

(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。

(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。

附 則(令和7年6月1日)

この内規は、令和7年6月1日から施行する。

附 則(令和7年7月1日)

この内規は、令和7年7月1日から施行する。

附 則(令和7年8月1日)

この内規は、令和7年8月1日から施行する。

附 則(令和7年9月1日)

この内規は、令和7年9月1日から施行する。

附 則(令和7年10月1日)

この内規は、令和7年10月1日から施行する。

附 則(令和7年11月1日)

この内規は、令和7年11月1日から施行する。

附 則(令和7年12月1日)

この内規は、令和7年12月1日から施行する。

附 則(令和8年1月1日)

この内規は、令和8年1月1日から施行する。

附 則(令和8年2月1日)

この内規は、令和8年2月1日から施行する。

附 則(令和8年4月1日)

この内規は、令和8年4月1日から施行する。

附 則(令和8年4月30日)

この内規は、令和8年5月1日から施行する。

附 則(令和8年6月1日)

この内規は、令和8年6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 <u>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)</u> 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<br>特別室A<br>特別室B<br>特別室C                                                                                                                                        | 1日につき 14,300円<br>(13,000円)<br>1日につき 11,500円<br>(10,455円)<br>1日につき 8,800円<br>(8,000円)             | 入院料等の他に徴収する額<br>入院料等の他に徴収する額<br>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<br>(お産で非課税の場合：7,000円)<br>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<br>(お産で非課税の場合：3,000円)<br>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<br>α-フェトプロテイン(AFP)検査<br>癌胎児性抗原(CEA)精密測定検査<br>脳血管疾患等リハビリテーション料(I)<br>廃用症候群リハビリテーション料(I)<br>運動器リハビリテーション料(I)<br>呼吸器リハビリテーション料(I) | 1回につき 1,177円<br>1回につき 1,155円<br>1単位につき 2,695円<br>1単位につき 1,980円<br>1単位につき 2,035円<br>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 260円(237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                                                                                 | 1通につき | 5,500円     | 本院所定の診断書                         |
| 死亡診断書(死体検案書)料                                                                        | 1通につき | 7,700円     | 本院所定の死亡診断書                       |
| 特殊診断書料                                                                               | 1通につき | 7,700円     |                                  |
| 特殊診断書(自賠責後遺症診断書)料                                                                    | 1通につき | 11,000円    |                                  |
| 生命保険診断書料                                                                             | 1通につき | 11,000円    |                                  |
| 渡航申請診断書料                                                                             | 1通につき | 5,500円     |                                  |
| 一般証明書料                                                                               | 1通につき | 5,500円     | 診療費領収証明書及び通院・入院証明書等簡単なもの         |
| 特殊証明書料                                                                               | 1通につき | 7,700円     | 作成に特別の手数を要するもの                   |
| 出生証明書料                                                                               | 1通につき | 5,500円     |                                  |
| 外国語文書加算                                                                              | 1通につき | 3,300円     |                                  |
| 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   | 分べん終了の時刻が8時30分以後17時以前の間          |
|                                                                                      | 1児につき | 220,000円   | 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 |
|                                                                                      | 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             |
| 分べん日が土曜日の場合                                                                          | 1児につき | 220,000円   | 分べん終了の時刻が6時後22時前の間               |
|                                                                                      | 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             |
| 分べん日が日曜日、 <a href="#">国民の祝日に関する法律(昭和23年法律第178号)</a> 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<br>円 |                   |
| 媒精・顕微授精(卵21個以上)                                | 1回につき  | 129,580<br>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      |                   |
| 妊孕性温存療法にかかる卵巣<br>摘出術(腹腔鏡下)                     | 1回につき  | 481,400<br>円 |                   |
| 妊孕性温存療法にかかる卵巣<br>移植術(腹腔鏡下)                     | 1回につき  | 481,400<br>円 |                   |
| 凍結料(精子・卵子・受精卵・<br>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<br>円  |                   |
| 融解料(精子・卵子・受精卵・<br>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      |                   |
| 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 Clas<br>s I)               | 1回につき  | 43,802円      |                   |
| 抗HLA抗体検査(LAB Screen Clas<br>s II)              | 1回につき  | 38,972円      |                   |
| 抗HLA抗体検査(LAB Screen Clas<br>s 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<br>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<br>円 |                   |
| 小児科先天異常検査                                      | 1回につき  | 177,378<br>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<br>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<br>免疫不全症、ライソゾーム病及<br>び脊髄性筋萎縮症) |        |              |                   |
| 検査料                                            | 1件につき  | 6,600円       | 令和7年8月31日以前に出生した者 |

