                                       |           |
| 8. 多焦点眼内レンズの料金（1 眼につき）                                                             |           |
| 多焦点眼内レンズ料には、手術前後に実施する「角膜形状解析検査」の料金を含む。                                             |           |
| テクニス ビュアシー オプティブルー Smpcy 使用                                                        | 214,060 円 |
| テクニス ビュアシートーリック II VB Smpcy 使用                                                     | 252,340 円 |
| テクニス オデッセイ VB Simplicity 使用                                                        | 214,060 円 |
| テクニス オデッセイ TVB Simplicity 使用                                                       | 252,340 円 |
| Clareon PanOptix Trifocal 使用                                                       | 202,730 円 |
| Clareon PanOptix Toric Trifocal 使用                                                 | 224,510 円 |

## 医科点数表等に規程する回数を超えて 受けた診療について

以下の各疾患別に規定されている、算定上限日数は、厚生労働省が定める疾病・状態に該当しない場合、保険診療では、月13単位までしかリハビリテーションを行うことができません。ただし、患者さんの要望があり以下の要件を満たせば規定する回数を超過しても選定療養（自費）としてリハビリテーションを行うことができます。

【費用】

|                     |     |        |
|---------------------|-----|--------|
| 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） | 1単位 | 2,255円 |
| 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） | 1単位 | 2,695円 |
| 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）  | 1単位 | 1,980円 |
| 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）    | 1単位 | 2,035円 |
| 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）    | 1単位 | 1,925円 |

以下の検査は保険診療として回数が定められていますが、患者さんの要望があり以下の要件を満たせば規定する回数を超過しても選定療養（自費）として検査を行うことができます。

【費用】

|                 |            |
|-----------------|------------|
| α-フェトプロテイン(AFP) | 1,078円     |
| 癌胎児性抗原(CEA)     | 1単位 1,089円 |

## 金属床による総義歯の提供に関する事項について

本制度は、有床義歯に係る患者のニーズの動向等を踏まえて創設されました。金属床総義歯とは、義歯床粘膜面の大部分が金属で構成されていて顎粘膜面にその金属が直接接触する形態で、なおかつ金属部分で咬合・咀嚼力の大部分を負担できる構造の総義歯です。

なお、保険外併用療養費の額は、熱可塑性樹脂を用いたものとみなして実際に行った再診、顎運動関連検査、補綴時診断、印象採得、仮床試適、義歯作製（材料料を含む。）、装着及び新製有床義歯管理（1回のみ）に係る所定点数を合計して算出します。

| 1床当たりの価格     |          | 1床当たりの価格                                                       |
|--------------|----------|----------------------------------------------------------------|
| 白金加金（上顎、下顎）  | 410,900円 | 左記に定める1床当たりの価格から熱可塑性樹脂を用いて総義歯を作製した場合の金額を控除した金額に100分の110を乗じて得た額 |
| 金合金（上顎、下顎）   | 386,900円 |                                                                |
| 特殊合金（上顎、下顎）  | 188,600円 |                                                                |
| チタン合金（上顎、下顎） | 287,800円 |                                                                |

## う蝕に罹患している患者の 指導管理（継続管理）について

本制度は、小児う蝕の再発抑制に対するニーズが高まりつつあることを踏まえて創設され、う蝕多発傾向を有しない13歳未満の患者であって継続的な管理を要するものに対するフッ化物物局所応用による指導管理に限られるものとし、保険外併用療養費の額は、再診料、歯科疾患管理料（初診日の属する月については、再診料）及び歯科衛生実施指導料に係る所定点数を合計して算出します。

なお、13歳以上の患者については、本制度の対象となりません。

むし歯予防のためのフッ化物応用

|                     |        |
|---------------------|--------|
| フッ化物物局所応用（1口腔1回につき） | 2,100円 |
|---------------------|--------|

左記に定める価格に  
100分の110を乗じて得た額

## 白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する 眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給について

本制度は、患者の要望に従い、患者の自己の選択に係るものとして、白内障に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給について、眼鏡装用率の軽減に係る費用に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。

