

# 保険外療養に係る諸料金一覧

| 諸 料 金 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                        | 料金（税込）                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| （１）病院で徴収する診療等の料金は、次に掲げるもののほか、診療報酬の算定方法（平成２０年厚生労働省告示第５９号）の別表第１医科診療報酬点数表及び別表第２歯科診療報酬点数表並びに厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法（平成１６年厚生労働省告示第４９号）の別表に定める点数（以下「診療報酬点数」という）に１０円を乗じて得た額とする。                                                                                                                                                   |                                                                        |                                                                                                                        |
| （２）交通事故における自費診療（社会保険診療以外の診療または労働者災害補償保険法（昭和２２年法律第５０号）、国家公務員災害補償法（昭和２６年６月２日法律第１９１号）等に基づく業務、公務若しくは通勤による災害における診療以外の診療をいう）については、診療報酬点数に２０円を乗じて得た額とする。                                                                                                                                                                                      |                                                                        |                                                                                                                        |
| （３）外国に生活の本拠を有する者のうち、国民健康保険法（昭和３３年法律第１９２号第５条に規定する国民健康保険の被保険者又は同法第６条第１号から第１０号）までに規定する被保険者等でない者の診療については、診療報酬点数に３０円を乗じて得た額とする。                                                                                                                                                                                                             |                                                                        |                                                                                                                        |
| （４）上記のうち、消費税法（昭和６３年法律第１０８号）の規定により消費税が課される診療等の料金については、当該額と当該額に消費税法並びに地方消費税法の定めによる税率を乗じて得た額との合計額とする。ただし、消費税法で非課税とされる医師、助産婦その他医療に関する施設の開設者による助産にかかる資産の譲渡等（※）に該当する場合には非課税とする。                                                                                                                                                              |                                                                        |                                                                                                                        |
| ※助産にかかる資産の譲渡等の範囲（消費税法基本通達６－８－１及び２より）<br>①妊娠しているかどうかの検査<br>②妊娠していることが判明した時以降の検診、入院<br>③分娩の介助<br>④出産の日以後２月以内に行われる母体の回復検診<br>⑤新生児にかかる検診（入院中のみ）及び入院<br>⑥妊娠中の入院については産婦人科医師が必要と認めた入院（妊娠中毒症、切迫流産等）及び他の疾病（骨折等）による入院のうち産婦人科が共同して管理する間の入院<br>⑦出産後の入院のうち、産婦人科医師が必要と認めた入院及び他の疾病による入院のうち産婦人科医師が共同して管理する間については出産の日から１月を限度とする<br>⑧新生児については、⑦の取り扱いに準ずる |                                                                        |                                                                                                                        |
| 保<br>険<br>外<br>併<br>用<br>療<br>養<br>費                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>評価療養費（非課税）</b>                                                      |                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>先進医療</b>                                                            |                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ア）ハイパ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。）                   | 20,000                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | イ）テネクテプラ－ゼ静脈内投与療法 脳梗塞（発症から四・五時間以内のものに限る。）                              | 無償                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ウ）生体肝移植術 切除が不可能な転移性肝がん（大腸がんから転移したものであって、大腸切除後の患者に係るものに限る。）             | 2,745,400                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | エ）シクロホスファミド静脈内投与療法 成人Ｔ細胞白血病（末梢血幹細胞の非血縁者間移植が行われたものに限る。）                 | 無償                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | オ）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）                                    | 25,000                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>選定療養費（課税）</b>                                                       |                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>特別室使用料</b>                                                          |                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ア）特別室Ａ 普通室の料金に対する加算額 １日につき                                             | 15,000                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | イ）特別室Ｂ 普通室の料金に対する加算額 １日につき                                             | 11,000                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ウ）特別室Ｄ 普通室の料金に対する加算額 １日につき                                             | 3,300                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>時間外診療一部負担金</b>                                                      |                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 但し、同一月内、同一傷病にて５回目の時間外診療から適用する。                                         | 8,800                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>特定機能病院における初診時負担額（紹介がない場合）</b>                                       |                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 医科                                                                     | 7,700                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 歯科                                                                     | 5,500                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>特定機能病院における再診時負担額（自己の選択による場合）</b>                                    |                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 医科                                                                     | 3,300                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 歯科                                                                     | 2,090                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>制限回数を超える医療行為</b>                                                    |                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 患者さんの要望により規定する回数を超過して診療行為を行った場合                                        |                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ア）癌胎児性抗原（ＣＥＡ）                                                          | 1,188                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | イ）α-フェトプロテイン（ＡＦＰ）                                                      | 1,210                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ウ）前立腺特異抗原（ＰＳＡ）                                                         | 1,474                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | エ）ＣＡ１９-９                                                               | 1,474                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>入院期間が１８０日を超えた日以後の入院に係る療養の入院料</b>                                    |                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 特定機能病院入院基本料一般病棟７対１入院基本料１を算定する場合 １日につき                                  | 2,640                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>差額徴収の対象となる料金</b>                                                    |                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | （保存・補綴・小児領域）                                                           | 使用材料の購入価格から健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法別表第２歯科診療報酬点数表の第２章第１２部第２節に定める使用材料の点数に１０円を乗じて得た額を控除した額に消費税法並びに地方消費税法の定めによる税率を乗じて得た額 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 鑄造歯冠修復料                                                                |                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 白金加金又は金合金                                                              |                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 前歯                                                                     |                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 歯冠継続歯料                                                                 |                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 白金加金又は金合金                                                              |                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 前歯                                                                     |                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>保険外併用療養費に係る金属床義歯の料金</b>                                             |                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ア）白金加金（上顎・下顎）                                                          | 430,467                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | イ）金合金（上顎・下顎）                                                           | 405,323                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ウ）特殊合金（上顎・下顎）                                                          | 197,580                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | エ）チタン合金（上顎・下顎）                                                         | 301,504                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>保険外併用療養費に係るう蝕に罹患している患者の指導管理に関する料金</b>                               |                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | フッ化物局所応用（１口腔１回につき）                                                     | 2,200                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>保険外併用療法に係る先発医薬品（長期収載品）の処方に係る料金</b>                                  |                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 平成１８年厚生労働省告示第４９８号第九号の二に規定する先発医薬品（以下「長期収載品」という。）の患者希望による処方等又は調剤に係る特別な料金 | 長期収載品の薬価から当該長期収載品の後発医薬品のうち最も薬価が高いものとこの差額に４分の１を乗じて得た額                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>保険外併用療養費に係る多焦点眼内レンズの料金</b>                                          |                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ２焦点眼内レンズ（乱視なし） 片眼につき                                                   |                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ア）テクニス マルチフォーカル アクリル                                                   | 150,000                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | イ）テクニス マルチフォーカル ワンピース                                                  | 150,000                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ウ）テクニス シンフォニー                                                          | 150,000                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | エ）アルコン アクリソフ IQ レストア シングルピース                                           | 150,000                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | オ）アルコン アクリソフ IQ レストア ＋２、５Ｄ シングルピース                                     | 150,000                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ２焦点眼内レンズ（乱視あり） 片眼につき                                                   |                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ア）アルコン アクリソフ IQ レストア トーリック シングルピース                                     | 180,000                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | イ）アルコン アクリソフ IQ レストア ＋２、５Ｄ トーリック シングルピース                               | 180,000                                                                                                                |

# 保険外療養に係る諸料金一覧

| 諸 料 金 内 容         |                                                   | 料金（税込）  |
|-------------------|---------------------------------------------------|---------|
|                   | 3焦点眼内レンズ（乱視なし） 片眼につき                              |         |
|                   | ア) テクニス シナジー VB Simplicity                        | 210,000 |
|                   | イ) Clareon PanOptix トリフォーカル                       | 210,000 |
|                   | ウ) Clareon PanOptix トリフォーカル AutonoMe              | 210,000 |
|                   | エ) Clareon Vivity AutonoMe                        | 210,000 |
|                   | 3焦点眼内レンズ（乱視あり） 片眼につき                              |         |
|                   | ア) テクニス シナジー TVB Simplicity                       | 220,000 |
|                   | イ) Clareon PanOptix トーリック トリフォーカル                 | 220,000 |
|                   | ウ) Clareon PanOptix トーリック トリフォーカル AutonoMe        | 220,000 |
|                   | 病衣貸与料 1日につき                                       | 110     |
|                   | 成人用おむつ利用料 1日につき                                   | 330     |
|                   | 文書料（法令に基づき無料で交付すべきものを除く。） 1通につき                   |         |
|                   | ア) 普通診断書                                          | 3,300   |
|                   | イ) 死亡診断書                                          | 5,500   |
|                   | ウ) 死体検案書                                          | 11,000  |
| 療養の給付と直接関係ないサービス等 | エ) 特殊診断書                                          | 7,700   |
|                   | 共済組合障害年金申請用診断書                                    |         |
|                   | 身体障害者手帳交付申請用診断書                                   |         |
|                   | 障害年金認定診断書                                         |         |
|                   | 自動車損害賠償責任保険診断書                                    |         |
|                   | 軍人恩給認定診断書                                         |         |
|                   | 移民渡航時の健康診断書                                       |         |
|                   | その他上記に類似するもの                                      |         |
|                   | オ) 小児慢性特定疾患医療意見書                                  | 6,600   |
|                   | カ) 指定難病臨床調査個人票                                    | 7,700   |
|                   | キ) 普通証明書                                          | 3,300   |
|                   | 休業補償費請求証明書                                        |         |
|                   | 診療費領収証明書                                          |         |
|                   | 入院、退院、通院等の証明書                                     |         |
|                   | ク) 特殊証明書                                          | 7,700   |
|                   | 鑑定意見書等                                            |         |
|                   | ケ) 英文書類（各種文書料に加算）                                 | 3,300   |
|                   | 診療情報の提供に係る料金                                      |         |
|                   | ア) 診療録等複写料 1枚につき                                  | 33      |
|                   | イ) X線フィルム複写料 1枚につき                                |         |
|                   | 半切                                                | 828     |
|                   | 大角                                                | 691     |
|                   | 大四っ切                                              | 586     |
|                   | 四っ切                                               | 492     |
|                   | 六っ切                                               | 377     |
|                   | ウ) 電子媒体複写料（放射線部における検査画像の複写に限る。） CD-R又はDVD-R 1枚につき | 2,200   |
|                   | エ) 診療録等開示手数料（各種複写料に加算） 1件につき                      | 2,640   |
|                   | 海外での感染症予防に係る料金                                    |         |
|                   | ア) 相談料                                            |         |
|                   | 初回                                                | 3,102   |
|                   | 2回目以降                                             | 803     |
|                   | イ) 予防接種料                                          |         |
|                   | 破傷風 1回につき                                         | 2,750   |
|                   | A型肝炎 1回につき                                        | 7,700   |
|                   | B型肝炎 1回につき                                        | 5,500   |
|                   | 日本脳炎 1回につき                                        | 6,600   |
|                   | 狂犬病 1回につき                                         | 16,500  |
|                   | 麻疹・風しん 1回につき                                      | 9,350   |
|                   | 黄熱（証明書料含む） 1回につき                                  | 22,000  |
|                   | ウ) 投薬料                                            |         |
|                   | マラリア                                              |         |
|                   | マラロン配合錠                                           |         |
|                   | 海外渡航前後（渡航前2日、渡航後7日）服用分（マラロン9錠）                    | 5,580   |
|                   | 海外渡航期間中、滞在1日につき（マラロン1錠）                           | 547     |
|                   | メファキン錠                                            |         |
|                   | 海外渡航期間が1週間まで（メファキン6錠）                             | 6,270   |
|                   | 海外渡航期間が1週間を超えるときは1週間増すごとに（メファキン1錠）                | 937     |
|                   | エ) 検査料                                            |         |
|                   | オ) 画像診断料                                          |         |
|                   | カ) その他海外渡航に伴う投薬料 1回につき                            |         |
|                   | 感染症予防に係る料金                                        |         |
|                   | ア) 相談料                                            |         |
|                   | 初回                                                | 3,201   |
|                   | 2回目以降                                             | 836     |
|                   | 移植患者の場合（外来接種時）                                    | 836     |
|                   | イ) 予防接種料                                          |         |
|                   | 五種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ(H i b)）             | 17,275  |
|                   | 三種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風）                              | 2,486   |
|                   | 二種混合（ジフテリア・破傷風）                                   | 1,336   |
|                   | 不活化ポリオ                                            | 6,820   |
|                   | 麻疹・風しん混合（MR）                                      | 8,167   |
|                   | 麻疹                                                | 5,720   |
|                   | 風しん                                               | 5,731   |
|                   | 日本脳炎                                              | 4,743   |
|                   | 結核（BCG）                                           | 8,140   |
|                   | ヒブ（H i b）                                         | 5,379   |
|                   | 肺炎球菌（プレベナー）                                       | 8,745   |
|                   | 肺炎球菌（バクチュバンス）                                     | 8,745   |
|                   | 肺炎球菌（ニューモバックス）                                    | 4,499   |
|                   | 子宮頸がん（ガーダシル）                                      | 12,986  |
|                   | 水痘                                                | 7,590   |
|                   | B型肝炎                                              | 3,628   |
|                   | ロタウイルス感染症                                         | 11,110  |
|                   | インフルエンザ（外来患者に接種する場合）                              | 1,291   |

