

○北海道大学病院諸料金規程

平成15年9月17日
海大達第51号

(趣旨)

第1条 この規程は、北海道大学病院規程(平成15年海大達第48号)第17条第2項の規定に基づき、北海道大学病院(以下「本院」という。)において徴収する診療等に係る料金の額及びその徴収方法について定めるものとする。

(診療等の料金)

第2条 本院で徴収する診療等の料金の額は、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)第5号によるもの並びに別表第1医科診療報酬点数表(以下この条において「医科点数表」という。)、別表第2歯科診療報酬点数表(以下この条において「歯科点数表」という。)及び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20年厚生労働省告示第93号)別表に定める点数に10円(日本国籍を有する者に対する健康保険によらない交通事故に係る診療等は15円、日本国籍を有しない者に係る診療等(健康保険によらないものに限り、医療材料、薬剤、新鮮血、保存血、医療ガス及び放射性線源に係るものを除く。)にあつては30円とする。)を乗じて得た額(ただし、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の額については、その額に100分の110を乗じて得た額)とする。

- (1) 治験に係る診療等のうち、保険外併用療養費の支給の対象とされない診療等の料金の額
 - (2) 健康保険法、国民健康保険法その他の法令に基づく患者又は費用負担等について特段の協定等を行っている患者に係る診療等の料金の額
 - (3) 使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成20年厚生労働省告示第60号)別表(第4項において「薬価基準別表」という。)及び特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)(平成20年厚生労働省告示第61号)別表(第4項において「材料価格基準別表」という。)に定めのない薬剤及び材料に関する料金の額
 - (4) 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養(平成18年厚生労働省告示第495号)及び自費患者に係る診療等に関する料金の額
 - (5) 医科点数表及び歯科点数表に定めのない診療等であつて、同表に掲げられた診療等に近似するもの以外のものの料金の額
- 2 前項第1号に掲げる料金の額は、保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法(平成18年厚生労働省告示第496号)の定めるところによる。
- 3 第1項第2号に掲げる料金の額は、同号の法令又は協定等の定めるところによる。
- 4 第1項第3号に掲げる料金の額は、同号の薬剤及び材料の購入価格により、薬価基準別表及び材料価格基準別表に定められた価格による算定方法の例に準じて算出した額とする。
- 5 第1項第4号及び第5号に掲げる料金の額は、北海道大学病院長(以下「病院長」という。)が別に定める。この場合において、同項第5号に掲げる料金の額を定めるに当たっては、病院長は、医科点数表及び歯科点数表における他の診療等の点数を勘案するものとする。

(料金の徴収)

第3条 外来患者に係る診療等の料金は原則として前納とし、入院患者に係る診療等の料金は、毎月1日から末日までの分を翌月に徴収する。ただし、退院の場合は退院日までの分を退院時に徴収する。

- 2 前項の規定にかかわらず、前条第1項第2号の料金の徴収方法については、同号の法令又は協定等の定めるところによる。

(雑則)

第4条 この規程に定めるもののほか、本院において徴収する診療等に係る料金の額及びその徴収方法に関し必要な事項は、病院長が定める。

附 則

- 1 この規程は、平成15年10月1日から施行する。
- 2 北海道大学医学部附属病院諸料金規程(昭和42年海大達第44号)及び北海道大学歯学部附属病院諸料金規程(昭和42年海大達第39号)は、廃止する。
 - 附 則(平成16年2月19日海大達第3号)
 - この規程は、平成16年2月19日から施行し、平成16年2月2日から適用する。
 - 附 則(平成16年4月1日海大達第129号)
 - この規程は、平成16年4月1日から施行する。
 - 附 則(平成16年6月21日海大達第236号)
 - この規程は、平成16年6月21日から施行し、平成16年4月1日から適用する。
 - 附 則(平成17年1月31日海大達第4号)
 - この規程は、平成17年2月1日から施行する。
 - 附 則(平成17年3月28日海大達第38号)
 - この規程は、平成17年4月1日から施行する。
 - 附 則(平成17年6月2日海大達第183号)
 - この規程は、平成17年6月2日から施行する。
 - 附 則(平成17年9月16日海大達第211号)
 - この規程は、平成17年9月16日から施行し、平成17年9月1日から適用する。
 - 附 則(平成17年12月1日海大達第244号)
 - この規程は、平成18年1月1日から施行する。
 - 附 則(平成18年4月1日海大達第78号)
 - この規程は、平成18年4月1日から施行する。
 - 附 則(平成18年6月1日海大達第137号)
 - この規程は、平成18年6月1日から施行する。ただし、改正後の第2条第1項第2号の規定は、平成16年4月1日から適用する。
 - 附 則(平成18年10月1日海大達第164号)
 - この規程は、平成18年10月1日から施行する。
 - 附 則(平成18年11月7日海大達第171号)
 - この規程は、平成18年11月7日から施行し、平成18年10月1日から適用する。
 - 附 則(平成18年12月28日海大達第187号)
 - この規程は、平成19年1月1日から施行する。
 - 附 則(平成19年4月1日海大達第122号)
 - この規程は、平成19年4月1日から施行する。
 - 附 則(平成20年4月1日海大達第70号)
 - この規程は、平成20年4月1日から施行する。
 - 附 則(平成26年4月1日海大達第119号)
 - この規程は、平成26年4月1日から施行する。
 - 附 則(平成30年4月26日海大達第86号)
 - この規程は、平成30年5月1日から施行する。
 - 附 則(令和元年10月1日海大達第199号)
 - この規程は、令和元年10月1日から施行する。
 - 附 則(令和6年5月20日海大達第109号)
 - この規程は、令和6年5月20日から施行し、平成28年4月1日から適用する。

○北海道大学病院諸料金内規

平成19年4月1日
制定

(趣旨)

第1条 この内規は、北海道大学病院諸料金規程(平成15年海大達第51号。以下「規程」という。)第4条の規定に基づき、北海道大学病院(以下「本院」という。)において徴収する診療等に係る料金の額及びその徴収方法に関し、必要な事項を定めるものとする。

(診療等の料金)

第2条 規程第2条第5項の料金の額は、別表第1から別表第5までのとおりとする。ただし、日本で有効な健康保険を有さない外国籍の患者(以下、「外国人患者」という。)の場合、別表第1、別表第4及び別表第5に定めた料金については、その2倍の額を徴収するものとする。

(協議)

第3条 病院長は、規程第2条第5項の料金の額を定め、又は改定しようとする場合には、あらかじめ、事務部長に北海道大学財務部長と協議を行わせるものとする。また、徴収方法を定め、又は変更しようとする場合も同様とする。

(雑則)

第4条 この内規に定めるもののほか、本院において徴収する診療等に係る料金の額及びその徴収方法に関し必要な事項は、病院長が定める。

附 則

この内規は、平成19年4月1日から施行する。

附 則(平成19年5月10日)

この内規は、平成19年5月10日から施行し、平成19年5月1日から適用する。

附 則(平成19年6月1日)

この内規は、平成19年6月1日から施行する。

附 則(平成19年8月1日)

この内規は、平成19年8月1日から施行する。

附 則(平成19年10月1日)

この内規は、平成19年10月1日から施行する。

附 則(平成19年11月1日)

この内規は、平成19年11月1日から施行する。

附 則(平成19年12月1日)

この内規は、平成19年12月1日から施行する。

附 則(平成20年1月1日)

この内規は、平成20年1月1日から施行する。

附 則(平成20年3月1日)

この内規は、平成20年3月1日から施行する。

附 則(平成20年4月1日)

この内規は、平成20年4月1日から施行する。

附 則(平成20年8月1日)

この内規は、平成20年8月1日から施行する。

附 則(平成20年10月1日)

この内規は、平成20年10月1日から施行する。

附 則(平成20年10月20日)

この内規は、平成20年10月20日から施行する。

附 則(平成21年1月1日)

この内規は、平成21年1月1日から施行する。

附 則(平成21年2月1日)

この内規は、平成21年2月1日から施行する。
附 則(平成21年4月1日)
この内規は、平成21年4月1日から施行する。
附 則(平成21年5月1日)
この内規は、平成21年5月1日から施行する。
附 則(平成21年10月29日)
この内規は、平成21年11月1日より施行する。
附 則(平成21年11月12日)
この内規は、平成21年12月1日から施行する。
附 則(平成22年4月1日)
この内規は、平成22年4月1日から施行する。
附 則(平成22年4月26日)
この内規は、平成22年5月1日から施行する。
附 則(平成22年6月24日)
この内規は、平成22年7月1日から施行する。
附 則(平成22年10月28日)
この内規は、平成22年11月1日から施行する。
附 則(平成22年12月28日)
この内規は、平成23年1月1日から施行する。
附 則(平成23年3月31日)
この内規は、平成23年4月1日から施行する。
附 則(平成23年7月15日)
この内規は、平成23年7月15日から施行する。
附 則(平成23年8月1日)
この内規は、平成23年8月1日から施行する。
附 則(平成23年9月1日)
この内規は、平成23年9月1日から施行する。
附 則(平成23年9月8日)
この内規は、平成23年9月8日から施行する。
附 則(平成24年2月1日)
この内規は、平成24年2月1日から施行する。
附 則(平成24年2月23日)
この内規は、平成24年3月1日から施行する。
附 則(平成24年4月1日)
この内規は、平成24年4月1日から施行する。
附 則(平成24年7月1日)
この内規は、平成24年7月1日から施行する。
附 則(平成24年7月10日)
この内規は、平成24年7月10日から施行する。
附 則(平成24年10月1日)
この内規は、平成24年10月1日から施行する。
附 則(平成24年10月29日)
この内規は、平成24年10月30日から施行する。
附 則(平成25年2月1日)
この内規は、平成25年2月1日から施行する。
附 則(平成25年7月1日)
この内規は、平成25年7月1日から施行する。
附 則(平成26年2月14日)

この内規は、平成26年2月14日から施行する。
附 則(平成26年2月26日)

この内規は、平成26年2月26日から施行する。
附 則(平成26年4月1日)

この内規は、平成26年4月1日から施行する。
附 則(平成26年5月1日)

この内規は、平成26年5月1日から施行する。
附 則(平成26年7月1日)

この内規は、平成26年7月1日から施行する。
附 則(平成26年8月1日)

この内規は、平成26年8月1日から施行する。
附 則(平成26年9月1日)

この内規は、平成26年9月1日から施行する。
附 則(平成26年10月1日)

この内規は、平成26年10月1日から施行する。
附 則(平成26年11月19日)

この内規は、平成27年1月1日から施行する。
附 則(平成27年2月1日)

この内規は、平成27年2月1日から施行する。
附 則(平成27年2月23日)

この内規は、平成27年2月23日から施行する。
附 則(平成27年3月12日)

この内規は、平成27年3月12日から施行し、平成26年11月25日から適用する。
附 則(平成27年4月1日)

この内規は、平成27年4月1日から施行する。
附 則(平成27年10月1日)

この内規は、平成27年10月1日から施行する。
附 則(平成27年10月15日)

この内規は、平成27年10月15日から施行する。
附 則(平成28年2月1日)

この内規は、平成28年2月1日から施行する。
附 則(平成28年3月1日)

この内規は、平成28年3月1日から施行する。
附 則(平成28年4月1日)

この内規は、平成28年4月1日から施行する。
附 則(平成28年5月1日)

この内規は、平成28年5月1日から施行する。
附 則(平成28年6月1日)

この内規は、平成28年6月1日から施行する。
附 則(平成28年8月1日)

この内規は、平成28年8月1日から施行する。
附 則(平成28年10月1日)

この内規は、平成28年10月1日から施行する。
附 則(平成29年3月1日)

この内規は、平成29年3月1日から施行する。
附 則(平成29年3月15日)

この内規は、平成29年3月15日から施行する。
附 則(平成29年4月1日)

