

健康保険給付外特殊診療料等料金表

◆当院では、以下の項目について、その使用量、利用回数に応じた実費の負担をお願いしています。

令和7年4月1日改正

区 分		金 額		備 考		
妊婦検診料			課税	診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第1医科診療報酬点数表に準じて算定した額		
分娩料						
自然分娩料	単胎の場合	66,000 円	非課税			
	多胎の場合			単胎の場合の金額に1胎につき、30,000円を加算した額		
帝王切開時分娩介助料	単胎の場合	40,000 円		非課税		
	多胎の場合				単胎の場合の金額に1胎につき、40,000円を加算した額	
保険診療による妊娠12週を超えて21週6日までの流早産時分娩料		42,000 円	非課税			
無痛分娩加算料		15,000 円				
産科医療補償制度加入料		12,000 円		1胎につき 妊娠22週以降の分娩の場合		
時間外加算料(1胎につき)						
	平日	10,000 円	非課税	1胎につき		
	休日	20,000 円		1胎につき		
	深夜(休日の深夜を含む。)	20,000 円		1胎につき		
産婦健康診査受診料		5,000 円		1回につき		
調乳料		780 円		1日につき		
新生児管理料		20,000 円		1日につき		
胎盤処置料		800 円				
お産セット料		3,610 円		1個につき		
プロウペス膣用剤10mg		20,000 円		1回につき		
新生児聴覚クリーニング検査		3,850 円		1回につき		
先天性代謝異常検査採血料		3,000 円		1回につき		
先天性代謝異常(SMA・SCID)検査料		6,600 円		1回につき		
妊娠反応検査料		800 円		1回につき		
ライソゾーム病等新生児スクリーニング検査料(14疾患)		9,760 円		1回につき		
ライソゾーム病等新生児スクリーニング検査料(12疾患)		8,660 円		1回につき		
病衣貸与料(助産)		100 円		1日につき		
おむつ料等(助産)						
	尿とりパット(助産)	33 円	非課税	1枚につき		
	T字帯(助産)	300 円		1枚につき		
	腹帯(助産)	1,000 円		1枚につき		
	母乳バッグ(助産)	550 円		1個につき		
	箱ティッシュ(助産)	64 円		1個につき		
	水呑み(助産)	560 円		1個につき		
	歯ブラシ(助産)	150 円		1本につき		
	口腔ケア用スポンジ(助産)	19 円		1本につき		
	マスク(助産)	45 円		1枚につき		
保険外併用療養費に係る特別の料金(助産)						
	初診(医科)(助産)	7,000 円	非課税			
	再診(医科)(助産)	3,000 円				
	時間外診察(助産)	5,000 円				
	入院期間が180日を超える入院基本料等(助産)			1日につき 診療報酬の算定方法別表第1医科診療報酬点数表に準じて算定した額		
複数メニューによる選択療養費(助産)						
	朝食(助産)	48 円	非課税	複数のメニューの中で基本メニュー以外のものを選択した場合に係る費用(助産)		
	昼食(助産)	48 円				
	夕食(助産)	48 円				
健康診断料			課税(税込)	診療報酬の算定方法別表第1医科診療報酬点数表に準じて算定した額に100分の110を乗じて得た額(その額に1円未満の端数があるときは、その端数を四捨五入した額)ただし、初診料は1回とする。		
有機溶剤検査料						
	尿中総三塩化物トリクロルエチレン	3,300 円	課税(税込)	1回につき		
	尿中総三塩化物1・1・1―トリクロルエタン	3,300 円		1回につき		
	尿中総三塩化物テトラクロルエチレン	3,300 円		1回につき		
	尿中トリクロル酢酸トリクロルエチレン	3,300 円		1回につき		
	尿中トリクロル酢酸1・1・1―トリクロルエタン	3,300 円		1回につき		
	尿中トリクロル酢酸テトラクロルエチレン	3,300 円		1回につき		
	尿中馬尿酸	3,300 円		1回につき		
	尿中メチル馬尿酸	3,300 円		1回につき		
	尿中N―メチルホルムアミド	5,500 円		1回につき		
	尿中2, 5―ヘキサンジオン	5,500 円		1回につき		
	アルミニウム	2,700 円		1回につき		
	鉛	8,800 円		1回につき		
	クロム	8,800 円		1回につき		

区 分			金 額		備 考	
	カドミウム		8,800 円	課税(税込)	1回につき	
有機溶剤検査料						
	マンガン		8,800 円	課税 (税込)	1回につき	
身体検査料					健康診断料の算定に準ずる。	
死体検案料						
	時間内			課税	診療報酬の算定方法別表第1医科診療報酬点数表に規定する 初診時基本診療料に準じて算定した額の3倍の額に100分の110を 乗じて得た額(その額に1円未満の端数があるときは、その端数を四 捨五入した額)	
	時間外					
	深夜(休日の深夜を含む。)					
	休日(深夜を除く。)					
容器料(薬剤容器)						
	外用びん		74 円	課税 (税込)	1個につき	
	水薬びん		32 円		1個につき	
	点眼びん		36 円		1個につき	
	軟膏つぼ		83 円		1個につき	
病衣貸与料			110 円		1日につき	
付添寝具			363 円		1日につき	
おむつ料等						
	成人用紙おむつパンツ式		189 円	課税 (税込)	1枚につき	
	成人用紙おむつテープ式		184 円		1枚につき	
	成人用紙おむつフラット式		72 円		1枚につき	
	小児用紙おむつ		22 円		1枚につき	
	新生児おむつ		224 円		1日につき	