# 保険外療養に係る諸料金一覧

| 諸 料 金 内 容    |                                                 | 料金（税込）  |
|--------------|-------------------------------------------------|---------|
|              | インフルエンザ（入院患者に接種する場合）                            | 2,200   |
|              | おたふくかぜ                                          | 3,520   |
|              | 4価髄膜炎菌（メンクアッドフィ）                                | 27,500  |
|              | 帯状疱疹（シングリックス）                                   | 21,032  |
|              | 子宮頸がん（シルガード）                                    | 26,532  |
|              | RSウイルス（アレックスビー）                                 | 25,740  |
|              | RSウイルス（アプリスボ）                                   | 29,799  |
|              | 新型コロナウイルス（コミナティ）                                | 12,100  |
|              |                                                 |         |
|              | 禁煙外来指導料                                         | 1,120   |
|              |                                                 |         |
|              | 頭皮冷却装置による頭皮冷却法                                  |         |
|              | 頭皮冷却療法 1回につき                                    | 5,500   |
|              | インナーキャップ1個につき                                   | 1,887   |
|              |                                                 |         |
|              | 治療中の疾病又は負傷に対する医療行為とは別に実施する検診                    | （1）で得た額 |
|              |                                                 |         |
|              | 診察カード再発行料 1枚につき                                 | 105     |
|              |                                                 |         |
|              | 死後の処置に要する料金                                     |         |
| 患者の意思による自由診療 | エンゼルケア                                          | 5,500   |
|              | 寝衣                                              | 2,530   |
|              |                                                 |         |
|              | 患者都合による検査のキャンセルに伴い使用することのできなくなった当該検査に使用する薬剤等の費用 | （1）で得た額 |
|              | オンライン診療における情報通信機器利用料 1回につき                      | 1,500   |
|              | 医師面談料 30分につき                                    | 5,500   |
|              |                                                 |         |
|              | セカンドオピニオン外来相談料                                  |         |
|              | ア) 1時間まで                                        | 33,000  |
|              | イ) 1時間を超えるときは30分又はその端数を増すごとに追加料金                | 11,000  |
|              |                                                 |         |
|              | 遺伝カウンセリング料 1回につき                                |         |
|              | ア) 初回 1時間まで                                     | 8,800   |
|              | イ) 2回目以降 1時間まで                                  | 5,500   |
|              | ウ) 1時間を超えるときは30分又はその端数を増すごとに追加料金                | 5,500   |
|              |                                                 |         |
|              | 母児感染カウンセリング料 1回につき                              |         |
|              | ア) 1時間まで                                        | 5,500   |
|              | イ) 1時間を超えるときは30分又はその端数を増すごとに追加料金                | 2,750   |
|              |                                                 |         |
|              | 妊娠と産科相談料 1回につき                                  |         |
|              | ア) 30分まで                                        | 11,000  |
|              | イ) 30分を超えるときは30分又はその端数を増すごとに追加料金                | 5,500   |
|              |                                                 |         |
|              | 女性の心と体の健康外来に係る料金                                |         |
|              | ア) 相談料                                          | 5,500   |
|              | イ) 検査料                                          | （1）で得た額 |
|              | ウ) 画像診断料                                        |         |
|              | エ) 投薬料                                          |         |
|              |                                                 |         |
|              | 母乳外来に係る料金                                       |         |
|              | ア) 母乳外来料                                        | 2,933   |
|              | イ) 院外出産者加算（初回のみ）                                | 2,970   |
|              | ウ) 母乳、子育て等相談加算（30分以上の場合）                        | 1,870   |
|              | エ) トラブル処理加算（乳房・乳頭マッサージ等）                        | 2,200   |
|              | オ) 予約なし加算                                       | 1,100   |
|              | カ) 時間外加算                                        | 2,200   |
|              |                                                 |         |
|              | loare HOMEによる自己観圧測定                             |         |
|              | ア) カウンセリング料                                     | 5,500   |
|              | イ) 事前検査料                                        | 5,500   |
|              | ウ) 自己測定費用（2泊3日機器レンタル料）                          | 11,330  |
|              | エ) 消耗品費用（ディスプレイプロンプト アイケアHOME用）                 | 7,920   |
|              |                                                 |         |
|              | リンパ浮腫ケア料                                        |         |
|              | ア) 1時間まで                                        | 5,500   |
|              | イ) 1時間を超えるときは30分又はその端数を増すごとに追加料金                | 2,200   |
|              | ウ) ケア材料の料金                                      |         |
|              | 筒状包帯 6cm×20m 1巻につき                              | 1,540   |
|              | 筒状包帯 8cm×20m 1巻につき                              | 1,760   |
|              | 筒状包帯 10cm×20m 1巻につき                             | 2,046   |
|              | パッチング包帯 10cm×3m 1巻につき                           | 212     |
|              | パッチング包帯 15cm×3m 1巻につき                           | 286     |
|              | ガーゼ包帯 4cm×4m 1巻につき                              | 57      |
|              | ガーゼ包帯 6cm×4m 1巻につき                              | 70      |
|              | ショートストレッチ包帯 6cm×5m 1巻につき                        | 572     |
|              | ショートストレッチ包帯 8cm×5m 1巻につき                        | 726     |
|              | ショートストレッチ包帯 10cm×5m 1巻につき                       | 880     |
|              | ショートストレッチ包帯 12cm×5m 1巻につき                       | 1,056   |
|              | ショートストレッチ包帯 20cm×5m 1巻につき                       | 1,100   |
|              | ウレタンシート 40cm×40cm 1セットにつき                       | 968     |

# 保険外療養に係る諸料金一覧

| 諸 | 料 | 金 | 内 | 容                                          | 料金（税込）  |
|---|---|---|---|--------------------------------------------|---------|
|   |   |   |   | ウレタンシート 0.5cm×13cm×2m 1枚につき                | 242     |
|   |   |   |   | 不織布テープ 25mm×9.1m 1巻につき                     | 63      |
|   |   |   |   | <b>各種検査料</b>                               |         |
|   |   |   |   | ア) 術後乳がん遺伝子検査（再発予測検査）に係る料金                 | 450,186 |
|   |   |   |   | イ) 被ばく線量検査料                                | 10,476  |
|   |   |   |   | ウ) 抗HLA抗体検査に係る料金                           |         |
|   |   |   |   | 抗HLA抗体ClassⅠスクリーニング（試薬を除く）                 | 4,400   |
|   |   |   |   | 抗HLA抗体ClassⅡスクリーニング（試薬を除く）                 | 4,400   |
|   |   |   |   | 抗HLA抗体ClassⅠ 同定（試薬を除く）                     | 4,400   |
|   |   |   |   | 抗HLA抗体ClassⅡ 同定（試薬を除く）                     | 4,400   |
|   |   |   |   | ICFAクロスマッチ（試薬を除く）                          | 7,700   |
|   |   |   |   | エ) 遺伝性腫瘍遺伝子検査に係る料金                         |         |
|   |   |   |   | HBOC スクリーニング                               | 229,900 |
|   |   |   |   | MMRスクリーニング                                 | 145,200 |
|   |   |   |   | APCスクリーニング                                 | 108,900 |
|   |   |   |   | TP53スクリーニング                                | 108,900 |
|   |   |   |   | PTENスクリーニング                                | 108,900 |
|   |   |   |   | MEN1スクリーニング                                | 99,000  |
|   |   |   |   | MEN2スクリーニング                                | 50,600  |
|   |   |   |   | シングルサイト1サイト                                | 38,500  |
|   |   |   |   | シングルサイト2サイト                                | 57,200  |
|   |   |   |   | シングルサイト3サイト                                | 74,800  |
|   |   |   |   | CancerNext（36遺伝子）                          | 430,100 |
|   |   |   |   | CancerNext(-)BRCA（34遺伝子）                   | 357,500 |
|   |   |   |   | BRCANext（18遺伝子）                            | 312,400 |
|   |   |   |   | BRCANext(-)BRCA（16遺伝子）                     | 288,200 |
|   |   |   |   | BRCANext-Expanded（23遺伝子）                   | 348,700 |
|   |   |   |   | BRCANext-Expanded(-)BRCA（21遺伝子）            | 300,300 |
|   |   |   |   | ColoNext(20遺伝子)                            | 320,100 |
|   |   |   |   | ProstateNext（14遺伝子）                        | 305,800 |
|   |   |   |   | PancNext（13遺伝子）                            | 300,300 |
|   |   |   |   | BrainTumorNext（29遺伝子）                      | 368,500 |
|   |   |   |   | Melanoma Next（9遺伝子）                        | 276,100 |
|   |   |   |   | RenalNext（20遺伝子）                           | 330,000 |
|   |   |   |   | PGLNext（14遺伝子）                             | 295,900 |
|   |   |   |   | CancerNext-Expanded（77遺伝子）                 | 651,200 |
|   |   |   |   | CustomNEXT-Cancer（1～91遺伝子）                 | 257,400 |
|   |   |   |   | 1遺伝子増すごとに                                  | 6,050   |
|   |   |   |   | Specific Site Analysis(Ambry)（1～3/バリエーション） | 45,100  |
|   |   |   |   | 3/バリエーション又はその端数を増すごとに                      | 42,350  |
|   |   |   |   | Specific Site Analysis(Other)（1～3/バリエーション） | 63,800  |
|   |   |   |   | 3/バリエーション又はその端数を増すごとに                      | 60,500  |
|   |   |   |   | オ) がん遺伝子検査相談料（1時間まで）                       | 33,000  |
|   |   |   |   | がん遺伝子検査相談料（30分またはその端数を増すごとに）               | 5,500   |
|   |   |   |   | カ) がん遺伝子検査（PleSSision）に係る料金                |         |
|   |   |   |   | プレジジョン（PleSSision）検査（1回につき）（前納）            | 765,600 |
|   |   |   |   | 検査中止時の費用（病理品質検査後中止の場合） ※返金額：608,300円       | 157,300 |
|   |   |   |   | 検査中止時の費用（ライブラリ作製後中止の場合） ※返金額：465,300円      | 300,300 |
|   |   |   |   | キ) ヒト遺伝学的検査に係る料金                           |         |
|   |   |   |   | 内分泌パネル1（副腎疾患）遺伝子検査                         | 75,900  |
|   |   |   |   | 内分泌パネル2（成長障害）遺伝子検査                         | 75,900  |
|   |   |   |   | 内分泌パネル3（46,XY性分化疾患）遺伝子検査                   | 75,900  |
|   |   |   |   | 内分泌パネル4（性成熟疾患）遺伝子検査                        | 75,900  |
|   |   |   |   | 内分泌パネル5（下垂体機能障害）遺伝子検査                      | 75,900  |
|   |   |   |   | 内分泌パネル6（糖代謝異常症）遺伝子検査                       | 75,900  |
|   |   |   |   | 内分泌パネル7（原発性電解質異常症）遺伝子検査                    | 82,800  |
|   |   |   |   | 内分泌パネル8（卵巣機能不全症）遺伝子検査                      | 75,900  |
|   |   |   |   | 常染色体優性多発性囊胞腎遺伝子検査                          | 82,800  |
|   |   |   |   | 骨形成不全症遺伝子検査                                | 75,900  |
|   |   |   |   | 骨端異形成症遺伝子検査                                | 75,900  |
|   |   |   |   | ヒルビン酸脱水素酵素複合体欠損症遺伝子検査                      | 75,900  |
|   |   |   |   | アルカプトン尿症遺伝子検査                              | 62,100  |
|   |   |   |   | 稀な骨粗鬆症遺伝子検査                                | 75,900  |
|   |   |   |   | X連鎖性遺伝性水頭症遺伝子検査                            | 62,100  |
|   |   |   |   | 遺伝性低リン血症性くる病遺伝子検査                          | 75,900  |
|   |   |   |   | 遺伝性副甲状腺機能亢進症遺伝子検査                          | 75,900  |
|   |   |   |   | 遺伝性肺高血圧症遺伝子検査                              | 75,900  |
|   |   |   |   | レッシュ・ナイハン症候群遺伝子検査                          | 62,100  |
|   |   |   |   | 高チロシン血症遺伝子検査                               | 62,100  |
|   |   |   |   | 乳脳症・裂脳症遺伝子検査                               | 62,100  |
|   |   |   |   | クリスタリン網膜症遺伝子検査                             | 62,100  |
|   |   |   |   | Cantu症候群遺伝子検査                              | 62,100  |
|   |   |   |   | 血友病遺伝子検査                                   | 62,100  |
|   |   |   |   | 反復発作性運動失調症遺伝子検査                            | 62,100  |
|   |   |   |   | 家族性片麻痺性片頭痛遺伝子検査                            | 62,100  |
|   |   |   |   | グルコース-6-リン酸脱水素酵素欠乏症遺伝子検査                   | 62,100  |
|   |   |   |   | レット症候群遺伝子検査                                | 62,100  |
|   |   |   |   | がん関連シングルサイト解析（1箇所）                         | 17,270  |
|   |   |   |   | がん関連シングルサイト解析（2箇所）                         | 20,900  |
|   |   |   |   | がん関連シングルサイト解析（3箇所）                         | 25,190  |
|   |   |   |   | がん関連シングルサイト解析（4箇所）                         | 28,600  |
|   |   |   |   | がん関連シングルサイト解析（5箇所）                         | 31,900  |
|   |   |   |   | sanger法による単一エクソン解析（1箇所）                    | 25,080  |
|   |   |   |   | sanger法による単一エクソン解析（2箇所）                    | 39,490  |
|   |   |   |   | sanger法による単一エクソン解析（3箇所）                    | 55,220  |
|   |   |   |   | sanger法による単一エクソン解析（4箇所）                    | 66,000  |
|   |   |   |   | sanger法による単一エクソン解析（5箇所）                    | 81,140  |
|   |   |   |   | BHD症候群遺伝子検査                                | 62,100  |
|   |   |   |   | Dubin-Johnson症候群およびRotor症候群遺伝子検査           | 62,100  |
|   |   |   |   | 家族性海綿状血管腫遺伝子検査                             | 62,100  |
|   |   |   |   | APRT欠損症遺伝子検査                               | 62,100  |
|   |   |   |   | カムラティ・エンゲルマン症候群遺伝子検査                       | 62,100  |
|   |   |   |   | 遺伝性副甲状腺機能低下症遺伝子検査                          | 75,900  |