|                   |       |          |                    |
|-------------------|-------|----------|--------------------|
| 採血料               | 1件につき | 2,100円   | 令和7年8月31日以前に出生した者  |
| 検査料               | 1件につき | 3,300円   | 令和7年9月1日以降に出生した者   |
| 採血料               | 1件につき | 2,400円   | 令和7年9月1日以降に出生した者   |
| 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(小) | 腹部        | 皮膚・脂肪切除    | 1回につき | 264,000円   |                    |
| 躯幹(中) | 腹部        | 皮膚・脂肪切除    | 1回につき | 528,000円   |                    |
| 躯幹(大) | 腹部        | 皮膚・脂肪切除    | 1回につき | 792,000円   |                    |
| 躯幹    | 殿部        | 脂肪吸引       | 1回につき | 330,000円   |                    |
| 躯幹(中) | 殿部        | 皮膚・脂肪切除    | 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(小) | 上腕        | 皮膚・脂肪切除    | 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(中) | 大腿        | 皮膚・脂肪切除    | 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(中) | 下腿        | 皮膚・脂肪切除    | 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(躯幹)      | 1回につき | 660,000円   |                    |

|                       |                                     |                            |
|-----------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| 手技 レーザー               | 10ショットにつき 2<br>2,000円               |                            |
| 手技 ボトックス注射            | 20単位以内 110,000<br>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<br>黒  | 1枚につき 37円                           |                            |
| 診療録等複写料(電子複写) カ<br>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                        |                            |
| PFC-FD(2.0)治療         |                                     | 治療に至らなかった場合の料金 2<br>4,420円 |
| 初回                    | 176,660円                            |                            |
| 手技PFC治療 2回目以降         | 1回につき 9,900円                        |                            |
| PFC(6バイアル)治療          |                                     | 治療に至らなかった場合の料金 2<br>4,420円 |
| 初回                    | 143,000円                            |                            |
| 手技PFC治療 2回目以降         | 1回につき 9,900円                        |                            |
| 遺伝カウンセリング             |                                     |                            |
| 初診時                   | 1時間まで 10,193円<br>以後30分ごと 4,353<br>円 |                            |
| 再診時                   | 15分まで 2,894円<br>以後15分ごと 2,283<br>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<br>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<br>料                      | 1回につき 20,000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<br>シーケンシング+MLPA | 1回につき 114,083<br>円 |  |
| BRCA1 家系内変異解析Targete<br>d Analysis       | 1回につき 48,388円      |  |
| BRCA2 家系内変異解析Targete<br>d 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<br>円 |  |
| TP53スクリーニング                              | 1回につき 123,628<br>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<br>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<br>円 |  |
| MSH6フルシークエンシング                           | 1回につき 111,638<br>円 |  |
| PMS2フルシークエンシング                           | 1回につき 111,638<br>円 |  |
| MLH1フルシークエンシング                           | 1回につき 111,638<br>円 |  |
| MSH2フルシークエンシング                           | 1回につき 111,638<br>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<br>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<br>円 |  |
| クイックMEN1スクリーニング                          | 1回につき 161,248<br>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 2<br>7 gene panel                | 1回につき      | 461,890<br>円 |  |
| Hereditary Cancer panel 2<br>5 gene panel (without BRCA) | 1回につき      | 420,508<br>円 |  |
| Breast and GYN Cancer panel                              | 1回につき      | 420,508<br>円 |  |
| Colorectal Cancer panel                                  | 1回につき      | 420,508<br>円 |  |
| Endocrine Cancer panel                                   | 1回につき      | 337,744<br>円 |  |
| Brain/CNS/PNS Cancer panel                               | 1回につき      | 420,508<br>円 |  |
| Pancreatic Cancer panel                                  | 1回につき      | 337,744<br>円 |  |
| Renal Cell Cancer panel                                  | 1回につき      | 420,508<br>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<br>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<br>治療)<br>初回月<br>2月目以降(1月につき)<br>1日につき<br>※2月目以降に月途中で治療を中<br>断した場合                                                                                                                                            | 3,284,885円<br>3,275,587円<br>109,186円                                                                                         |  |
| リスク低減卵巣卵管摘出術<br>(1) 開腹による場合<br>(2) 腹腔鏡による場合                                                                                                                                                                                   | 382,760円<br>411,777円                                                                                                         |  |
| 肺がんマルチプレックス遺伝子<br>検査                                                                                                                                                                                                          | 208,076円                                                                                                                     |  |
