

保険外負担・保険外併用療養費のご案内

令和8年6月1日現在

単位：円（消費税10%込み）

| 名 称                                 | 規格・単位等  | 金額(税込)   | 備 考                          |
|-------------------------------------|---------|----------|------------------------------|
| 医療相談・面談料に係る料金等                      |         |          |                              |
| 医師による医療相談・面談料（ご家族）                  | 1回      | 5,500円   | 文書料は別途請求                     |
| 医師による医療相談・面談料（保険会社）                 | 1回      | 11,000円  | 文書料は別途請求                     |
| 予 防 接 種 に 係 る 料 金                   |         |          |                              |
| ジフテリア・破傷風                           | 1回      | 3,850円   | 診療料・検査料等は保険点数に準じて算定          |
| 百日咳・ジフテリア・破傷風                       | 1回      | 6,270円   | 〃                            |
| ポリオ・百日咳・ジフテリア・破傷風                   | 1回      | 13,200円  | 〃                            |
| ポリオ・百日咳・ジフテリア・破傷風・アクトヒブ             | 1回      | 33,000円  | 〃                            |
| おたふくワクチン                            | 1回      | 6,270円   | 〃                            |
| 風疹ワクチン                              | 1回      | 6,270円   | 〃                            |
| （麻疹・風疹）2種混合ワクチン                     | 1回      | 9,350円   | 〃                            |
| 水痘ワクチン                              | 1回      | 9,900円   | 〃                            |
| B C Gワクチン                           | 1回      | 5,700円   | 〃                            |
| ジフテリアトキソイド                          | 1回      | 6,600円   | 〃                            |
| コレラワクチン                             | 1回      | 4,620円   | 〃                            |
| 日本脳炎ワクチン                            | 1回      | 5,830円   | 〃                            |
| インフルエンザワクチン                         | 1回      | 6,100円   | 〃                            |
| ツベルクリン                              | 1回      | 2,200円   | 〃                            |
| ポリオワクチン                             | 1回      | 11,520円  | 〃                            |
| アクトヒブワクチン                           | 1回      | 8,030円   | 〃                            |
| プレベナー（肺炎球菌ワクチン）                     | 1回      | 12,560円  | 〃                            |
| ニューモバックス（肺炎球菌ワクチン）                  | 1回      | 8,360円   | 〃                            |
| ヒトパピローマウイルスワクチン                     | 1回      | 22,000円  | 〃                            |
| 検 診 等 に 係 る 料 金                     |         |          |                              |
| 妊婦検診料（産前・初回）                        | 1回      | 10,000円  | 診療料・検査料（尿検査・超音波検査）（非課税）      |
| 妊婦検診料（産前・2回目以降）                     | 1回      | 7,000円   | 〃                            |
| 妊婦検診料（産後・1ヶ月検診）                     | 1回      | 7,000円   | 〃                            |
| ノンストレステスト（NST）                      | 1回      | 3,000円   | （非課税）                        |
| 乳房マッサージ（診察料含む）                      | 1回      | 3,000円   | （非課税）                        |
| 乳房マッサージ（相談のみ）                       | 1回      | 1,500円   | （非課税）                        |
| マタニティクラス                            | 1回      | 1,100円   | （税込）                         |
| 診 断 書 ・ 証 明 書 等 に 係 る 料 金           |         |          |                              |
| 証明書                                 | 1通      | 2,200円   | 医療費証明、簡易な証明書等                |
| 診断書                                 | 1通      | 3,300円   | 院外書式証明書・意見書、出産関係、特定疾患        |
| 診断書                                 | 1通      | 4,400円   | 院内書式診断書                      |
| 診断書（詳細）                             | 1通      | 6,600円   | 障害関係、年金関係                    |
| 診断書（詳細）                             | 1通      | 7,700円   | 自賠責保険（診断書・明細書）               |
| 診断書（英文）                             | 1通      | 11,000円  | 英文診断書                        |
| 生命保険会社診断書                           | 1通      | 8,800円   | 生命保険会社診断書                    |
| 日 常 生 活 上 に 必 要 な サ ー ビ ス に 係 る 料 金 |         |          |                              |
| 紙おむつ                                | 1枚      | 20～90円   | 種類・サイズに応じて                   |
| 病衣                                  | 1セット    | 2,750円   |                              |
| お産用パッド                              | 1袋      | 200円     |                              |
| スリッパ                                | 1足      | 110円     |                              |
| ワンタッチ腹帯S・M・L                        | 1枚      | 220～240円 | S：220円、M・L：240円              |
| アンダーウェアスボン                          | 1枚      | 490円     |                              |
| 全身ベビーソープ泡タイプD                       | 1本      | 900円     |                              |
| 吸水シート                               | 1枚      | 20円      |                              |
| お口を洗うジェル                            | 1個      | 750円     |                              |
| 診 療 情 報 開 示 （ 提 供 ） に 係 る 料 金       |         |          |                              |
| 開示手数料                               | 1回      | 3,300円   |                              |
| 診療録等の写し                             | 1枚      | 33円      | カラーの場合66円（1枚）。合計額の10円未満四捨五入。 |
| 画像の写し                               | 1枚      | 2,200円   | フィルム1枚につき、C D-R 1枚につき        |
| そ の 他                               |         |          |                              |
| 電話代                                 |         | 実 費      |                              |
| 診察券再発行                              | 1枚      | 330円     |                              |
|                                     | 30分迄    | 22,000円  |                              |
| セカンドオピニオン                           | 45分迄    | 33,000円  | 文書料は別途請求                     |
|                                     | 60分（限度） | 44,000円  |                              |
| エンゼルケア                              | 1回      | 7,000円   | 7歳以上                         |
|                                     | 1回      | 3,500円   | 7歳未満                         |