	尿とりパット		36 円		1枚につき	
	T字帯		330 円		1枚につき	
	腹帯		1,100 円		1枚につき	
	箱ティッシュ		70 円		1個につき	
	水呑み		616 円		1個につき	
	歯ブラシ		165 円		1本につき	
	口腔ケア用スポンジ		22 円		1本につき	
	マスク		50 円		1枚につき	
	口腔内ジェル		1,030 円		1個につき	
母親学級テキスト代			1,650 円			1冊につき
食品交換表			990 円		1冊につき	
ダイエットメモリー			440 円		1冊につき	
入院セット						
	入院セット1		385 円	課税 (税込)		
	入院セット2		550 円			
	感染症セット	男性用	947 円		1セットにつき	
		女性用	869 円		1セットにつき	
死後処置に係る料金						
	死亡処置料		5,500 円	課税 (税込)	1回につき	
	寝衣		4,950 円		1枚につき	
	閉口処置具		2,299 円		1個につき	
	化粧具		1,210 円		1個につき	
人工妊娠中絶手技料						
	妊娠11週6日まで	単胎の場合	40,810 円	課税 (税込)	単独の場合の金額に1胎につき33,000円を加算した額	
		多胎の場合			流産手術を伴わないもの	
	妊娠12週を超えて21週6日まで	単胎の場合	54,340 円		流産手術を伴うもの	
		単胎の場合	110,550 円		単独の場合の金額に1胎につき33,000円を加算した額	
		多胎の場合				
	時間外加算料					
	平日		11,000 円		1胎につき	
	休日		22,000 円		1胎につき	
	深夜(休日の深夜を含む。)		22,000 円		1胎につき	
リング挿入術手技料			22,000 円			材料等を含む
リング抜去術手技料			11,000 円			
卵管結紮術手技料			55,000 円			
子宮脱治療におけるペッサリー料			1,320 円		1個につき	
基礎体温表指導料			396 円		1回につき	
呼吸訓練器						
	トライボール		3,850 円	課税 (税込)	1個につき	
	スレショルド		4,400 円		1個につき	
	パワーブリーズメディック		6,460 円		1個につき	
保険外併用療養費に係る特別の料金						
	初診(医科)		7,700 円	課税 (税込)	1回につき	
	初診(歯科)		5,500 円		1回につき	
	再診(医科)		3,300 円		1回につき	
	再診(歯科)		2,090 円		1回につき	

区 分			金 額		備 考										
	時間外診察		5,500 円		1回につき										
	入院期間が180日を超える入院基本料等			課税 (税込)	1日につき	診療報酬の算定方法別表第1医科診療報酬点数表に準じて算定した額に100分の110を乗じて得た額（その額に1円未満の端数がある時は、その端数を四捨五入した額）									
保険外併用療養費に係る特別の料金															
多焦点眼内レンズ支給選定療養費（水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの費用から診療報酬の算定方法による水晶体再建術において主に使用する眼内レンズ（その他のものに限る。）の費用を控除した額及び当該多焦点眼内レンズの支給に当たり必要となる検査（保険外併用療養費の支給の対象となる検査を除く。）の費用の額の合算額を基準として企業長が定める額）	テクニスオデッセイ	300,000 円	課税 (税込)	1回につき											
	テクニスオデッセイトーリック	340,000 円		1回につき											
	Clareon PanOptix	300,000 円		1回につき											
	Clareon PanOptix TORIC	340,000 円		1回につき											
	Clareon Vivity	300,000 円		1回につき											
	Vivinex Gemetric	300,000 円		1回につき											
	Vivinex Gemetric TORIC	340,000 円		1回につき											
保険外併用療養費に係る特別の料金															
算定単位数の上限を超えるリハビリテーション料			課税 (税込)	1回につき	診療報酬の算定方法別表第1医科診療報酬点数表に準じて算定した額に100分の110を乗じて得た額（その額に1円未満の端数がある時は、その端数を四捨五入した額）										
金属床による総義歯の提供				1床につき	下記に定める額から保険外併用療養費を控除した額：242,000円										
齲蝕に罹患している患者に対する継続的な指導管理（フッ化物局所応用）		3,300 円		1口腔につき											
予防接種等料															
産科大量出血に対する遺伝子組替え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤の保険適用外の費用		442,310 円	課税 (税込)	1筒につき	静脈用ノボセブンHI5.0mg										
子宮頸がん予防ワクチン（ザーバリックス）		16,830 円		1筒につき											
子宮頸がん予防ワクチン（シルガード9）		29,700 円		1筒につき											
肺炎球菌ワクチン		11,550 円		1筒につき	プレベナー水性懸濁皮下注0.5ml										
肺炎球菌ワクチン （2歳以上の脾摘患者に肺炎球菌による感染症の発病予防以外に予防接種する保険適用外費用）		8,800 円		1瓶につき	ニューモボックスNP0.5ml										