| 非職業的HIV曝露後の抗HIV薬予<br>防投与<br>初診・3日分・通常の時間・男<br>性<br>初診・3日分・通常の時間・女<br>性<br>初診・3日分・時間外・男性<br>初診・3日分・時間外・女性<br>初診・14日分・通常の時間・<br>男性<br>初診・14日分・通常の時間・<br>女性<br>初診・14日分・時間外・男性<br>初診・14日分・時間外・女性<br>再診・11日分<br>再診・14日分<br>再診・25日分 | 64,803円<br>66,997円<br>80,075円<br>83,020円<br>161,934円<br>164,127円<br>177,205円<br>180,150円<br>113,650円<br>140,140円<br>237,271円 |  |
| ヒト遺伝子単一エクソン受託解<br>析<br>1箇所<br>2箇所                                                                                                                                                                                             | 27,267円<br>41,061円                                                                                                           |  |
| リンパ球クロスマッチ                                                                                                                                                                                                                    | 47,182円                                                                                                                      |  |
| 無痛分娩加算<br>初産婦<br>経産婦                                                                                                                                                                                                          | 113,261円<br>93,873円                                                                                                          |  |
| 非保険遺伝学的検査<br>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 |
| 遺伝性平滑筋腫症・腎細胞がん症候群                     | 48,600円 |
| Birt-Hogg-Dubé症候群                     | 48,600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 |
| 脑海綿状血管腫(CCM)                          | 52,000円 |
| オン・デマンド遺伝子検査 1 遺伝子                    | 52,000円 |
| 遺伝性びまん性胃癌                             | 55,200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-ゴールドバーク症候群遺伝子検査          | 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 |
| $\beta$ 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－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 |
| 掌蹠角化症遺伝子検査                              | 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 遺伝子                      | 64,600円 |
| Brooke-Spiegler症候群・多発性円柱腫・多発性毛包上皮腫遺伝子検査 | 66,400円 |
| BRCA1/2 del/dup Analysis 欠失・重複解析        | 64,600円 |
| 遺伝性低リン血症性くる病(セプト)                       | 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<br>遺伝子                  | 70,800円 |  |
| SHOX異常症                                | 75,100円 |  |
| 先天性副腎過形成症                              | 75,100円 |  |
| Y染色体微細欠失                               | 75,100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 |  |
| 副腎疾患遺伝子検査                              | 76,500円 |  |
| 成長障害遺伝子検査                              | 76,500円 |  |
| 性分化疾患遺伝子検査(Y染色体を含むまたは不明な場合)            | 76,500円 |  |
| 性分化疾患遺伝子検査(Y染色体を含まない場合)                | 76,500円 |  |
| 性成熟疾患遺伝子検査                             | 76,500円 |  |
| 下垂体機能障害)遺伝子検査                          | 76,500円 |  |
| 糖代謝異常症遺伝子検査                            | 76,500円 |  |
| 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 |  |
| ワールデンブ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 |  |
| ヘルマンズキー・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査           | 76,500円 |
| 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<br>遺伝子    | 77,100円 |
| 家族性アルドステロン症遺伝子検査         | 80,900円 |
| 先天性胆汁酸代謝異常症遺伝子検査         | 80,900円 |
| 全前脳胞症遺伝子検査               | 80,900円 |
| テンプル症候群                  | 80,900円 |
| Distal arthrogryposis    | 77,100円 |
| 常染色体優性多発性嚢胞腎遺伝子検査        | 83,400円 |
| 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  |
| シルバー・ラッセル症候群                                     | 88,100円  |
| ベックウィズ・ビーデマン症候群                                  | 88,100円  |
| 新生児一過性糖尿病                                        | 88,100円  |
| 偽性副甲状腺機能低下症                                      | 88,100円  |
| ヒトインプリンティング疾患スクリーニング                             | 88,100円  |
| オン・デマンド遺伝子検査 6 遺伝子                               | 88,200円  |
| 遺伝性パラガングリオーマ                                     | 89,600円  |
| オン・デマンド遺伝子検査 7 遺伝子                               | 94,800円  |
| 掌蹠角化症(鑑別診断を含む包括的検査)遺伝子検査                         | 95,400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  |
| オン・デマンド遺伝子検査 8 遺伝子                               | 101,400円 |
| オン・デマンド遺伝子検査 9 遺伝子                               | 108,000円 |
| オン・デマンド遺伝子検査 10 遺伝子                              | 114,600円 |
| BRCA1/2 Comprehensive フルシーケンシング+欠失・重複解析          | 118,580円 |
| $\alpha$ 1-アンチトリプシン欠乏症遺伝子検査                      | 57,700円  |
| Invitae Multi Cancer Panel (70 gene)             | 130,300円 |
| Invitae Common Hereditary Cancer Panel (48 gene) | 130,300円 |
| Invitae BRCA1/2                                  | 108,500円 |
| TP53                                             | 108,900円 |
| Invitae Family Variant Test                      | 35,900円  |
| Invitae Hereditary Pediatric Solid Tumors Panel  | 115,700円 |
| Invitae Skeletal Disorders Panel                 | 152,000円 |



