

保険外負担一覧表

令和6年12月1日現在

項 目	課税料金	非課税料金
1. 特別室使用料（1日につき）	別表第1 特別の療養環境室料金表のとおり	
2. 分娩介助料（1児1回につき）		
①時間内（8：30～17：00）		250,500
②時間外（①及び③以外の時間）		280,500
③深夜（22：00～翌6：00）及び日・祝日（00：00～24：00）		300,500
※1児増すごとに上記に加算		
①時間内（8：30～17：00）		250,500
②時間外（①及び③以外の時間）		280,500
③深夜（22：00～翌6：00）及び日・祝日（00：00～24：00）		300,500
3. 文書料及び文書発送料（1通につき）	別表第2のとおり	
4. 歯科領域の諸料金	別表第3のとおり	
5. 産科婦人科領域の諸料金	別表第4のとおり	
6. 先進医療料（A）（B）	別表第5のとおり	
7. 特定機能病院における初診時及び再診時負担額		
初診時 紹介なし患者の場合	7,700	7,000
再診時 紹介なし患者の場合	3,300	3,000
8. 治験に係る診療で特定療養費支給対象外となる料金については本項各号列記以外の部分に規定する料金の額に準用する。		
9. 診療情報の提供に係る料金		
診療録等複写料（電子式複写）（1枚につき）	20	
診療録等複写料（マイクロフィルム基本料）（1件につき）	5,500	
診療録等複写料（マイクロフィルムからの複写）（1枚につき）	220	
画像情報複写料 CD-R（1枚につき）	1,100	
画像情報複写料 DVD-R（1枚につき）	1,650	
10. 新生児管理保育料	6,600	6,000
11. 遺伝カウンセリング料		
初回 1時間以内	6,798	
1時間を超える1時間ごと	3,630	
2回目以降 1時間以内	4,444	
1時間を超える1時間ごと	3,630	
12. 妊婦健診料 地方自治体の公費負担により受診した場合で当該公費負担の金額が5,980円未満である時は、当該公費負担の金額と5,980円との差額とする。		5,980
13. 産後健診料		5,000
14. 乳房管理指導料（1回につき）	3,300	
15. 保険会社等医師面談料（1回につき）	5,500	
16. 死後処置料	5,500	
17. セカンドオピニオン相談料（1回につき）	33,000	
18. ワクチン接種料	別表第6のとおり	
19. ポジトロン断層撮影における保険適用外の検査に係る料金		
ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影（PET／CT）検査料（1回につき）	107,800	
ポジトロン断層撮影（PET）検査料（1回につき）	94,600	
20. 180日以後の一般病棟における入院に要する保険適用外の費用に係る料金（1日につき）	2,835	
21. 診療報酬点数表に規定する回数を超えて受けた保険適用外の診療に係る料金		
心大血管疾患リハビリテーション料（1単位につき）	2,255	
脳血管疾患等リハビリテーション料		
a.廃用症候群の場合（1単位につき）	1,980	
b.廃用症候群以外の場合（1単位につき）	2,695	
運動器リハビリテーション料（1単位につき）	2,035	

呼吸器リハビリテーション料（１単位につき）	１，９２５	
２２．乳児健診料	５，６０４	
２３．ヒト白血球抗原（HLA）検査料		
造血幹細胞移植及び肝臓移植の場合		
HLA 血清型検査（１回につき）	２２，０００	
HLA 遺伝子型検査（１回につき）	４０，７００	
腎臓移植の場合（HLA 研究所）		
ドナーを対象とするもの（１回につき）	７０，４００	
レシピエントを対象とするもの（１回につき）	６１，６００	
HLA 抗体スクリーニング検査料（１回につき）	２４，２００	
腎臓移植の場合（中京病院）		
HLA 抗体検査（一式）・腎移植ドナー（１回につき）	２３，１００	
HLA 抗体検査（一式）・腎移植レシピエント（１回につき）	４９，５００	
HLA タイピング（中京病院）（１回につき）	２７，５００	
リンパ球クロスマッチ（LCT）（中京病院）（１回につき）	１６，５００	
リンパ球クロスマッチ（FCXM）（中京病院）（１回につき）	１６，５００	
LABScreen-Mixed（スクリーニング）（中京病院）（１回につき）	１６，５００	
LABScreen-Mixed Single Antigen Class I ・ II（中京病院）（１回につき）	３３，０００	
HLA 抗体クラス I ・ II 同定検査料（１回につき）	２２，０００	
ダイレクトクロスマッチ検査料（１回につき）	１０，６７０	
２４．乳房再建に係るインプラント材料	病院の購入価格	
２５．Ｂ型肝炎訴訟に係る検査料		
HBV ジェノタイプ判定検査料（１回につき）	４，１８０	
HBV サブジェノタイプ判定検査料（１回につき）	１７，６００	
HBV 分子系統解析検査料（１回につき）	２５，３００	
２６．産科保健指導料（母親学級）	５，５００	
２７．産科保健指導料加算（母親学級・助産師個別指導料）	３，３００	
２８．患者申出療養相談料（１回につき）	３３，０００	
２９．ロボット支援腹腔鏡下子宮全摘術料（１手術につき）	１，３８６，０００	
３０．患者申出療養料	別表第７のとおり	
３１．母体血を用いた出生前遺伝学検査（NIPT）料		
血液検査（１回につき）	９６，８００	
血液検査陽性後の羊水検査（１回につき）	４，５１０	
NIPT 遺伝カウンセリング料 初回	１４，３００	
３２．新規マススクリーニング検査料（拡大新生児マススクリーニング）（１検体につき）	６，９３０	
３３．育児指導外来料	３，３００	
３４．遺伝学的検査料	別表第８のとおり	
３５．未染標本作製料（１枚につき）	１８４	
３６．新生児聴力検査料（１回につき）	５，５００	
３７．がんゲノム外来料（１回につき）	３３，０００	
３８．時間外選定療養費	５，５００	５，０００
３９．海外在住外国人患者の受診に係る料金		
海外在住外国人患者受診相談料	３３，０００	
海外在住外国人患者初診料	３３，０００	
４０．腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清術料（１手術につき）	１，３９７，０００	
４１．妊娠・授乳とくすりの相談外来料		
３０分以内	５，５００	
３０分を超える３０分ごと	５，５００	
４２．療養の給付と直接関係ないサービス料（日常生活上のサービス料）	別表第９のとおり	
４３．がん・生殖医療相談外来料		
１時間以内	１１，０００	
１時間を超える３０分ごと	５，５００	
心理支援料		