肺炎球菌ワクチン （バクニューバンス水性懸濁注シリンジ）		11,550 円		1瓶につき	バクニューバンス水性懸濁注0.5ml										
4価髄膜炎菌ワクチン・メンクアッドフィ筋注		25,630 円		1瓶につき	メンクアッドフィ筋注0.5ml										
沈降B型肝炎ワクチン （HBs抗原陽性でかつHBe抗原陽性の血液による汚染事故後のB型肝炎発病予防及びB型肝炎ウイルス母子感染の予防以外に予防接種する保険適用外費用）		6,050 円		1瓶につき	ヘプタボックス0.25ml										
沈降B型肝炎ワクチン （HBs抗原陽性でかつHBe抗原陽性の血液による汚染事故後のB型肝炎発病予防及びB型肝炎ウイルス母子感染の予防以外に予防接種する保険適用外費用）		6,380 円		1瓶につき	ヘプタボックス0.5ml										
インフルエンザ4価ワクチン（A/H1N1・A/H3N2・B/山形系統・B/ビクトリア系統）		3,900 円		1回目の接種											
		2,800 円						2回目（1回目を当院で接種した場合）の接種							
		3,900 円										2回目（1回目を当院以外の医療機関で接種した場合）の接種			
		1,900 円													
沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン（四種混合ワクチン）	10,780 円	1回につき													
沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオヘモフィルスb型混合ワクチン（ゴービック水性懸濁注シリンジ）	19,690 円	1回につき													
沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオヘモフィルスb型混合ワクチン（クイントバック水性懸濁注射用）	19,800 円	1回につき													
沈降ジフテリア破傷風混合トキソイドワクチン（二種混合ワクチン）	5,060 円	1回につき													
乾燥弱毒生麻疹風疹混合ワクチン（MR）	10,340 円	1回につき													
乾燥弱毒生おたふくワクチン	6,820 円	1回につき													
乾燥弱毒生麻疹ワクチン	6,710 円	1回につき													
乾燥弱毒生風疹ワクチン	6,710 円	1回につき													
乾燥弱毒生水痘ワクチン	8,580 円	1回につき													
带状疱疹ワクチン（シングリックス）	21,780 円	1回につき													
乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	7,260 円	1回につき													
乾燥BCGワクチン	10,780 円	1回につき													
乾燥ヘモフィルスb型ワクチン（アクトヒブ）	9,020 円	1回につき													
不活化ポリオワクチン	9,680 円	1回につき													
経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン（ロタリックス内服液）	14,740 円	1回につき													

区 分				金 額		備 考	
RSウイルスワクチン(ロタリックス内服液)				25,520 円			1回につき
コロナウイルスRNAワクチン(コミナティ筋注シリンジ)				14,630 円			1回につき
ケイツーシロップ (新生児・乳児ビタミンK欠乏性出血症の予防を目的に投与する保険適用外費用)				110 円			1回につき
丸山ワクチン接種手技料				240 円			1回につき
ウイルス感染症検査料							
ヒトヘルペスウイルス6型DNA定量				13,430 円		課税 (税込)	1回につき
ヒトヘルペスウイルス7型DNA定量				13,430 円			1回につき
B型肝炎訴訟に係る検査料							
HBV分子系統解析検査				24,750 円		課税(税込)	1回につき
新型コロナウイルスに係る検査料							
SARS-CoV2核酸検出検査				20,200 円		課税(税込)	1回につき
再生医療に係る料金							
PRP				55,000 円		課税 (税込)	1回につき
PRF				33,000 円			1回につき
歯科領域の保険外諸料金							
補綴関連							
金属床							
全部床義歯			白金加金	529,810 円	課税 (税込)	1顎につき	
			金合金	555,520 円		1顎につき	
			特殊合金	368,890 円		1顎につき	
			チタン合金	433,100 円		1顎につき	
部分床義歯	12～14歯欠損	白金加金	480,640 円	課税 (税込)	1床につき		
		金合金	505,620 円		1床につき		
		特殊合金	319,040 円		1床につき		
		チタン合金	383,610 円		1床につき		
部分床義歯	9～11歯欠損	白金加金	448,090 円	課税 (税込)	1床につき		
		金合金	471,090 円		1床につき		
		特殊合金	303,320 円		1床につき		
		チタン合金	303,930 円		1床につき		
	5～8歯欠損	白金加金	405,230 円		1床につき		
		金合金	425,090 円		1床につき		
		特殊合金	281,920 円		1床につき		
		チタン合金	346,750 円		1床につき		
	1～4歯欠損	白金加金	371,220 円		1床につき		
		金合金	387,570 円		1床につき		