選定療養費・評価療養費・入院時食事療養費

単位：円（消費税10%込み）

| 名 称                   | 規格・単位等 | 金額(円)      | 備 考                                                                                                 |
|-----------------------|--------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 選 定 療 養 費             |        |            |                                                                                                     |
| 特別の療養環境 室料 特別室（個室）    | 1日     | 45,100円    |                                                                                                     |
| 〃 1人室（個室A）            | 1日     | 23,100円    |                                                                                                     |
| 〃 1人室（個室B）            | 1日     | 24,200円    |                                                                                                     |
| 〃 1人室（個室C）            | 1日     | 11,000円    |                                                                                                     |
| 〃 1人室（個室D）            | 1日     | 22,000円    |                                                                                                     |
| 〃 1人室（3階東）            | 1日     | 24,200円    | シャワー有、（母胎科入院の場合22,000円非課税）                                                                          |
| 〃 1人室（3階東）            | 1日     | 23,100円    | シャワー無、（母胎科入院の場合21,000円非課税）                                                                          |
| 〃 2人室（一般）             | 1日     | 8,800円     |                                                                                                     |
| 〃 2人室（小児）             | 1日     | 5,500円     |                                                                                                     |
| 初診時保険外併用療養費           | 初診時    | 7,700円     | 他医療機関から紹介状がない場合                                                                                     |
| 再診時保険外併用療養費           | 再診時    | 3,300円     | かかりつけ医に紹介となった方で自身の希望・判断で当院を再診受診する場合                                                                 |
| 時間外選定療養費              | 受診の都度  | 5,500円     |                                                                                                     |
| 180日を超える入院に係る保険外併用療養費 |        |            |                                                                                                     |
| 通算入院期間180日を超えた入院患者    | 1日     | 3,190円     | 通算入院期間が180日を超えた場合について（他の保険医療機関での入院を含む）、長期入院に係る選定療養費として左記の料金をご負担して頂いております。<br>※但し、特例は状態にある入院期間は除きます。 |
| 評 価 療 養 費             |        |            |                                                                                                     |
| 入 院 時 食 事 療 養 費       |        |            |                                                                                                     |
| 入院時食事療養費（一般）          | 1食     | 550円       |                                                                                                     |
| 入院時食事療養費（指定難病患者）      | 1食     | 330円       |                                                                                                     |
| 入院時食事療養費（住民税非課税者）     | 1食     | 270円       | 過去一年間の入院期間が90日以下                                                                                    |
| 入院時食事療養費（高齢福祉年金受給権者）  | 1食     | 220円       | 過去一年間の入院期間が90日超                                                                                     |
| 入院時食事療養費（年金80万円以下等）   | 1食     | 130円       |                                                                                                     |
| 金 属 床 に よ る 総 義 歯     |        |            |                                                                                                     |
| コバルトクロム合金（1床あたりの価格）   |        | 330,000円   |                                                                                                     |
| チタン合金（1床あたりの価格）       |        | 440,000円   |                                                                                                     |
| 金合金（1床あたりの価格）         |        | 1,100,000円 |                                                                                                     |
| 白金合金（1床あたりの価格）        |        | 1,320,000円 |                                                                                                     |