# 保険外療養に係る諸料金一覧

| 諸 | 料 | 金 | 内 | 容                                   | 料金（税込） |
|---|---|---|---|-------------------------------------|--------|
|   |   |   |   | Stickler症候群遺伝子検査                    | 62,100 |
|   |   |   |   | メイ・ヘグリン異常症遺伝子検査                     | 62,100 |
|   |   |   |   | 無虹彩症遺伝子検査                           | 62,100 |
|   |   |   |   | 肢先端脳梁症候群遺伝子検査                       | 62,100 |
|   |   |   |   | Nager症候群遺伝子検査                       | 62,100 |
|   |   |   |   | シュプリンツェン・ゴールドバーク症候群遺伝子検査            | 62,100 |
|   |   |   |   | 低汗性外胚葉形成不全症遺伝子検査                    | 62,100 |
|   |   |   |   | 3-ヒドロキシ-3-メチルグルタルル CoA 合成酵素欠損症遺伝子検査 | 62,100 |
|   |   |   |   | 家族性若年性高尿酸血症性腎症遺伝子検査                 | 62,100 |
|   |   |   |   | 骨バジエット病遺伝子検査                        | 62,100 |
|   |   |   |   | ワールデンブルグ症候群遺伝子検査                    | 75,900 |
|   |   |   |   | 軟骨毛髪低形成症遺伝子検査                       | 62,100 |
|   |   |   |   | コケイン症候群遺伝子検査                        | 62,100 |
|   |   |   |   | ゼーツレコツェン症候群遺伝子検査                    | 62,100 |
|   |   |   |   | パリストアーホール症候群遺伝子検査                   | 62,100 |
|   |   |   |   | トリーチャー・コリンズ症候群遺伝子検査                 | 62,100 |
|   |   |   |   | DYM遺伝子検査                            | 62,100 |
|   |   |   |   | 遺伝性平滑筋腫症及び腎細胞癌症候群遺伝子検査              | 62,100 |
|   |   |   |   | コーエン症候群遺伝子検査                        | 62,100 |
|   |   |   |   | PLA2G6関連神経変性症遺伝子検査                  | 62,100 |
|   |   |   |   | 先天性腎尿路異常遺伝子検査                       | 75,900 |
|   |   |   |   | 常染色体劣性多発性嚢胞腎遺伝子検査                   | 62,100 |
|   |   |   |   | 混合性マロン酸およびメチルマロン酸尿症遺伝子検査            | 62,100 |
|   |   |   |   | エリス・ファンクレフェルト症候群遺伝子検査               | 62,100 |
|   |   |   |   | 基底細胞母斑症候群（コーリン症候群）遺伝子検査             | 62,100 |
|   |   |   |   | シュベール症候群遺伝子検査                       | 75,900 |
|   |   |   |   | 多発性軟骨性外骨腫症遺伝子検査                     | 62,100 |
|   |   |   |   | 先天性フィブリノーゲン欠損症遺伝子検査                 | 62,100 |
|   |   |   |   | ウィーデマン・スタイナー症候群遺伝子検査                | 62,100 |
|   |   |   |   | MICPCH症候群（CASK異常症）遺伝子検査             | 62,100 |
|   |   |   |   | 屈曲肢形成症遺伝子検査                         | 62,100 |
|   |   |   |   | 遺伝性ヘモクロマトーシス遺伝子検査                   | 62,100 |
|   |   |   |   | ヘルマンスキー・バドラック症候群遺伝子検査               | 75,900 |
|   |   |   |   | 進行性骨化性線維異形成症遺伝子検査                   | 62,100 |
|   |   |   |   | 先天性甲状腺機能低下症遺伝子検査                    | 75,900 |
|   |   |   |   | バルデー・ビードル症候群遺伝子検査                   | 75,900 |
|   |   |   |   | 骨関連シリオパチー遺伝子検査                      | 75,900 |
|   |   |   |   | Renal tubular dysgenesis遺伝子検査       | 62,100 |
|   |   |   |   | 遺伝性関節拘縮症遺伝子検査                       | 75,900 |
|   |   |   |   | ラーセン症候群遺伝子検査                        | 62,100 |
|   |   |   |   | クラリーノ症候群遺伝子検査                       | 62,100 |
|   |   |   |   | βサラセミア遺伝子検査                         | 62,100 |
|   |   |   |   | ハートナップ病遺伝子検査                        | 62,100 |
|   |   |   |   | フルクトース-1,6-ビスホスファターゼ欠損症遺伝子検査        | 62,100 |
|   |   |   |   | ウェルナー症候群遺伝子検査                       | 75,900 |
|   |   |   |   | 腎性低尿酸血症遺伝子検査                        | 62,100 |
|   |   |   |   | 遺伝性ブチリルコリンエステラーゼ欠損症遺伝子検査            | 62,100 |
|   |   |   |   | 過成長症候群遺伝子検査                         | 75,900 |
|   |   |   |   | 先天性中極性低換気症候群遺伝子検査                   | 70,950 |
|   |   |   |   | Holt-Oram症候群遺伝子検査                   | 75,900 |
|   |   |   |   | ガラクトース血症遺伝子検査                       | 62,100 |
|   |   |   |   | 先天性全身性脂肪萎縮症遺伝子検査                    | 62,100 |
|   |   |   |   | 睡眠関連過運動でんかん遺伝子検査                    | 75,900 |
|   |   |   |   | 先天性側弯・脊椎肋骨異常症遺伝子検査                  | 75,900 |
|   |   |   |   | PURA関連神経発達異常症遺伝子検査                  | 62,100 |
|   |   |   |   | GRIN2B関連神経発達異常症遺伝子検査                | 62,100 |
|   |   |   |   | DICER1症候群遺伝子検査                      | 62,100 |
|   |   |   |   | ロビノワ症候群遺伝子検査                        | 62,100 |
|   |   |   |   | 近位指節癒合症遺伝子検査                        | 62,100 |
|   |   |   |   | DDX3X関連神経発達異常症遺伝子検査                 | 62,100 |
|   |   |   |   | ASXL異常症遺伝子検査                        | 62,100 |
|   |   |   |   | 進行性白質脳症遺伝子検査                        | 75,900 |
|   |   |   |   | 家族性大動脈弁上狭窄症遺伝子検査                    | 62,100 |
|   |   |   |   | Raynaud-Claes症候群遺伝子検査               | 62,100 |
|   |   |   |   | 膿瘍性乾癬遺伝子検査                          | 62,100 |
|   |   |   |   | Dent病 Lowe症候群遺伝子検査                  | 62,100 |
|   |   |   |   | 遺伝性尿管管性アシドーシス遺伝子検査                  | 62,100 |
|   |   |   |   | 巨脳症-毛細血管奇形症候群遺伝子検査                  | 62,100 |
|   |   |   |   | シスチン尿症遺伝子検査                         | 62,100 |
|   |   |   |   | 小児四肢疼痛発作症遺伝子検査                      | 62,100 |
|   |   |   |   | 先天性乏毛症・綿毛症遺伝子検査                     | 62,100 |
|   |   |   |   | 骨溶解症遺伝子検査                           | 75,900 |
|   |   |   |   | 眼歯指異形成症遺伝子検査                        | 62,100 |
|   |   |   |   | 皮膚下嚢胞をもつ大頭型白質脳症遺伝子検査                | 62,100 |
|   |   |   |   | エメリー・ドレイフス型筋ジストロフィー遺伝子検査            | 75,900 |
|   |   |   |   | 原発性弱出不全遺伝子検査                        | 62,100 |
|   |   |   |   | 偽性副甲状腺機能低下症遺伝子検査                    | 62,100 |
|   |   |   |   | 先天性鉄剤不応性鉄欠乏性貧血遺伝子検査                 | 62,100 |
|   |   |   |   | クラチン症性魚鱗癬遺伝子検査                      | 62,100 |
|   |   |   |   | 道化師様魚鱗癬遺伝子検査                        | 62,100 |
|   |   |   |   | 常染色体潜性遺伝性魚鱗癬遺伝子検査                   | 75,900 |
|   |   |   |   | 魚鱗癬症候群遺伝子検査                         | 75,900 |
|   |   |   |   | 褐色細胞腫・パラガングリオーマ遺伝子検査                | 75,900 |
|   |   |   |   | 遺伝性血小板異常症遺伝子検査                      | 75,900 |
|   |   |   |   | 掌蹼角化症遺伝子検査                          | 62,100 |
|   |   |   |   | 先天性爪甲肥厚症遺伝子検査                       | 82,800 |
|   |   |   |   | マリネスコ・シェーグレン症候群遺伝子検査                | 62,100 |
|   |   |   |   | 滑脳症遺伝子検査                            | 82,800 |
|   |   |   |   | 悪性高熱症遺伝子検査                          | 62,100 |
|   |   |   |   | 遺伝性球状赤血球症遺伝子検査                      | 62,100 |
|   |   |   |   | 家族性偽高カリウム血症遺伝子検査                    | 62,100 |
|   |   |   |   | バーター・ギッテルマン症候群遺伝子検査                 | 82,800 |
|   |   |   |   | インプリンティング疾患解析パネル遺伝子検査               | 75,900 |
|   |   |   |   | 第XIII因子欠乏症遺伝子検査                     | 62,100 |
|   |   |   |   | 変動性・対称性紅斑角皮症遺伝子検査                   | 75,900 |
|   |   |   |   | ILNEB症候群遺伝子検査                       | 62,100 |
|   |   |   |   | クリッパル・ファイル症候群遺伝子検査                  | 75,900 |