30分以内	3, 0 8 0	
30分を超える30分ごと	3, 0 8 0	
44. 無痛分娩料（1回につき）		1 0 6, 0 0 0
45. エンゼルボックス		
20 1児につき	8 8 0	
30 1児につき	1, 5 4 0	
35 1児につき	1, 6 5 0	
50 1児につき	3, 5 2 0	
46. インターコンセプション外来料		
30分以内	5, 5 0 0	
30分を超える30分ごと	5, 5 0 0	
47. 胎児4Dエコー（1回につき）	3, 0 0 0	

※消費税法で非課税とされる医師、助産師その他医療に関する施設の開設者による助産に係る資産の譲渡等に該当する場合については、非課税料金とする

別表第 1（第 2 条第 1 項関係）

特別室使用料

区分			金額
特別室 A	普通室の料金に対する加算額	1 日につき	110,000 (100,000) 円
特別室 B	普通室の料金に対する加算額	1 日につき	45,100 (41,000)
特別室 C	普通室の料金に対する加算額	1 日につき	22,000 (20,000)
特別室 D	普通室の料金に対する加算額	1 日につき	12,100 (11,000)
特別室 E	普通室の料金に対する加算額	1 日につき	8,800 (8,000)
特別室 F	普通室の料金に対する加算額	1 日につき	9,900 (9,000)
特別室 G	普通室の料金に対する加算額	1 日につき	3,300 (3,000)
特別室 H	普通室の料金に対する加算額	1 日につき	14,300 (13,000)
特別室 I	普通室の料金に対する加算額	1 日につき	110,000 (100,000)
特別室 J	普通室の料金に対する加算額	1 日につき	74,800 (68,000)
特別室 K	普通室の料金に対する加算額	1 日につき	25,300 (23,000)
特別室 L	普通室の料金に対する加算額	1 日につき	25,300 (23,000)
特別室 M	普通室の料金に対する加算額	1 日につき	20,900 (19,000)
特別室 N	普通室の料金に対する加算額	1 日につき	19,800 (18,000)

（注） 消費税法で非課税とされる助産に係る資産の譲渡等に該当する場合には括弧内の料金とする。

別表第2（第2条第1項関係）

文書料

種 別	内 容		金 額
診断書料	普通・健康診断書（院内様式）		2,200円
死亡診断書料			3,300
死体検案書料			3,300
特殊診断書料	普通・健康診断書（院外様式）		3,850
	各種免許・受験用診断書		3,850
	特殊・後遺症診断書		5,500
	補償認定申請用診断書（写真及び検査データの添付を含む。）		11,000
	補償分割金請求用診断書		5,500
	生命・簡易保険用	診断書	5,500
		死亡診断書	5,500
		症状調査書	5,500
	自賠責保険用	診断書	5,500
		後遺症診断書	5,500
		入院証明書（診断書）	5,500
	恩給診断書	個人用	4,400
		恩給局用	4,400
	年金診断書	国民年金診断書	5,500
		厚生年金診断書	5,500
		障害年金診断書	5,500
	障害福祉年金診断書		3,850
	児童扶養手当障害認定診断書		3,850
	福祉手当認定診断書		4,400
	身体障害者手帳交付診断書（申請）		4,400
	身体障害者手帳交付診断書（更新）		4,400
	特定疾患診断書（申請）		2,200
	特定疾患診断書（更新）		2,200
	じん肺認定診断書		5,500
	航空身体検査証明申請書		3,850
	通院医療公費負担申請書		3,850
	病歴書		5,500
証明書料	医療費領収証明書（院内様式）		2,200
	分娩・出産・出生証明書		2,200
	おむつ使用証明書意見書		2,200
	意見書	（補装具交付）	2,200
		（裁判所，警察等）	2,200
		（上記以外）	2,200
	死産証明書		2,200
その他（簡単な記述のもの）		2,200	

特殊証明書料	医療費領収証明書（院外様式）		3,850
	入退院・通院証明書		3,300
	生命・簡易保険用	入退院証明書	5,500
	自賠責保険用	領収証明書	5,500
		明細書	5,500
	医療費助成(支給)申請書・証明書		3,300
	自動車通院非課税証明書		3,300
	その他（複雑な記述のもの）		3,300