|                                |          |  |
|--------------------------------|----------|--|
| PrismGuide IRDパネルシステムRUO       | 507,800円 |  |
| 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遺伝性骨髄異形成症候群/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症候群パネル                           | 179,900円 |
| 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パネル             | 207,500円 |
| 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<br>関連障害パネル                | 207,500円 |
| Invitae神経セロイドリポフス<br>チン症パネル                        | 207,500円 |
| Invitae脳内鉄沈着を伴う神経<br>変性パネル                         | 207,500円 |
| Invitae家族性自律神経障害検<br>査                             | 207,500円 |
| Invitae遺伝性筋萎縮性側索硬<br>化症、前頭側頭型認知症およ<br>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<br>ネル                            | 207,500円 |
| Invitae遺伝性アルツハイマー<br>病パネル                          | 207,500円 |
| Invitae前頭側頭型認知症パネ<br>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<br>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<br>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<br>びMeckel-Gruber症候群パネル          | 207,500円 |
| Invitaeバルデー・ビードル症<br>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<br>ーナンスペクトラム障害パネ<br>ル      | 207,500円 |
| Invitae Cardio-Facio-Cutane<br>ous 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<br>ル                             | 207,500円 |
| Invitae先天性心疾患および内<br>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<br>査                           | 207,500円 |
| Invitae先天性停止性夜盲パネ<br>ル                             | 207,500円 |