多焦点眼内レンズの料金

（多焦点眼内レンズ料には、手術前後に実施する「角膜形状解析検査」の料金を含む。）

|                                     |       |          |
|-------------------------------------|-------|----------|
| ・テクニスピュアシー オブティブルー Smcpcy 使用        | 1眼につき | 214,060円 |
| ・テクニスピュアシートーリック II VB Smcpcy 使用     | 1眼につき | 252,340円 |
| ・テクニスオデッセイ VB Simplicity 使用         | 1眼につき | 214,060円 |
| ・テクニスオデッセイ TVB Simplicity 使用        | 1眼につき | 252,340円 |
| ・Clareon PanOptix Trifocal 使用       | 1眼につき | 202,730円 |
| ・Clareon PanOptix Toric Trifocal 使用 | 1眼につき | 224,510円 |

## 近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給について

本制度は、裸眼視力1.0未満の小中学生の割合が年々増加しており、近視の進行抑制については一定のニーズが存在すること等を踏まえて創設されました。

■近視進行抑制治療（リジュセアミニ点眼液 0.025%）の料金

| 項目回数・数量            |     | 料金 (税込)  |
|--------------------|-----|----------|
| 初回 (1 回につき)        |     | 12,100 円 |
| 2 回目以降 (1 回につき)    |     | 5,800 円  |
| 初回から 1 年毎 (1 回につき) |     | 8,700 円  |
| 点眼液<br>(30 本入)     | 1 箱 | 5,180 円  |
|                    | 2 箱 | 9,560 円  |
|                    | 3 箱 | 13,940 円 |
|                    | 4 箱 | 18,320 円 |
|                    | 5 箱 | 22,700 円 |
|                    | 6 箱 | 27,080 円 |

（本制度による近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給に当たって行う検査については、医科点数表「眼科学的検査」の通則2に基づき算定いたします）

## 先進医療について

厚生労働省から承認を受けた先進医療の名称及び自己負担額は、次のとおりです。

| 先進医療技術名                                               | 金額            |
|-------------------------------------------------------|---------------|
| ウイルスに起因する難治性の眼感染症疾患に対する迅速診断（PCR法）（眼科）                 | 1回につき 27,600円 |
| 細菌又は真菌に起因する難治性の眼感染症疾患に対する迅速診断（PCR法）（眼科）               | 1回につき 27,600円 |
| ハイバードライヒト乾燥羊膜を用いた外科的再建術再発翼状片（増殖組織が角膜輪部を超えるものに限る。）（眼科） | 1回につき 20,000円 |
| タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養                                   | 1回につき 20,000円 |
| 膜構造を用いた生理学的精子選択術                                      | 1回につき 25,000円 |
| ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術                                   | 1回につき 12,000円 |
| 多項目迅速ウイルスPCR法によるウイルス感染症の早期診断                          | 1回につき 12,000円 |

## 入院医療の包括評価について （DPC 対象病院（算定告示により費用を算定します））

|                            |        |
|----------------------------|--------|
| ■入院医療の包括評価に係る基礎係数          | 1.1245 |
| ■激変緩和係数                    | 0.0000 |
| ■救急補正係数                    | 0.0091 |
| ■入院医療の包括評価に係る機能評価係数Ⅰ       | 0.5397 |
| ■入院医療の包括評価に係る機能評価係数Ⅱ       | 0.0890 |
| 特定機能病院一般病棟入院基本料（7対1）       | 0.2925 |
| 診療録管理体制加算1                 | 0.0027 |
| 医師事務作業補助体制加算（15対1）         | 0.0341 |
| 25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上） | 0.0576 |
| 夜間100対1急性期看護補助体制加算         | 0.0252 |
| 夜間看護体制加算                   | 0.0170 |
| 看護職員夜間配置加算（12対1加算1）        | 0.0264 |
| 電子的診療情報連携体制整備加算1           | 0.0044 |
| 医療安全対策加算1                  | 0.0051 |
| 感染対策向上加算1                  | 0.0227 |
| 感染対策向上加算（指導強化加算）           | 0.0010 |
| 感染対策向上加算（微生物学的検査体制加算）      | 0.0010 |
| 地域支援・医薬品供給対応体制加算1          | 0.0024 |
| 後発医薬品使用体制加算2               | 0.0073 |
| データ提出加算2 イ 200床以上          | 0.0049 |
| 病棟薬剤業務実施加算1                | 0.0198 |
| 検体検査管理加算（Ⅳ）                | 0.0145 |
| 検体検査判断料（国際標準検査管理加算）        | 0.0011 |