		特殊合金	269,030 円		1床につき		
		チタン合金	334,140 円		1床につき		
レジン床義歯							
レジン床義歯 (維持装置等は含まない)		全部床義歯	136,010 円	課税 (税込)	1床につき		
		12～14歯欠損	123,640 円		1床につき		
		9～11歯欠損	111,980 円		1床につき		
		5～8歯欠損	99,530 円		1床につき		
		1～4歯欠損	87,820 円		1床につき		
特殊義歯【維持装置等を含む】		全部床義歯	293,830 円		1床につき		
		12～14歯欠損	269,820 円		1床につき		
		9～11歯欠損	245,790 円		1床につき		
		5～8歯欠損	217,940 円		1床につき		
		1～4歯欠損	193,830 円		1床につき		
ノンクラスプデンチャー・グリップデンチャー		12～14歯欠損	132,000 円		1床につき		
		9～11歯欠損	110,000 円		1床につき		
		5～8歯欠損	99,000 円		1床につき		
		1～4歯欠損	82,500 円		1床につき		
ノンクラスプデンチャーリベース					33,000 円		1床につき
クラスプレス義歯							
樹脂のみ	8～14歯欠損	特殊合金	230,010 円	課税 (税込)	1床につき		
	4～7歯欠損		217,060 円		1床につき		
	1～3歯欠損		183,420 円		1床につき		
樹脂+ 金属フレーム	8～14歯欠損	チタン合金	423,720 円		1床につき		
	4～7歯欠損		411,450 円		1床につき		
	1～3歯欠損		378,580 円		1床につき		
	8～14歯欠損	特殊合金	434,630 円		1床につき		
4～7歯欠損	422,320 円		1床につき				
1～3歯欠損	390,860 円		1床につき				
クラスプレス義歯用レスト					6,480 円		1個につき
軟質裏装材によるリベース料					48,610 円		1床につき
鑄造バー		白金加金	75,590 円			1個につき	
		金合金	82,700 円			1個につき	

区 分		金 額		備 考		
鉤	特殊合金	28,860 円	課税 (税込)	1個につき		
	チタン合金	28,400 円		1個につき		
	白金加金屈曲鉤	46,870 円		1歯につき		
	特殊合金屈曲鉤	34,830 円		1歯につき		
	白金加金鑄造鉤	43,240 円		1歯につき		
	金合金鑄造鉤(16K以上)	44,810 円		1歯につき		
	特殊合金鑄造鉤	33,370 円		1歯につき		
	チタン合金鑄造鉤	45,770 円		1歯につき		
アタッチメント		97,800 円	課税 (税込)	1装置につき		
磁性アタッチメント(根面キャップ料は別に算定)		37,700 円		1装置につき		
磁性アタッチメント(修理)		22,000 円		1装置につき		
フック・スパー・レスト	屈曲白金加金	31,970 円		1個につき		
	鑄造白金加金	31,970 円		1個につき		
	金合金	32,160 円		1個につき		
	特殊合金	30,390 円		1個につき		
臼歯金属歯	チタン合金	40,980 円		1個につき		
	白金加金	28,140 円		1個につき		
	パラジウム合金	26,160 円		1個につき		
	金合金	28,540 円		1個につき		
	特殊合金	23,220 円		1個につき		
特殊人工歯	チタン合金	33,800 円		1個につき		
	陶歯	7,080 円		1組につき		
	レジン歯	5,870 円		1組につき		
メタルブレード臼歯		13,080 円		1組につき		
ろう着料		11,630 円		1か所につき		
根面キャップ料	白金加金	21,730 円		1歯につき		
	金合金	22,040 円		1歯につき		
	パラジウム合金	19,470 円		1歯につき		
	チタン合金	28,840 円		1歯につき		
スプリント		11,360 円		1装置につき		
スリープスプリント		72,290 円		1装置につき		
全部鑄造冠	白金加金	94,260 円		1歯につき		
	金合金	96,580 円		1歯につき		
	チタン合金	80,540 円		1歯につき		
	パラジウム合金	89,030 円	1歯につき			
前装冠						
レジン前装	白金加金	69,720 円	課税 (税込)	1歯につき		
	金合金	74,600 円		1歯につき		
	パラジウム合金	65,030 円		1歯につき		
	チタン合金	72,450 円		1歯につき		
	ハイブリッドセラミック前装	白金加金		87,010 円	1歯につき	
		金合金		88,970 円	1歯につき	
		パラジウム合金		81,410 円	1歯につき	
		チタン合金		85,960 円	1歯につき	
陶材焼付前装冠	白金加金	104,560 円		1歯につき		
	チタン合金	106,210 円		1歯につき		
支台築造	白金加金	22,380 円		1歯につき		
	金合金	32,770 円		1歯につき		
	パラジウム合金	19,850 円		1歯につき		
	銀合金	17,210 円		1歯につき		
	チタン合金	26,810 円		1歯につき		
	ハイブリッドセラミック・ガラスファイバー	18,220 円		1歯につき		
全部被覆冠	CADCAMレジン冠(エンドクラウン)		1歯につき 診療報酬の算定方法別表2歯科診療報酬点数表に準じて算定した額に100分の110を乗じて得た額(その額に1円未満の端数がある時は、その端数を四捨五入した額)			
	硬質レジンジャケット冠	41,710 円	1歯につき			