# 保険外療養に係る諸料金一覧

| 諸 料 金 内 容          |                                | 料金（税込）  |
|--------------------|--------------------------------|---------|
|                    | アップショー・シュールマン症候群遺伝子検査          | 62,100  |
|                    | 腎椎骨端異形成症遺伝子検査                  | 75,900  |
|                    | 神経発達障害症候群遺伝子検査                 | 75,900  |
|                    | 原発性小頭症遺伝子検査                    | 75,900  |
| ク)                 | 遺伝性腫瘍パネル検査に係る料金                |         |
|                    | 遺伝性腫瘍パネル検査（27遺伝子）              | 302,500 |
|                    | BRCA1/2遺伝子を除く遺伝性腫瘍パネル検査（25遺伝子） | 280,500 |
|                    | 乳癌に関する遺伝子パネル検査（19遺伝子）          | 280,500 |
|                    | 乳癌に関する高/中リスク遺伝子パネル検査（9遺伝子）     | 236,500 |
|                    | 婦人科癌に関する遺伝子パネル検査（11遺伝子）        | 236,500 |
|                    | 乳癌/婦人科癌に関する遺伝子パネル検査（25遺伝子）     | 280,500 |
|                    | 大腸癌に関する高リスク遺伝子パネル検査（7遺伝子）      | 236,500 |
|                    | 大腸癌に関するパネル検査（22遺伝子）            | 280,500 |
|                    | 内分泌癌に関するパネル検査（13遺伝子）           | 236,500 |
|                    | 脳・中枢神経系腫瘍遺伝子パネル検査（17遺伝子）       | 280,500 |
|                    | 肺癌に関する遺伝子パネル検査（14遺伝子）          | 236,500 |
|                    | 腎細胞癌に関する遺伝子パネル検査（19遺伝子）        | 280,500 |
|                    | ACTRisk（67遺伝子）                 | 293,700 |
|                    | ACTRisk Care（31遺伝子）            | 200,200 |
| ケ)                 | 遺伝子変異解析検査に係る料金                 |         |
|                    | 血縁者向け 遺伝子変異解析検査（1変異）           | 42,900  |
|                    | 血縁者向け 遺伝子変異解析検査（2変異）           | 62,760  |
|                    | 血縁者向け 遺伝子変異解析検査（3変異）           | 82,500  |
| コ)                 | 腎臓小脳変性症の遺伝子解析に係る料金             |         |
|                    | SCA1                           | 21,120  |
|                    | SCA2                           | 21,120  |
|                    | SCA3（MJD）                      | 21,120  |
|                    | SCA6                           | 21,120  |
|                    | SCA7                           | 21,120  |
|                    | SCA10                          | 21,120  |
|                    | SCA12                          | 21,120  |
|                    | SCA17                          | 21,120  |
|                    | DRPLA                          | 21,120  |
| サ)                 | 造血幹細胞移植に係るHLA遺伝子型タイピング         |         |
|                    | HLA-A,B,DR+C遺伝子型（標準コース）        | 49,940  |
|                    | HLA-A,B,DR+C遺伝子型（至急コース）        | 59,510  |
|                    | HLA-DQB1,DPB1 各遺伝子型（標準コース）     | 18,040  |
|                    | HLA-DQB1,DPB1 各遺伝子型（至急コース）     | 21,340  |
| <b>産後・生後健診料</b>    |                                |         |
| ア)                 | 産後2週間健診（非課税）                   | 5,000   |
| イ)                 | 産後一ヶ月健診（非課税）                   | 5,000   |
| ウ)                 | 生後一ヶ月健診                        | 5,500   |
| <b>産科における各種検査料</b> |                                |         |
| ア)                 | 健康診断料（妊婦検診料に限る。） 1回（非課税）       | 2,500   |
| イ)                 | 超音波検査自己負担料（妊婦健康診査受診時に限る。）（非課税） | 3,000   |
| ウ)                 | X連鎖性遺伝性水頭症の出生前遺伝子診断検査料         | 53,900  |
|                    | 上記の他、次の診療費用が必要となります            |         |
|                    | 基本診療料                          | （1）で得た額 |
|                    | 検査料及び画像診断料                     |         |
|                    | 投薬料及び注射料                       |         |
|                    | 食事療養費                          |         |
| エ)                 | 母体血を用いた出生前胎児の診断検査              | 99,000  |
| オ)                 | 出生前遺伝学的検査料                     |         |
|                    | サンガー法による単一遺伝子疾患 セットアップ料 1回につき  | 77,000  |
|                    | サンガー法による単一遺伝子疾患 本検査料 1回につき     | 77,000  |
| カ)                 | 流産検体の染色体検査に係る料金                |         |
|                    | 羊水染色体検査（単胎）                    | 58,212  |
|                    | 羊水染色体検査（双胎）                    | 104,412 |
|                    | 流産検体染色体検査（単胎）                  | 46,662  |
|                    | 流産検体染色体検査（双胎）                  | 92,862  |
|                    | 胎盤絨毛（CVS）染色体検査（単胎）             | 63,987  |
|                    | 胎盤絨毛（CVS）染色体検査（双胎）             | 115,962 |
|                    | 末梢血染色体検査                       | 26,400  |
|                    | マイクロアレイ検査（HDアレイ）               | 156,000 |
|                    | マイクロアレイ検査（Optimaアレイ）           | 113,000 |
|                    | FISH法検査（5フロー）                  | 33,000  |
| キ)                 | 着床前遺伝学的検査料                     |         |
|                    | PGT-Mセットアップ料 1回につき             | 414,700 |
|                    | PGT-M解析料 1回につき                 | 171,600 |
| <b>処置及び手術料</b>     |                                |         |
| ア)                 | 子宮内リング挿入料（リング代共）               | 33,000  |
| イ)                 | 子宮内リング除去料                      | 16,500  |
| ウ)                 | 保険適用外の不妊治療                     |         |
|                    | 一般不妊治療相談料 1回につき                | 5,500   |
|                    | 人工授精                           | 23,100  |
|                    | 生殖補助医療相談料 1回につき                | 5,500   |
|                    | 採卵術                            |         |
|                    | 1個の場合                          | 100,100 |
|                    | 2個から9個までの場合                    | 100,100 |
|                    | 6個から9個までの場合                    | 122,100 |
|                    | 10個以上の場合                       | 143,000 |
|                    | 体外受精                           | 51,700  |
|                    | 顕微授精                           |         |
|                    | 1個の場合                          | 58,300  |
|                    | 2個から9個までの場合                    | 82,500  |
|                    | 6個から9個までの場合                    | 121,000 |
|                    | 10個以上の場合                       | 155,100 |
|                    | 受精卵・胚培養                        |         |
|                    | 1個の場合                          | 90,200  |
|                    | 2個から9個までの場合                    | 90,200  |
|                    | 6個から9個までの場合                    | 102,300 |
|                    | 10個以上の場合                       | 127,600 |
|                    | 胚盤胞培養                          |         |
|                    | 1個の場合                          | 31,900  |

保険外療養に係る諸料金一覧

| 諸 料 金 内 容                                                                                                                                                                                                                                       |                                                        | 料金（税込）    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 2個から5個までの場合                                            | 31,900    |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 6個から9個までの場合                                            | 31,900    |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 10個以上の場合                                               | 36,300    |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 胚凍結保存管理料（導入時）                                          |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 1個の場合                                                  | 77,000    |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 2個から5個までの場合                                            | 84,700    |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 6個から9個までの場合                                            | 124,300   |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 10個以上の場合                                               | 157,300   |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 胚凍結保存維持管理料 1年につき                                       | 42,900    |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 胚移植術                                                   |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 新鮮胚移植の場合                                               | 107,800   |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 凍結・融解胚移植の場合                                            | 162,800   |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 胚移植術（高濃度ヒアルロン酸含有培養液）                                   |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 新鮮胚移植の場合                                               | 119,900   |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 凍結・融解胚移植の場合                                            | 174,900   |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 上記の他、次の診療費用が必要となります                                    | （1）で得た額   |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 基本診療料                                                  |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 検査料及び画像診断料                                             |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 投薬料及び注射料                                               |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 食事療養費                                                  |           |
| エ）                                                                                                                                                                                                                                              | リスク低減手術                                                |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 乳房切除（片側）                                               |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 入院7日まで                                                 | 605,000   |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 入院8日目で降                                                | （1）で得た額   |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 乳房切除（両側）                                               |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 入院7日まで                                                 | 814,000   |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 入院8日目で降                                                | （1）で得た額   |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 卵巣卵管切除                                                 |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 入院8日まで                                                 | 880,000   |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 入院9日目で降                                                | （1）で得た額   |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 子宮及び卵巣卵管切除                                             |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 入院8日まで                                                 | 1,210,000 |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 入院9日目で降                                                | （1）で得た額   |
| オ）                                                                                                                                                                                                                                              | 保険適用外の乳房切除に伴う乳房再建術                                     |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 組織拡張器挿入                                                |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 乳房切除と同時挿入の場合（両側）                                       |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 入院14日まで                                                | 1,485,000 |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 入院15日目で降                                               | （1）で得た額   |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 人工乳房による再建                                              |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 乳房切除と同時再建の場合（両側）                                       |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 入院14日まで                                                | 1,694,000 |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 入院15日目で降                                               | （1）で得た額   |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 再建のみの場合（両側）                                            |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 入院7日まで                                                 | 1,221,000 |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 入院8日目で降                                                | （1）で得た額   |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 自家組織による再建                                              |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | お腹の組織を移植する場合（両側）                                       |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 入院14日まで                                                | 3,124,000 |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 入院15日目で降                                               | （1）で得た額   |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 背中の組織を移植する場合（片側）                                       |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 入院14日まで                                                | 1,452,000 |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 入院15日目で降                                               | （1）で得た額   |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 上記の他、次の診療費用が必要となります                                    |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 術前術後の一連の外来                                             | （1）で得た額   |
| カ）                                                                                                                                                                                                                                              | 乳房超音波検査                                                | 7,810     |
| キ）                                                                                                                                                                                                                                              | 子宮頸管縫縮術                                                |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | （開腹の場合）                                                |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 入院9日まで                                                 | 726,000   |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 入院10日目で降                                               | （1）で得た額   |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | （腹腔鏡下の場合）                                              |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 入院6日まで                                                 | 726,000   |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 入院7日目で降                                                | （1）で得た額   |
| ク）                                                                                                                                                                                                                                              | プロウベス腫瘍剤10mg 1個（非課税）                                   | 25,000    |
| ケ）                                                                                                                                                                                                                                              | 白斑に対するミニグラフト術 1回につき                                    |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 20ヶ所まで                                                 | 44,220    |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 以降10ヶ所ごとに追加料金                                          | 11,000    |
| コ）                                                                                                                                                                                                                                              | 巻き爪治療                                                  |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 相談料（初回診察のみ）                                            | 3,168     |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 相談料（2回目以降）                                             | 814       |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 巻き爪マイスターによるもの 1趾につき                                    | 8,140     |
| 分娩介助料（非課税）                                                                                                                                                                                                                                      |                                                        |           |
| ア）                                                                                                                                                                                                                                              | 分娩介助料（平日診療時間内）                                         | 380,000   |
| イ）                                                                                                                                                                                                                                              | 分娩介助料（診療時間外及び土曜日、日曜日、休日等）                              | 460,000   |
| ウ）                                                                                                                                                                                                                                              | 分娩介助料（深夜）                                              | 480,000   |
| エ）                                                                                                                                                                                                                                              | 1児を超えるときは1児増すごとに（平日診療時間内）                              | 304,000   |
| オ）                                                                                                                                                                                                                                              | 1児を超えるときは1児増すごとに（診療時間外及び土曜日、日曜日、休日等）                   | 368,000   |
| カ）                                                                                                                                                                                                                                              | 1児を超えるときは1児増すごとに（深夜）                                   | 384,000   |
| ※区分については、以下のとおりとする。<br>・平日診療時間内：月曜日から金曜日まで（国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）に規定する休日及び12月29日から翌年の1月3日までの日（以下「休日等」という。）を除く。）の午前8時30分から午後5時までの間<br>・診療時間外及び土曜日、日曜日、休日等：午後5時（土曜日、日曜日、休日等）にあっては午前8時30分）から午後10時までの間及び午前6時から午前8時30分までの間<br>・深夜：午後10時から午前6時までの間 |                                                        |           |
| 新生児に係る検診及び入院（非課税）                                                                                                                                                                                                                               |                                                        |           |
| ア）                                                                                                                                                                                                                                              | 新生児介補料 1日につき                                           | 3,810     |
| イ）                                                                                                                                                                                                                                              | 先天性代謝異常検査採血料 1回                                        | 2,800     |
| ウ）                                                                                                                                                                                                                                              | 新生児オプショナルスクリーニング検査料（ファブリー病、ボンバ病、ゴーシェ病、ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型） | 2,600     |
| エ）                                                                                                                                                                                                                                              | 新生児聴覚検査料                                               |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 自動聴性脳幹反応検査（ＡＡＢＲ）による初回検査及び確認検査                          | 5,500     |
| オ）                                                                                                                                                                                                                                              | 胆道閉鎖症のスクリーニングにおける新生児ビリルビン検査料                           | 1,660     |
| カ）                                                                                                                                                                                                                                              | ケイツーシロップ                                               |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 13回分                                                   | 500       |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | 追加1回分につき                                               | 50        |
| キ）                                                                                                                                                                                                                                              | エコリシン眼軟膏 1回につき                                         | 160       |
| メフィーゴバックによる人工妊娠中絶に係る料金                                                                                                                                                                                                                          |                                                        | 196,900   |