## 医療サービスの内容及び 費用に関するご案内

特別室・個室について

ご希望により、特別室 個室をご利用される場合の料金は、1日につき次のとおりです。  
なお、特別室 個室の数は限られておりますので、ご希望に添えない場合があります。

| 種別   | 料金（税込）  | 部屋数 | 設置病棟                                                                                                 |
|------|---------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 特別室A | 22,000円 | 2室  | 南7階(2)                                                                                               |
| 特別室B | 16,500円 | 4室  | 南3階(1)・南4階(1)・南5階(1)・南6階(1)                                                                          |
| 特別室C | 11,000円 | 4室  | 南7階(4)                                                                                               |
| 個室D  | 7,700円  | 27室 | 北3階(3)・北4階(3)・北5階(3)・北6階(3)<br>南3階(3)・南4階(3)・南5階(3)・南6階(3)・南7階(3)                                    |
| 個室E  | 6,600円  | 72室 | 西2階(3)・西3階(4)・北3階(5)・北4階(8)<br>北5階(8)・北6階(9)・北7階(1)・南3階(4)<br>南4階(5)・南5階(6)・南6階(6)・南7階(3)<br>東3階(10) |
| 個室F  | 5,500円  | 6室  | 西3階(2)北5階(1)南3階(2)東3階(1)                                                                             |

診断書及び証明書料

| 文書名                   | 料金（税込） |
|-----------------------|--------|
| 院内診断書                 | 2,200円 |
| 各種証明書（入院・退院・通院領収証明など） | 2,200円 |
| 自賠責明細書（レセプト）          | 2,200円 |
| 自立支援医療診断書（精通公費用）      | 2,200円 |
| 傷病手当金請求意見書・職安用        | 2,200円 |
| 小児慢性特定疾患診断書           | 2,750円 |
| 特定疾患診断書               | 3,300円 |
| 肝炎治療医療費助成診断書          | 3,300円 |
| 身体障害診断書 手帳交付用         | 3,300円 |
| 死亡診断書（死体検案書）          | 3,300円 |
| 年金等関係診断書              | 3,850円 |
| 後遺障害関係診断書             | 3,850円 |
| 手当認定関係診断書             | 3,850円 |
| 労災関係診断書               | 4,000円 |
| 生命保険等診断書（入院証明、医療照会等）  | 5,500円 |
| 自賠責関係診断書              | 5,500円 |
| その他上記以外の診断書（意見書等）     | 5,500円 |

総合受付「4 診断書 証明書」窓口でお申し込み願います。  
※文書作成については、20日程度を要しますのでご了承ください。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入院療養費の包括医療評価制度について DPC 対象病院 ( 算定告示により費用を算定します。 )                                                                                                                                                                                                                                                    |      |                                                                                                                          |
| 1. 特定機能病院の入院診療費については、包括医療評価制度により計算し、請求しております。                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                                                                                                                          |
| 2. 包括医療評価制度とは、入院の原因となった病名及び手術の有無等の治療内容により分類された診療群分類ごとに 1 日あたりの治療費が定額で定められており、入院日数に 1 日あたりの定額を乗じて計算します。                                                                                                                                                                                              |      |                                                                                                                          |
| 3. 包括医療の診療費には、入院中の投薬、注射、検査及び画像診断等の料金が含まれておりますが、手術料 ( 材料・薬品含む ) 内視鏡検査等包括医療に含まれない分もあります。                                                                                                                                                                                                              |      |                                                                                                                          |
| 4. 診断群分類ごとに包括評価医療に該当する日数が定められており、所定の日数を経過しますと従来の計算方法 ( 出来高計算 ) により計算します。                                                                                                                                                                                                                            |      |                                                                                                                          |
| 5. いずれの診断群分類にも該当しない場合は、従来どおりの出来高により計算します。                                                                                                                                                                                                                                                           |      |                                                                                                                          |
| 長期入院の場合における入院料の一部負担について                                                                                                                                                                                                                                                                             |      |                                                                                                                          |
| 厚生労働大臣が定める基準により、入院期間が 180 日を超えますと、入院基本料金の一部を患者様に負担していただいております。負担額は、1 日につき 3,542 円です。 ( 入院期間は、3 ヶ月以内に再入院した場合は前回の入院期間、転医した場合は前医での入院期間が通算されます。なお、包括医療の対象期間等は除外されます。 )                                                                                                                                  |      |                                                                                                                          |
| 入院時の内容と費用 - 看護について                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                          |
| 当院は、厚生労働大臣が定める基準による看護配置を行っており、次のとおり近畿厚生局福井事務所に届けております。<br>1. 一般病棟においては、1 日平均で入院患者 7 人に対して 1 人以上の看護職員を配置しております。<br>また、精神病棟では入院患者 13 人に対して 1 人以上の看護職員を配置しております。<br>2. 夜間の時間帯においては、各病棟に 2 人以上の看護職員を配置しております。<br>3. 付き添いは、患者様の病状等により、医師の許可を得て家族が付き添う以外認めておりません。<br>※なお、各病棟に、時間ごとを含む看護職員の配置状況が掲示されております。 |      |                                                                                                                          |
| 入院時の内容 - 食事について                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |                                                                                                                          |
| 当院は、厚生労働大臣が定める基準による食事療養の費用については、近畿厚生局福井事務所に届けております。<br>1. 管理栄養士によって管理された食事を、適時 ( 夕食については 18 時以降 ) ・適温で提供しております。                                                                                                                                                                                     |      |                                                                                                                          |
| 重症者室について                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |                                                                                                                          |
| 当院は、厚生労働大臣が定める基準により、重症の方の療養環境について、次のとおり近畿厚生局福井事務所に届けております。なお、料金は保険適用となっております。                                                                                                                                                                                                                       |      |                                                                                                                          |
| 種 別                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 部屋数  | 設置病棟                                                                                                                     |
| 個 室                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 41 室 | ・北 3 階 (8) ・北 4 階 (3) ・北 5 階 (2) ・北 6 階 (2) ・北 7 階 (3) ・南 3 階 (7) ・南 4 階 (6) ・南 5 階 (5) ・南 6 階 (1) ・南 7 階 (3) ・東 3 階 (1) |