|                                            |          |
|--------------------------------------------|----------|
| Invitae角膜ジストロフィパネル                         | 207,500円 |
| 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脳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・ビクスラー症候群検査                    | 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<br>パネル                | 207,500円 |
| Invitae低ゴナドトロピン性性<br>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<br>候群検査                      | 207,500円 |
| Invitae Baraitser-Winter脳<br>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<br>無形成の有無を問わない)パネ<br>ル       | 207,500円 |
| Invitae白内障パネル                                  | 207,500円 |
| Invitae MACおよび前眼部形成<br>異常パネル                   | 207,500円 |
| Invitae遺伝性ヘモクロマトー<br>シスパネル                     | 207,500円 |
| Invitae遺伝性血栓性素因パネ<br>ル                         | 207,500円 |
| InvitaeアンチトロンビンⅢ欠<br>損症検査                      | 207,500円 |
| InvitaeプロテインC欠乏症検<br>査                         | 207,500円 |
| InvitaeプロテインS欠乏症検<br>査                         | 207,500円 |
| Invitae骨髄不全症候群パネル                              | 207,500円 |
| Invitaeファンconi貧血パネル                            | 207,500円 |
| Invitae Diamond-Blackfan貧<br>血パネル              | 207,500円 |
| Invitae先天性角化異常症パネ<br>ル                         | 207,500円 |
| Invitae代謝新生児スクリーニ<br>ング確認パネル                   | 207,500円 |
| Invitae低フリーカルチニン検<br>査                         | 207,500円 |
| Invitaeカルニチン回路異常症<br>(C0/C16+C18増加因子)検査パ<br>ネル | 207,500円 |
| Invitaeプロピオニルカルニチ<br>ン(C3)増加因子検査パネル            | 207,500円 |
| Invitaeマロニルカルチニン(C<br>3-DC)増加因子検査パネル           | 207,500円 |
| Invitaeブチリルカルチニン(C<br>4)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カルニチン) 増加因子検査パネル             | 207,500円 |
| 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 (C16-0 H、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ル                                          | 207,500円 |

|                                               |          |
|-----------------------------------------------|----------|
| 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ボンペ病検査                                 | 207,500円 |
| Invitaeサントホフ病検査                               | 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、ムコリピドーシス、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脱水素酵素欠損症)検査パネル | 207,500円 |
| 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食食作用障害パネル        | 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 $\alpha$ 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 |
| Inviate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 |

|                                                      |                  |  |
|------------------------------------------------------|------------------|--|
| VistaSeq((R)) High/Moderate Risk Breast Cancer Panel | 233,300円         |  |
| VistaSeq((R)) High Risk Colorectal                   | 233,300円         |  |
| VistaSeq((R)) Pancreatic                             | 233,300円         |  |
| VistaSeq((R)) GYN Cancer Panel                       | 240,600円         |  |
| VistaSeq((R)) Endocrine                              | 240,600円         |  |
| VistaSeq((R)) Prostate Panel                         | 240,600円         |  |
| VistaSeq((R)) w/o BRCA                               | 247,800円         |  |
| VistaSeq((R))                                        | 277,000円         |  |
| VistaSeq((R)) Renal Cell                             | 277,000円         |  |
| VistaSeq((R)) Colorectal                             | 277,000円         |  |
| VistaSeq((R)) Breast Cancer Panel                    | 277,000円         |  |
| VistaSeq((R)) Breast and GYN Cancer Panel            | 277,000円         |  |
| VistaSeq((R)) Brain/CNS/PNS                          | 277,000円         |  |
| 産後健診                                                 | 5,000円           |  |
| 乳児健診                                                 | 2,400円           |  |
| Guardant360 がん遺伝子検査<br>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<br>治療回数2回 290,200円                                                                                               |  |
| 巻き爪治療<br>超弾力性ワイヤーによるもの<br>処置料<br><br>ワイヤー代<br>巻き爪マイスターによるもの<br>処置料<br><br>マイスター代                                                                                                        | 1指1回につき 3,300円<br><br>1本につき 4,300円<br><br>1指1回につき 3,300円<br><br>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<br>エグゼクティブプラン<br>運動指導オプション<br>栄養指導オプション<br>ウェルネスプラン<br>ベーシックコース<br>高血圧コース<br>ダイアベティス(糖尿病)コースの追加<br>認知症コースの追加<br>ダイアベティス(糖尿病)コース<br>高血圧コースの追加<br>認知症コースの追加<br>認知症コース<br>高血圧コースの追加 | 604,600円<br>5,200円<br>5,200円<br><br>25,200円<br>33,000円<br>7,500円<br>70,800円<br>33,000円<br>7,500円<br>70,800円<br>93,800円<br>7,500円 |  |