文書発送料

区 分	徴 収 額
文書発送料	発送する文書に応じて郵便事業株式会社が定める第一種郵便物の料金

別表第3（第2条第1項関係）

1 保険適用外の料金

区分	金額
	円
基本診療料（初診）	
基本診療料（初診）	4,180
基本診療料（再診）	
基本診療料（再診）	1,210
むし歯外来関連	
歯冠修復（装着料，装着材料料及び管理料を含む。）	
メタルインレー・アンレー（白金加金，金合金又はチタン）	55,000
ポーセレンインレー・アンレー	44,000
ハイブリッドセラミックインレー・アンレー	33,000
特殊レジンを用いた修復（単純）	11,000
特殊レジンを用いた修復（複雑）	16,500
レジンベニア（間接法） 1歯につき	21,670
審美	
歯の漂白（生活歯に限る。） 1歯につき	7,700
歯の漂白（ホームブリーチ）（診断料及び1週間分の薬剤料を含む。）	40,810
1口腔につき	5,500
歯の漂白（ホームブリーチ）（1週間分の薬剤料及び観察料を含む。）	5,500
延長料	7,700
ホームブリーチ 3DS 用トレー 1個につき	
歯の漂白（ウォーキングブリーチ） 1歯につき	40,923
歯内治療	
根管治療（前歯）（根管形成，根管充填まで。修復物除去，根管内異物除去，芽孔封鎖等を含む。）	66,489
根管治療（小臼歯）（根管形成，根管充填まで。修復物除去，根管内異物除去，芽孔封鎖等を含む。）	92,058
根管治療（大臼歯）（根管形成，根管充填まで。修復物除去，根管内異物除去，芽孔封鎖等を含む。）	11,000
歯根破折の確認（非外科的） 1歯につき	33,000
歯根破折の確認（外科的） 1歯につき	90,200
根尖切除術 1歯につき	17,600
根尖切除術 同時手術時 1歯増えるごとに	22,000
意図的再植術 1歯につき	
歯周病外来関連	5,500
歯周治療関係	3,300
歯周疾患管理料（初診時）	2,200
歯周疾患管理料（2回目以降）	3,300
歯周組織検査（1歯から9歯まで）	6,600
歯周組織検査（10歯から19歯まで）	3,300
歯周組織検査（20歯以上）	1,100
口腔内写真撮影（撮影枚数にかかわらず1回の撮影につき）	1,100
咬合調整 1歯につき	1,100
歯周基本治療 スケーリング 1/3顎につき	1,650

歯周基本治療 SRP 前歯 1 歯につき	2,200
歯周基本治療 SRP 小臼歯 1 歯につき	5,060
歯周基本治療 SRP 大臼歯 1 歯につき	2,200
暫間固定	26,400
暫間固定修理	11,000
歯軋り 咬合床	5,500
歯周外科手術 基本料金	11,000
歯肉剥離搔爬術, 根尖側 又は 歯冠側移動術 1 歯につき	6,930
側方移動術 FGG 1 歯につき	2,750
ヘミセクション	550
歯肉膿瘍の消炎手術	5,500
知覚過敏処置 1 歯につき	
SPT 1 回につき	6,600
レーザー治療関係	8,800
レーザーによる歯周ポケット治療 1 歯につき	11,000
レーザーによる歯肉切除 1 歯につき	8,800
レーザーによるフラップ手術 基本料金	3,300
レーザーによるフラップ手術 1 歯につき	5,500
レーザーによるメラニン色素除去 1 歯につき	13,200
顕微鏡併用加算	5,500
レーザーによるメタルタトゥー除去 1 歯につき	
顕微鏡併用加算	
歯周組織再生・審美手術（術前術後管理料を含む。手術に伴う 投薬料は 10 割負担分×1.08 を請求）	71,500
組織再生誘導法メンブレン設置手術（除去手術料を含む。） メンブレン 1 枚につき	55,000
エムドゲイン投与手術 1 手術・1 材料につき	2,200
検査	3,300
細菌検査（ペリオチェック） 1 サンプルにつき	2,200
細菌検査（PCR 法） 1 歯 1 菌種につき	2,200
歯周病原性菌血清抗体価検査 1 回 1 菌種につき	11,000
リンパ球膜抗原検査 1 回 1 分子につき	
歯周病リスク遺伝子型検査 1 回 1 遺伝子につき	6,490
息さわやか外来関連	3,300
口臭検査料（ガスクロマトグラフィー使用：1 回目）	2,200
口臭検査料（ガスクロマトグラフィー使用：2 回目以降）	3,300
口臭検査料（その他；1 回につき）	4,950
口臭指導管理料	
う蝕リスク検査（唾液緩衝能測定器等によるもの）	550
口腔ケア関連	
歯面研磨 1/3 顎につき	5,500
予防処置	
機械的歯面清掃（歯面清掃当日の口腔保健指導を含む。） 1 口 腔につき	2,200
口腔保健指導 1 回につき	2,200
フッ化物塗布等 1 口腔につき	
家庭管理料（フッ化物洗口剤処方）	
クラウン・ブリッジ関連	

クラウン（可撤性オンレーを含む。）	
チタンクラウン	77,000
貴金属クラウン	82,500
硬レ前装冠（金合金，チタン，チタン合金等）（ポストクラウンを含む。）	88,000
硬レ前装冠（金銀パラジウム合金等）（ポストクラウンを含む。）	82,500
ハイブリッド Cr 金属不使用	71,500
メタルボンド Cr（貴金属，チタンともに）	110,000
ポンティック（金属）	66,000
ポンティック（メタルボンド）	99,000
ポンティック（硬レ前装）	71,500
クラウンコア加算	22,000
オールセラミック Cr	110,000
オールセラミック橋体	99,000
ハイブリッド橋体	66,000
仮封冠 1 歯につき	2,200
根面キャップ	22,000
ラミネートベニア	71,500
私費前装冠修理 1 歯 1 回につき	11,000
床義歯関連	
部分床義歯（バー・クラスプ・レストを含む。）	
コバルトクロム床（本体）	(200,000 + 5,000 × 歯数)
	× 1.1
コバルトクロム床（歯数のみ）	5,500
コバルトクロム床の白金加金クラスプ追加	(25,000 × 歯数) × 1.1
貴金属床（白金加金及び金合金）本体	(260,000 + 10,000 × 歯数)
	× 1.1
貴金属床（白金加金及び金合金）歯数のみ	11,000
チタン床（本体）	(200,000 + 7,000 × 歯数)
	× 1.1
チタン床（歯数のみ）	7,700
特殊義歯（本体）	(100,000 + 4,000 × 歯数)
	× 1.1
特殊義歯（歯数のみ）	4,400
アタッチメント類の追加料金（設計料を含む。）	
アタッチメント類の追加料金 1 歯につき	66,000
磁性アタッチメント追加修理	33,000
コーヌス内冠（白金加金等：チタン又はチタン合金を含む。）	88,000
コーヌス外冠（レジン前装を含む。）（白金加金等：チタン又はチタン合金を含む。）	110,000
コーヌス内冠（金銀パラジウム等：Co-Cr 合金を含む。）	44,000
コーヌス外冠（レジン前装を含む。）（金銀パラジウム等：Co-Cr 合金を含む。）	55,000