この内規は、平成29年4月1日から施行する。
附 則(平成29年5月1日)
この内規は、平成29年5月1日から施行する。
附 則(平成29年6月1日)
この内規は、平成29年6月1日から施行する。
附 則(平成29年10月1日)
この内規は、平成29年10月1日から施行する。
附 則(平成30年2月1日)
この内規は、平成30年2月1日から施行する。
附 則(平成30年3月1日)
この内規は、平成30年3月1日から施行する。
附 則(平成30年4月1日)
この内規は、平成30年4月1日から施行する。
附 則(平成30年5月1日)
この内規は、平成30年5月1日から施行する。
附 則(平成30年9月1日)
この内規は、平成30年9月1日から施行する。
附 則(平成30年11月1日)
この内規は、平成30年11月1日から施行する。
附 則(平成30年12月1日)
この内規は、平成30年12月1日から施行する。
附 則(平成31年1月1日)
この内規は、平成31年1月1日から施行する。
附 則(平成31年3月1日)
この内規は、平成31年3月1日から施行する。
附 則(平成31年4月1日)
この内規は、平成31年4月1日から施行する。
附 則(令和元年5月1日)
この内規は、令和元年5月1日から施行する。
附 則(令和元年6月1日)
この内規は、令和元年6月1日から施行する。
附 則(令和元年7月1日)
この内規は、令和元年7月1日から施行する。
附 則(令和元年8月1日)
この内規は、令和元年8月1日から施行する。
附 則(令和元年9月1日)
この内規は、令和元年9月1日から施行する。
附 則(令和元年10月1日)
この内規は、令和元年10月1日から施行する。
附 則(令和元年11月1日)
この内規は、令和元年11月1日から施行する。
附 則(令和2年1月1日)
この内規は、令和2年1月1日から施行する。
附 則(令和2年2月1日)
この内規は、令和2年2月1日から施行する。
附 則(令和2年4月1日)
この内規は、令和2年4月1日から施行する。
附 則(令和2年5月1日)

この内規は、令和2年5月1日から施行する。
附 則(令和2年7月1日)
この内規は、令和2年7月1日から施行する。
附 則(令和2年10月1日)
この内規は、令和2年10月1日から施行する。
附 則(令和2年11月1日)
この内規は、令和2年11月1日から施行する。
附 則(令和3年1月1日)
この内規は、令和3年1月1日から施行する。
附 則(令和3年4月1日)
この内規は、令和3年4月1日から施行する。
附 則(令和3年7月1日)
この内規は、令和3年7月1日から施行する。
附 則(令和3年8月1日)
この内規は、令和3年8月1日から施行する。
附 則(令和3年9月1日)
この内規は、令和3年9月1日から施行する。
附 則(令和3年11月1日)
この内規は、令和3年11月1日から施行する。
附 則(令和3年12月1日)
この内規は、令和3年12月1日から施行する。
附 則(令和3年12月23日)
この内規は、令和3年12月23日から施行する。
附 則(令和4年4月1日)
この内規は、令和4年4月1日から施行する。
附 則(令和4年9月1日)
この内規は、令和4年9月1日から施行する。
附 則(令和4年10月1日)
この内規は、令和4年10月1日から施行する。
附 則(令和4年10月31日)
この内規は、令和4年10月31日から施行し、令和4年10月1日から適用する。
附 則(令和5年1月1日)
この内規は、令和5年1月1日から施行する。
附 則(令和5年3月1日)
この内規は、令和5年3月1日から施行する。
附 則(令和5年4月1日)
この内規は、令和5年4月1日から施行する。
附 則(令和5年5月1日)
この内規は、令和5年5月1日から施行する。
附 則(令和5年8月24日)
この内規は、令和5年8月24日から施行し、令和元年10月1日から適用する。
附 則(令和5年9月1日)
この内規は、令和5年9月1日から施行する。
附 則(令和5年11月1日)
この内規は、令和5年11月1日から施行する。
附 則(令和6年1月24日)
この内規は、令和6年1月24日から施行する。
附 則(令和6年2月1日)

この内規は、令和6年2月1日から施行する。

附 則(令和6年2月8日)

この内規は、令和6年2月8日から施行する。

附 則(令和6年3月1日)

この内規は、令和6年3月1日から施行する。

附 則(令和6年4月1日)

この内規は、令和6年4月1日から施行する。

附 則(令和6年5月1日)

この内規は、令和6年5月1日から施行する。

附 則(令和6年5月9日)

この内規は、令和6年5月9日から施行する。

附 則(令和6年6月1日)

この内規は、令和6年6月1日から施行し、改正後の別表第2の切除が不可能な食道表在がんに対するアルゴンプラズマ高周波焼灼・凝固療法の項は、令和6年5月1日から適用する。

附 則(令和6年7月1日)

この内規は、令和6年7月1日から施行する。

附 則(令和6年7月25日)

この内規は、令和6年7月25日から施行する。

附 則(令和6年8月1日)

この内規は、令和6年8月1日から施行する。

附 則(令和6年10月1日)

この内規は、令和6年10月1日から施行する。

附 則(令和6年12月1日)

この内規は、令和6年12月1日から施行する。

附 則(令和7年2月1日)

この内規は、令和7年2月1日から施行する。

附 則(令和7年4月1日)

この内規は、令和7年4月1日から施行する。

附 則(令和7年5月1日)

この内規は、令和7年5月1日から施行する。

別表第1(第2条関係)

区分	料金の額	備考
使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。)に収載されている医薬品の医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)に基づく承認に係る用法等と異なる用法等に係る投与に関する料金	当該医薬品について薬価基準別表に定める価格に相当する額	
特別室使用料		
特別室S	1日につき 13,200円(12,000円)	入院料等の他に徴収する額
特別室A	1日につき 11,000円(10,000円)	入院料等の他に徴収する額
特別室B	1日につき 8,800円(8,000円)	入院料等の他に徴収する額

特別室C	1日につき 5,500円 (5,000円)	入院料等の他に徴収する額
特定機能病院における初診時負担金	医科 7,700円 (お産で非課税の場合：7,000円) 歯科 5,500円	
特定機能病院における再診時負担金	医科 3,300円 (お産で非課税の場合：3,000円) 歯科 2,090円	
医科点数表及び歯科点数表に規定する回数を超えて受けた次の診療に要する費用の額 α-フェトプロテイン(AFP)検査 癌胎児性抗原(CEA)精密測定検査 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) 廃用症候群リハビリテーション料(I) 運動器リハビリテーション料(I) 呼吸器リハビリテーション料(I)	1回につき 1,177円 1回につき 1,155円 1単位につき 2,695円 1単位につき 1,980円 1単位につき 2,035円 1単位につき 1,925円	
入院期間が180日を超える入院に係る通算対象入院料	1日につき 2,090円	患者の自己選択によるものに限る。
病衣貸与料	1日につき 143円 (130円)	
選択メニューに係る料金	1食につき 50円	
文書料(法令に基づき無料で交付すべきものを除く。) 診断書料 死亡診断書(死体検案書)料 特殊診断書料 特殊診断書(自賠責後遺症診断書)料 生命保険診断書料 渡航申請診断書料 一般証明書料 特殊証明書料 出生証明書料	1通につき 2,200円 1通につき 3,300円 1通につき 3,850円 1通につき 5,500円 1通につき 5,500円 1通につき 2,200円 1通につき 2,200円 1通につき 3,300円 1通につき 2,200円	本院所定の診断書 本院所定の死亡診断書 診療費領収証明書及び通院・入院証明書等簡単なもの 作成に特別の手数を要するもの
薬剤容器料	1個につき 110円 (100円)	
診療券再発行手数料	1枚につき 100円 (91円)	患者の責による紛失等により再発行する場合

妊婦に係る時間外診察料	1回につき 715円 (650円)	
分べん介助料		
分べん日が月曜日から金曜日 までの場合	1児につき 210,000円 1児につき 220,000円 1児につき 230,000円	分べん終了の時刻が8時30分以後 17時以前の間 分べん終了の時刻が6時後8時30 分前の間又は17時後22時前の間
分べん日が土曜日の場合	1児につき 220,000円 1児につき 230,000円	分べん終了の時刻が22時以後6時 以前の間 分べん終了の時刻が6時後22時前 の間 分べん終了の時刻が22時以後6時 以前の間
分べん日が日曜日、国民の祝 日に関する法律(昭和23年法 律第178号)に定める休日及び 年末年始の休日(12月29日か ら1月3日)の場合	1児につき 230,000円	
ヒト体外受精・胚移植料金等 採卵	1回につき 99,770円	
採卵【中止の場合】	1回につき 29,150円	
媒精・体外受精	1回につき 43,560円	
媒精・顕微授精(卵1～5個)	1回につき 71,500円	
媒精・顕微授精(卵6～10個)	1回につき 86,020円	
媒精・顕微授精(卵11～15個)	1回につき 100,540円	
媒精・顕微授精(卵16～20個)	1回につき 115,060円	
媒精・顕微授精(卵21個以上)	1回につき 129,580円	
受精卵培養	1回につき 28,380円	
胚盤胞培養	1回につき 37,840円	
胚移植術	1回につき 72,160円	
凍結料(精子・卵子・受精卵・ 初期胚・胞胚)	1回につき 14,300円	
凍結保管料	1年間につき 14,520円	
融解料(精子・卵子・受精卵・ 初期胚・胞胚)	1回につき 14,850円	
抗ミューラー管ホルモン検査	1回につき 12,772円	

	円	
抗HLA抗体検査(Flow PRA検査)	1回につき 30,782円	
抗HLA抗体検査(LAB Screen Class I)	1回につき 43,802円	
抗HLA抗体検査(LAB Screen Class II)	1回につき 38,972円	
抗HLA抗体検査(LAB Screen Class I 及び II)	1回につき 62,446円	
HBV分子系統解析検査	1回につき 34,810円	
HBVサブジェノタイプ検査	1回につき 21,644円	
初期母体血清マーカー組み合わせ検査	1回につき 27,136円	
SNPマイクロアレイ検査		
流産絨毛検査	1回につき 114,741円	
小児科先天異常検査	1回につき 177,378円	
追加解析検査	1回につき 45,458円	
出生前診断検査	1回につき 177,128円	
母体血を用いた出生前診断検査	1回につき 95,900円	
先天性代謝異常検査に係る料金	1件につき 2,800円	
先天性代謝異常追加検査(原発性免疫不全症、ライソゾーム病及び脊髄性筋萎縮症)		
検査料	1件につき 6,600円	
採血料	1件につき 2,100円	
新生児聴覚スクリーニング検査	1回につき 6,600円	
キメリズム解析検査	1回につき 19,963円	
ヘリコバクター・ピロリ菌検査料		
内視鏡検査の場合	1回につき 28,710円	
尿素呼気試験の場合	1回につき 16,060円	
ヘリコバクター・ピロリ菌検査除菌料		
内視鏡検査(初回実施)の場合	1回につき 42,790円	
内視鏡検査(2回目に実施)の場合	1回につき 49,060円	