|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ダイアベティス(糖尿病)<br>コースの追加                                                                                                                                                  | 7,500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                                                                                                                         |  |
| 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<br>11,000円                                                                                                          |  |
| NETestリキッドバイオプシー                                                                                                                                                        | 167,000円                                                                                                                       |  |
| 厚生労働大臣の定める評価療<br>養、患者申出療養及び選定療養<br>(平成十八年厚生労働省告示第四<br>百九十五号)第二条第十五号に規<br>定する後発医薬品(右欄において<br>単に「後発医薬品」という。)の<br>ある同号に規定する新医薬品等<br>(右欄において単に「先発医薬<br>品」という。)の処方等に係る療<br>養 | 後発医薬品のある先<br>発医薬品の薬価から<br>当該先発医薬品の後<br>発医薬品の薬価を控<br>除して得た価格に四<br>分の一を乗じて得た<br>価格を用いて診療報<br>酬の算定方法の例に<br>より算定した点数に<br>十円を乗じて得た額 |  |
| フォトフェイシャル(IPL)による<br>酒皰治療                                                                                                                                               | 16,500円                                                                                                                        |  |
| 68Ga-PSMA PET検査                                                                                                                                                         | 297,000円                                                                                                                       |  |

※

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<br>動体追跡照射 210,600円 | (外国人患者の場合)<br>1連につき 3,859,600円<br>動体追跡照射 421,600円 |
| 根治切除可能な初発・単発・結<br>節型肝細胞癌に対する陽子線治<br>療                   | 1連につき 1,600,000円                    |                                                   |
| 腭癌腹膜転移に対するS-1+パ<br>クリタキセル経静脈腹腔内投与<br>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<br>するシスプラチン静脈内投与及<br>び強度変調陽子線治療の併用療<br>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 18<br>6,277円   |                |
| 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 2,77<br>0,000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 25<br>6,323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 32,5<br>23円    |                |
| 抗ネオセルフβ2グリコプロテインⅠ複合体抗体検査                                                                             | 1回につき 32,274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<br>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 300,00<br>0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)  
装具料

| 区分     | 品名                      | メーカー  | ストーマ孔等 | 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 320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 320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 660円 |