全部床義歯	
コバルトクロム床	264,000
貴金属床（白金加金及び金合金）	440,000
チタン床	308,000
特殊義歯	198,000
人工歯 追加料金	
金属歯 1 歯につき	22,000
仮義歯（本体のみ）	(70,000+
	5,000×歯数)
	×1.1
仮義歯（歯数のみ）	5,500
義歯修理料金（リベースを含む。）	22,000
インプラント関連	
診査関連	
相談料	3,850
血液検査	10 割負担分×
	1.1
診断用ワックスアップ 1 歯につき	2,200
診断用ステント作製・調整料（ワックスアップを含む。） 1 歯につき	6,600
手術関連（手術に伴う投薬料は 10 割負担分×1.1 を請求）	
インプラント埋入手術（2 次手術を含み、鎮静管理料及び手術管理料（モニタリング）を含む。） 1 本につき	198,000
インプラント 2 次手術のみ（治療用アバットメントを含む。） 1 本につき	33,000
インプラント仮封冠のみ作製（他院で埋入済みの場合）	33,000 + 使用した部品の病院の購入価格
	×1.1
骨移植 A（1 部位：ソケットリフト等）（特定保険医療材料料は 10 割負担分×1.1 を請求）	33,000
骨移植 B（1 部位：顎堤増大術）（特定保険医療材料料は 10 割負担分×1.1 を請求）	55,000
IP インプラント 1 本につき	27,500
ミニインプラント 4 本まで	440,000
補綴関連	
インプラント上部構造（インプラント仮封冠、アバットメント等の材料を含む。） 1 歯につき	242,000
審美補綴加算（プロセラ、サイドスクリー等） 1 本につき	22,000
アタッチメント（バー、マグネット等） 1 本につき	165,000
IP インプラント用 TEK 1 歯につき	11,000
インプラント補綴物修理料 1 歯につき	33,000
メンテナンス関連	
定期観察料 1	2,200
定期観察料 2（他院での処置後の場合）	5,500
歯科アレルギー関連	
歯科アレルギー相談料（私費補綴物カウンセリングを含む。）	5,500
金属試料元素分析及び診断料 1 試料につき	6,600

金属修復物溶出傾向測定 1 口腔につき	5,500
LST 検査（金属・薬剤ともに） 1 試料につき	8,800
スプリント関連	
金属スプリント	220,000
私費スプリント調整料 1 来院につき	5,500
スポーツ歯科関連	
マウスガード（単層）	5,500
マウスガード（複層）	11,000
マウスガード（ロストワックス法）	22,000
フェイスガード	33,000
マウスガード調製料 1 回につき	1,100
フェイスガード調製料 1 回につき	3,300
いびき－無呼吸歯科治療関連	
スリープスプリントタイプ マウスピース	55,000
ソムノデントタイプ マウスピース	157,143
小児歯科関連	
保険・咬合誘導の定期観察	
口腔内検査のみの場合	2,200
口腔内検査以外の検査を含む場合	4,950
保険	
保険 検査料	9,350
保険 診断料	7,700
保険装置料 可撤式（片顎）	27,500
保険装置料 接着による固定式	11,000
保険装置料 バンドループ	11,000
保険装置料 クラウン・ループ	14,300
保険装置料 クラウン・ディスタル・シュー	22,000
保険装置料 リンガルアーチ型	22,000
保険 調節料 単純（チェアサイドでの調整の場合）	2,200
保険 調節料 複雑（装置を預かる場合）	5,500
咬合誘導	
咬合誘導 相談料	5,500
咬合誘導 検査料（機能検査料を含む。）	22,000
咬合誘導 診断料	19,800
咬合誘導 装置料 単純	28,600
咬合誘導 装置料 複雑	44,000
咬合誘導 装置料 保定	17,600
咬合誘導 調節料	5,500
咬合誘導 観察料	3,300
小児外科手術	
スライスカット（乳歯・永久歯の便宜的削合）	1,100
乳歯抜歯	2,200
萌出困難歯の開窓術（嚙合誘導装置を前提としたもの、骨の開削を伴わない場合）	2,200
歯科矯正関連	
相談料	4,840
基本検査料	80,300
機能検査料	44,660

特殊検査料	
顔貌形態予測	11,880
染色体検査	29,480
形態異常病因検査	9,900
診断料（セットアップなし）	36,740
診断料（セットアップあり）	78,540
セットアップ料	41,800
基本施術料	168,520
基本施術料（セクショナルアーチ等で8歯以下の場合）	59,400
装置料	
ダイレクトボンディング装置（片顎）金属ブラケット	98,780
ダイレクトボンディング装置（片顎）プラスチックブラケット	99,880
ダイレクトボンディング装置（片顎）セラミックブラケット	110,000
セクショナルアーチ（片顎）	50,160
急速拡大装置	51,920
Wタイプ拡大装置	50,600
舌側弧線装置	38,500
ホールディングアーチ	33,220
パラタルバー	32,780
リップバンパー	33,000
タングクリブ	43,560
ヘッドギア	38,720
チンキャップ	31,900
上顎前方牽引装置	51,260
機能的矯正装置（簡単：FKO，モノブロック等）	62,480
機能的矯正装置（複雑：フレンケル，拡大ネジ付FKO等）	72,160
床矯正装置（片顎）	40,260
拡大床矯正装置（片顎）	46,640
オーラルスクリーン	22,660
ダイナミックポジショナー	64,900
ヘッドギア付きダイナミックポジショナー	75,460
スライディングプレート	29,700
リングルブラケット	255,200
インダイレクトボンディング装置（片顎）	108,900
保定装置	
可撤式保定装置（片顎）	40,040
固定式保定装置（片顎）	30,800
FSW リテーナー（片顎）	16,500
調節料	6,160
観察料	3,960
転医資料料	17,600
病的移動歯の復位処置	
床装置によるもの	40,260
ダイレクトボンディング装置によるもの	50,160
歯の挺出	
磁性アタッチメントによるもの	66,000
その他の材料等（接着性レジン，エラスティックゴム等）によるもの	11,000