尿素呼気試験の場合	1回につき	30,140円	
ヘリコバクター・ピロリ菌除菌料			
2次除菌、3次除菌の場合	1回につき	14,080円	
整容・美容外科料金等			
整容・美容外科診察料	1回につき	6,710円	
整容・美容外科再診料	1回につき	3,190円	
顔面 上眼瞼(両方)余剰皮膚切除	1回につき	220,000円	片方のみ手術の場合は、設定料金の6割
顔面 上眼瞼(両方)上眼瞼溝形成	1回につき	330,000円	片方のみ手術の場合は、設定料金の6割
顔面 上眼瞼(両方)複雑	1回につき	396,000円	片方のみ手術の場合は、設定料金の6割
顔面 下眼瞼(両方)脂肪切除	1回につき	220,000円	片方のみ手術の場合は、設定料金の6割
顔面 下眼瞼(両方)内側皺形成	1回につき	330,000円	片方のみ手術の場合は、設定料金の6割
顔面 下眼瞼(両方)外側皺形成	1回につき	330,000円	片方のみ手術の場合は、設定料金の6割
顔面 下眼瞼(両方)複雑	1回につき	396,000円	片方のみ手術の場合は、設定料金の6割
顔面 こめかみ(両方) リフト	1回につき	440,000円	片方のみ手術の場合は、設定料金の6割
顔面 頬部(両方) リフト	1回につき	660,000円	片方のみ手術の場合は、設定料金の6割
顔面 頬・頸部(両方) リフト	1回につき	792,000円	片方のみ手術の場合は、設定料金の6割
顔面 頸部(両方) 皺切除	1回につき	440,000円	片方のみ手術の場合は、設定料金の6割
躯幹 乳房(両方) 形成(つり上げなど)	1回につき	660,000円	片方のみ手術の場合は、設定料金の6割
躯幹 乳房(両方) 縮小：中	1回につき	1,056,000円	片方のみ手術の場合は、設定料金の6割
躯幹 乳房(両方) 縮小：大	1回につき	1,320,000円	片方のみ手術の場合は、設定料金の6割
躯幹 乳頭・乳輪(両方) 形成	1回につき	220,000円	片方のみ手術の場合は、設定料金の6割
躯幹 腹部 脂肪吸引	1回につき	330,000円	
躯幹 腹部 皮膚・脂肪切除(小)	1回につき	264,000円	
躯幹 腹部 皮膚・脂肪切除(中)	1回につき	528,000円	
躯幹 腹部 皮膚・脂肪切除(大)	1回につき	792,000円	
躯幹 殿部 脂肪吸引	1回につき	330,000円	

軀幹 殿部 皮膚・脂肪切除 (中)	1回につき	528,000 円
四肢 上腕 脂肪吸引	1回につき	330,000 円
四肢 上腕 皮膚・脂肪切除 (小)	1回につき	264,000 円
四肢 大腿 脂肪吸引	1回につき	330,000 円
四肢 大腿 皮膚・脂肪切除 (中)	1回につき	528,000 円
四肢 下腿 脂肪吸引	1回につき	330,000 円
四肢 下腿 皮膚・脂肪切除 (中)	1回につき	528,000 円
手技 脂肪注入 小範囲	1回につき	330,000 円
手技 脂肪注入 広範囲	1回につき	396,000 円
手技 脂肪移植 小範囲	1回につき	330,000 円
手技 脂肪移植 広範囲	1回につき	396,000 円
手技 異物除去 小(顔面)	1回につき	220,000 円
手技 異物除去 中(四肢)	1回につき	440,000 円
手技 異物除去 大(軀幹)	1回につき	660,000 円
手技 レーザー	10ショットにつき	22,000円
手技 ボトックス注射	20単位以内	110,000円
手技 切縫	1cmにつき	55,000 円
診療情報の提供に係る料金		
診療録等複写料(電子複写)白黒	1枚につき	37円
診療録等複写料(電子複写)カラー	1枚につき	110円
診療録等複写料 CD-R	1枚につき	3,630円
X線フィルム複写料 半切	1枚につき	827円
大角	1枚につき	691円
大四ツ切	1枚につき	587円
四ツ切	1枚につき	492円
六ツ切	1枚につき	377円
新生児保育料	1日につき	7,000円

乳房ケア指導料	1回につき 6,917円	
子宮内避妊処置料 避妊リング挿入	1回につき 17,600円	
避妊リング抜去	1回につき 6,600円	
スポーツ高気圧酸素療法 治療コース	1回につき 33,606円	
野球肘検診	1回につき 3,870円	
遺伝カウンセリング 初診時	1時間まで 10,193円 以後30分ごと 4,353円	
再診時	15分まで 2,894円 以後15分ごと 2,283円	
母体血清マーカー検査	1回につき 20,323円	
妊婦甲状腺機能スクリーニング 検査に係る料金	1件につき 2,000円	
妊婦超音波スクリーニング検査料	1回につき 7,033円	
トキソプラズマIgGAvidity検査	1回につき 22,800円	
リンパ浮腫ケア外来	1回につき 8,744円	
遺伝性腫瘍遺伝子検査 BRCA1/2 Comprehensive フル シーケンシング+MLPA	1回につき 114,083円	
BRCA1 家系内変異解析 Targeted Analysis	1回につき 48,388円	
BRCA2 家系内変異解析 Targeted Analysis	1回につき 48,388円	
追加HBOCスクリーニング	1回につき 173,788円	
TP53スクリーニング	1回につき 123,628円	
TP53シングルサイト	1回につき 48,388円	
追加TP53スクリーニング	1回につき 48,388円	
PTENスクリーニング	1回につき 123,628円	
PTENシングルサイト	1回につき 48,388円	
追加PTENスクリーニング	1回につき 48,388円	

MMRスクリーニング	1回につき	161,248 円
MSH6フルシークエンシング	1回につき	111,638 円
PMS2フルシークエンシング	1回につき	111,638 円
MLH1フルシークエンシング	1回につき	111,638 円
MSH2フルシークエンシング	1回につき	111,638 円
追加MLH1/MSH2 MLPA	1回につき	48,388 円
MMRシングルサイト	1回につき	48,388 円
追加MMRスクリーニング	1回につき	86,008 円
APCスクリーニング	1回につき	123,628 円
APCシングルサイト	1回につき	48,388 円
追加APCスクリーニング	1回につき	48,388 円
MEN1スクリーニング	1回につき	123,628 円
クイックMEN1スクリーニング	1回につき	161,248 円
MEN1シングルサイト	1回につき	48,388 円
MEN2スクリーニング	1回につき	55,786 円
クイックMEN2スクリーニング	1回につき	93,406 円
MEN2シングルサイト	1回につき	48,388 円
Hereditary Cancer panel 27 gene panel	1回につき	461,890 円
Hereditary Cancer panel 25 gene panel (without BRCA)	1回につき	420,508 円
Breast and GYN Cancer panel	1回につき	420,508 円
Colorectal Cancer panel	1回につき	420,508 円
Endocrine Cancer panel	1回につき	337,744 円
Brain/CNS/PNS Cancer panel	1回につき	420,508 円
Pancreatic Cancer panel	1回につき	337,744 円

Renal Cell Cancer panel	1回につき 420,508円	
MutSeq first mutation (1variant)	1回につき 54,967円	
MutSeq Second mutation (2variants)	1回につき 75,658円	
MutSeq third mutation (3variants)	1回につき 96,349円	
シングルサイト1サイト	1回につき 55,400円	
シングルサイト2サイト	1回につき 76,100円	
シングルサイト3サイト	1回につき 96,800円	
セカンドオピニオン相談料	1回につき 33,000円	
セカンドオピニオン相談料(遠隔健康医療相談)	1回につき 37,000円	
海外在住患者相談料	1回につき 33,000円	
保険会社等面談料	1回30分以内につき 5,500円	
妊娠と薬相談料	1回30分以内につき 11,000円	
妊娠と薬相談料(CURONを用いた遠隔健康医療相談)	1回30分以内につき 12,900円	
予防的乳房切除術		
予防的乳房切除術(片側)	259,906円	
乳房同時再建術(片側)	242,957円	
予防的乳房切除術(両側)	437,038円	
乳房同時再建術(両側)	479,281円	
日本臓器移植ネットワーク登録用HLA検査(患者負担分)	11,000円	
オプチューン療法(交流電場腫瘍治療)		
初回月	3,284,885円	
2月目以降(1月につき)	3,275,587円	
1日につき	109,186円	
※2月目以降に月途中で治療を中断した場合		
リスク低減卵巣卵管摘出術		
(1) 開腹による場合	382,760円	
(2) 腹腔鏡による場合	411,777円	
肺がんマルチプレックス遺伝子検査	208,076円	
非職業的HIV曝露後の抗HIV薬予防投与		

初診・3日分・通常の時間・男性	64,803円	
初診・3日分・通常の時間・女性	66,997円	
初診・3日分・時間外・男性	80,075円	
初診・3日分・時間外・女性	83,020円	
初診・14日分・通常の時間・男性	161,934円	
初診・14日分・通常の時間・女性	164,127円	
初診・14日分・時間外・男性	177,205円	
初診・14日分・時間外・女性	180,150円	
再診・11日分	113,650円	
再診・14日分	140,140円	
再診・25日分	237,271円	
ヒト遺伝子単一エクソン受託解析		
1箇所	27,267円	
2箇所	41,061円	
リンパ球クロスマッチ	47,182円	
無痛分娩加算		
初産婦	113,261円	
経産婦	93,873円	
非保険遺伝学的検査		
シングルポイント検査	33,200円	
APRT欠損症	45,800円	
Li-Fraumeni症候群	45,800円	
Von Hippel-Lindau病	45,800円	
脳室周囲結節状(結節性)異所性灰白質(PVNH)	45,800円	
X連鎖性低リン血症性くる病	45,800円	
毛細血管拡張性小脳失調症(ataxia telangiectasia)	45,800円	
Family Variant Test	48,900円	
Ellis-van Creveld症候群	52,000円	
常染色体優性多発性嚢胞腎	52,000円	
家族性大腸ポリポーシス	52,000円	
脳海綿状血管腫(CCM)	52,000円	
オン・デマンド遺伝子検査 1 遺伝子	52,000円	
Targeted Variant Analysis (1 variant)	52,000円	
オン・デマンド遺伝子検査 2 遺伝子	58,300円	
BHD症候群遺伝子検査	62,700円	
アルカプトン尿症遺伝子検査	62,700円	
X連鎖性遺伝性水頭症遺伝子検査	62,700円	

レッシュ・ナイハン症候群遺伝子検査	62,700円
孔脳症・裂脳症遺伝子検査	62,700円
クリスタリン網膜症遺伝子検査	62,700円
Cantu症候群遺伝子検査	62,700円
反復発作性運動失調症遺伝子検査	62,700円
家族性片麻痺性片頭痛遺伝子検査	62,700円
グルコース-6-リン酸脱水素酵素欠乏症遺伝子検査	62,700円
Dubin-Johnson症候群およびRotor症候群遺伝子検査	62,700円
レット症候群遺伝子検査	62,700円
家族性海綿状血管腫遺伝子検査	62,700円
APRT欠損症遺伝子検査	62,700円
カムラティ・エンゲルマン症候群遺伝子検査	62,700円
Stickler症候群遺伝子検査	62,700円
メイ・ヘグリン異常症遺伝子検査	62,700円
無虹彩症遺伝子検査	62,700円
肢先端脳梁症候群遺伝子検査	62,700円
Nager症候群遺伝子検査	62,700円
シュプリンツェン-ゴールドバーグ症候群遺伝子検査	62,700円
低汗性外胚葉形成不全症遺伝子検査	62,700円
3-ヒドロキシ-3-メチルグルタリルCoA合成酵素欠損症遺伝子検査	62,700円
家族性若年性高尿酸血症性腎症遺伝子検査	62,700円
骨パジェット病遺伝子検査	62,700円
軟骨毛髪低形成症遺伝子検査	62,700円
コケイン症候群遺伝子検査	62,700円
ゼーツレコツツェン症候群遺伝子検査	62,700円
パリスターホール症候群遺伝子検査	62,700円
トリーチャーコリンズ症候群遺伝子検査	62,700円
DYM遺伝子検査	62,700円
遺伝性平滑筋腫症及び腎細胞癌症候群	62,700円
MICPCH症候群遺伝子検査	62,700円