	ハイブリッドセラミックジャケット冠	57,810 円	1歯につき			
	オールジルコニアクラウン	94,640 円	1歯につき			
	オールセラミック冠(ジルコニアフレーム)	108,700 円	1歯につき			
部分被覆冠	白金加金	59,940 円	1歯につき			
	金合金	67,340 円	1歯につき			
	パラジウム合金	45,680 円	1歯につき			
	チタン合金	61,570 円	1歯につき			
架工歯(ポンティック)						
レジン前装	白金加金	52,980 円		1歯につき		
	金合金	54,440 円		1歯につき		
	パラジウム合金	45,220 円		1歯につき		
	チタン合金	53,540 円		1歯につき		

区 分				金 額	備 考				
		ハイブリッドセラミック前装	白金加金	75,820 円	課税 (税込)	1歯につき			
			金合金	77,770 円		1歯につき			
			パラジウム合金	68,170 円		1歯につき			
			チタン合金	88,980 円		1歯につき			
		陶材焼付前装	白金加金	111,600 円		1歯につき			
			チタン合金	111,180 円		1歯につき			
		金属	白金加金	72,150 円		1歯につき			
			金合金	74,470 円		1歯につき			
			パラジウム合金	66,850 円		1歯につき			
			チタン合金	71,470 円		1歯につき			
	オールセラミック		98,760 円	課税 (税込)	1歯につき				
	オールジルコニア	ジルコニア	84,700 円		1歯につき				
	グラスファイバー補強されたコンポジットレジンによるブリッジ		65,560 円		1装置につき				
	暫間補綴		2,150 円						
口腔インプラント関連									
		インプラント相談料		7,670 円	課税 (税込)				
		基本検査料		7,980 円					
		全身精密検査料				11,050 円			
			血液検査				診療報酬の算定方法別表1医科診療報酬点数表に準じて算定した額に100分の110を乗じて得た額(その額に1円未満の端数がある時は、その端数を四捨五入した額)		
			心電図						
		顎骨精密検査料(パノラマ撮影含む)		7,670 円		1回につき			
		インプラント術前床矯正装置		37,720 円		1顎につき			
		インプラント補綴診断料 (デジタルデータ複製料含む)(CT撮影含む)	11歯以上	20,390 円		1顎につき			
			7～10歯	14,580 円		1顎につき			
			1～6歯	11,670 円		1顎につき			
			コンピュータによるシミュレーション加算	42,280 円		1顎につき			
			コンピュータ作成外科用ドリルガイド加算			1顎につき 購入価格に100分の110を乗じて得た額(その額に1円未満の端数があるときは、その端数を四捨五入した額)			
		インプラント植立料	インプラント手術基本料	13,610 円		1手術につき			
			一次手術	192,680 円		1歯につき			
			植立するフィクスチャー			購入価格に100分の110を乗じて得た額(その額に1円未満の端数があるときは、その端数を四捨五入した額)			
			二次手術	28,700 円		1歯につき			
				21,950 円		同一日に1歯を超え植立する場合は1歯増すごとに			
			植立するアバットメント			1歯につき 購入価格に100分の110を乗じて得た額(その額に1円未満の端数があるときは、その端数を四捨五入した額)			
		インプラント材料料				1歯につき 購入価格に100分の110を乗じて得た額(その額に1円未満の端数があるときは、その端数を四捨五入した額)			
		インプラント補綴	有床義歯タイプ	136,890 円		1床につき			
			暫間補綴	11,440 円		1歯につき			
		スクリュー固定(フィクスチャーレベル)							
				陶材焼付前装冠		白金加金	159,350 円	課税 (税込)	1歯につき
						チタン合金	163,990 円		1歯につき
コバルトクロム	163,990 円				1歯につき				
オールセラミッククラウン	ジルコニア・ポーセレン			172,210 円	1歯につき				
オールジルコニアクラウン	ジルコニア			163,970 円	1歯につき				
ハイブリッドレジン前装冠	白金加金			146,090 円	1歯につき				
	金合金			147,830 円	1歯につき				
	チタン合金			149,230 円	1歯につき				
レジン前装冠	白金加金			127,930 円	1歯につき				
	金合金			131,690 円	1歯につき				
金属冠	金合金			153,600 円	1歯につき				
スクリュー固定(アバットメントレベル)									
				陶材焼付前装冠	白金加金	140,870 円	課税 (税込)		1歯につき
		チタン合金	145,810 円		1歯につき				
		コバルトクロム	145,810 円		1歯につき				
		オールセラミッククラウン	ジルコニア・ポーセレン	152,330 円	1歯につき				
		オールジルコニアクラウン	ジルコニア	142,320 円	1歯につき				
		ハイブリッドレジン前装冠	白金加金	125,090 円	1歯につき				
			金合金	126,760 円	1歯につき				
			チタン合金	127,660 円	1歯につき				
		レジン前装冠	白金加金	108,070 円	1歯につき				
			金合金	112,320 円	1歯につき				
		金属冠	金合金	132,530 円	1歯につき				
		セメント固定							