|                                                      |            |                    |            |
|------------------------------------------------------|------------|--------------------|------------|
| ノバ1 フォールドアップ X3<br>862-15                            | ダンサック      | フリーカット             | 1枚につき 680円 |
| イレファイン TD フラット 6<br>0 フリーカット15-60mm 製品<br>番号20203    | アルケア       | 15-60mm            | 1枚につき 530円 |
| センシュラミオ1コンケーブ 1<br>0-60 製品番号18341                    | コロプラス<br>ト | 10-60mm フリ<br>ーカット | 1枚につき 730円 |
| センシュラミオ1コンケーブ 1<br>0-50 製品番号18321                    | コロプラス<br>ト | 10-50mm フリ<br>ーカット | 1枚につき 730円 |
| ノバライフ1 TRE フィットマ<br>キシ フリーカット15-34 透明<br>製品番号3084-34 | ダンサック      | 15-34mm            | 1枚につき 760円 |
| ノバライフ1 TRE フィットマ<br>キシ フリーカット15-44 透明<br>製品番号3082-44 | ダンサック      | 15-44mm            | 1枚につき 760円 |
| ノバライフ1 TRE フィットマ<br>キシ フリーカット15-54 透明<br>製品番号3082-54 | ダンサック      | 15-54mm            | 1枚につき 760円 |
| センシュラ ミオ1 透明 1048<br>1                               | コロプラス<br>ト | 10-55mm            | 1枚につき 530円 |
| センシュラ ミオ1 不透明 10<br>471                              | コロプラス<br>ト | 10-55mm            | 1枚につき 530円 |
| センシュラ ミオ1 マックスカ<br>ット 10-70 透明 製品番号18<br>382         | コロプラス<br>ト | 10-70mm            | 1枚につき 530円 |
| センシュラミオ1 イレオ フリ<br>ーカット10-70 製品番号18665               | コロプラス<br>ト | 10-70mm            | 1枚につき 600円 |
| センシュラミオ1 イレオ ソフ<br>ト 10-50 製品番号18671                 | コロプラス<br>ト | 10-50mm            | 1枚につき 730円 |
| センシュラミオ1 イレオ ライ<br>ト 10-43 製品番号18676                 | コロプラス<br>ト | 10-43mm            | 1枚につき 830円 |
| センシュラミオ2バッグ 製品番<br>号11463 フランジ径40 透明                 | コロプラス<br>ト | フランジ径4<br>0mm      | 1枚につき 370円 |
| センシュラミオ2バッグ 製品番<br>号11473 フランジ径50 透明                 | コロプラス<br>ト | フランジ径5<br>0mm      | 1枚につき 370円 |
| センシュラミオ2バッグ 製品番<br>号11483 フランジ径60 透明                 | コロプラス<br>ト | フランジ径6<br>0mm      | 1枚につき 370円 |
| センシュラミオ2 イレオ 製品<br>番号18640 フランジ径50                   | コロプラス<br>ト | フランジ径5<br>0mm      | 1枚につき 520円 |
| センシュラミオ2 イレオ 製品<br>番号18641 フランジ径60                   | コロプラス<br>ト | フランジ径6<br>0mm      | 1枚につき 520円 |
| センシュラミオ1 ソフト 透明<br>フリーカット10-50 製品番号16<br>716         | コロプラス<br>ト | 10-50mm            | 1枚につき 740円 |