# 保険外療養に係る諸料金一覧

| 諸料金内 容                       |  | 料金（税込）   |
|------------------------------|--|----------|
| 死亡時画像診断（AⅠ）に係る料金             |  |          |
| 死亡時画像診断料                     |  | 38,500   |
| ※上記の他、状態に応じて 外傷全身CT加算        |  | 17,600   |
| 歯科領域の諸料金                     |  |          |
| 歯科自由 初診料 及び 再診料              |  | （1）で得た額  |
| 時間帯別加算                       |  |          |
| 年齢加算                         |  |          |
| （全科共通）                       |  |          |
| 歯科ドック専門外来                    |  | 16,830   |
| 紹介状作成                        |  | 3,300    |
| 相談料・指導料・メンテナンス料              |  |          |
| 口腔衛生相談指導料（歯周疾患）              |  | 10,241   |
| 補綴/口腔感覚相談料（咬合違和感など） 15分毎     |  | 1,100    |
| 口腔衛生指導料                      |  | 5,725    |
| 口腔清掃指導料                      |  | 1,628    |
| 刷牙指導料                        |  | 3,844    |
| 習慣矯正指導料                      |  | 5,044    |
| 口腔メンテナンス料                    |  | 3,300    |
| 検査料                          |  |          |
| 口腔内写真撮影（1回の撮影につき、枚数無関係）      |  | 3,300    |
| 歯科用顕微鏡による検査（根管治療以外で診査のみ行う場合） |  | 11,550   |
| 唾液分泌機能検査                     |  | 10,670   |
| 唾液検査                         |  | 5,500    |
| 下顎運動機能検査                     |  | 16,610   |
| 咀嚼能力検査                       |  |          |
| グルコース溶出量測定                   |  | 2,640    |
| 下顎運動測定                       |  | 4,840    |
| 咀嚼能力検査 下顎運動測定&グルコース          |  | 6,600    |
| 咬合接触状態検査                     |  |          |
| デンタルプレスケール                   |  | 4,400    |
| T-Scan                       |  | 5,500    |
| バイトアイ                        |  | 4,400    |
| その他（シリコン系材料での記録等）            |  |          |
| 単純                           |  | 814      |
| 複雑                           |  | 1,628    |
| 舌圧測定                         |  | 2,200    |
| フェイスボウトランスファー                |  | 4,400    |
| ゴシックアーチ                      |  | 4,180    |
| チェックバイト顎路調整                  |  | 4,400    |
| 金属アレルギー検査料（1試料分）             |  | 3,399    |
| 診断料                          |  |          |
| 写真診断料                        |  | 5,735    |
| 習癖テスト料（口呼吸、舌習癖）              |  | 4,829    |
| 処置料                          |  |          |
| 機械的歯面清掃                      |  | 2,755    |
| 予防処置                         |  |          |
| 歯面塗布料                        |  | 2,708    |
| 歯面塗布料（家庭管理）                  |  | 4,242    |
| 咬合調整（1歯につき）                  |  | 1,100    |
| オーラルスクリーン料（装着料含む）            |  | 29,563   |
| オーラルスクリーン監視料                 |  | 4,510    |
| 装置料、装置修理・調整料                 |  |          |
| 簡易型マウスガード                    |  | 5,463    |
| マウスガード（二層型）                  |  | 12,100   |
| マウスガード（マウスプロテクター）            |  | 22,497   |
| マウスガード調整料（1回につき）             |  | 1,100    |
| 口腔内装置料（スプリント）                |  | 26,400   |
| スプリント調整料（1回につき）              |  | 2,750    |
| 睡眠時無呼吸症候群治療用咬合床              |  | 52,234   |
| 嚥下補助床                        |  | 64,020   |
| 発音嚥下補助装置用金属床                 |  | 164,340  |
| 発音嚥下補助装置の付加料                 |  | 27,170   |
| 発音嚥下補助装置調整料                  |  | 3,630    |
| 金属スプリント（接着性、可撤式を含む。）         |  |          |
| 白金加金                         |  | 243,608  |
| チタン                          |  | 222,399  |
| その他の合金                       |  | 165,759  |
| 装置修理料（共通）                    |  | 各装置料の50% |
| 漂白                           |  |          |
| カウンセリング料                     |  | 3,960    |
| 失活歯歯牙漂白（1歯1回分）               |  | 1,540    |
| オフィスブリーチング（1歯分）              |  | 6,683    |
| オフィスブリーチ法 補足処置料（1歯・1回ごと）     |  | 2,200    |
| ホワイトコート（1歯分）                 |  | 2,420    |
| ホームブリーチング（1口腔1セット4回分）        |  | 31,790   |
| ホームブリーチング（1口腔1回分）            |  | 7,947    |
| ホームブリーチング延長料（1週間分の薬材料含む）     |  | 5,500    |
| タッチアップ料                      |  | 11,000   |
| 口臭                           |  |          |
| カウンセリング料（1時間まで）              |  | 3,850    |
| 口臭検査料                        |  |          |
| ガスセンサー、官能検査                  |  | 843      |
| ガスクロマト検査料                    |  | 5,159    |
| （保存領域）                       |  |          |
| 修復治療領域                       |  |          |
| う蝕診断料                        |  |          |
| リスク診断Ⅰ                       |  | 4,290    |
| リスク診断Ⅱ                       |  | 9,240    |
| 電気診断料                        |  | 3,766    |
| 知覚過敏処置（1歯につき）                |  | 550      |
| 歯髄覆罩処置料（直接・間接）               |  | 13,200   |
| う蝕処置料（1歯につき）                 |  | 550      |
| 歯冠修復料（充填）（保険適用外材料を使用）        |  |          |



# 保険外療養に係る諸料金一覧

| 諸 | 料 | 金 | 内 | 容                            | 料金（税込） |
|---|---|---|---|------------------------------|--------|
|   |   |   |   | 単純（1窩洞）                      | 5,500  |
|   |   |   |   | 複雑（1窩洞）                      | 11,000 |
|   |   |   |   | 歯冠修復料（インレー、アンレー）             |        |
|   |   |   |   | 白金加金                         |        |
|   |   |   |   | 大臼歯                          | 35,079 |
|   |   |   |   | 前歯・小臼歯                       | 33,911 |
|   |   |   |   | 金合金                          |        |
|   |   |   |   | 大臼歯                          | 34,435 |
|   |   |   |   | 前歯・小臼歯                       | 33,481 |
|   |   |   |   | 金バラ                          |        |
|   |   |   |   | 大臼歯                          | 26,735 |
|   |   |   |   | 前歯・小臼歯                       | 25,781 |
|   |   |   |   | チタン（前歯・小臼歯・大臼歯）              | 32,261 |
|   |   |   |   | ハイブリットセラミックレジンインレー           | 30,967 |
|   |   |   |   | CAD/CAMオールセラミック              | 53,900 |
|   |   |   |   | オールセラミック                     | 45,760 |
|   |   |   |   | 隣接面加算料（1面）                   | 10,785 |
|   |   |   |   | 咬頭被覆料                        | 12,597 |
|   |   |   |   | 根管治療領域                       |        |
|   |   |   |   | 断髄処置料                        | 24,200 |
|   |   |   |   | 根管治療（根管穿孔処置料等含む、逆根管充填の場合も含む） |        |
|   |   |   |   | 前歯                           | 41,800 |
|   |   |   |   | 小臼歯                          | 68,200 |
|   |   |   |   | 大臼歯                          | 93,500 |
|   |   |   |   | 根管内細菌嫌気培養検査                  |        |
|   |   |   |   | 培養検査                         | 2,640  |
|   |   |   |   | ＋感受性試験                       | 4,840  |
|   |   |   |   | 歯根破折の確認                      |        |
|   |   |   |   | 非外科的確認（1歯につき）                | 11,000 |
|   |   |   |   | 外科的確認（1歯につき）                 | 34,100 |
|   |   |   |   | 歯周治療領域                       |        |
|   |   |   |   | 歯周疾患診断料                      | 10,235 |
|   |   |   |   | 歯周疾患管理料                      |        |
|   |   |   |   | 初診時                          | 5,500  |
|   |   |   |   | 2回目以降                        | 3,300  |
|   |   |   |   | 歯周疾患関連検査                     |        |
|   |   |   |   | ペリオチェック                      | 9,240  |
|   |   |   |   | 歯周病原性菌血清抗体価検査                | 4,840  |
|   |   |   |   | 歯肉テスト料（ポケット浸出液定量）            | 11,026 |
|   |   |   |   | 歯槽骨テスト料（形態分岐部）               | 9,339  |
|   |   |   |   | 歯周組織検査                       |        |
|   |   |   |   | 1-9歯                         | 2,200  |
|   |   |   |   | 10-19歯                       | 3,300  |
|   |   |   |   | 20歯以上                        | 6,600  |
|   |   |   |   | 歯周基本治療                       |        |
|   |   |   |   | スケーリング（1/3顎につき）              | 1,100  |
|   |   |   |   | SRP                          |        |
|   |   |   |   | 前歯（1歯につき）                    | 1,100  |
|   |   |   |   | 小臼歯（1歯につき）                   | 1,650  |
|   |   |   |   | 大臼歯（1歯につき）                   | 2,200  |
|   |   |   |   | 消炎処置料 洗浄のみ                   | 550    |
|   |   |   |   | 歯科用抗生物質軟膏注入                  | 660    |
|   |   |   |   | 歯肉腫瘍の消炎手術                    | 3,300  |
|   |   |   |   | 歯周外科手術 基本料金                  | 11,000 |
|   |   |   |   | 歯周外科手術                       |        |
|   |   |   |   | 歯肉剥離隆起術（1歯につき）               | 5,500  |
|   |   |   |   | 根尖側 or 歯冠側移動術（1歯につき）         | 5,500  |
|   |   |   |   | 側方移動術（1歯につき）                 | 11,000 |
|   |   |   |   | 歯槽増大術（結合組織移植）                | 22,000 |
|   |   |   |   | FGG（1歯につき）                   | 9,900  |
|   |   |   |   | GTR法（別途材料費要）                 |        |
|   |   |   |   | 一次手術                         | 53,900 |
|   |   |   |   | 二次手術                         | 29,700 |
|   |   |   |   | エムドゲイン                       | 53,900 |
|   |   |   |   | エムドゲイン投与手術 1手術・1材料毎          | 55,000 |
|   |   |   |   | ヘミセクション                      | 6,600  |
|   |   |   |   | ファルカプラスティ                    | 6,196  |
|   |   |   |   | トンネリング                       | 10,292 |
|   |   |   |   | 歯根分割                         | 11,193 |
|   |   |   |   | 歯根分割後の分離措置                   | 45,545 |
|   |   |   |   | 骨補填材                         | 18,700 |
|   |   |   |   | 暫間固定                         | 5,500  |
|   |   |   |   | 暫間固定修理                       | 2,200  |
|   |   |   |   | 病的移動歯の復位処置                   |        |
|   |   |   |   | 床装置によるもの                     | 34,419 |
|   |   |   |   | アップライトを主にしたもの                | 45,545 |
|   |   |   |   | 歯の挺出                         |        |
|   |   |   |   | 磁性アタッチメント応用法                 | 29,338 |
|   |   |   |   | 接着性レジン、エラストックゴム等によるもの        | 7,700  |
|   |   |   |   | 歯周病安定期治療（SPT）1歯につき           | 5,500  |
|   |   |   |   | レーザー治療                       |        |
|   |   |   |   | 歯肉メラニン色素除去術（1歯、1回につき）        | 3,300  |
|   |   |   |   | 顕微鏡併用加算                      | 5,500  |
|   |   |   |   | 歯周ポケット治療（1歯につき）              | 6,600  |
|   |   |   |   | 歯肉切除（1歯につき）                  | 8,800  |
|   |   |   |   | フラップ手術（1歯につき）                | 8,800  |