			陶材焼付前装冠	白金加金	125,290 円			1歯につき	

区 分				金 額		備 考			
				チタン	128,540 円	課税 (税込)	1歯につき		
				コバルトクロム	128,540 円		1歯につき		
			オールセラミッククラウン	ジルコニア・ポーセレン	134,710 円		1歯につき		
			オールジルコニアクラウン	ジルコニア	114,510 円		1歯につき		
			ハイブリッドレジン前装冠	白金加金	108,120 円		1歯につき		
				金合金	109,860 円		1歯につき		
				チタン合金	112,520 円		1歯につき		
			レジン前装冠	白金加金	93,430 円		1歯につき		
				金合金	95,420 円		1歯につき		
			金属冠	金合金	117,470 円		1歯につき		
	カスタムアバットメント		白金加金	48,840 円	課税 (税込)	1歯につき			
			金合金	52,940 円		1歯につき			
			パラジウム合金	50,850 円		1歯につき			
			チタン合金	58,340 円		1歯につき			
			ジルコニア	64,680 円		1歯につき			
	インプラント用 スプリント	術前診断用				1装置につき	診療報酬の算定方法別表2歯科診療報酬点数表に準じて算定した額に100分の110を乗じて得た額(その額に1円未満の端数がある時は、その端数を四捨五入した額)		
		補綴時(プレス成型による作製)		26,940 円		2装置まで			
		補綴時(重合による作製)		40,820 円		1装置につき			
	インプラント補綴の修理	ハイブリッドレジン修理(一部築盛)		4,160 円		1歯につき			
		ハイブリッドレジン修理(全体築盛)		8,870 円		1歯につき			
		陶材修理(一部築盛)		8,170 円		1歯につき			
		陶材修理(全体築盛)		27,000 円		1歯につき			
		ろう着		5,750 円		1か所につき			
		ろう盛		4,420 円		1歯につき			
		義歯修理		1,250 円		1歯につき			
		メンテナンス	骨結合度診断料(パノラマ撮影含む)			7,670 円	1回につき		
	定期検査料		7,670 円	1回につき					
	インプラント衛生指導料			1,820 円		1回につき			
	矯正歯科関連								
		矯正用アンカースクリュー	埋入	27,950 円		課税 (税込)	1本につき		
			再埋入(脱落による)	11,130 円			1本につき(4ヶ月以後)		
			除去	6,260 円			1本につき		
	放射線科関連								
	断層方式パノラマエックス線撮影および単純エックス線撮影								
		エックス線撮影料・診断料		1回につき		課税 (税込)		診療報酬の算定方法別表2歯科診療報酬点数表に準じて算定した額に100分の110を乗じて得た額(その額に1円未満の端数がある時は、その端数を四捨五入した額)	
		電子画像管理加算		1回につき			フィルム代がこれを超えない場合		
		フィルム代					電子画像管理加算非算定の場合		
		歯科画像診断管理加算1		1日につき1回			歯科画像診断管理加算2算定の場合を除く		
頭部エックス線規格撮影:セファログラフィ				撮影方向・顎位に関わらず4枚まで		5枚目以降1枚追加につき			
エックス線撮影料・診断料		1,170 円							
全身用CT									
	撮影部位に応じて			課税 (税込)	1回につき	診療報酬の算定方法別表2歯科診療報酬点数表に準じて算定した額に100分の110を乗じて得た額(その額に1円未満の端数がある時は、その端数を四捨五入した額)			
	上顎・下顎いずれか片顎	撮影料(上顎又は下顎)	1回につき						
	上下顎	撮影料(上下顎)	1回につき						
	診断料				1回につき				
	追加診断料		1,060 円		ステント計測7本目以降1本につき	診療報酬の算定方法別表2歯科診療報酬点数表に準じて算定した額に100分の110を乗じて得た額(その額に1円未満の端数がある時は、その端数を四捨五入した額)			
	電子画像管理加算		1回につき		フィルム代がこれを超えない場合				
	フィルム代				電子画像管理加算非算定の場合				
	歯科画像診断管理加算2				1回につき				
CBCT									
	撮影部位に応じて			課税 (税込)	1回につき	診療報酬の算定方法別表2歯科診療報酬点数表に準じて算定した額に100分の110を乗じて得た額(その額に1円未満の端数がある時は、その端数を四捨五入した額)			
	1部位目	撮影料(1部位)			1部位追加につき				
	2部位目以降	追加撮影料			1回につき				
	診断料(1部位)				1部位追加につき				
	追加診断料				1回につき				
	電子画像管理加算				1回につき				
	歯科画像診断管理加算2				1回につき				
保存治療関連									
歯冠修復									
	18K～20Kインレー	単純なもの	46,700 円		1歯につき				
		複雑なもの	56,320 円		1歯につき				
	白金加金インレー	単純なもの	45,430 円		1歯につき				
		複雑なもの	54,470 円		1歯につき				
金箔充填			23,580 円		1窩洞につき				
	陶材インレー	単純なもの	55,680 円		1歯につき				
		複雑なもの	66,290 円		1歯につき				
陶材ラミネートベニア			60,640 円	課税	1歯につき				

区 分				金 額		備 考	
		ハイブリッドセラミックレジン修復 (間接法)	単純なもの	19,500 円	課税 (税込)	1歯につき	