装置修理工料（小児・矯正共通）	（装置料× 0.5）×1.1
小児歯科関連	
保隙	
保隙装置料 可撤式（片顎）	
保隙装置料 接着による固定式	13,750
保隙装置料 バンドループ	5,500
保隙装置料 クラウン・ループ	5,500
保隙装置料 クラウン・ディスタル・シュー	7,150
保隙装置料 リンガルアーチ型	11,000
咬合誘導	11,000
咬合誘導 装置料 単純	
咬合誘導 装置料 複雑	14,300
咬合誘導 装置料 保定	22,000
歯科矯正関連	8,800
装置料	
ダイレクトボンディング装置（片顎）金属ブラケット	49,390
ダイレクトボンディング装置（片顎）プラスチックブラケット	49,940
ダイレクトボンディング装置（片顎）セラミックブラケット	55,000
セクショナルアーチ（片顎）	25,080
急速拡大装置	25,960
Wタイプ拡大装置	25,300
舌側弧線装置	19,250
ホールディングアーチ	16,610
パラタルバー	16,390
リップバンパー	16,500
タングクリブ	21,780
ヘッドギアー	19,360
チンキャップ	15,950
上顎前方牽引装置	25,630
機能的矯正装置（簡単：FKO，モノブロック等）	31,240
機能的矯正装置（複雑：フレンケル，拡大ネジ付FKO等）	36,080
床矯正装置（片顎）	20,130
拡大床矯正装置（片顎）	23,320
オーラルスクリーン	11,330
ダイナミックポジショナー	32,450
ヘッドギア付きダイナミックポジショナー	37,730
スライディングプレート	14,850
リンガルブラケット	127,600
インダイレクトボンディング装置（片顎）	54,450
保定装置	
可撤式保定装置（片顎）	20,020
固定式保定装置（片顎）	15,400
FSW リテーナー（片顎）	8,250
顎関節関連	
各種検査	
寄与因子調査票（分析を含む。） 初回	3,960
寄与因子調査票（分析を含む。） 2回目以降	2,200
研究用模型（印象及び技工を含む。） 1組につき	2,200

咬合診査（プレスケール） 1 回につき	3,850
マイオモニター 1 回につき	2,200
診療費	
顎関節症関連診察料加算（管理料を含む。）	
初回（診査，病態関連及び一般的生活指導）	2,200
顎関節症関連診察料加算（管理料を含む。）	
2 回目以降（診査，病態関連及び一般的生活指導）	1,100
TCH 是正訓練指導料	3,300
TCH 是正訓練再指導料	1,100
関節可動科化訓練・筋伸展訓練指導料及び負荷訓練指導料	3,300
関節可動科化訓練・筋伸展訓練指導料及び負荷訓練再指導料	1,100
パンピングマニピュレーション（麻酔を含む。）	11,000
薬剤料	10 割負担分× 1.1
精神療法料（簡易精神療法，自己催眠療法等） 10 分につき（時間が超過した場合は切り上げる。）	3,300
スプリント	
印象採得	1,100
製作・装着	33,000
調製料（2 回目以降）	2,513
顎義歯関連	
スピーチエイド調製料	2,200
顎義歯加算（簡単）	22,000
顎義歯加算（困難）	44,000
顎義歯加算（著困）	66,000
スペシャルケア外来関連	
カンジダ検査	3,300
バナペリオ検査	3,300
歯科放射線関連	
放射線相談料	3,850
多層断層撮影 フィルム 1 枚につき	7,700
顎関節撮影 シューラー氏法（4 画像）	3,300
顎関節撮影 眼窩関節法（2 画像） フィルム 1 枚につき	1,650
MRI 検査	22,000
CT 検査	15,400
CT 画像再構築処理	3,300
CT/MRI デジタルデータ出力（CD により配布） 1 回につき	1,320
CT ステント撮影料 1 回につき	3,226
小照射野コーンビーム CT 一部位につき	6,600
パノラマ撮影（デジタル画像） フィルム 1 枚につき	5,500
頭部 X 線規格撮影（デジタル画像） フィルム 1 枚につき	5,500
頭部単純撮影（デジタル画像） フィルム 1 枚につき	5,500
X 線画像複製料（デジタル画像） フィルム 1 枚につき	2,200
デンタル フィルム 1 枚につき	550
エックス線透視下非観血的唾石摘出術	44,418
口腔外科関連	
便宜抜歯（術前術後管理料を含む。手術に伴う投薬料は 10 割負担分×1.08 を請求）	

前歯	2,200
臼歯	3,850
難抜歯	6,600
埋伏歯	16,500
下顎完全埋伏智歯（骨性）	22,000
下顎水平埋伏智歯	22,000
小手術関連（術前術後管理料を含む。手術に伴う投薬料は10割負担分×1.1を請求）	
歯牙移植	33,000
歯牙移植に関わる治療・管理・予後の判定	22,000
上顎洞底挙上術（口腔内片側）	82,500
上顎洞底挙上術（口腔内両側）	165,000
上顎洞底挙上術（口腔外片側）	110,000
上顎洞底挙上術（口腔外両側）	220,000
埋伏歯開窓牽引術（矯正治療の一環としての治療の場合）	29,543
歯槽提形成術（歯槽骨垂直性仮骨延長術） 1/2 顎まで	44,000
歯槽提形成術（歯槽骨垂直性仮骨延長術） 1/2 顎を超える。	88,000
骨移植 A（1 部位：ソケットリフト等）（骨採取部位は口腔内）	33,000
骨移植 B（1 部位：顎堤増大術）（骨採取部位は口腔内）	55,000
骨移植 C（口腔外 1/2 顎まで）（骨採取部位は口腔外）	110,000
骨移植 D（口腔外 1/2 顎を超える。）（骨採取部位は口腔外）	220,000
口腔前庭拡張術（特定保険医療材料料は10割負担分×1.1を請求）	33,000
遊離頬粘膜，遊離口蓋粘膜，遊離歯肉移植術	8,800
皮弁修正術	44,000
矯正用アンカープレートインプラント埋入術 1 枚につき	55,000
同除去料	11,000
矯正用アンカースクリューインプラント埋入術 1 本につき	27,500
同除去料	5,500
補綴関連	
発音嚥下補助装置用金属床	176,000
発音嚥下補助装置の付加料（スピーチエイド及びパラタルリフト）	28,600
発音嚥下補助装置調整料	4,400
理学療法関連	
温熱療法（近赤外線） 1 回につき	440
検査関連	
感覚検査料	2,200
麻酔外来・ペインクリニック関連	
麻酔科診断料	4,950
鎮静管理料 2 時間まで	33,000
鎮静管理料 以後 30 分ごと	5,500
手術管理料（モニタリング） 2 時間まで	16,500
手術管理料（モニタリング） 以後 30 分ごと	2,200
全身麻酔 2 時間まで	110,000
全身麻酔 以後 30 分ごとに	27,500
入院・術後管理	
術後管理料（回復室・病棟）（鎮静法・モニタリング施行時の	11,000

