

保険外負担・保険外併用療養費一覧

■ 当院では、次の諸料金について実費の負担をお願いしております。

令和8年1月

名 称	規格等	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)	30分以内	11,000円	
医師による医療相談・面談料(保険会社)	30分以内	22,000円	
医師による医療相談・面談料(保険会社)	45分以内	33,000円	
医師による医療相談・面談料(保険会社)	60分以内	44,000円	
育児相談	1回	5,500円	
健康診断			保険点数に準じて算定
予 防 接 種 に 係 る 料 金			
インフルエンザワクチン(大人・小児)	1回	7,700円	診察料、注射手技料込み
インフルエンザワクチン(フルミスト点鼻液)	1回	9,900円	〃
コロナウイルスRNAワクチン(コミナティ筋注・スパイクバックス筋注)	1回	16,940円	〃
ヒブワクチン	1回	11,000円	〃
ポリオワクチン(不活化)	1回	12,100円	〃
四種混合ワクチン(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)	1回	14,300円	〃
五種混合ワクチン(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ)	1回	33,000円	〃
日本脳炎ワクチン	1回	9,900円	〃
風疹ワクチン	1回	7,700円	〃
麻疹ワクチン	1回	7,700円	〃
水痘ワクチン	1回	9,900円	〃
おたふくかぜワクチン	1回	7,700円	〃
麻疹・風疹混合ワクチン	1回	12,100円	〃
乾燥BCGワクチン	1回	7,700円	〃
狂犬病ワクチン	1回	22,000円	〃
沈降破傷風トキソイドワクチン	1回	3,850円	〃
肺炎球菌ワクチン(ニューモバックスNP)	1回	8,800円	〃
肺炎球菌ワクチン(プレベナー20・バクニュバンス)	1回	14,300円	〃
带状疱疹ワクチン(シングリックス)	1回	22,000円	〃
A型肝炎ワクチン(エイムゲン)	1回	9,900円	〃
B型肝炎ワクチン(ヘプタバックスⅡ)	1回	7,700円	〃
B型肝炎ワクチン(ビームゲン0.25ml)	1回	7,150円	〃
B型肝炎ワクチン(ビームゲン0.5ml)	1回	7,700円	〃
HPVワクチン(サーバリックス・ガーダシル)	1回	25,300円	〃
HPVワクチン(シルガード9)	1回	38,000円	〃
RSウイルスワクチン(アブリスボ筋注)	1回	35,000円	〃
RSウイルスワクチン(アレックスー)	1回	28,600円	〃
ロタウイルスワクチン(ロタテック)	1回	11,000円	〃 (×3回接種)
ロタウイルスワクチン(ロタリックス)	1回	16,500円	〃 (×2回接種)
健 診 等 に 係 る 料 金			
妊婦健診(NSTなし)	1回	7,000円	
妊婦健診(NSTあり)	1回	9,000円	
産婦健診(産後)	1回	6,000円	
乳房マッサージ	1回	3,300円	
禁煙補助剤の処方(初診時)	1回	5,500円	
禁煙補助剤の処方(再診時)	1回	3,300円	
PET・CT健診料	1回	155,381円	
診 断 書 ・ 証 明 書 等 に 係 る 料 金			
証明書(医療費)	1通	2,200円	金額証明(簡単)、簡単な証明書等
診断書(院内様式)	1通	4,400円	
診断書(障害関係、年金)	1通	6,600円	
診断書(自賠責)	1通	7,700円	自賠責保険
生命保険会社診断書	1通	8,800円	生命保険会社診断書
診断書(英文)	1通	11,000円	英文診断書
日 常 生 活 上 に 必 要 な サ ー ビ ス に 係 る 料 金			
おむつ	1枚	14円～136円	種類・サイズに応じて算定
そ の 他			
診察券再発行料	1枚	330円	
セカンドオピニオン(30分以内)	1回	33,000円	
セカンドオピニオン(45分以内)	1回	44,000円	
セカンドオピニオン(60分以内)	1回	66,000円	
(加算)CT／MRI等画像診断料	1回	5,500円	
(加算)病理診断料	1回	5,500円	
外国人・セカンドオピニオン(30分以内)	1回	99,000円	
外国人・セカンドオピニオン(45分以内)	1回	132,000円	
外国人・セカンドオピニオン(60分以内)	1回	198,000円	
(加算)外国人・CT／MRI等画像診断料	1回	16,500円	
(加算)外国人・病理診断料	1回	16,500円	
死後処置料(7歳以上)		11,000円	
死後処置料(7歳未満)		7,700円	
選 定 療 養 費			
室料 1人室	1日	別紙参照	13,200円～253,000円
2人室	1日	別紙参照	11,500円～16,500円
3人室	1日	5,500円	
4人室	1日	別紙参照	3,300円～5,500円
初診時選定療養費	初診時	11,000円	他病院からの紹介状がない場合
再診時選定療養費	再診時	3,300円	文書による他病院紹介後に当院を希望して受診する場合
時間外選定療養費	1回	11,000円	緊急を要しない軽症患者の場合(一部除外基準あり)
予約診察料(初診)	1回	16,500円	
予約診察料(再診)	1回	11,000円	
180日を超える入院に係る保険外併用療養費	1日	2,390円	
金 属 床 に よ る 総 義 歯 の 提 供			
金属床総義歯(コバルト)	上顎・下顎	各330,000円	
金属床総義歯(チタン)	上顎・下顎	各440,000円	
金属床総義歯(金)	上顎・下顎	各880,000円	
金属床総義歯(白金)	上顎・下顎	各990,000円	
間 歇 ス キ ャ ン 式 持 続 血 糖 測 定 器 の 使 用			
FreeStyleリブレ2センサー		7,700円	
FreeStyleリブレ2 Reader		7,700円	
Dexcom G7 センサー		7,700円	
Dexcom G7 モニター		7,700円	
白 内 障 に 罹 患 し て い る 患 者 に 対 す る 多 焦 点 眼 内 レ ン ズ の 支 給			
JJ テクニオデッセイ VB Simplicity		275,000円	
JJ テクニオデッセイ TVB Simplicity		297,000円	
Clareon PanOptixトリフォーカル眼内レンズ AutonoMe オートプリロードデリバリーシステム		275,000円	
Clareon PanOptix TORIC トリフォーカル眼内レンズ AutonoMe オートプリロードデリバリーシステム		297,000円	
HOYA Vivinex ジェメトリック		275,000円	
HOYA Vivinex ジェメトリック トーリック		297,000円	
診 療 情 報 開 示 (提 供) に 係 る 料 金			
診療録開示手数料	1回	5,500円	
診療録(口頭:保険会社・代理人) 30分以内:22,000円、45分以内:33,000円、60分以内:44,000円	1回	22,000円～44,000円	
診療録(口頭:本人・家族)	30分	11,000円	
診療録(閲覧:保険会社・代理人) 30分以内:11,000円、45分以内:16,500円、60分以内:22,000円	1回	11,000円～22,000円	
診療録(閲覧:本人・家族)	1回	5,500円	
診療録等の写し	1枚	55円又は110円	白黒:55円、カラー:110円
診療録等の写し※(電子カルテ稼働時より2013年末迄の電子カルテ出力分)	1枚	19円又は38円	白黒:19円、カラー:38円
画像の写し(CD-ROM・フィルム)	診療科毎1枚	1,100円	
画像の写し(DVD-ROM)	診療科毎1枚	6,600円	