			複雑なもの	26,280 円		1歯につき	
			ラミネートベニア	31,710 円		1歯につき	
		ハイブリッドセラミックレジン修復 (直接法)	コーティング	3,970 円		1歯につき	
			単純なもの	24,200 円		1歯につき	
			複雑なもの	32,360 円		1歯につき	
			ラミネートベニア	37,630 円		1歯につき	
		ラミネートベニア前処置加算	単純なもの	5,850 円		1窩洞につき	
	複雑なもの		7,880 円	1窩洞につき			
	生活歯漂白	ホーム・ブリーチング	36,570 円	課税 (税込)	1顎につき(薬剤3本まで)		
			3,380 円		追加薬剤費(4本目以降)		
	生活歯・無髄歯漂白	オフィス・ブリーチング	22,940 円		1回(12歯まで)につき		
	無髄歯漂白	WBT	15,480 円		1歯につき(3回目)		
	歯周再生療法(EMD)1歯分				59,110 円	1歯につき	
	歯周再生療法(EMD)2歯分				68,620 円	2歯につき	
	歯周再生療法(EMD)と異種骨移植(バイオオス)				91,180 円	1歯～4歯	
	歯肉歯槽粘膜形成術				44,410 円	1歯につき	
	歯の挺出				20,390 円	1歯につき	
	歯の移植・再植				34,840 円	1歯につき	
	歯槽骨移植術				31,590 円	1歯につき	
	インプラント周囲炎治療				36,180 円	1本につき	
	口腔衛生管理料				5,450 円	1回につき	
	専門的歯面清掃(クリーニング)				11,180 円	1回につき	
	歯周病関連菌検査料(PCR法)					1菌種1回につき11,750円 / 1菌種増えるごとに3,300円	
口腔外科関連							
処理・検査・手術料					課税 (税込)	診療報酬の算定方法別表2歯科診療報酬点数表に準じて算定した額に100分の110を乗じて得た額(その額に1円未満の端数がある時は、その端数を四捨五入した額)	
						1回につき 購入価格に100分の110を乗じた額を加算	
材料・技工・薬剤を要するもの						1回につき	
SASの除去			5,870 円			1か所につき	
SASの埋入料(SMAP以外)			矯正を転用			1か所につき	
コルチコトミー			38,150 円			1か所につき	
エピテック						1か所につき	52,680円＋材料代
ザイゴマインプラント						1か所につき	52,680円＋材料代
歯牙移植			30,890 円	1歯につき			
根端充填料			2,940 円	1歯につき		診療報酬の算定方法別表2歯科診療報酬点数表に準じて算定した額(抜歯手術と再診料)に100分の110を乗じて得た額(その額に1円未満の端数がある時は、その端数を四捨五入した額)	
便宜抜歯	前歯		1歯につき				
	臼歯		1歯につき				
	難抜歯		1歯につき				
	埋伏歯		1歯につき				
	下顎完全埋伏智歯(骨性)		1歯につき				
手術用立体モデル 石膏	下顎	62,100 円	1個につき				
	下顎(TMJ含む)	73,100 円	1個につき				
	上顎	67,600 円	1個につき				
	顔面骨	89,600 円	1個につき				
	頭蓋骨	111,600 円	1個につき				
	上顎・下顎分類	122,600 円	1個につき				
	その他(小)	62,100 円	1個につき				
			1個につき				
手術用立体モデル 光硬化性樹脂	下顎	128,100 円	1個につき				
	下顎(TMJ含む)	139,100 円	1個につき				
	上顎	194,100 円	1個につき				
	顔面骨	221,600 円	1個につき				
	頭蓋骨	276,600 円	1個につき				
	上顎(上顎洞底)	117,100 円	1個につき				
	上顎・下顎分類	331,600 円	1個につき				
	その他(小)	221,600 円	1個につき				
ソケットプリザベーション(テルプラグ等による)			4,750 円 (材料費別)	1歯につき	材料を使用した場合は、購入価格に100分の110を乗じた額を加算		
SMAP			66,920 円	1本につき			
発音嚙下補助装置用金属床			333,770 円	1回につき			
矯正治療用インプラント			67,350 円	1か所につき			
発音嚙下補助装置付加			41,870 円	1か所につき			
発音嚙下補助装置(調整料)			5,590 円	1か所につき			
上顎洞底挙上術	口腔内採取片側	90,620 円	1か所につき	材料を使用した場合は、購入価格に100分の110を乗じた額を加算			
	口腔内採取両側	129,270 円	1か所につき				
	口腔外採取両側	259,010 円	1か所につき				
歯槽骨延長術	1～3歯まで	82,600 円	1か所につき	材料を使用した場合は、購入価格に100分の110を乗じた額を加算			
	4歯以上	115,230 円	1か所につき				
歯槽骨形成術(移植法を含む)□							

区 分				金 額		備 考	
		簡単なもの(1歯程度)		17,900 円	課税 (税込)	1歯につき	材料を使用した場合は、購入価格に100分の110を乗じた額を加算
		複雑なもの	骨補填材の使用	42,330 円		1回につき	
			口腔内自家骨採取	58,830 円		1歯まで	
				80,590 円		2歯以上	
			口腔外自家骨採取	190,740 円		1回につき	
	歯肉歯槽粘膜形成術						材料を使用した場合は、購入価格に100分の110を乗じた額を加算
		簡単なもの		10,520 円	課税 (税込)	1回につき	
		複雑なもの	粘膜代用被覆によるもの	41,070 円		1回につき	