みの適応とし、回復室・病棟の区別はしない。）	
外来全身麻酔管理料（日帰り入院）（日帰り全身麻酔を行った場合に算定）	18,700
①入院 1日につき（入院日数4日以内）	18,700
②入院 5日から8日まで	110,000
③入院 以後1日につき（ただし、入院日数は12日までとする。）	18,700
④入院 13日から16日まで	220,000
⑤入院 以後1日につき	18,700
ドラッグチャレンジテスト（薬剤料を含む。） 1薬剤につき	16,500
パッチテスト（薬剤料を含む。） 1回につき	11,000
表面電極通電療法	6,050
針治療	4,400
針通電療法	5,500
灸 1回につき	2,750
音楽療法 1回につき	1,430
ソフトレーザー照射 1回につき	1,650
イオントフォレーシス 1回につき	5,500
自立訓練法 1回につき	1,100
痛みのグループ療法 1回につき	550
知覚閾値検査 1回につき	2,200

2 差額徴収の対象となる料金

区分	差額徴収額
（保存料，補綴料，小児歯科領域） 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	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3節に定める使用材料料の点数に10円を乗じて得た額を控除した額に100分の110を乗じて得た額

3 インプラント用CT画像解析料金

区分	徴収額
片顎 22,500円 両顎 26,000円	左記に定める価格に100分の110を乗じて得た額

別表第4（第2条第1項関係）

産科婦人科領域の諸料金

区分	金額
卵巣組織採取料（開腹術）（がん生殖医療） 1回につき	61,600 円
卵巣組織採取料（腹腔鏡手術）（がん生殖医療） 1回につき	125,400
卵巣組織自家移植料（開腹術）（がん生殖医療） 1回につき	61,600
卵巣組織自家移植料（腹腔鏡手術）（がん生殖医療） 1回につき	125,400
卵巣組織凍結保存料（新規 1年間）（がん生殖医療）	56,100
卵巣組織凍結保存料（継続 1年毎）（がん生殖医療）	9,900
卵巣組織融解料（がん生殖医療）	55,000
卵子凍結保存料 A（新規 1年間 卵子 5個以下）（がん生殖医療）	22,000
卵子凍結保存料 B（新規 1年間 卵子 6個以上）（がん生殖医療）	44,000
胚・卵子凍結保存維持管理料（継続 1年毎）（がん生殖医療）	12,100
卵子融解料（がん生殖医療） 1回につき	12,571
精子凍結術料 1回につき	11,000
抗精子抗体検査料 1回につき	6,160
子宮内リング挿入料	27,500
子宮内リング抜去料	11,000
先天性代謝異常検査採血料	(2,800)
ヒトパピローマウイルス DNA 型判定検査料	13,200
ヒトパピローマウイルス DNA（高リスクグループ）同定検査料	3,300
ヒトパピローマウイルス DNA（低リスクグループ）同定検査料	3,300
着床前診断検査料	
PGT-A 1検体につき	68,200
PGT-SR 1検体につき	90,200
PGT-M・セットアップ費用 1回につき	357,500
PGT-M・解析料 1回につき	116,600
子宮内膜胚受容期検査（ERPeak）	
検査結果が判定可能だった場合の1回目の検査	97,900
1回目の検査結果が非受容期だった場合の2回目の検査	50,600
1回目及び2回目の検査結果が非受容期だった場合の3回目以降の検査	3,300
検査結果が判定不能だった場合の当該検査及び次回検査	3,300
メフィーゴパック	55,000
サイトメガロウイルス検査（新生児ろ紙尿） 1回につき	7,590

別表第5（第2条第1項関係）

先進医療料（A）

区分	金額
ウイルスに起因する難治性の眼感染疾患に対する迅速診断（PCR法） 1回につき	33,310
子宮内膜受容能検査2 1回につき	83,785
タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 1回につき	30,087

先進医療料（B）

区分	金額
インターフェロンα皮下投与及びジドブジン経口投与の併用療法 成人T細胞白血病リンパ腫（症候を有するくすぶり型又は予後不良因子を有さない慢性型のものに限る。） 入院1回につき 外来1回につき	8,319 1,336
テモゾロミド用量強化療法 膠芽腫（初発時の初期治療後に再発又は増悪したものに限る。） 1回につき	2,500
「S-1内服投与並びにパクリタキセル静脈内及び腹腔内投与の併用療法 膵臓がん（遠隔転移しておらず、かつ、腹膜転移を伴うものに限る。）」 1コース目 2コース目以降	31,764 31,754
周術期デュルバルマブ静脈内投与療法 肺尖部胸壁浸潤がん（化学放射線療法後のものであって、同側肺門リンパ節・縦隔リンパ節転移、同一肺葉内・同側の異なる肺葉内の肺内転移及び遠隔転移のないものに限る。） 1コースにつき	2,900
EGFR 遺伝子増幅陽性切除不能食道・胃・小腸・尿路上皮・乳がんに対するネシツムマブ療法 1回につき	3,050
イマチニブ経口投与及びペムブロリズマブ静脈内投与の併用療法 1サイクルにつき	1,533,099
生体肝移植術 切除が不可能な肝門部胆管がん 1回につき	2,638,135
生体肝移植術 切除が不可能な転移性肝がん 1回につき	2,737,400
タミバロテン内服投与及びペムブロリズマブ静脈内投与の併用療法 1連につき	3,907,384