令和 4 年 10 月 1 日より初・再診時の選定療養費の適用対象が変わります

国が構想する医療の機能分担をすすめる観点から、特定機能病院である福井大学病院は、外来診療の際には、他の医療機関からの紹介を受けていただくことを原則としており、紹介によらず直接来院された場合は、選定療養費を別途で負担いただいております。上記を更に推進する観点から、令和 4 年度診療報酬改定で、国が適用対象の変更と最低料金の引き上げを決めたことに伴い、令和 4 年 10 月 1 日より以下のとおり変更いたします。( 選定療養費とは、患者さんが選択することで発生する費用です。 )

初診の方

・他の医療機関からの紹介状を持参されず直接来院された場合

医科 7,700 円 , 歯科 5,500 円

再診の方

・他の医療機関への紹介を行ったのち、当該医療機関からの紹介状を持参されず受診された場合

医科 3,300 円 , 歯科 2,090 円 ( 受診ごと )

初診のうち、次にあたる場合は選定療養費のご負担はありません。  
再診でも ① ② ⑤ ⑥ ⑧ にあたる場合は選定療養費のご負担はありませんが、  
② の場合には予約がある診療科への受診に限ります。

- ① 他の医療機関からの紹介状を持参された場合
- ② 継続して当院を受診中の ( 予約がある ) 場合
- ③ 当院の他科 ( 歯科を除く ) を受診中の場合 ( 診療科間で紹介がある場合に限り )
- ④ 特定健診 がん検診等の結果により精密検査の指示があった場合
- ⑤ 救急医療事業 ( 救急輪番・小児救急輪番 ) 周産期事業等における休日夜間受診した場合
- ⑥ 外来受診後そのまま入院となった場合
- ⑦ 当院の治験に協力していただいている場合
- ⑧ 災害により被害を受けられた場合

長期の処方について

当院では、患者さんの状態に応じ、28 日以上 of 長期の処方を行うことが可能です。  
※なお、長期処方が対応可能かは症状に応じて担当医が判断いたします。

長期収載品の処方に係る料金

長期収載品 ( 発医薬品のある先発医薬品 ( 昭和 42 年 9 月 30 日以前の薬事法 ( 現行の医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律 ( 昭和 35 年法律第 145 号 ) ) の規定による製造の承認がされた医薬品であって、価格差のある後発医薬品があるもの ( いわゆる「準先発品」 ) を含む。 ) をいう。 ) の薬価から、当該長期収載品の後発医薬品の最高薬価を控除して得た価格に 2 分の 1 を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定の例により算定した点数に 10 円を乗じて得た金額に 100 分の 110 を乗じて得た額