# 保険外療養に係る諸料金一覧

| 諸                                         | 料 | 金 | 内 | 容 | 料金（税込）  |
|-------------------------------------------|---|---|---|---|---------|
| （補綴領域）                                    |   |   |   |   |         |
| 歯冠補綴領域                                    |   |   |   |   |         |
| 修復物・補綴物 再装着料（1歯につき）                       |   |   |   |   | 2,200   |
| 前装部修理料                                    |   |   |   |   |         |
| 光重合レジン修復（1歯につき）                           |   |   |   |   | 5,060   |
| 陶材修復（1歯につき）                               |   |   |   |   | 25,960  |
| 診断用ワックスアップ（1歯につき）                         |   |   |   |   | 5,500   |
| 2本目以降、1歯増す毎に                              |   |   |   |   | 4,400   |
| 補綴前処置としての残根の挺出                            |   |   |   |   | 26,290  |
| ベニア                                       |   |   |   |   |         |
| ラミネートベニア                                  |   |   |   |   | 61,950  |
| レジンベニア（間接法）                               |   |   |   |   | 23,100  |
| 仮封冠                                       |   |   |   |   |         |
| 間接法（1歯・1ボンティック）                           |   |   |   |   | 12,100  |
| 直接法（1歯・1ボンティック）                           |   |   |   |   | 5,500   |
| 仮封冠調整料                                    |   |   |   |   |         |
| 単純（1歯）                                    |   |   |   |   | 2,420   |
| 複雑（5歯以下）                                  |   |   |   |   | 3,410   |
| 複雑（6歯以上）                                  |   |   |   |   | 4,950   |
| 支台築造料                                     |   |   |   |   |         |
| 白金加金                                      |   |   |   |   | 17,411  |
| 金合金                                       |   |   |   |   | 16,976  |
| 金バラ                                       |   |   |   |   | 15,677  |
| チタン                                       |   |   |   |   | 15,153  |
| ファイバーコア                                   |   |   |   |   |         |
| 間接法                                       |   |   |   |   | 17,600  |
| 直接法                                       |   |   |   |   | 5,500   |
| ポスト加算（2本目以降、1本につき）                        |   |   |   |   | 2,200   |
| 全部铸造冠料                                    |   |   |   |   |         |
| 白金加金                                      |   |   |   |   | 65,706  |
| 金合金                                       |   |   |   |   | 65,796  |
| チタン                                       |   |   |   |   | 61,034  |
| 金バラ                                       |   |   |   |   | 60,500  |
| 前装冠料                                      |   |   |   |   |         |
| 硬質レジン前装冠、ハイブリッドセラミック前装冠                   |   |   |   |   |         |
| 白金加金                                      |   |   |   |   | 72,840  |
| 金合金                                       |   |   |   |   | 71,976  |
| チタン                                       |   |   |   |   | 68,346  |
| 14K                                       |   |   |   |   | 61,840  |
| 金バラ                                       |   |   |   |   | 59,411  |
| 陶材焼付冠                                     |   |   |   |   |         |
| 白金加金                                      |   |   |   |   | 79,048  |
| 金合金                                       |   |   |   |   | 78,189  |
| 陶材焼付用合金                                   |   |   |   |   | 81,719  |
| 陶材焼付用チタン                                  |   |   |   |   | 74,962  |
| ノンプレシャス                                   |   |   |   |   | 74,800  |
| 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  |
| オールハイブリッドセラミック                            |   |   |   |   | 79,310  |
| ファイバー強化ハイブリッドセラミック                        |   |   |   |   | 82,720  |
| アルミナコーピング陶材焼付                             |   |   |   |   | 97,680  |
| ジルコニア・ニケイ酸リチウムCAD/CAMコーピング陶材焼付（プレス含む）     |   |   |   |   | 101,200 |
| ジルコニア・ニケイ酸リチウムCAD/CAMクラウン（フルジルコニア）（プレス含む） |   |   |   |   | 72,600  |
| ボンティック                                    |   |   |   |   |         |
| <前歯部>                                     |   |   |   |   |         |
| 硬質レジン前装（ハイブリッドセラミック前装を含む）                 |   |   |   |   |         |
| 白金加金                                      |   |   |   |   | 69,352  |
| 金合金                                       |   |   |   |   | 68,493  |
| チタン                                       |   |   |   |   | 64,732  |
| 14K                                       |   |   |   |   | 69,656  |
| 金バラ                                       |   |   |   |   | 67,225  |
| 陶材焼付ボンティック                                |   |   |   |   |         |
| 白金加金                                      |   |   |   |   | 78,969  |
| 金合金                                       |   |   |   |   | 78,111  |
| 陶材焼付用合金                                   |   |   |   |   | 80,137  |
| 陶材焼付用チタン                                  |   |   |   |   | 74,648  |
| ノンプレシャス                                   |   |   |   |   | 74,800  |
| <臼歯部>                                     |   |   |   |   |         |
| 金属ボンティック                                  |   |   |   |   |         |
| 白金加金                                      |   |   |   |   | 64,323  |
| 金合金                                       |   |   |   |   | 63,459  |
| チタン                                       |   |   |   |   | 59,593  |
| 金バラ                                       |   |   |   |   | 60,060  |
| 陶材焼付ボンティック                                |   |   |   |   |         |
| 白金加金                                      |   |   |   |   | 78,817  |
| 金合金                                       |   |   |   |   | 77,958  |
| 陶材焼付用合金                                   |   |   |   |   | 83,579  |
| 陶材焼付用チタン                                  |   |   |   |   | 77,350  |
| ノンプレシャス                                   |   |   |   |   | 77,000  |
| 硬質レジン前装（ハイブリッドセラミック前装を含む）                 |   |   |   |   |         |
| 白金加金                                      |   |   |   |   | 63,910  |
| 金合金                                       |   |   |   |   | 63,140  |
| チタン                                       |   |   |   |   | 59,400  |
| 14K                                       |   |   |   |   | 62,700  |
| 金バラ                                       |   |   |   |   | 61,050  |
| <前歯部・臼歯部>                                 |   |   |   |   |         |
| オールハイブリッドセラミック                            |   |   |   |   | 69,960  |
| ファイバー強化ハイブリッドセラミック                        |   |   |   |   | 75,460  |
| アルミナコーピング陶材焼付                             |   |   |   |   | 78,540  |
| ジルコニア・ニケイ酸リチウムCAD/CAMボンティック陶材焼付           |   |   |   |   | 81,950  |
| ジルコニア・ニケイ酸リチウムCAD/CAMボンティック（フルジルコニア）      |   |   |   |   | 59,400  |
| 隙                                         |   |   |   |   |         |
| 白金加金                                      |   |   |   |   | 16,175  |
| 金合金                                       |   |   |   |   | 15,961  |

# 保険外療養に係る諸料金一覧

| 諸 | 料 | 金 | 内 | 容                           | 料金（税込）  |
|---|---|---|---|-----------------------------|---------|
|   |   |   |   | チタン                         | 15,562  |
|   |   |   |   | ダイレクトボンディングブリッジ             |         |
|   |   |   |   | 直接法                         | 9,790   |
|   |   |   |   | 間接法                         | 14,960  |
|   |   |   |   | 義歯領域                        |         |
|   |   |   |   | 義歯調整（1回につき）                 | 1,744   |
|   |   |   |   | 仮義歯料（維持装置等含む）               |         |
|   |   |   |   | 簡単（鋳造なし）                    | 33,000  |
|   |   |   |   | 複雑（鋳造あり）                    | 79,200  |
|   |   |   |   | コピースデンチャー                   |         |
|   |   |   |   | 単純                          | 8,250   |
|   |   |   |   | 複雑                          | 23,452  |
|   |   |   |   | ニュートラルゾーン形成                 |         |
|   |   |   |   | フレンジテクニク 1顎につき              | 4,180   |
|   |   |   |   | ピエゾグラフィ 1顎につき               | 4,180   |
|   |   |   |   | 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                        | 336,971 |
|   |   |   |   | 金合金                         | 322,399 |
|   |   |   |   | 特殊合金                        | 209,586 |
|   |   |   |   | チタン合金                       | 301,127 |
|   |   |   |   | 9～11 歯欠損床                   |         |
|   |   |   |   | 白金加金                        | 287,403 |
|   |   |   |   | 金合金                         | 272,181 |
|   |   |   |   | 特殊合金                        | 198,209 |
|   |   |   |   | チタン合金                       | 250,910 |
|   |   |   |   | 5～8 歯欠損床                    |         |
|   |   |   |   | 白金加金                        | 239,323 |
|   |   |   |   | 金合金                         | 224,096 |
|   |   |   |   | 特殊合金                        | 187,099 |
|   |   |   |   | チタン合金                       | 216,051 |
|   |   |   |   | 1～4 歯欠損床                    |         |
|   |   |   |   | 白金加金                        | 190,514 |
|   |   |   |   | 金合金                         | 175,617 |
|   |   |   |   | 特殊合金                        | 168,891 |
|   |   |   |   | チタン合金                       | 167,084 |
|   |   |   |   | レジン床義歯（人工歯は含むが、維持装置等は含まない。） |         |
|   |   |   |   | 9～14 歯欠損床                   | 178,163 |
|   |   |   |   | 1～8 歯欠損床                    | 141,737 |
|   |   |   |   | 特殊義歯料（維持装置等を含む。）            |         |
|   |   |   |   | 全部床                         | 187,864 |
|   |   |   |   | 9～14 歯欠損床                   | 151,428 |
|   |   |   |   | 1～8 歯欠損床                    | 133,430 |
|   |   |   |   | ノンメタルクラスデンチャー               |         |
|   |   |   |   | 9～14 歯欠損床                   |         |
|   |   |   |   | オール樹脂                       | 94,600  |
|   |   |   |   | 金属床（特殊合金）                   | 198,000 |
|   |   |   |   | 金属床（チタン合金）                  | 245,300 |
|   |   |   |   | 5～8 歯欠損床                    |         |
|   |   |   |   | オール樹脂                       | 82,500  |
|   |   |   |   | 金属床（特殊合金）                   | 174,900 |
|   |   |   |   | 金属床（チタン合金）                  | 222,200 |
|   |   |   |   | 1～4 歯欠損床                    |         |
|   |   |   |   | オール樹脂                       | 72,600  |
|   |   |   |   | 金属床（特殊合金）                   | 138,600 |
|   |   |   |   | 金属床（チタン合金）                  | 169,400 |
|   |   |   |   | 軟質裏装義歯（レジン床）                |         |
|   |   |   |   | 全部床                         | 200,446 |
|   |   |   |   | 9～14 歯欠損床                   | 160,799 |
|   |   |   |   | 1～8 歯欠損床                    | 126,211 |
|   |   |   |   | 鋳造バー                        |         |
|   |   |   |   | 白金加金                        | 31,391  |
|   |   |   |   | 金合金                         | 29,668  |
|   |   |   |   | 特殊合金                        | 17,814  |
|   |   |   |   | チタン合金                       | 27,924  |
|   |   |   |   | 鉤                           |         |
|   |   |   |   | 鋳造鉤                         |         |
|   |   |   |   | 白金加金                        | 25,766  |
|   |   |   |   | 金合金                         | 25,252  |
|   |   |   |   | 特殊合金                        | 23,031  |
|   |   |   |   | チタン合金                       | 26,876  |
|   |   |   |   | コンビネーション鉤                   |         |
|   |   |   |   | 白金加金鋳造/白金加金ワイヤー             | 36,300  |
|   |   |   |   | 14k 鋳造/14k ワイヤー             | 28,600  |
|   |   |   |   | 金バラ鋳造/CoCrワイヤー              | 19,800  |
|   |   |   |   | CoCr 鋳造/CoCrワイヤー            | 15,400  |
|   |   |   |   | チタン鋳造/CoCrワイヤー              | 28,600  |
|   |   |   |   | 屈曲鉤                         |         |
|   |   |   |   | 白金加金                        | 19,543  |
|   |   |   |   | 特殊合金                        | 18,715  |
|   |   |   |   | フック・スパー、スティ・レスト料            |         |
|   |   |   |   | 鋳造                          |         |
|   |   |   |   | 白金加金                        | 16,913  |
|   |   |   |   | 金合金                         | 16,479  |
|   |   |   |   | 特殊合金                        | 14,619  |
|   |   |   |   | チタン合金                       | 16,515  |
|   |   |   |   | 屈曲フック・スパー、スティ・レスト           |         |
|   |   |   |   | 白金加金                        | 11,728  |
|   |   |   |   | 根面キャップ料                     |         |
|   |   |   |   | 白金加金                        | 18,815  |