別表第6（第2条第1項関係）

ワクチン接種料

区分	金額
A型肝炎ワクチン	6,160 円
B型肝炎ワクチン	3,850
狂犬病ワクチン	15,400
日本脳炎ワクチン	4,840
23 価肺炎球菌ワクチン	6,380
沈降 15 価肺炎球菌結合型ワクチン	9,130
沈降 20 価肺炎球菌結合型ワクチン	9,900
ヒブワクチン	7,700
破傷風ワクチン	1,760
インフルエンザ HA ワクチン	
1 回目	5,060
2 回目（1 回目の接種を病院で行った場合）	3,582
2 回目（1 回目の接種を他医院で行った場合）	5,060
おたふくかぜワクチン	4,180
BCG ワクチン	6,710
二種（破傷風・ジフテリア）混合ワクチン	3,080
三種（百日せき・破傷風・ジフテリア）混合ワクチン	4,180
四種（百日せき・破傷風・ジフテリア・不活化ポリオ）混合ワクチン	8,470
五種（百日せき・破傷風・ジフテリア・不活化ポリオ・ヒブ）混合ワクチン	17,600
不活化ポリオワクチン	7,260
麻しんワクチン	4,180
風しんワクチン	4,180
麻しん風しん混合ワクチン	7,920
水痘ワクチン	5,940
水痘抗原反応検査	2,200
組換え沈降 4 価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン	15,400
組換え沈降 9 価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン	24,200
ロタウイルスワクチン	13,200
ロタテック内用液ワクチン	7,040
シングリックス帯状疱疹ワクチン	21,600
RS ウイルス感染症予防ワクチン	
アレックスビー筋注用	24,200
アブリスボ筋注用	28,600
髄膜炎菌ワクチン（血清型 A, C, W 及び W-135）	24,200
コロナウイルスワクチン	14,300

別表第 7（第 2 条第 1 項関係）

患者申出療養料は、予定症例数に応じた「患者申出療養料（準備費用）」、「患者申出療養料（遂行支援費用）」及び「患者申出療養料（実施費用）」の合算額を徴収する。ただし、何らかの理由により、患者申出療養の実施が中止された場合にあっては、その時点までに必要となった患者申出療養料を徴収する。

患者申出療養料（準備費用）

予定症例数	文書作成費用	統計解析費用	データ管理費用	倫理審査費用	合 計
極小規模 (予定症例数 10 例以下)	124,000 円	25,000 円	29,000 円	53,000 円	231,000 円
小規模 (予定症例数 11 例から 20 例まで)	62,000 円	12,000 円	14,000 円	26,000 円	114,000 円
中規模 (予定症例数 21 例以上)	31,000 円	6,000 円	7,000 円	13,000 円	57,000 円

他施設患者申出療養料（準備費用）

予定症例数	文書作成費用	統計解析費用	データ管理費用	倫理審査費用	合 計
極小規模 (予定症例数 10 例以下)	150,000 円	30,000 円	35,000 円	53,000 円	268,000 円
小規模 (予定症例数 11 例から 20 例まで)	75,000 円	15,000 円	17,000 円	26,000 円	133,000 円
中規模 (予定症例数 21 例以上)	37,000 円	7,000 円	8,000 円	13,000 円	65,000 円

患者申出療養料（遂行支援費用 1 年目）

予定症例数	臨床試験支援費用	報告書作成費用	合 計
極小規模 (予定症例数 10 例以下)	385,000 円	154,000 円	539,000 円
小規模 (予定症例数 11 例から 20 例まで)	244,000 円	77,000 円	321,000 円
中規模 (予定症例数 21 例以上)	122,000 円	38,000 円	160,000 円

他施設患者申出療養料（遂行支援費用 1 年目）

予定症例数	臨床試験支援費用	報告書作成費用	合 計
極小規模 (予定症例数 10 例以下)	642,000 円	186,000 円	828,000 円
小規模 (予定症例数 11 例から 20 例まで)	383,000 円	93,000 円	476,000 円
中規模 (予定症例数 21 例以上)	191,000 円	46,000 円	237,000 円

患者申出療養料（遂行支援費用 2 年目以降）

予定症例数	臨床試験支援費用	倫理審査費用	合 計
極小規模 (予定症例数 10 例以下)	334,000 円	9,000 円	343,000 円
小規模 (予定症例数 11 例から 20 例まで)	219,000 円	4,000 円	223,000 円
中規模 (予定症例数 21 例以上)	109,000 円	2,000 円	111,000 円

他施設患者申出療養料（遂行支援費用 2 年目以降）

予定症例数	臨床試験支援費用	倫理審査費用	合 計
極小規模 (予定症例数 10 例以下)	553, 000 円	9, 000 円	562, 000 円
小規模 (予定症例数 11 例から 20 例まで)	339, 000 円	4, 000 円	343, 000 円
中規模 (予定症例数 21 例以上)	169, 000 円	2, 000 円	171, 000 円

患者申出療養料（実施費用）

区分	金額
線維芽細胞増殖因子受容体阻害薬投与歴のある進行固形がん患者に対するペミ ガチニブ経口投与療法 投与 1 回あたり	570 円

患者申出療養料（準備費用、遂行支援費用及び実施費用を含む。）

区分	金額
マルチプレックス遺伝子パネル検査による遺伝子プロファイリングに基づく 分子標的治療 1 連につき	474, 332 円
臨床支援費用（CRC・薬剤管理等）のみ	213, 000 円