コーエン症候群遺伝子検査	62,700円
PLA2G6関連神経変性症遺伝子検査	62,700円
混合性マロン酸およびメチルマロン酸尿症遺伝子検査	62,700円
常染色体劣性多発性嚢胞腎遺伝子検査	62,700円
エリス・ファンクレフェルト症候群遺伝子検査	62,700円
ウィーデマン・スタイナー症候群遺伝子検査	62,700円
基底細胞母斑症候群(ゴーリン症候群)遺伝子検査	62,700円
先天性フィブリノーゲン欠損症遺伝子検査	62,700円
屈曲肢異形成症遺伝子検査	62,700円
遺伝性ヘモクロマトーシス遺伝子検査	62,700円
β サラセミア遺伝子検査	62,700円
進行性骨化性線維異形成症遺伝子検査	62,700円
クラリーノ症候群遺伝子検査	62,700円
Renal tubular dysgenesis遺伝子検査	62,700円
ハートナップ病遺伝子検査	62,700円
ラーセン症候群遺伝子検査	62,700円
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	62,700円
腎性低尿酸血症遺伝子検査	62,700円
遺伝性ブチリルコリンエステラーゼ欠損症遺伝子検査	62,700円
ガラクトース血症遺伝子検査	62,700円
先天性全身性脂肪萎縮症遺伝子検査	62,700円
DICER1症候群遺伝子検査	62,700円
ロビノウ症候群遺伝子検査	62,700円
近位指節癒合症遺伝子検査	62,700円
DDX3X関連神経発達異常症遺伝子検査	62,700円
PURA関連神経発達異常症遺伝子検査	62,700円
GRIN2B関連神経発達異常症遺伝子検査	62,700円
ASXL異常症遺伝子検査	62,700円
家族性大動脈弁上狭窄症遺伝子検査	62,700円
Raynaud-Claes症候群遺伝子検査	62,700円

膿疱性乾癬遺伝子検査	62,700円
Dent病_Lowe症候群遺伝子検査	62,700円
遺伝性尿細管性アシドーシス遺伝子検査	62,700円
巨脳症ー毛細血管奇形症候群遺伝子検査	62,700円
シスチン尿症遺伝子検査	62,700円
小児四肢疼痛発作症遺伝子検査	62,700円
先天性乏毛症・縮毛症遺伝子検査	62,700円
眼歯指異形成症遺伝子検査	62,700円
皮質下嚢胞をもつ大頭型白質脳症遺伝子検査	62,700円
原発性萌出不全遺伝子検査	62,700円
偽性副甲状腺機能低下症遺伝子検査	62,700円
先天性鉄剤不応性鉄欠乏性貧血遺伝子検査	62,700円
ケラチン症性魚鱗癬遺伝子検査	62,700円
道化師様魚鱗癬遺伝子検査	62,700円
血友病A遺伝子検査	62,700円
血友病B遺伝子検査	62,700円
高チロシン血症遺伝子検査	62,700円
多発性軟骨性外骨腫症遺伝子検査	62,700円
掌蹼角化症遺伝子検査	62,700円
マリネスコ・シェーグレン症候群遺伝子検査	62,700円
遺伝性球状赤血球症遺伝子検査	62,700円
悪性高熱症遺伝子検査	62,700円
家族性偽高カリウム血症遺伝子検査	62,700円
第XⅢ因子欠乏症遺伝子検査	62,700円
ILNEB症候群遺伝子検査	62,700円
アップショー・シュールマン症候群遺伝子検査	62,700円
常染色体優性尿細管間質性腎疾患 (ADTKD)	64,600円
Lynch症候群	64,600円
ドラベ症候群・類縁疾患関連遺伝子	64,600円
オン・デマンド遺伝子検査 3	64,600円
BRCA1/2 del/dup Analysis 欠	64,600円

失・重複解析	
遺伝性低リン血症性くる病 (セット)	66,770円
先天性中枢性低換気症候群遺 伝子検査	69,600円
オン・デマンド遺伝子検査 4 遺伝子	70,800円
Targeted Variant Analysis (2 variants)	70,800円
遺伝性間質性肺炎疾患遺伝子 パネル解析	76,500円
内分泌パネル1(副腎疾患)遺 伝子検査	76,500円
内分泌パネル2(成長障害)遺 伝子検査	76,500円
内分泌パネル3(46,XY性分化 疾患)遺伝子検査	76,500円
内分泌パネル4(性成熟疾患) 遺伝子検査	76,500円
内分泌パネル5(下垂体機能障 害)遺伝子検査	76,500円
内分泌パネル6(糖代謝異常 症)遺伝子検査	76,500円
内分泌パネル8(卵巣機能不全 症)遺伝子検査	76,500円
骨端異形成症遺伝子検査	76,500円
ピルビン酸脱水素酵素複合体 欠損症遺伝子検査	76,500円
稀な骨粗鬆症遺伝子検査	76,500円
遺伝性低リン血症性くる病遺 伝子検査	76,500円
遺伝性副甲状腺機能亢進症遺 伝子検査	76,500円
遺伝性肺高血圧症遺伝子検査	76,500円
遺伝性副甲状腺機能低下症遺 伝子検査	76,500円
ワールデンプルグ症候群遺伝 子検査	76,500円
先天性腎尿路異常遺伝子検査	76,500円
ジュベール症候群遺伝子検査	76,500円
骨形成不全症遺伝子検査	76,500円
ヘルマンスキー・パドラック 症候群遺伝子検査	76,500円
先天性甲状腺機能低下症遺伝 子検査	76,500円
バルデー・ビードル症候群遺 伝子検査	76,500円
骨関連シリオパチー遺伝子検	76,500円

査	
遠位関節拘縮症遺伝子検査	76,500円
ウェルナー症候群遺伝子検査	76,500円
過成長症候群遺伝子検査	76,500円
Holt-Oram症候群遺伝子検査	76,500円
睡眠関連過運動てんかん遺伝子検査	76,500円
先天性側弯・脊椎肋骨異骨症遺伝子検査	76,500円
進行性白質脳症遺伝子検査	76,500円
骨溶解症遺伝子検査	76,500円
エメリー・ドレイフス型筋ジストロフィー遺伝子検査	76,500円
常染色体潜性遺伝性魚鱗癬遺伝子検査	76,500円
魚鱗癬症候群遺伝子検査	76,500円
褐色細胞腫・パラガングリオーマ遺伝子検査	76,500円
遺伝性血小板異常症遺伝子検査	76,500円
インプリンティング疾患解析パネル遺伝子検査	76,500円
変動性紅斑角皮症遺伝子検査	76,500円
クリッペル・ファイル症候群遺伝子検査	76,500円
神経発達障害症候群遺伝子検査	76,500円
原発性小頭症遺伝子検査	76,500円
脊椎骨端異形成症遺伝子検査	76,500円
遺伝性ヘモクロマトーシス	77,100円
オン・デマンド遺伝子検査 5	77,100円
遺伝子	
Distal arthrogyriposis	77,100円
常染色体優性多発性嚢胞腎遺伝子検査	83,400円
内分泌パネル7(尿細管性電解質異常症)遺伝子検査	83,400円
先天性爪甲肥厚症遺伝子検査	83,400円
滑脳症遺伝子検査	83,400円
バーター・ギッテルマン症候群遺伝子検査	83,400円
遺伝性パラガングリオーマ	89,600円
マルファン症候群・類縁疾患関連遺伝子	89,600円
Targeted Variant Analysis (3 variants)	89,600円
色素失調症遺伝子検査	97,200円
BRCA1/2 Comprehensive フル	118,580円

シーケンシング+欠失・重複解析		
Invitaeマルチがんパネル	179,900円	
Invitae一般的遺伝性がんパネル	179,900円	
Invitae遺伝性小児固形腫瘍パネル	179,900円	
Invitae遺伝性乳がんおよび婦人科がんパネル	179,900円	
Invitae遺伝性乳がんパネル	179,900円	
Invitae乳がんおよび婦人科がんガイドラインベースパネル	179,900円	
Invitae遺伝性乳がんガイドラインに基づくパネル	179,900円	
Invitae遺伝性結腸直腸がんパネル	179,900円	
Invitae結腸直腸癌ガイドラインベースパネル	179,900円	
Invitae遺伝性膵臓がんパネル	179,900円	
Invitae遺伝性胃がんパネル	179,900円	
Invitae遺伝性甲状腺がんパネル	179,900円	
Invitae遺伝性傍神経節腫-褐色細胞腫パネル	179,900円	
Invitae遺伝性副甲状腺機能亢進症パネル	179,900円	
Invitae遺伝性腎/尿路がんパネル	179,900円	
Invitae遺伝性前立腺がんパネル	179,900円	
Invitae遺伝性骨髓異形成症候群/白血病パネル	179,900円	
Invitae遺伝性神経系/脳腫瘍パネル	179,900円	
Invitae肉腫パネル	179,900円	
Invitae BRCA1およびBRCA2パネル	179,900円	
Invitae体質ミスマッチ修復-欠損パネル	179,900円	
Invitae遺伝性びまん性胃がん症候群検査	179,900円	
Invitae若年性ポリポーシス症候群パネル	179,900円	
Invitae家族性消化管間質腫瘍症候群パネル	179,900円	
Invitaeラブドイド腫瘍素因	179,900円	

症候群パネル	
Invitae遺伝性ウィルムス腫瘍パネル	179,900円
Invitae乳がんSTATパネル	179,900円
Invitae BRCA1およびBRCA2STATパネル	179,900円
Invitae遺伝性神経内分泌腫瘍および副腎皮質癌パネル	179,900円
Invitae DNA損傷修復パネル	179,900円
Invitae遺伝性皮膚がんパネル	207,500円
Invitaeリンチ症候群パネル	207,500円
Invitae神経線維腫症1型検査	207,500円
Invitaeメラノーマ-膵臓がん症候群パネル	207,500円
Invitae Birt-Hogg-Dubé症候群検査	207,500円
Invitae結節性硬化症パネル	207,500円
Invitae基底細胞母斑症候群パネル	207,500円
Invitae慢性膵炎パネル	207,500円
Invitae不整脈と心筋症総合パネル	207,500円
Invitae不整脈総合パネル	207,500円
InvitaeQT延長症候群パネル	207,500円
Invitaeブルガダ症候群検査	207,500円
Invitaeカテコラミン誘発多形性心室頻拍パネル	207,500円
Invitae QT短縮症候群パネル	207,500円
Invitae心筋症総合パネル	207,500円
Invitae肥大型心筋症パネル	207,500円
Invitae拡張型心筋症パネル	207,500円
Invitae不整脈源性心筋症パネル	207,500円
Invitae遺伝性トランスチレチン媒介性アミロイドーシス(hATTRアミロイドーシス)検査	207,500円
Invitaeファブリー病検査	207,500円
Invitae大動脈障害総合パネル	207,500円
Invitaeロイス-ディーツ症候群パネル	207,500円
Invitaeマルファン症候群検査	207,500円
Invitaeエーラス-ダンロス症候群パネル	207,500円
Invitae肺動脈性肺高血圧症	207,500円

パネル		
Invitae遺伝性出血性毛細血管拡張症および血管奇形パネル	207,500円	
Invitae家族性高コレステロール血症パネル	207,500円	
包括的なニューロパシーパネル	207,500円	
Invitaeシャルコー・マリー・トウース病総合パネル	207,500円	
Invitae小径線維ニューロパチー検査	207,500円	
Invitae遺伝性感覚および自律神経障害パネル	207,500円	
Invitae遺伝性運動神経障害パネル	207,500円	
Invitae脊髄性筋萎縮症パネル	207,500円	
Invitae遺伝性痙性対麻痺総合パネル	207,500円	
Invitae包括的な神経筋障害パネル	207,500円	
Invitae先天性筋無力症候群パネル	207,500円	
Invitae悪性高熱症感受性パネル	207,500円	
Invitae包括的な筋ジストロフィーパネル	207,500円	
Invitae先天性筋ジストロフィーパネル	207,500円	
Invitaeジスロトフィン異常症検査	207,500円	
Invitae肢帯型筋ジストロフィーパネル	207,500円	
Invitaeジストニア総合パネル	207,500円	
Invitae遺伝性パーキンソン病およびパーキンソニズムパネル	207,500円	
Invitae包括的ミオパチーパネル	207,500円	
Invitae先天性ミオパチーパネル	207,500円	
Invitae周期性四肢麻痺パネル	207,500円	
Invitae筋強直および先天性パラミオトニアパネル	207,500円	
Invitaeてんかんパネル	207,500円	