# 保険外療養に係る諸料金一覧

| 諸 | 料 | 金 | 内 | 容                            | 料金（税込）  |
|---|---|---|---|------------------------------|---------|
|   |   |   |   | 金合金                          | 17,950  |
|   |   |   |   | チタン                          | 14,870  |
|   |   |   |   | 磁性アタッチメント（根面キャップ料は別に算定）      | 46,849  |
|   |   |   |   | アタッチメント・テレスコープ設計料（1 装置）      | 59,337  |
|   |   |   |   | テレスコープクラウン                   |         |
|   |   |   |   | 白金加金                         | 95,271  |
|   |   |   |   | 金バラ                          | 89,471  |
|   |   |   |   | 可撤式メタルオンレー                   |         |
|   |   |   |   | 白金加金                         | 102,300 |
|   |   |   |   | 金合金                          | 88,880  |
|   |   |   |   | 金バラ                          | 66,330  |
|   |   |   |   | ミーリング装置（1 歯分）                |         |
|   |   |   |   | 支台歯                          | 91,656  |
|   |   |   |   | バー・ダムミ                       | 87,198  |
|   |   |   |   | エレクトロフォーミング                  | 91,656  |
|   |   |   |   | ろう香料（1 か所）                   |         |
|   |   |   |   | 白金加金                         | 7,961   |
|   |   |   |   | 金合金                          | 7,872   |
|   |   |   |   | 陶材焼付用合金                      | 9,691   |
|   |   |   |   | アタッチメント                      | 11,225  |
|   |   |   |   | 臼歯金属歯料                       |         |
|   |   |   |   | 白金加金                         | 20,884  |
|   |   |   |   | 金合金                          | 20,449  |
|   |   |   |   | 金バラ                          | 19,151  |
|   |   |   |   | チタン                          | 20,166  |
|   |   |   |   | 特殊合金                         | 20,088  |
|   |   |   |   | 特殊義歯修理料                      |         |
|   |   |   |   | 簡単なもの（直接法修理など）               | 4,400   |
|   |   |   |   | 簡単なもの（間接法修理など）               | 9,900   |
|   |   |   |   | 困難なもの                        | 21,241  |
|   |   |   |   | レーザー溶接修理加算                   | 6,600   |
|   |   |   |   | 義歯床下粘膜調整料                    | 2,530   |
|   |   |   |   | 特殊義歯リライン                     |         |
|   |   |   |   | 直接法                          | 13,200  |
|   |   |   |   | 間接法                          | 24,200  |
|   |   |   |   | 軟質裏装材によるリライン                 |         |
|   |   |   |   | 直接法                          | 13,200  |
|   |   |   |   | 間接法                          | 49,500  |
|   |   |   |   | （口腔外科領域）                     |         |
|   |   |   |   | 口腔外科後処置料                     | 770     |
|   |   |   |   | 根端充填料                        | 2,184   |
|   |   |   |   | 顎下線洗浄治療（1 回につき）              | 8,250   |
|   |   |   |   | 自由診療抜去                       |         |
|   |   |   |   | 前歯                           | 1,733   |
|   |   |   |   | 臼歯                           | 3,006   |
|   |   |   |   | 難抜歯                          | 5,316   |
|   |   |   |   | 埋伏歯                          | 11,550  |
|   |   |   |   | 下顎完全埋伏智歯（骨性）                 | 12,707  |
|   |   |   |   | 下顎水平埋伏智歯                     | 12,707  |
|   |   |   |   | 意図的再植術                       | 22,000  |
|   |   |   |   | 歯の移植術（歯根完成歯）                 | 20,742  |
|   |   |   |   | 歯の移植・再植に係る根管治療・管理及び予後判定      | 22,136  |
|   |   |   |   | 矯正用アンカーインプラント埋入術（A）          | 56,210  |
|   |   |   |   | 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枚当り            | 20,790  |
|   |   |   |   | アンカースクリュー4本目以上1本当り           | 4,620   |
|   |   |   |   | 矯正用アンカーインプラント埋入術（B）          | 38,060  |
|   |   |   |   | SMAP（スケレタルマキシマムアンカレッジプレート）除去 | 11,000  |
|   |   |   |   | アンカースクリュー除去                  | 5,500   |

# 保険外療養に係る諸料金一覧

| 諸        | 料 | 金 | 内 | 容                                | 料金（税込）   |
|----------|---|---|---|----------------------------------|----------|
| （小児歯科領域） |   |   |   |                                  |          |
|          |   |   |   | 保険料                              |          |
|          |   |   |   | 診断料                              | 7,752    |
|          |   |   |   | 検査料                              | 9,361    |
|          |   |   |   | 装置料                              |          |
|          |   |   |   | 単純可撤式（片）                         | 21,345   |
|          |   |   |   | 複雑可撤式（片）                         | 27,332   |
|          |   |   |   | バンド・ループ                          | 13,613   |
|          |   |   |   | クラウン・ループ                         | 14,483   |
|          |   |   |   | クラウン・ループ（鑄造）                     |          |
|          |   |   |   | 金バラ                              | 44,565   |
|          |   |   |   | クラウン・ディスタル・シュー                   | 20,449   |
|          |   |   |   | クラウン・ディスタル・シュー（鑄造）               |          |
|          |   |   |   | 金バラ                              | 54,759   |
|          |   |   |   | リンガルアーチ型                         | 21,203   |
|          |   |   |   | 調整料                              |          |
|          |   |   |   | 単純                               | 2,289    |
|          |   |   |   | 複雑                               | 5,479    |
|          |   |   |   | 定期観察料                            | 10,601   |
|          |   |   |   | 保険経過観察料                          | 1,210    |
|          |   |   |   | 歯列誘導料                            |          |
|          |   |   |   | 歯列誘導相談料                          | 4,845    |
|          |   |   |   | 診断料                              | 19,371   |
|          |   |   |   | 検査料                              | 20,407   |
|          |   |   |   | コンピュータ形態検査料                      | 5,390    |
|          |   |   |   | 装置料                              |          |
|          |   |   |   | 単純                               | 22,267   |
|          |   |   |   | 複雑（1）                            | 28,945   |
|          |   |   |   | 複雑（2）                            | 44,382   |
|          |   |   |   | 保定                               | 18,076   |
|          |   |   |   | 異所萌出誘導処置                         | 9,816    |
|          |   |   |   | 調整料                              |          |
|          |   |   |   | 単純                               | 2,488    |
|          |   |   |   | 複雑                               | 7,956    |
|          |   |   |   | 経過観察料                            |          |
|          |   |   |   | 複雑                               | 6,281    |
|          |   |   |   | 単純                               | 1,100    |
|          |   |   |   | 小児定期観察料                          |          |
|          |   |   |   | 簡単な検査を含む                         | 4,961    |
|          |   |   |   | 模型分析料                            | 3,190    |
|          |   |   |   | 主に口腔内検査                          | 2,289    |
|          |   |   |   | 小児摂食指導料                          | 2,035    |
|          |   |   |   | 口腔衛生指導料                          |          |
|          |   |   |   | 小児刷牙指導料                          | 722      |
|          |   |   |   | 母子口腔保健指導料                        | 2,420    |
|          |   |   |   | 小児機械的歯面清掃（1ノ3顎）                  | 660      |
|          |   |   |   | 小児歯面塗布料（1歯～10歯）                  | 990      |
|          |   |   |   | フッ素洗口指導料                         |          |
|          |   |   |   | 初回                               | 990      |
|          |   |   |   | 2回目以降                            | 440      |
|          |   |   |   | バリアコート塗布（1～2歯）                   | 1,100    |
|          |   |   |   | 2歯まで増すごとに                        | 1,100    |
|          |   |   |   | スライスカット（乳歯・永久歯の便宜的削合）            | 1,100    |
|          |   |   |   | 既製金属冠                            |          |
|          |   |   |   | 生活歯歯冠形成の場合                       | 4,510    |
|          |   |   |   | 失活歯歯冠形成の場合                       | 4,400    |
|          |   |   |   | 乳歯抜歯                             | 2,200    |
|          |   |   |   | 萌出困難歯の開窓術                        | 2,200    |
|          |   |   |   | 萌出不全歯牽引のためのボタン装着                 | 31,570   |
|          |   |   |   | 装置修理料（共通）                        | 各装置料の50% |
| （歯科麻酔領域） |   |   |   |                                  |          |
|          |   |   |   | 局所麻酔薬アレルギーテスト                    | 4,761    |
|          |   |   |   | 表面電極通電療法                         | 5,845    |
|          |   |   |   | 針治療                              | 3,771    |
|          |   |   |   | 針通電療法                            | 5,138    |
|          |   |   |   | 灸                                | 2,519    |
|          |   |   |   | 静脈内鎮静法                           | 8,800    |
|          |   |   |   | 静脈麻酔                             |          |
|          |   |   |   | 2時間まで                            | 40,480   |
|          |   |   |   | 実施時間が2時間を超えた場合は1時間又はその端数を増すごとに加算 | 11,440   |
|          |   |   |   | 全身麻酔                             |          |
|          |   |   |   | 2時間まで                            | 78,870   |
|          |   |   |   | 2時間30分まで                         | 88,770   |
|          |   |   |   | 3時間まで                            | 98,670   |