別表第8（第2条第1項関係）

遺伝学的検査料

区分	金額
遺伝性乳がん・卵巣がん症候群（HBOC）に係る遺伝子検査 HBOC スクリーニング検査料 1回につき	166,100 円
家族性大腸腺腫症（FAP）に係る遺伝子検査 APC スクリーニング検査料 1回につき	89,100
Li-Fraumeni 症候群に係る遺伝子検査 TP53 スクリーニング検査料 1回につき	89,100
Cowden 症候群（PTEN 過誤腫症候群）に係る遺伝子検査 PTEN スクリーニング検査料 1回につき	89,100
脊髄小脳変性症に係る遺伝子検査 SCA1 1回につき SCA2 1回につき SCA3 1回につき SCA6 1回につき DRPLA 1回につき	34,100 34,100 34,100 34,100 34,100
Lynch 遺伝子検査 MMR スクリーニング検査料 1回につき	122,100
網羅的がん遺伝子検査 Guardant360（初回） 1回につき Guardant360（2回目以降） 1回につき	364,100 267,300
MutSeq 遺伝子検査（ラボコープ） 1 バリエント 2 バリエント 3 バリエント	34,100 50,600 67,100
がん関連遺伝子のシングルサイト解析遺伝子検査（かずさ DNA 研究所） 1 バリエント 2 バリエント 3 バリエント 4 バリエント 5 バリエント	12,100 15,400 18,700 22,000 25,300
sanger 法によるシングルサイト解析遺伝子検査（OVUS） 血液 1回につき 口腔スワブ 1回につき	17,600 22,000

BRCA1/2 Comprehensive フルシーケンシング+MLPA 遺伝子検査	91,300
BRCA1 家系内変異解析遺伝子検査	34,100
BRCA2 家系内変異解析遺伝子検査	34,100
単一エクソン解析 sanger 法遺伝子検査（かずさ DNA 研究所）	
1 箇所	17,600
2 箇所	29,700
3 箇所	41,800
4 箇所	53,900
5 箇所	66,000
遺伝性腫瘍のシングルサイト検査（ファルコバイオシステムズ）	34,100
1 サイト	50,600
2 サイト	67,100
3 サイト	
エクソーム解析遺伝子検査	
1 回につき	143,000
マイクロアレイ染色体検査	104,500
CytoScan 750K 1 回につき	124,300
CytoScan HD 1 回につき	
マルチジーンパネル検査	
CancerNEXT ; 34genes 1 回につき	389,400
CancerNext (－)BRCA 1 回につき	323,400
BRCANext 1 回につき	282,700
BRCANext (－)BRCA 1 回につき	260,700
BRCANext－Expanded 1 回につき	315,700
BRCANext－Expanded (－)BRCA 1 回につき	271,700
ColoNext 1 回につき	289,300
ProstateNext 1 回につき	267,300
PancNext 1 回につき	265,100
BrainTumorNext 1 回につき	333,300
Melanoma Next 1 回につき	248,600
RenalNext 1 回につき	289,300
PGLNext 1 回につき	267,300
CancerNext－Expanded 1 回につき	590,700
CustomNext－Cancer 1 回につき	204,600
1gene 追加ごとに	5,500
マルチジーンパネル検査 (ACTmed)	
ACTRisk (67 遺伝子) 検査 1 回につき	243,100
ACTRisk Care (31 遺伝子) 検査 1 回につき	166,100

Specific Site Analysis (コニカミノルタ)	
自社検査対象 1回につき	39,600
他社検査対象 1回につき	56,100
褐色細胞腫・パラガングリオーマ遺伝子検査 (PPGL_PPGL_v1) 1回につき	50,600
Stickler 症候群遺伝子検査(STI_STI_v1) 1回につき	39,600
先天性側弯・脊椎肋骨異骨症遺伝子検査 (CS_SCD0_v1) 1回につき	50,600
小児四肢疼痛発作症遺伝子検査 (PPN_PPN_v1) 1回につき	39,600
遺伝性肺高血圧症遺伝子検査 (PAH_PAH_v1) 1回につき	50,600
羊水検体による遺伝学的検査	
セットアップ 1回につき	68,200
本検査 1回につき	69,300
G バンド 1回につき	58,300
G バンド+FISH 1回につき	85,800
G バンド又はG バンド+FISH を行った場合の本検査 (検査料のみ) 1回につき	66,000
インプリンティング疾患に係る遺伝学的検査	
ME030 SRS/BWS 1回につき	56,100
ME032 UPD7/UPD14 1回につき	50,600
ME034 ヒトインプリンティング疾患スクリーニング 1回につき	56,100
基底細胞母斑症候群(ゴーリン症候群)遺伝学的検査	39,600
血色素異常症検査	49,500
自己免疫性溶血性貧血検査	13,200

別表第9（第2条第1項関係）

療養の給付と直接関係ないサービス料（日常生活上のサービス料）

区分	金額
ヌーベル	
S 1枚入1個	1,210 (1,100) 円
M 1枚入1個	1,210 (1,100)
L 1枚入1個	1,210 (1,100)
LL 1枚入1個	1,430 (1,300)
ソフトレーヌαガード	
S 1枚入(10個)1袋	220 (200)
M 1枚入(5個)1袋	220 (200)
L 5個入1袋	440 (400)
かんたんT字帯	
ふつうサイズ 1枚入1個	264 (240)
小さめサイズ 1枚入1個	264 (240)
スムーズガウン	
1枚入1袋	935 (850)
マタニティトランスデューサーベルト	
1組1個	429 (390)
d c ベビーおしりふき	
ふた付 80枚入1個	198 (180)
初乳容器	
2個入1袋	234 (213)
産褥ショーツ	
ママにやさしいショーツ LL-3L 1枚入	880 (800)
ママのショーツ M-LL 1枚入	550 (500)

消費税法で非課税とされる助産に係る資産の譲渡等に該当する場合については括弧内の料金とする。