Invitae Rett/Angelmanおよび関連障害パネル	207,500円
Invitae神経セロイドリポフスチン症パネル	207,500円
Invitae脳内鉄沈着を伴う神経変性パネル	207,500円
Invitae家族性自律神経障害検査	207,500円
Invitae遺伝性筋萎縮性側索硬化症、前頭側頭型認知症およびアルツハイマー病パネル	207,500円
Invitae筋萎縮性側索硬化症パネル	207,500円
Invitae遺伝性アルツハイマー病パネル	207,500円
Invitae前頭側頭型認知症パネル	207,500円
Invitaeプリオン病遺伝子検査	207,500円
Invitae原発性線毛機能不全パネル	207,500円
Invitae繊毛病パネル	207,500円
Invitae周産期致死骨格異形成および骨格繊毛病パネル	207,500円
Invitaeジュベール症候群およびMeckel-Gruber症候群パネル	207,500円
Invitaeバルデー・ビードル症候群パネル	207,500円
Invitaeネフロン癆パネル	207,500円
Invitae RASopathiesおよびヌーナンスペクトラム障害パネル	207,500円
Invitae Cardio-Facio-Cutaneous Syndrome Panel	207,500円
Invitaeレジウス症候群検査	207,500円
Invitae神経線維腫症2型検査	207,500円
Invitae多発性神経鞘腫症パネル	207,500円
Invitae先天性心疾患および内臓錯位パネル	207,500円
Invitae先天性心疾患パネル	207,500円
Invitae OFCD症候群遺伝子検査	207,500円
Invitae先天性停止性夜盲パネル	207,500円
Invitae角膜ジストロフィパ	207,500円

ネル	
Invitae顔面異骨症および前鼻異形成パネル	207,500円
Invitae低色素沈着パネル	207,500円
Invitae色覚異常パネル	207,500円
Invitae界面活性剤代謝パネル	207,500円
Invitae小頭症原発性小人症およびゼッケル症候群パネル	207,500円
Invitae腎尿細管性障害パネル	207,500円
Invitae自己炎症症候群パネル	207,500円
Invitae家族性地中海熱検査	207,500円
Invitaeアンドロゲン不応症パネル	207,500円
Invitae女性の性発達障害検査	207,500円
Invitae脑海綿状血管腫パネル	207,500円
Invitae頭蓋骨癒合症パネル	207,500円
Invitae全前脳症パネル	207,500円
Invitae過成長および巨頭症症候群パネル	207,500円
Invitaeアントレー・ビクスレー症候群検査	207,500円
Invitaeエリス・ファンクレフェルトおよびWeyers四肢顔面骨形成不全症パネル	207,500円
Invitae遺伝性多発性骨軟骨腫パネル	207,500円
Invitae毛髪-鼻-指節症候群パネル	207,500円
Invitae屈曲肢異形成症遺伝子検査	207,500円
Invitae嚢胞性線維症検査	207,500円
Invitaeテイ・サックス病遺伝子検査	207,500円
Invitae ATR-X症候群検査	207,500円
Invitaeカーペンター症候群パネル	207,500円
Invitae ARSE関連の点状軟骨異形成症検査	207,500円
Invitaeコルネリア・デランゲ症候群および関連障害パネル	207,500円
Invitae骨形成不全症および骨脆弱性パネル	207,500円
Invitae van der Woude症候群	207,500円

パネル	
Invitae低ゴナドトロピン性 性腺機能低下症パネル	207,500円
Invitaeコーエン症候群検査	207,500円
Invitaeコフィン・ローリー症 候群検査	207,500円
Invitae Baraitser-Winter脳 前頭顔症候群パネル	207,500円
Invitae KBG症候群検査	207,500円
Invitae外胚葉異形成症(歯の 無形成の有無を問わない)パ ネル	207,500円
Invitae白内障パネル	207,500円
Invitae MACおよび前眼部形 成異常パネル	207,500円
Invitae遺伝性ヘモクロマト ーシスパネル	207,500円
Invitae遺伝性血栓性素因パ ネル	207,500円
InvitaeアンチトロンビンⅢ 欠損症検査	207,500円
InvitaeプロテインC欠乏症検 査	207,500円
InvitaeプロテインS欠乏症検 査	207,500円
Invitae骨髄不全症候群パネ ル	207,500円
Invitaeファンコニ貧血パネ ル	207,500円
Invitae Diamond-Blackfan貧 血パネル	207,500円
Invitae先天性角化異常症パ ネル	207,500円
Invitae代謝新生児スクリー ニング確認パネル	207,500円
Invitae低フリーカルチニン 検査	207,500円
Invitaeカルニチン回路異常 症(C0/C16+C18増加因子)検 査パネル	207,500円
Invitaeプロピオニルカルニ チン(C3)増加因子検査パネル	207,500円
Invitaeマロニルカルチニン (C3-DC)増加因子検査パネル	207,500円
Invitaeブチリルカルチニン (C4)増加因子検査パネル	207,500円
Invitae3-ヒドロキシブチリ ルカルニチン(C4-OHカルニチ	207,500円

ン)増加因子検査パネル		
Invitaeイソバレリルカルニチン(C5)増加因子検査パネル	207,500円	
Invitae3-ヒドロキシイソバレリルカルニチン(C5-OH)増加因子検査パネル	207,500円	
Invitae極長鎖アシル-CoA脱水素酵素(VLCAD)欠損症	207,500円	
Invitae三頭酵素欠損症(C16-OH、16:1-OH、C18-OH、C18:1-OH増加因子)検査パネル	207,500円	
Invitaeカルニチン回路異常症(C16、C16:1、C18、C18:1増加)検査パネル	207,500円	
Invitaeアルギナーゼ欠損症パネル	207,500円	
Invitaeシトルリン血症パネル	207,500円	
Invitaeメープルシロップ尿症(ロイシン増加)検査パネル	207,500円	
Invitae低シトルリンパネル	207,500円	
Invitaeグリシン増加因子(グリシン脳症含む)検査パネル	207,500円	
Invitaeメチオニン増加因子検査パネル	207,500円	
Invitaeチロシン血症検査パネル	207,500円	
Invitaeメチルマロニルカルチニン(C4-DC)増加因子検査パネル	207,500円	
Invitaeアルカプトン尿症検査	207,500円	
Invitaeメチルマロン酸血症およびホモシスチン尿症パネル	207,500円	
Invitaeシスチン尿症パネル	207,500円	
Invitae高フェニルアラニン血症検査パネル	207,500円	
Invitae高プロリン血症検査パネル	207,500円	
Invitaeガラクトース血症パネル	207,500円	
Invitaeグルコース-6-リン酸脱水素酵素(G6PD)欠損症検査	207,500円	
Invitae先天性グリコシル化異常症パネル	207,500円	
Invitae包括的な糖原病パネ	207,500円	

ル	
Invitae遺伝性フルクトース 不耐性検査	207,500円
Invitaeまれな炭水化物障害 パネル	207,500円
Invitae脳腱黄色腫症検査	207,500円
Invitae脳クレアチン欠乏パ ネル	207,500円
Invitae脂肪酸酸化欠乏パネ ル	207,500円
Invitae中鎖アシルCoA脱水素 酵素欠損症 (MCAD、C6、C8、C10 増加因子) 検査	207,500円
Invitaeケトン症パネル	207,500円
Invitae包括的なリソソーム 蓄積症パネル	207,500円
Invitaeリソソーム蓄積症新 生児スクリーニングパネル	207,500円
Invitaeシスチノーシス検査	207,500円
Invitaeクラッペ病検査	207,500円
Invitae異染性白質ジストロ フィーパネル	207,500円
Invitaeニーマンピック病C型 パネル	207,500円
Invitaeポンペ病検査	207,500円
Invitaeサンドホフ病検査	207,500円
InvitaeFarber脂肪性肉芽腫 症遺伝子検査	207,500円
InvitaeGM2ガングリオシドー シスパネル	207,500円
Invitaeリソソーム酸性リパ ーゼ欠損症検査	207,500円
Invitaeウィルソン病検査	207,500円
Invitaeムコ多糖症Plus検査 パネル(ムコ多糖症、ムコリビ ドーシス、オリゴ糖症)	207,500円
Invitaeニーマンピック病タ イプA型およびB型パネル検査	207,500円
Invitae有機酸血症パネル	207,500円
Invitae3-メチルクロトニル CoAカルボキシラーゼパネル	207,500円
Invitaeビオチニダーゼ欠損 症検査	207,500円
Invitaeグルタル酸尿症I型検 査	207,500円
Invitaeイソブチリル・イソバ レリルカルニチン (C4・C5) 増 加因子 (アシルCoA脱水素酵素	207,500円

欠損症)検査パネル		
Invitaeプロピオン酸血症パネル	207,500円	
Invitae銅代謝障害パネル	207,500円	
Invitae神経伝達物質障害パネル	207,500円	
Invitae驚愕病パネル	207,500円	
Invitae成人レフサム病パネル	207,500円	
Invitae超長鎖脂肪酸増加因子(X連鎖性副腎白質ジストロフィー・ペルオキシダーゼ病含む)検査パネル	207,500円	
Invitaeツェルウェーガー症候群パネル	207,500円	
Invitae尿素サイクル異常症パネル	207,500円	
Invitaeプリン代謝異常パネル	207,500円	
Invitae治療可能な神経代謝異常パネル	207,500円	
Invitaeオルニチントランスカルバミラーゼ(OTC)欠損症遺伝子検査	207,500円	
Invitae急性肝性ポルフィリン症パネル	207,500円	
Invitae原発性高シュウ酸尿酸症パネル	207,500円	
Invitae精神症状を伴うメンデル遺伝病パネル	207,500円	
Invitae代謝性非免疫胎児水腫パネル	207,500円	
Invitae高アンモニア血症パネル	207,500円	
Invitae原発性免疫不全パネル	207,500円	
Invitae無ガンマグロブリン血症パネル	207,500円	
Invitae分類不能型免疫不全症パネル	207,500円	
Invitae高IgE症候群パネル	207,500円	
Invitae高IgM症候群パネル	207,500円	
Invitae自己炎症および自己免疫症候群パネル	207,500円	
Invitae単一遺伝性炎症性腸疾患パネル	207,500円	
Invitae包括的なSCIDおよびCIDパネル	207,500円	

Invitae自己免疫性リンパ増殖性疾患(ALPS)パネル	207,500円
Invitae遺伝性血球貪食性リンパ組織球症(HLH)障害パネル	207,500円
Invitae好中球減少症を伴う貪食作用障害パネル	207,500円
Invitae包括的脂質血症パネル	207,500円
Invitae横紋筋融解症および代謝性ミオパチーパネル	207,500円
Invitae家族性片麻痺性片頭痛パネル	207,500円
Invitae遺伝性脳小血管疾患パネル	207,500円
Invitae遺伝性もやもや病パネル	207,500円
Invitae α 1-アンチトリプシン欠乏症検査	207,500円
Invitae単一遺伝性糖尿病パネル	207,500円
Invitae白質ジストロフィーと遺伝性白質脳症パネル	207,500円
Invitae包括的なポルフィリン症パネル	207,500円
Invitae脳性麻痺スペクトラム障害パネル	207,500円
Invitaeアルポート症候群パネル	207,500円
Invitae脳奇形パネル	207,500円
Invitae性発達障害パネル	207,500円
Invitae嚢胞性腎疾患パネル	207,500円
Invitae包括的な難聴パネル	207,500円
Invitae指趾の奇形パネル	207,500円
Invitae過成長症候群パネル	207,500円
Invitae新生児呼吸窮迫パネル	207,500円
Invitaeスティックラー症候群パネル	207,500円
Invitaeアッシャー症候群パネル	207,500円
Invitae緑内障パネル	207,500円
Invitae遺伝性血管浮腫パネル	207,500円
Invitae先天性下痢症パネル	207,500円
Invitae非典型溶血性尿毒症症候群および血栓性微小血管症パネル	207,500円