歯科口腔外科 保険外負担・保険外併用療養費のご案内

| 項目    | 種類               |         | 単価 (税抜き) | 単価(税込)    |
|-------|------------------|---------|----------|-----------|
| 診察料   | 初診 (パントモ含む)      |         | 5,000    | 5,500 円   |
|       | 診察料              |         | 3,000    | 3,300 円   |
| X線検査  | パントモ             |         | 5,000    | 5,500 円   |
|       | デンタル             |         | 500      | 550 円     |
|       | CT               |         | 30,000   | 33,000 円  |
| 歯冠修復  | 金合金、白金加金、ポーセレン   | 小白歯     | 50,000   | 55,000 円  |
|       |                  | 大白歯     | 60,000   | 66,000 円  |
| 1歯につき | ラミネートベニア         |         | 60,000   | 66,000 円  |
|       | 支台築造(ファイバーポスト)   |         | 15,000   | 16,500 円  |
| クラウン  | オールセラミックス (ステイン) | 前歯      | 130,000  | 143,000 円 |
|       | ブリッジ (単味)        | 小白歯・大白歯 | 120,000  | 132,000 円 |
| 1歯につき | ハイブリッドセラミックス     |         | 60,000   | 66,000 円  |
|       | ハイブリッドセラミックス金属裏層 |         | 80,000   | 88,000 円  |
|       | PG               |         | 80,000   | 88,000 円  |
|       | 20K              |         | 60,000   | 66,000 円  |
|       | テンポラリークラウン       |         | 2,000    | 2,200 円   |
|       | アタッチメント各種        |         | 60,000   | 66,000 円  |
| 抜歯    | 矯正便宜抜歯(処方料含む)    | 1本につき   | 8,000    | 8,800 円   |
|       | 智歯抜歯 (処方料含む)     | 1本につき   | 30,000   | 33,000 円  |
|       | 処方料              |         | 3,000    | 3,300 円   |
| 外科矯正  | アンカースクリュー        | 1本につき   | 30,000   | 33,000 円  |
|       | 除去               |         | 5,000    | 5,500 円   |
|       | アンカープレート         | 1カ所につき  | 60,000   | 66,000 円  |
|       | 除去               |         | 10,000   | 11,000 円  |
|       | いずれも処方を含む        |         |          |           |

| 項目             | 種類                |         | 単価 (税抜き) | 単価(税込)    |
|----------------|-------------------|---------|----------|-----------|
| 有床義歯<br>(局部義歯) | 金属床/ノンクラスプ        | 1床1~3歯  | 100,000  | 110,000 円 |
|                |                   | 1床4~8歯  | 200,000  | 220,000 円 |
|                |                   | 1床9~14歯 | 300,000  | 330,000 円 |
|                |                   | 1床1~3歯  | 140,000  | 154,000 円 |
|                |                   | 1床4~8歯  | 260,000  | 286,000 円 |
|                | ノンクラスプ金属裏層        | 1床9~14歯 | 340,000  | 374,000 円 |
|                |                   | 1カ所につき  | 4,000    | 4,400 円   |
|                |                   | 1カ所につき  | 20,000   | 22,000 円  |
|                |                   | 1カ所につき  | 10,000   | 11,000 円  |
|                |                   | 1カ所につき  |          |           |
| (総義歯)          | レジン床              |         | 70,000   | 77,000 円  |
|                | コバルトクロム           |         | 300,000  | 330,000 円 |
|                | チタン合金             |         | 400,000  | 440,000 円 |
|                |                   |         |          |           |
| 義歯修理           | 軟性義歯 (シリコン床)      | 1床1~3歯  | 60,000   | 66,000 円  |
|                |                   | 1床4~8歯  | 80,000   | 88,000 円  |
|                |                   | 1床9~14歯 | 110,000  | 121,000 円 |
|                | 維持装置追加            | 1カ所につき  | 4,000    | 4,400 円   |
|                |                   | 1カ所につき  | 20,000   | 22,000 円  |
|                |                   |         |          |           |
| インプラント<br>関連   | 診査診断料(資料一式)       |         | 20,000   | 22,000 円  |
|                | 手術費               | 1本につき   | 200,000  | 220,000 円 |
|                | 歯冠補綴              | 1本につき   | 200,000  | 220,000 円 |
|                | ソケットリフト           | 1本につき   | 100,000  | 110,000 円 |
|                | サイナスリフト           | 1カ所につき  | 200,000  | 220,000 円 |
|                | GBR               | 1カ所につき  | 100,000  | 110,000 円 |
|                | 顎堤形成              | 1回      | 100,000  | 110,000 円 |
|                | 歯肉移植              | 1歯      | 60,000   | 66,000 円  |
|                | 歯周形成手術            | 1歯      | 60,000   | 66,000 円  |
|                | 静脈内鎮静法            | 1手術につき  | 50,000   | 55,000 円  |
|                | 全身麻酔              | 1手術につき  | 150,000  | 165,000 円 |
|                | 入院(食事、点滴、薬剤費、を含む) | 1日につき   | 45,000   | 49,500 円  |
|                | 術前検査              |         | 10,000   | 11,000 円  |
|                |                   |         |          |           |