			粘膜移植によるもの	58,300 円		1回につき	
	チンキャップ		13,200 円	課税 (税込)	1個につき		
	顎顔面用バンデージ		8,800 円		1個につき		
	フッ素塗布(2回/3週)		3,300 円		1セットにつき		
	家族受診料		3,201 円		1回につき		
	セカンドオピニオン外来相談料		11,000 円		課税 (税込)	1回につき(30分以内)	
			22,000 円	1回につき(30分超60分以内)			
	遺伝相談外来カウンセリング受診料		5,500 円			1回につき	
遺伝相談外来における遺伝性腫瘍遺伝子検査料							
MMRスクリーニング		133,950 円	課税 (税込)	1回につき			
TP53スクリーニング		100,950 円		1回につき			
MLH1フルシークエンシング		78,950 円		1回につき			
MSH2フルシークエンシング		78,950 円		1回につき			
MSH6フルシークエンシング		78,950 円		1回につき			
PMS2フルシークエンシング		78,950 円		1回につき			
追加MLH1/MSH2 MLPA		34,100 円		1回につき			
追加MSH6/PMS2 MLPA		34,100 円		1回につき			
ACTRisk		254,950 円		1回につき			
ACTRiskCare		177,950 円		1回につき			
PTENスクリーニング		100,950 円		1回につき			
シングルサイト1サイト		45,950 円		1回につき			
シングルサイト2サイト		62,450 円		1回につき			
APCスクリーニング		100,950 円		1回につき			
がん関連シングルサイト解析(1箇所)		23,950 円		1回につき			
がん関連シングルサイト解析(2箇所)		27,250 円		1回につき			
がん関連シングルサイト解析(3箇所)		30,550 円		1回につき			
がん関連シングルサイト解析(4箇所)		33,850 円		1回につき			
がん関連シングルサイト解析(5箇所)		37,150 円		1回につき			
Sanger法による単一エクソン解析(1箇所)		29,450 円					
BHD症候群遺伝子検査		51,450 円		1回につき			
MPN遺伝子変異解析		33,880 円		1回につき			
傍腫瘍性神経症候群検査料		51,490 円		1回につき			
悪性腫瘍(固型腫瘍)遺伝子検査 BRAF exon15 V600E		32,340 円		1回につき			
フルネル膜プリズム(各サイズ共通)		5,720 円	課税 (税込)	1枚につき			
Hydrotac 貼る老眼鏡		4,785 円		1セット(2枚)につき			
在宅患者訪問診療・看護・指導交通費		550 円		木更津市、君津市、富津市及び袖ヶ浦市の患家訪問1回につき			
		1,100 円	上記以外の市町村の患家訪問1回につき				
人間ドック料							
1日コース			課税 (税込)				
男性	47,300 円						
女性(子宮がん検査含む。)	49,500 円						
女性(子宮がん検査含まない)	47,300 円						
オプション料金							
物忘れ度チェック	1,100 円						
HIV検査(エイズ検査)	3,630 円						
骨密度測定検査	3,960 円						
ヘリコバクター・ピロリ菌検査(便)	3,300 円						
甲状腺エコー	4,400 円						
乳腺エコー	4,400 円						
マンモグラフィ	5,500 円						
乳腺MRI	26,950 円						
腫瘍マーカー(CA125)	3,971 円						
経膈超音波検査	5,830 円						
子宮内膜細胞診(子宮内膜組織診)	7,370 円						
子宮がん検査(頸部細胞診)	3,740 円						
喀痰細胞診	4,950 円						
呼吸機能検査	3,300 円						
糖負荷検査	2,420 円						
脳ドック(頭部MRI及びMRA)	33,000 円						

区 分			金 額		備 考
		肺ドック(胸部ヘリカルCT)	22,000 円	課税 (税込)	
		大腸内視鏡検査	22,000 円		
		大腸CT撮影	35,635 円		
		胃内視鏡検査(X線代用)	3,300 円		
		凝固因子検査	517 円		
		PET-CT	103,400 円		
診療情報開示手数料					
	文書又は図面の写しの作成に要する費用	写真の写しの作成に要する費用	10 円	課税 (税込)	A3サイズまでの用紙の片面1枚につき
			330 円		半切1枚につき
			242 円		大角切1枚につき
	写真の写しの作成に要する費用		220 円	課税 (税込)	大四ッ切1枚につき
			176 円		B4サイズ1枚につき
			154 円		四ッ切1枚につき
			154 円		六ッ切1枚につき
			330 円		CT半切(大四ッ切、六ッ切)1枚につき
			550 円		ディスク(記憶媒体)1枚につき
	画像の写しの作成に要する費用		送料に相当する費用		
	写しの送付に要する費用		1回につき		
	生命保険会社等の面談料		7,700 円		
複数メニューによる選択療養費	朝食	53 円			複数のメニューの中で基本メニュー以外のものを選択した場合に係る費用
	昼食	53 円			
	夕食	53 円			
診察券再発行料		110 円		1枚につき	
付添食		737 円		1食につき	

なお、衛生材料等の治療(看護)行為及びそれに密接に関連した「サービス」や「物」についての費用の徴収や、「施設管理費」等のあいまいな名目による費用の徴収は、一切認められていない。