Invitae腎結石パネル	207,500円	
InvitaeX連鎖性低リン血症性検査	207,500円	
Invitae低リン血症パネル	207,500円	
Invitae遺伝性網膜疾患パネル	207,500円	
Invitae脊髄性筋萎縮症STATパネル	207,500円	
Invitae進行性腎疾患パネル	207,500円	
Invitae骨系統疾患パネル	207,500円	
Invitae単一遺伝性肥満パネル	207,500円	
Invitae核ミトコンドリア病パネル	207,500円	
Invitae補足代謝新生児スクリーニングパネル	207,500円	
Invitaeピルビン酸代謝および関連障害パネル	207,500円	
Invitae包括的神経代謝障害パネル	207,500円	
Invitae低血糖パネル	207,500円	
Invitae結合組織疾患パネル	207,500円	
Invitae先天性腎尿路異常(CAKUT)パネル	207,500円	
Invitaeアダムズ・オリバー症候群パネル	207,500円	
Invitae黄斑ジストロフィーパネル	207,500円	
Invitae先天性魚鱗癬パネル	207,500円	
Invitaeネフローゼ症候群および巣状分節性糸球体硬化症(FSGS)パネル	207,500円	
Invitae眼皮膚白皮症パネル	207,500円	
Invitae中隔視神経形成異常パネル	207,500円	
Invitae脊椎肋骨異骨症パネル	207,500円	
Invitae色素性乾皮症パネル	207,500円	
Invitae C9orf72を伴う遺伝性ALS、前頭側頭型認知症およびアルツハイマー病パネル	207,500円	
Invitae神経発達障害(NDD)パネル	207,500円	
産後1か月健診	4,400円	
乳児健診	2,400円	
Guardant360 がん遺伝子検査 初回	444,800円	
2回目以降	318,200円	

おむつ代(新生児用)	1枚につき 11円(10円)	
おむつ代(新生児用3S)	1枚につき 11円(10円)	
おむつ代(新生児用4S)	1枚につき 22円(20円)	
おむつ代(新生児用5S)	1枚につき 88円(80円)	
おむつ代(大人用Mテープ付)	1枚につき 121円(110円)	
おむつ代(大人用Lテープ付)	1枚につき 132円(120円)	
おむつ代(尿とりパッド)	1枚につき 33円(30円)	
おむつ代(大人用フラットタイプ)	1枚につき 44円(40円)	
がん関連シングルサイト解析(1箇所)	27,800円	
がん関連シングルサイト解析(2箇所)	32,000円	
がん関連シングルサイト解析(3箇所)	36,100円	
がん関連シングルサイト解析(4箇所)	40,300円	
がん関連シングルサイト解析(5箇所)	44,400円	
内視鏡的エタノール局所注入療法	治療回数1回 145,100円 治療回数2回 290,200円	
巻き爪治療 超弾力性ワイヤーによるもの 処置料	1指1回につき 3,300円	
ワイヤー代	1本につき 4,300円	
巻き爪マイスターによるもの 処置料	1指1回につき 3,300円	
マイスター代	1本につき 4,200円	
ルタテラ静注による治療キャンセル料	1瓶につき 2,601,500円	
ライアット静注による治療キャンセル料	1瓶につき 1,051,600円	
プロウペスによる子宮頸管熟化不全の治療	26,000円	
IPLを用いたマイボーム腺機能不全に対する治療	12,900円	

PHC 健診		
エグゼクティブプラン	604,600円	
運動指導オプション	5,200円	
栄養指導オプション	5,200円	
ウェルネスプラン		
ベーシックコース	25,200円	
高血圧コース	33,000円	
ダイアベティス(糖尿病)	7,500円	
コースの追加		
認知症コースの追加	70,800円	
ダイアベティス(糖尿病)コ	33,000円	
ース		
高血圧コースの追加	7,500円	
認知症コースの追加	70,800円	
認知症コース	93,800円	
高血圧コースの追加	7,500円	
ダイアベティス(糖尿病)	7,500円	
コースの追加		
運動指導オプション	5,200円	
栄養指導オプション	5,200円	
ヘルスアッププラン	5,000円	
運動指導オプション	5,200円	
栄養指導オプション	5,200円	
妊娠前相談	1回30分以内につき 11,000円	
NETestリキッドバイオブシー	167,000円	
厚生労働大臣の定める評価療 養、患者申出療養及び選定療養 (平成十八年厚生労働省告示第 四百九十五号)第二条第十五号 に規定する後発医薬品(右欄に おいて単に「後発医薬品」とい う。)のある同号に規定する新医 薬品等(右欄において単に「先発 医薬品」という。)の処方等に係 る療養	後発医薬品のある先 発医薬品の薬価から 当該先発医薬品の後 発医薬品の薬価を控 除して得た価格に四 分の一を乗じて得た 価格を用いて診療報 酬の算定方法の例に より算定した点数に 十円を乗じて得た額	

※

注1 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、括弧内の料金とする。

注2 入院当日又は退院当日の特別室使用料は、入院時又は退院時の時間にかかわらず1日分の料金とし、転室した日の特別室使用料は、転入した室の料金とする。

別表第2(第2条関係)

先進医療料

区分	料金の額	備考
陽子線治療	1連につき 2,840,000円	(外国人患者の場合) 1連につき 3,859,600円
	動体追跡照射	動体追跡照射 421,600円

	210,600円	
根治切除可能な初発・単発・結節型肝細胞癌に対する陽子線治療	1連につき 1,600,000円	
膵癌腹膜転移に対するS-1+パクリタキセル経静脈腹腔内投与併用療法	1コースにつき 50,299円	最大19コースまで
局所進行頭頸部扁平上皮癌に対するシスプラチン静脈内投与及び強度変調陽子線治療の併用療法	1連につき 2,988,000円	
高齢者切除可能膵癌に対する術前ゲムシタビン+S-1療法と術前ゲムシタビン+ナブリパクリタキセル療法	1回当たり 400円	6回分 2,400円
小腸腺がん(ステージがⅠ期、Ⅱ期又はⅢ期であって、肉眼による観察及び病理学的見地から完全に切除されたと判断されるものに限る。)に対する術後のカペシタビン内服投与及びオキサリプラチン静脈内投与の併用療法	1コース 5,250円	最大8コース 42,000円
切除が不可能な肝門部胆管がんに対する生体肝移植術	患者1人につき 186,277円	
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 進行期悪性黒色腫(KIT遺伝子変異を有するものであって、従来の治療法に抵抗性を有するものに限る。)	2サイクルあたり 2,667,417円 (※最大6サイクル 8,002,251円)	費用については研究費から支給されるため患者負担は生じない。
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。)に対する生体肝移植術	患者1人につき 2,770,000円	
切除が不可能な食道表在がんに対するアルゴンプラズマ高周波焼灼・凝固療法	患者1人につき 256,323円	
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)	患者1人につき 32,523円	

別表第3(第2条関係)

患者申出療養料

区分	料金の額	備考
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回につき 446,562円	

小児・AYAがんに対する遺伝子パネル検査結果等に基づく複数の分子標的治療	1症例につき 300,000円	費用については研究費から支給されるため患者負担は生じない。
--------------------------------------	-----------------	-------------------------------

別表第4(第2条関係)

ストーマ用装具料

区分	品名	メーカー	ストーマ孔	料金の額
消化器用装具	ニューイメージロックンロー ル 44 18192	ホリスター	44mm	1枚につき 350 円
	ニューイメージロックンロー ル 57 18193	ホリスター	57mm	1枚につき 350 円
	ノバ1 マキシ フォールドア ップ 816-15	ダンサック	フリーカット	1枚につき 730 円
	ノバ1 フォールドアップ X3 862-15	ダンサック	フリーカット	1枚につき 750 円
	セルケア1・TD 製品番号18701	アルケア	フリーカット	1枚につき 540 円
	セルケア1・TDs 製品番号 20152	アルケア	40mm フリー カット	1枚につき 840 円
	センシュラミオ1コンケーブ 10-60 製品番号18341	コロプラス ト	10-60mm フリ ーカット	1枚につき 800 円
	センシュラミオ1コンケーブ 10-50 製品番号18321	コロプラス ト	10-50mm フリ ーカット	1枚につき 800 円
	ノバライフ1 TRE フィット マキシ フリーカット15-34 透明 製品番号3084-34	ダンサック	15-34mm	1枚につき 840 円
	ノバライフ1 TRE フィット マキシ フリーカット15-44 透明 製品番号3082-44	ダンサック	15-44mm	1枚につき 840 円
	ノバライフ1 TRE フィット マキシ フリーカット15-54 透明 製品番号3082-54	ダンサック	15-54mm	1枚につき 840 円
	ノバライフ1 TRE マキシ フリーカット15-70 透明 製 品番号3018-15	ダンサック	15-70mm	1枚につき 530 円
	ノバライフ1 TRE マキシ フリーカット15-90 透明 製 品番号3016-15	ダンサック	15-90mm	1枚につき 620 円
	センシュラ ミオ1 透明 10481	コロプラス ト	10-55mm	1枚につき 580 円
	センシュラ ミオ1 不透明 10471	コロプラス ト	10-55mm	1枚につき 580 円
	センシュラ ミオ1 マックス カット 10-100 透明 製品 番号18383	コロプラス ト	10-100mm	1枚につき 580 円
	センシュラミオ1 イレオ フ リーカット10-70 製品番号 18665	コロプラス ト	10-70mm	1枚につき 670 円

センシュラミオ1 イレオ ソフト 10-50 製品番号18671	コロプラス ト	10-50mm	1枚につき 800 円
センシュラミオ1 イレオ ライト 10-43 製品番号18676	コロプラス ト	10-43mm	1枚につき 910 円
センシュラミオ2バッグ 製品番号11463 フランジ径40 透明	コロプラス ト	フランジ径 40mm	1枚につき 400 円
センシュラミオ2バッグ 製品番号11473 フランジ径50 透明	コロプラス ト	フランジ径 50mm	1枚につき 400 円
センシュラミオ2バッグ 製品番号11483 フランジ径60 透明	コロプラス ト	フランジ径 60mm	1枚につき 400 円
センシュラミオ2 イレオ 製品番号18640 フランジ径50	コロプラス ト	フランジ径 50mm	1枚につき 590 円
センシュラミオ2 イレオ 製品番号18641 フランジ径60	コロプラス ト	フランジ径 60mm	1枚につき 590 円
センシュラミオ1 ソフト 透明 フリーカット10-50 製品番号16716	コロプラス ト	10-50mm	1枚につき 820 円
センシュラミオ1 ライト 透明 フリーカット10-43 製品番号16739	コロプラス ト	10-43mm	1枚につき 910 円
やわびた(お好みカット) 15-38 製品番号5691038	ホリスター	15-38mm	1枚につき 880 円
やわびた(お好みカット) 15-55 製品番号5691055	ホリスター	15-55mm	1枚につき 880 円
やわびたセラプラステープなし(お好みカット) 15-38 製品番号531200	ホリスター	15-38mm	1枚につき 840 円
やわびたセラプラステープなし(お好みカット) 15-55 製品番号531201	ホリスター	15-55mm	1枚につき 840 円
エスティームモルダブル(20-30)フィルター付き 透明 製品番号 413515	コンバテッ ク	20-30mm	1枚につき 500 円
エスティームモルダブル(30-40)フィルター付き 透明 製品番号 413516	コンバテッ ク	30-40mm	1枚につき 500 円
エスティームモルダブル(40-50)フィルター付き 透明 製品番号 413517	コンバテッ ク	40-50mm	1枚につき 500 円
エスティーム やわらか凸(消化器用)フリーカット30mmまで 製品番号421619	コンバテッ ク	20-30mm	1枚につき 780 円
エスティーム やわらか凸(消化器用)フリーカット40mmまで	コンバテッ ク	20-40mm	1枚につき 780 円