# 保険外療養に係る諸料金一覧

| 諸         | 料 | 金 | 内 | 容                              | 料金（税込）    |
|-----------|---|---|---|--------------------------------|-----------|
| （歯科放射線領域） |   |   |   |                                |           |
|           |   |   |   | C T 検査                         |           |
|           |   |   |   | 上下顎                            | 17,636    |
|           |   |   |   | 片顎（上顎のみ、下顎のみ）                  | 8,800     |
|           |   |   |   | 小照視野                           | 5,500     |
|           |   |   |   | 多層断層撮影                         | 7,139     |
|           |   |   |   | MR I 検査                        | 21,381    |
|           |   |   |   | 頭部X線規格撮影 セファログラフィ              | 4,730     |
|           |   |   |   | パノラマ撮影                         |           |
|           |   |   |   | 標準パノラマ撮影                       | 5,511     |
|           |   |   |   | 顎関節4分割パノラマ撮影                   | 5,511     |
|           |   |   |   | 頭部単純撮影                         | 4,730     |
|           |   |   |   | 手根骨撮影                          | 4,730     |
|           |   |   |   | デンタル撮影                         | 726       |
|           |   |   |   | デンタル撮影（咬合法）                    | 850       |
|           |   |   |   | X線画像複製料（デジタル画像）                | 2,200     |
|           |   |   |   | C D-R 複写料 1 枚につき               | 2,200     |
| （矯正歯科領域）  |   |   |   |                                |           |
|           |   |   |   | 相談料                            | 4,845     |
|           |   |   |   | 検査料                            |           |
|           |   |   |   | 基本検査料                          | 80,174    |
|           |   |   |   | 補正検査料                          | 82,594    |
|           |   |   |   | 機能検査料                          | 46,200    |
|           |   |   |   | 特殊検査料                          |           |
|           |   |   |   | 形態検査 コンピュータ解析検査                | 4,908     |
|           |   |   |   | 診断料                            | 31,471    |
|           |   |   |   | 基本施術料                          | 168,546   |
|           |   |   |   | 基本施術料（少数歯）                     | 59,191    |
|           |   |   |   | 装置料                            |           |
|           |   |   |   | 舌側弧線装置（片顎）                     | 38,500    |
|           |   |   |   | ダイレクトボンディング装置（片顎）              |           |
|           |   |   |   | 金属ブラケット                        | 90,718    |
|           |   |   |   | プラスチックブラケット                    | 91,850    |
|           |   |   |   | セラミックブラケット                     | 102,975   |
|           |   |   |   | N i T i 使用加算（片顎1回限り）           | 8,113     |
|           |   |   |   | セクショナルアーチ（8歯以下）（片顎）            | 49,955    |
|           |   |   |   | インダイレクトボンディング装置（片顎）            | 108,691   |
|           |   |   |   | 機能的顎矯正装置                       | 62,422    |
|           |   |   |   | 機能的顎矯正装置（拡大ネジ付き）               | 71,981    |
|           |   |   |   | 床矯正装置（片顎）                      | 40,081    |
|           |   |   |   | 拡大床矯正装置（片顎）                    | 46,566    |
|           |   |   |   | Wタイプ拡大装置                       | 50,275    |
|           |   |   |   | 急速拡大装置                         | 51,762    |
|           |   |   |   | ヘッドギア                          | 38,636    |
|           |   |   |   | チンキャップ                         | 31,581    |
|           |   |   |   | 前方牽引装置                         | 51,700    |
|           |   |   |   | ホールディングアーチ                     | 33,502    |
|           |   |   |   | パラタルバー                         | 32,670    |
|           |   |   |   | リップバンパー                        | 32,769    |
|           |   |   |   | タンククリップ（可撤・固定）                 | 43,465    |
|           |   |   |   | スライディングプレート                    | 29,731    |
|           |   |   |   | オーラルスクリーン                      | 22,481    |
|           |   |   |   | ダイナミックポジショナー                   | 65,125    |
|           |   |   |   | ヘッドギア付きダイナミックポジショナー            | 75,449    |
|           |   |   |   | 可撤式保定装置（片顎）                    | 39,941    |
|           |   |   |   | 固定式保定装置（片顎）                    | 30,532    |
|           |   |   |   | F S W リテーナー（片顎）                | 16,740    |
|           |   |   |   | リンガルブラケット（片顎）                  | 255,090   |
|           |   |   |   | リンガルブラケット（カスタムメイド）（片顎）         | 374,000   |
|           |   |   |   | マウスピース矯正                       |           |
|           |   |   |   | インビザライン コンプリヘンシブパッケージ 両顎       | 508,200   |
|           |   |   |   | インビザライン ライトパッケージ 片顎            | 207,100   |
|           |   |   |   | インビザライン ライトパッケージ 両顎            | 256,700   |
|           |   |   |   | インビザライン エクスプレスパッケージ 片顎         | 133,100   |
|           |   |   |   | インビザライン エクスプレスパッケージ 両顎         | 165,000   |
|           |   |   |   | インビザライン・ファースト コンプリヘンシブパッケージ 片顎 | 216,700   |
|           |   |   |   | インビザライン・ファースト コンプリヘンシブパッケージ 両顎 | 273,900   |
|           |   |   |   | インビザライン コンプリヘンシブフェーズ2パッケージ 両顎  | 323,400   |
|           |   |   |   | 追加アライナー（ライト・エクスプレス用）           | 50,600    |
|           |   |   |   | 追加アライナー（コンプリヘンシブフェーズ2パッケージ用）   | 77,000    |
|           |   |   |   | ビベラ・リテーナー 片顎                   | 38,500    |
|           |   |   |   | ビベラ・リテーナー 両顎                   | 51,700    |
|           |   |   |   | 交換アライナー/ビベラ・リテーナー 緊急用          | 9,900     |
|           |   |   |   | 調節料                            | 6,091     |
|           |   |   |   | 観察料                            | 3,876     |
|           |   |   |   | 転医資料料                          | 17,945    |
|           |   |   |   | 口腔衛生指導料                        | 5,725     |
|           |   |   |   | 装置修理料（共通）                      | 各装置料の5.0% |

# 保険外療養に係る諸料金一覧

| 諸                                                                 | 料 | 金 | 内 | 容 | 料金（税込）               |
|-------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|----------------------|
| （口腔・顎・顔面インプラント領域）                                                 |   |   |   |   |                      |
| インプラント診査                                                          |   |   |   |   |                      |
| 相談料                                                               |   |   |   |   | 5,500                |
| インプラント診断料                                                         |   |   |   |   | 19,880               |
| ステント（一俵）                                                          |   |   |   |   | 13,200               |
| 血液検査料                                                             |   |   |   |   | 13,409               |
| 歯周病細菌検査                                                           |   |   |   |   | 9,240                |
| サージガイド                                                            |   |   |   |   |                      |
| サージガイド料（三次元画像診断設計作成料）                                             |   |   |   |   |                      |
| インプラント 1本の場合                                                      |   |   |   |   | 71,610               |
| インプラント 2本の場合                                                      |   |   |   |   | 97,680               |
| インプラント 3本の場合                                                      |   |   |   |   | 107,800              |
| インプラント 4本の場合                                                      |   |   |   |   | 117,920              |
| インプラント 5本の場合                                                      |   |   |   |   | 144,100              |
| インプラント 6本以上の場合                                                    |   |   |   |   | 154,220              |
| インプラント埋入                                                          |   |   |   |   |                      |
| インプラント埋入手術料                                                       |   |   |   |   |                      |
| 1本目                                                               |   |   |   |   | 165,000              |
| 2本目以降 1本につき                                                       |   |   |   |   | 110,000              |
| インプラント2次手術料                                                       |   |   |   |   |                      |
| アパットメント（マルチ、ユニ等含む。） 1本につき                                         |   |   |   |   | 22,000               |
| 歯肉の形成術                                                            |   |   |   |   | 44,000               |
| IPインプラント 1本につき                                                    |   |   |   |   | 27,500               |
| 骨移植                                                               |   |   |   |   |                      |
| 上顎洞底挙上術（材料代は含まない。） 片顎につき                                          |   |   |   |   | 55,000               |
| 増設術（スクリュー代含む。） インプラント1本につき                                        |   |   |   |   | 22,000               |
| ソケットリフト インプラント1本につき                                               |   |   |   |   | 16,500               |
| スプリット インプラント1本につき                                                 |   |   |   |   | 16,500               |
| 採骨                                                                |   |   |   |   |                      |
| 口腔内 片顎につき                                                         |   |   |   |   | 22,000               |
| 脛骨 片顎につき                                                          |   |   |   |   | 44,000               |
| 腓骨 片顎につき                                                          |   |   |   |   | 88,000               |
| 歯槽骨造成術（GBR法）（材料代は含まない。）                                           |   |   |   |   | 33,000               |
| メンブレン使用加算 1枚につき                                                   |   |   |   |   | 33,000               |
| 骨補填材使用加算                                                          |   |   |   |   |                      |
| サイトランス グラニュール 0.5gにつき                                             |   |   |   |   | 14,740               |
| ボナーク（ロッド）1個につき                                                    |   |   |   |   | 14,300               |
| ボナーク（ディスク）1組（10枚）につき                                              |   |   |   |   | 22,000               |
| 抜歯窩温存術（ソケットブリザバージョン）（材料代は含まない。）                                   |   |   |   |   | 6,050                |
| インプラント摘出術                                                         |   |   |   |   |                      |
| 1本目                                                               |   |   |   |   | 29,370               |
| 2本目以降 1本増す毎に                                                      |   |   |   |   | 1,650                |
| インプラント上部構造                                                        |   |   |   |   |                      |
| プロビジュアル（シリリンダー使用）                                                 |   |   |   |   | 22,000               |
| プロビジュアル（シリリンダー未使用）                                                |   |   |   |   | 11,000               |
| インプラントプロビジュアル調整料                                                  |   |   |   |   | 1,744                |
| 最終上部構造料（アパットメント、スクリュー等全て含む。）                                      |   |   |   |   |                      |
| 1歯につき                                                             |   |   |   |   | 165,000              |
| 審美加算                                                              |   |   |   |   |                      |
| カスタムアパットメント 1歯につき                                                 |   |   |   |   | 22,000               |
| ボンティック料 1歯につき                                                     |   |   |   |   | 110,000              |
| インプラントオーバーデンチャー料（金属床義歯特殊合金料、補綴設計料、アタッチメント材料代含む。埋入本数に関係なし。） 1装置につき |   |   |   |   | 440,000              |
| All-on-4及びAll-on-6                                                |   |   |   |   |                      |
| インプラント埋入手術料（MU含む。）                                                |   |   |   |   |                      |
| 1本目                                                               |   |   |   |   | 187,000              |
| 2本目以降 1本につき                                                       |   |   |   |   | 132,000              |
| プロビジュアルレストレーション料 1回につき                                            |   |   |   |   | 165,000              |
| 最終補綴物（術者可撤式上部構造）料                                                 |   |   |   |   | 935,000              |
| 他院にて埋入されているもの                                                     |   |   |   |   |                      |
| アパットメント                                                           |   |   |   |   | 44,000               |
| プロビジュアル（シリリンダー使用）                                                 |   |   |   |   | 22,000               |
| プロビジュアル（シリリンダー未使用）                                                |   |   |   |   | 11,000               |
| 最終補綴（ボンティックを含む。）                                                  |   |   |   |   | 110,000              |
| インプラント治療を想定した暫間義歯（欠損歯数・設計に関わらず）                                   |   |   |   |   | 33,000               |
| インプラントアタッチメント料                                                    |   |   |   |   |                      |
| インプラントアタッチメント定価5,000円未満                                           |   |   |   |   | 6,050                |
| インプラントアタッチメント定価5,000円以上10,000円未満                                  |   |   |   |   | 12,100               |
| インプラントアタッチメント定価10,000円以上15,000円未満                                 |   |   |   |   | 18,150               |
| インプラントアタッチメント定価15,000円以上20,000円未満                                 |   |   |   |   | 24,200               |
| インプラントアタッチメント定価20,000円以上25,000円未満                                 |   |   |   |   | 30,250               |
| インプラントアタッチメント定価25,000円以上30,000円未満                                 |   |   |   |   | 36,300               |
| インプラントアタッチメント定価30,000円以上35,000円未満                                 |   |   |   |   | 42,350               |
| インプラントアタッチメント定価35,000円以上40,000円未満                                 |   |   |   |   | 48,400               |
| インプラントアタッチメント定価40,000円以上45,000円未満                                 |   |   |   |   | 54,450               |
| インプラントアタッチメント定価45,000円以上50,000円未満                                 |   |   |   |   | 60,500               |
| インプラントアタッチメント定価50,000円以上                                          |   |   |   |   | 定価に100分の115、5を乗じて得た額 |
| インプラントアタッチメント材料等費                                                 |   |   |   |   |                      |
| 磁性アタッチメント（カスタムアパットメント併用に限る）                                       |   |   |   |   | 27,500               |
| スタッドアタッチメント（カスタムアパットメント併用に限る）                                     |   |   |   |   | 27,500               |
| ボールアタッチメント（カスタムアパットメント併用に限る）                                      |   |   |   |   | 16,500               |
| バーアタッチメント                                                         |   |   |   |   | 133,100              |

保険外療養に係る諸料金一覧

| 諸 料 金 内 容 |                                        | 料金（税込） |
|-----------|----------------------------------------|--------|
|           | アタッチメントの装着・交換                          |        |
|           | オーリングアタッチメントのフィメールラバー装着・交換（1個につき）      | 9,900  |
|           | その他のアタッチメントの装着・交換（材料費別）                | 8,800  |
|           | 破折スクリュー除去料（1歯につき）                      | 5,940  |
|           | フラグメントフォーク                             | 15,180 |
|           | フラグメントドリル                              | 15,180 |
|           | 上部構造修理料                                |        |
|           | 光重合レジン修復（1歯につき）                        | 5,060  |
|           | 陶材修復（1歯につき）                            | 25,960 |
|           | メタル使用加算                                | 20,240 |
|           | インプラント埋入 術前清掃                          | 3,300  |
|           | メンテナンス                                 |        |
|           | 歯科医師による30分程度の咬合や清掃のチェック                | 3,300  |
|           | 歯科衛生士によるPMT Cを含む1時間程度のメンテナンス           | 6,600  |
|           | 歯科医師及び歯科衛生士による上部構造撤去を含む1時間30分程度のメンテナンス | 9,900  |
|           | インプラント周囲炎に対する診療                        |        |
|           | 剥離・掻爬（1歯につき）                           | 5,500  |
|           | β-TCPパウダー 3gにつき                        | 6,050  |

2025年7月22日  
長崎大学病院長