	製品番号421615			
	エスティーム やわらか凸(消化器用)フリーカット55mmまで 製品番号422159	コンバテック	20-55mm	1枚につき 780円
	エスティーム やわらか凸シャロー(消化器用)フリーカット40mmまで 製品番号422364	コンバテック	20-40mm	1枚につき 750円
	エスティーム やわらか凸シャロー(消化器用)フリーカット47mmまで 製品番号422363	コンバテック	20-47mm	1枚につき 750円
イレオストミー用装具	イレファイン Dキャップ30 16991	アルケア	Dキャップ30	1枚につき 580円
	イレファイン Dキャップ40 16992	アルケア	Dキャップ40	1枚につき 580円
	イレファイン Dキャップ50 16993	アルケア	Dキャップ50	1枚につき 580円
	セルケア1Dsキャップ 20131	アルケア	14-29mm	1枚につき 1,100円
	セルケア1Dsキャップ 20132	アルケア	24-39mm	1枚につき 1,100円
	イレファイン Dキャップフラット40 18171	アルケア	Dキャップ40	1枚につき 540円
	イレファイン Dキャップフラット50 18172	アルケア	Dキャップ50	1枚につき 540円
	イレファイン Dキャップフラット60 18173	アルケア	Dキャップ60	1枚につき 540円
	エスティーム やわらか凸イレオフリーカット20mmまで 製品番号421937	コンバテック	15-20mm	1枚につき 760円
	エスティーム やわらか凸イレオフリーカット30mmまで 製品番号421936	コンバテック	15-30mm	1枚につき 760円
	エスティーム やわらか凸イレオフリーカット40mmまで 製品番号421935	コンバテック	15-40mm	1枚につき 760円
	エスティーム やわらか凸イレオ シャロー S カスタムカット10-28mm 製品番号423513	コンバテック	10-28mm	1枚につき 780円
	エスティーム やわらか凸イレオ シャロー フリーカット40mmまで製品番号423512	コンバテック	15-40mm	1枚につき 780円
	エスティーム やわらか凸イレオ シャロー フリーカット47mmまで製品番号423511	コンバテック	20-47mm	1枚につき 780円
	キャップのやわびたFT(お好み)	ホリスター	13-38mm	1枚につき 710円

	カット)13-38mm 製品番号 83038			円
	キャップのやわびたFT(お好み カット)13-55mm 製品番号 83055	ホリスター	13-55mm	1枚につき 710 円
	キャップの平面FT(お好みカッ ト)13-64mm 製品番号 26064R	ホリスター	13-64mm	1枚につき 620 円
	キャップのストーマ袋 44mm 製品番号18022	ホリスター	フランジ径 44mm	1枚につき 490 円
	キャップのストーマ袋 57mm 製品番号18023	ホリスター	フランジ径 57mm	1枚につき 490 円
尿路用装具	アシュラキッズ1ウロバッグ フランジ 8009	コロプラス ト	フランジ	1枚につき 620 円
	センシュラ ミオ1ウロ 10586	コロプラス ト	10-45mm	1枚につき 820 円
	ニューイメージウロS ウルト ラクリア フランジ44mm 製 品番号18902	ホリスター	44mm	1枚につき 520 円
	ニューイメージウロS ウルト ラクリア フランジ57mm 製 品番号18903	ホリスター	57mm	1枚につき 520 円
	センシュラミオ1 ウロライト フリーカット15-33 製品番号 16836	コロプラス ト	15-33mm	1枚につき 1,100円
	センシュラミオ1 ウロライト フリーカット10-43 製品番号 16837	コロプラス ト	10-43mm	1枚につき 1,100円
	センシュラミオ1 ウロディ ープ フリーカット15-33 製品 番号16866	コロプラス ト	15-33mm	1枚につき 1,100円
	センシュラミオ1 ウロディ ープ フリーカット10-43 製品 番号16867	コロプラス ト	10-43mm	1枚につき 1,100円
	センシュラミオ2 ウロ40 製 品番号11492	コロプラス ト	フランジ径 40mm	1枚につき 730 円
	センシュラミオ2 ウロ50 製 品番号11498	コロプラス ト	フランジ径 50mm	1枚につき 730 円
	モデルマフレックスFT凸面ウ ロS ウルトラクリア製品番号 2979025	ホリスター	13-25mm	1枚につき 1,100円
	モデルマフレックスFT凸面ウ ロS ウルトラクリア製品番号 2979038	ホリスター	13-38mm	1枚につき 1,100円
	やわびたウロS(お好みカット) 製品番号2999038	ホリスター	15-38mm	1枚につき 990 円
	やわびたウロS(お好みカット)	ホリスター	15-55mm	1枚につき 990

	製品番号2999055			円
	やわびたセラプラスウロS テープなし(お好みカット) 15-25 製品番号599200	ホリスター	15-25mm	1枚につき 970円
	やわびたセラプラスウロS テープなし(お好みカット) 15-38 製品番号599201	ホリスター	15-38mm	1枚につき 970円
消化器・尿路用	センシュラミオ2 プレートライト40 フリーカット10-20 製品番号16901	コロプラス	10-20mm	1枚につき 860円
	センシュラミオ2 プレートライト50 フリーカット15-30 製品番号16911	コロプラス	15-30mm	1枚につき 860円
	センシュラミオ2 プレートライト60 フリーカット15-40 製品番号16921	コロプラス	15-40mm	1枚につき 860円
	センシュラミオ2 プレートデュープ40 フリーカット10-20 製品番号16941	コロプラス	10-20mm	1枚につき 870円
	センシュラミオ2 プレートデュープ50 フリーカット15-30 製品番号16951	コロプラス	15-30mm	1枚につき 870円
	センシュラミオ2 プレートデュープ60 フリーカット15-40 製品番号16961	コロプラス	15-40mm	1枚につき 870円
	センシュラミオ2プレート 製品番号10502 35mmまで	コロプラス	フランジ径40mm	1枚につき 690円
	センシュラミオ2プレート 製品番号10512 45mmまで	コロプラス	フランジ径50mm	1枚につき 690円
	センシュラミオ2プレート 製品番号10522 55mmまで	コロプラス	フランジ径60mm	1枚につき 690円
	ニューイメージFTF テープなし(お好みカット)44 製品番号15602	ホリスター	13-32mm	1枚につき 900円
	ニューイメージFTF テープなし(お好みカット)57 製品番号15603	ホリスター	13-44mm	1枚につき 900円
	ニューイメージFTF 凸面 テープなし(お好みカット)44 15802	ホリスター	13-25mm	1枚につき 1,100円
	ニューイメージFTF 凸面 テープなし(お好みカット)57 15803	ホリスター	13-38mm	1枚につき 1,100円
手術直後用装具	サージドレーンオープントップ S 15681	アルケア	S	1枚につき 680円
	サージドレーンオープントップ M 15682	アルケア	M	1枚につき 770円

	サージドレーンオープントップ L 15683	アルケア	L	1枚につき 850円
	サージドレーンオープントップ LL 15684	アルケア	LL	1枚につき 1,100円
瘻孔用装具	ウェルケアアドレインS 15831	アルケア	フリーカット	1枚につき 410円
	ウェルケアアドレインM 15832	アルケア	フリーカット	1枚につき 450円
	ウェルケアアドレインL 15833	アルケア	フリーカット	1枚につき 500円
小児用装具	アシュラキッズ1スタンダード 2115 開口部径35mmまで	コロプラス	フリーカット	1枚につき 360円
	パウチキン新生児用パウチ 製品番号3778	ホリスター		1枚につき 310円
	ノバ1 インファント ドレイン(小児用) 製品番号 818-00/10	ダンサック	フリーカット	1枚につき 360円
装具アクセサリ	アダプト皮膚保護シール S 7805	ホリスター	S	1枚につき 490円
	アダプト皮膚保護シール L 7806	ホリスター	L	1枚につき 610円
	TREシール	ダンサック		1枚につき 700円
	キャピロン 皮膚用リムーバー 滴下ボトル 50mL 製品番号TP1-L50	3M	50ml/本	1本につき 1,600円
	アダプト剥離剤パック 製品番号7760	ホリスター	フリーサイズ	1枚につき 40円
	アダプトストーマパウダー 製品番号7906	ホリスター	28.3g	1本につき 1,100円
	アダプト消臭潤滑剤 78500	ホリスター	236ml	1本につき 2,800円
	デオール 消臭・除菌スプレー 製品番号9405	コロプラス	300ml/本	1本につき 2,100円
	リモイスコート 17711	アルケア	30ml	1本につき 1,400円
	リモイスコート ハンディー 17712	アルケア	20枚/箱	1枚につき 110円
	胴ベルト 製品番号12691	アルケア	1個	1個につき 1,200円
	4点止め安心ベルト 製品番号 0430	コロプラス	1個	1個につき 1,400円
	キャップのコネクター 製品番号7332	ホリスター		1個につき 20円
	キャップのシリーズ専用排液バッグ 製品番号5551	ホリスター		1枚につき 570円
	ハイコロール HCR50	ニチバン	5.0cm×5m	1枚につき

				2,700円
	ハイコロール HCR100	ニチバン	10cm×5m	1枚につき 5,000円
	ブラバプロテクティブシール 厚み2.5mm内径18mm外形48mm 製品番号12035	コロプラス ト	内径 18mm	1枚につき 300 円
	ブラバプロテクティブシール 厚み2.5mm内径27mm外形57mm 製品番号12037	コロプラス ト	内径 27mm	1枚につき 300 円
	ブラバプロテクティブシール 厚み2.5mm内径34mm外形64mm 製品番号12039	コロプラス ト	内径 34mm	1枚につき 300 円
	オーガニック幅広ワンタッチ ベルト ベージュ 製品番号 OG308B	ミムロ	4×90cm	1枚につき 1,600円

別表第5(第2条関係)

歯科領域の諸料金

1 保険適用外の料金

区分	料金の額
〔予防領域〕	
口腔保健指導料	3,025円
フッ化物歯面塗布料	1,801円
検査料	
口臭検査料(官能検査)	1,955円
口臭検査料(ガスセンサー)	5,636円
齲蝕のリスク診断	6,267円
機械的歯面清掃	3,240円
〔保存領域〕	
鑄造歯冠修復料(インレー・アンレー)	
白金加金	
大臼歯	44,715円
前歯・小臼歯	41,479円
金合金	
大臼歯	47,295円
前歯・小臼歯	44,837円
チタン(前歯・小臼歯・大臼歯)	34,433円
ハイブリッドセラミックレジニンインレー	33,919円
ポーセレンインレー	34,569円
隣接面加算料(1面)	13,423円
咬頭被覆料	15,707円
特殊レジンをを用いた修復(単純)	14,731円
特殊レジンをを用いた修復(複雑)	16,173円
レジンベニア(間接法)	33,605円
処置料	
歯の漂白(生活歯・ホームブリーチング・片顎につき)	32,562円

歯の漂白(生活歯・ホームブリーチング・延長料・薬剤1本)	4,463円
歯の漂白(生活歯・ホームブリーチング・延長料・薬剤1本+トレー)	11,177円
歯の漂白(生活歯・オフィス・タッチアップ・片顎1回につき)	8,608円
歯の漂白(失活歯・ウォーキングブリーチ・1歯につき)	9,694円
漂白後管理料(1ヶ月毎に1回)	3,140円
歯面・金属レジンコーティング(1歯につき)	2,967円
歯面・金属レジンコーティング修理料(1歯につき)	2,291円
歯肉メラニン色素除去術(レーザー・1歯につき)	3,585円
歯肉メラニン色素除去術(薬剤・片顎1回につき)	3,380円
歯周組織手術料	16,379円
歯周組織手術料加算(歯周組織誘導剤エムドゲイン)	33,139円
レーザー照射加算(1本につき)	3,115円
MTAセメントによる穿孔部閉鎖(1歯につき)	11,349円
〔補綴領域〕	
支台築造料	
白金加金	23,633円
金合金	27,506円
金パラ銀合金	17,764円
チタン	16,822円
ファイバーポスト	16,471円
全部鑄造冠料	
白金加金	79,611円
金合金	86,328円
チタン	64,571円
硬質レジン前装冠	
白金加金	86,842円
金合金	91,879円
チタン	77,267円
金パラ	63,487円
陶材焼付鑄造冠(メタルボンド)料	
陶材焼付鑄造冠(メタルボンド)	123,600円
ミリング加工料(1歯につき)	33,000円
オールセラミック	70,161円
ジルコニア(モノリシック)	84,150円
ジルコニア(グラデーション)	93,500円
ジルコニア(レイヤリング)	123,750円
全部被覆冠(オールセラミック冠を含む。)	

オールセラミッククラウン	88,706円
ハイブリッドセラミッククラウン	89,145円
橋体(ポンティック)料	
前歯部(ポンティック)	
硬質レジン前装ポンティック	
白金加金	80,640円
金合金	85,677円
チタン	72,144円
金パラ銀合金	78,515円
臼歯部ポンティック	
鑄造金属ポンティック	
白金加金	79,363円
金合金	86,858円
チタン	69,801円
硬質レジン前装ポンティック	
白金加金	79,739円
金合金	87,234円
チタン	71,346円
前歯・臼歯部	
オールハイブリッドセラミックス	75,356円
ジルコニア(モノリシック)	84,150円
ジルコニア(グラデーション)	93,500円
ジルコニア(レイヤリング)	123,750円
仮封冠間接法(1歯・1ポンティク)(ラボに 発注した場合)	11,841円
アタッチメント・テレスコープ設計料(1 装置)	60,496円
金属アレルギー検査料(1試料分)	6,146円
ろう着料(1か所)	
白金加金	12,461円
金合金(金パラ銀合金含む)	12,798円
陶材焼付用合金	14,840円
アタッチメント	17,363円
根面キャップ料	
白金加金	24,927円
金合金	29,964円
チタン	16,061円
隙	
白金加金	24,534円
金合金	27,246円
チタン	19,046円
有床義歯料	
金属床義歯(維持装置等を含む。)	
全部床義歯	
白金加金	481,794円
金合金	459,791円
コバルトクロム	222,617円
チタン合金	335,807円

12～14歯欠損床	
白金加金	366,543円
金合金	410,443円
コバルトクロム	265,123円
チタン合金	349,506円
9～11歯欠損床	
白金加金	339,936円
金合金	383,835円
コバルトクロム	256,780円
チタン合金	309,200円
5～8歯欠損床	
白金加金	311,798円
金合金	353,198円
コバルトクロム	241,281円
チタン合金	280,010円
1～4歯欠損床	
白金加金	282,127円
金合金	315,710円
コバルトクロム	218,625円
チタン合金	220,540円
軟質裏装材によるリベース料	36,178円
軟質裏装義歯(レジン床)	
全部床	222,311円
9～14歯欠損床	176,734円
1～8歯欠損床	135,722円
鋳造バー	
白金加金	50,939円
金合金	62,254円
コバルトクロム	30,547円
チタン合金	39,000円
鉤	
鋳造鉤	
白金加金	39,798円
金合金	41,863円
コバルトクロム	32,276円
チタン合金	37,436円
屈曲鉤	
白金加金	30,959円
コバルトクロム	28,492円
フック・スパー・スティー・レスト料	
鋳造フック・スパー・スティー・レスト	
白金加金	28,356円
金合金	30,731円
コバルトクロム	22,005円
チタン合金	22,776円
屈曲フック・スパー・スティー・レスト	

白金加金	20,119円
白歯金属歯料	
白金加金	31,619円
金合金	33,993円
金パラ銀合金	28,786円
チタン	27,686円
コバルトクロム	27,604円
テレスコープクラウン	
白金加金	127,674円
金パラ銀合金	115,840円
可徹式メタルオンレー	
白金加金	171,960円
金合金	197,755円
金パラ	108,230円
ミーリング装置(1歯分)	
支台歯	102,006円
支台歯バー・ダミー	101,814円
マウスガード	5,521円
マウスプロテクター(スポーツマウスガード)	15,800円
睡眠時無呼吸症候群治療用咬合床	52,571円
ラミネートベニヤ	63,980円
下顎運動機能検査	19,821円
金属スプリント(装着性、可撤式を含む。)	
白金加金	377,577円
チタン	231,010円
コバルトクロム	214,134円
インプラント関連補綴料	
3次元臓器立体モデルによるインプラント手術計画	
片顎	35,378円
上下顎	58,968円
頭蓋全体	79,049円
インプラント補綴におけるアバットメント調整料	13,494円
人工歯、アタッチメント(アバットメント使用材料の購入価格に100分の110を乗じた額を含む。)	
エピテーゼ	
タイプA(初期のもの、B、Cの追加)	34,244円
タイプB(耳、鼻、指などの限局した範囲のもの)	57,780円
タイプC(目に限局した範囲のもの、複数の指が一体になったもの)	91,703円
タイプD(BおよびCで、周囲軟組織まで被覆するもの)	170,965円
タイプE(顎義歯に係るもの、インプラント・アタッチメントによる維持)	272,502円
〔口腔領域〕	

根端充填料	4,518円
便宜抜歯	
前歯	1,650円
臼歯	2,860円
難抜歯	5,170円
埋伏歯	11,550円
下顎完全埋伏智歯(骨性)	12,650円
下顎水平埋伏智歯	12,650円
歯の移植術(歯根完成歯)	25,797円
外科的歯冠延長術(1歯につき)	14,630円
破折歯根の接着再植	18,331円
上顎洞底挙上術	
上顎洞底挙上術(口腔内片側)	69,316円
上顎洞底挙上術(口腔内両側)	105,012円
上顎洞底挙上術(口腔外両側)	192,506円
矯正用アンカーインプラント埋入術(A)	60,745円
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	21,675円
アンカースクリュー4本目以上1本当り	6,780円
矯正用アンカーインプラント埋入術(B)	42,710円
[小児領域]	
保険料	
診断料	9,609円
検査料	11,149円
装置料	
単純可撤式(片)	25,127円
複雑可撤式(片)	33,025円
バンド・ループ	15,887円
クラウン・ループ	17,738円
クラウン・ディスタル・シュー	24,973円
調整料	
単純	2,824円
複雑	6,890円
定期観察料	12,119円
小児定期観察料	
口腔内検査	5,804円
歯列誘導料	
診断料	25,544円
検査料	26,326円
装置料	
単純	27,185円
複雑(1)	34,325円
複雑(2)	53,153円
保定	23,170円
異所萌出誘導処置	13,153円
調整料	
単純	3,188円

複雑	8,813円
経過観察料(複雑)	7,434円
経過観察料(単純)	1,264円
口腔衛生指導料	3,025円
〔歯科麻酔領域〕	
歯科アレルギー相談料	12,913円
歯科麻酔科診断料	12,913円
局所麻酔薬アレルギーテスト	8,211円
表面電極通電療法	8,091円
針治療	4,500円
針通電療法	8,430円
音楽療法	4,717円
ソフトレーザー照射	2,801円
〔歯科放射線領域〕	
コンピュータ断層撮影	17,637円
コンピュータ断層診断	13,746円
〔矯正領域〕	
相談料	4,717円
基本検査料	80,300円
診断料	31,649円
基本施術料	190,500円
基本施術料(小数歯)	59,266円
装置料	
舌側弧線装置(片顎)	38,571円
唇側弧線装置(片顎)	33,529円
ダイレクトボンディング装置(片顎)	
金属ブラケット	101,700円
プラスチックブラケット	113,900円
セラミックブラケット	136,400円
NiTi使用加算(片顎1回限)	8,142円
セクショナルアーチ(8歯以下)(片顎)	50,014円
インダイレクトボンディング装置(片顎)	108,864円
機能的顎矯正装置	73,400円
機能的顎矯正装置(拡大ネジ付)	72,150円
床矯正装置(片顎)	51,800円
拡大床矯正装置(片顎)	57,700円
Wタイプ拡大装置	61,700円
急速拡大装置	51,919円
急速拡大装置(スケルトン型)	62,700円
ヘッドギア	38,841円
チンキャップ	31,780円
前方牽引装置	
マスクタイプ	59,800円
ホルンタイプ	51,082円
ホールディングアーチ	44,500円
リップバンパー	33,125円
タングクリブ(可撤・固定)	43,614円

スライディングプレート	30,030円
オーラルスクリーン	22,512円
ダイナミックポジショナー	65,459円
ヘッドギアー付ダイナミックポジショナー	75,538円
可撤式保定装置(片顎)	40,316円
固定式保定装置(片顎)	30,567円
FSWリテーナ	16,859円
リンガルブラケット	260,242円
パラタルバー	43,500円
ホワイトワイヤー	33,500円
QCMリテーナー	51,000円
咬合力検査	12,235円
調節料	6,097円
観察料	3,939円
転医資料料	18,073円
口腔衛生指導料	5,743円
装置修理料(共通)	各装置料の50%
インプラント材植立料(共通)	
相談料	3,879円
顎骨精密検査・植立可否診断	
基本診療料	988円
ステント作成・調整料	
1～6歯	12,343円
7～10歯	15,288円
11歯以上	21,173円
インプラント材植立(一次手術)	
基本診療料	988円
インプラント材植立料(一次手術)1本目(選択)	
インプラント材 定価25,000円未満	146,129円
インプラント材 定価25,000円以上30,000円未満	152,399円
インプラント材 定価30,000円以上	164,939円
複数本数埋入加算(2～6本まで、1本当たり)	
インプラント材 定価25,000円未満	41,941円
インプラント材 定価25,000円以上30,000円未満	48,211円
インプラント材 定価30,000円以上	60,751円
複数本数埋入加算(7～10本まで、1本当たり)	
インプラント材 定価25,000円未満	48,887円

インプラント材 定価25,000円以上30,000円未満	55,157円
インプラント材 定価30,000円以上	67,697円
複数本数埋入加算(11本以上1本当たり)	
インプラント材 定価25,000円未満	63,238円
インプラント材 定価25,000円以上30,000円未満	69,508円
インプラント材 定価30,000円以上	82,048円
ソケットリフト加算(1本につき)	21,366円
埋入インプラント新規使用加算(1本につき)	
インプラント埋込時、骨の緻密度などの理由により植立途中で断念、同日別のインプラントをさらに使用した場合	
インプラント材 定価25,000円未満	31,350円
インプラント材 定価25,000円以上30,000円未満	33,858円
インプラント材 定価30,000円以上	46,398円
口腔内洗浄料	988円
口腔外科後処理料	988円
一次手術後観察料	988円
インプラント材植立(二次手術)	
基本診察料	988円
インプラント材植立料(二次手術)	25,686円
治療用アバットメント使用加算(1歯当たり)	8,501円
口腔内診断料	988円
定期観察料	2,577円
インプラントメンテナンス料(1～2歯・1回につき)	3,459円
インプラントメンテナンス料(3～4歯・1回につき)	4,220円
インプラントメンテナンス料(5歯以上・1回につき)	5,361円
〔加算項目〕	
(診療行為の都度徴収)	
デンタル撮影加算(1枚当たり)	638円
パノラマ撮影加算(1枚当たり)	5,192円
アタッチメント(アバットメントを含む。)	使用材料の購入価格に100分の110を乗じた額

2 差額徴収の対象となる料金

区分	差額徴収額
〔保存、補綴、小児領域〕	使用材料の購入価格から歯科点数表第2章

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	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
---	--------------------------------------

3 保険外併用療養費に係る金属床総義歯の料金

1床当たりの価格	徴収額
白金加金(上顎・下顎) 481,794円	左記に定める1床当たりの価格から保険外併用療養費を控除した額
金合金(上顎・下顎) 459,791円	
コバルトクロム(上顎・下顎) 222,617円	
チタン合金(上顎・下顎) 335,807円	

4 保険外併用療養費に係る齲蝕に罹患している患者の指導管理に関する料金

区分	徴収額
フッ化物局所応用(1口腔1回につき)	2,310円