|                                                            |                          |         |                    |
|------------------------------------------------------------|--------------------------|---------|--------------------|
| センシュラミオ1 ライト 透明<br>フリーカット10-43 製品番号16739                   | コロプラス<br>ト               | 10-43mm | 1枚につき 830円         |
| モデルマフレックス セラプラス<br>ロックンロール テープなし<br>タイプ 15-64mm 製品番号534200 | ホリスター                    | 15-64mm | 1枚につき 480円         |
| やわびた(お好みカット) 15-38<br>製品番号5691038                          | ホリスター                    | 15-38mm | 1枚につき 800円         |
| やわびた(お好みカット) 15-55<br>製品番号5691055                          | ホリスター                    | 15-55mm | 1枚につき 800円         |
| やわびたセラプラステープなし<br>(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 760円         |
| やわびたセラプラステープなし<br>(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 760円         |
| エスティームボディ 深さ3.5mm<br>カスタムカット10-25mm 透明<br>製品番号423654       | コンバテック                   | 10-25mm | 1枚につき 700円         |
| エスティームボディ 深さ3.5mm<br>カスタムカット10-45mm 透明<br>製品番号423652       | コンバテック                   | 10-45mm | 1枚につき 700円         |
| エスティームボディ 深さ3.5mm<br>カスタムカット10-55mm 透明<br>製品番号423651       | コンバテック                   | 10-55mm | 1枚につき 700円         |
| エスティームボディ 深さ7mm<br>カスタムカット10-45mm 透明<br>製品番号423665         | コンバテック                   | 10-45mm | 1枚につき 780円         |
| エスティームボディ 深さ7mm<br>カスタムカット10-55mm 透明<br>製品番号423664         | コンバテック                   | 10-55mm | 1枚につき 780円         |
| イレオスト<br>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 530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 530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 530円 |
|                                                            | セルケア1Dsキャップ 20131        | アルケア    | 14-29mm 1枚につき 920円 |
|                                                            | セルケア1Dsキャップ 20132        | アルケア    | 24-39mm 1枚につき 920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 490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 490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 490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 710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 710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 730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 730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 730円 |
| キャップのやわびたFT(お好みカット)13-38mm 製品番号 83038                | ホリスター  | 13-38mm   | 1枚につき 640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 640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 560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 440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 440円 |
| ノバライフ1 TRE イレオストミー コンベックス フリーカット15-37 透明 製品番号3010-37 | ダンサック  | 15-37mm   | 1枚につき 640円 |
| ノバライフ1 TRE イレオストミー コンベックス フリーカット15-46 透明 製品番号3010-46 | ダンサック  | 15-46mm   | 1枚につき 640円 |
| ノバライフ1 TRE イレオストミー コンベックス フリーカット15-59 透明 製品番号3010-59 | ダンサック  | 15-59mm   | 1枚につき 640円 |
| ノバライフ1 TRE イレオストミー フィット フリーカット15-34 透明 製品番号3020-34   | ダンサック  | 15-34mm   | 1枚につき 640円 |
| ノバライフ1 TRE イレオストミー フィット フリーカット15-44 透明 製品番号3020-44   | ダンサック  | 15-44mm   | 1枚につき 640円 |

|             |                                                            |            |         |                  |
|-------------|------------------------------------------------------------|------------|---------|------------------|
| 尿路用器具       | ノバライフ1 TRE イレオスト<br>ミー フィット フリーカット1<br>5-54 透明 製品番号3020-54 | ダンサック      | 15-54mm | 1枚につき 640円       |
|             | アシュラキッズ1ウロバッグ フ<br>ランジ 8009                                | コロプラス<br>ト | フランジ    | 1枚につき 560円       |
|             | センシュラ ミオ1ウロ 10586                                          | コロプラス<br>ト | 10-45mm | 1枚につき 730円       |
|             | ニューイメージウロS ウルトラ<br>クリア フランジ44mm 製品番<br>号18902              | ホリスター      | 44mm    | 1枚につき 480円       |
|             | ニューイメージウロS ウルトラ<br>クリア フランジ57mm 製品番<br>号18903              | ホリスター      | 57mm    | 1枚につき 480円       |
|             | センシュラミオ1 ウロライト<br>フリーカット15-33 製品番号16<br>836                | コロプラス<br>ト | 15-33mm | 1枚につき 980円       |
|             | センシュラミオ1 ウロライト<br>フリーカット10-43 製品番号16<br>837                | コロプラス<br>ト | 10-43mm | 1枚につき 980円       |
|             | センシュラミオ1 ウロディープ<br>フリーカット15-33 製品番号16<br>866               | コロプラス<br>ト | 15-33mm | 1枚につき 1,000<br>円 |
|             | センシュラミオ1 ウロディープ<br>フリーカット10-43 製品番号16<br>867               | コロプラス<br>ト | 10-43mm | 1枚につき 1,000<br>円 |
|             | モデルマフレックスFT凸面ウロS<br>ウルトラクリア製品番号2979025                     | ホリスター      | 13-25mm | 1枚につき 980円       |
|             | モデルマフレックスFT凸面ウロS<br>ウルトラクリア製品番号2979038                     | ホリスター      | 13-38mm | 1枚につき 980円       |
|             | やわびたウロS(お好みカット)製<br>品番号2999038                             | ホリスター      | 15-38mm | 1枚につき 900円       |
|             | やわびたウロS(お好みカット)製<br>品番号2999055                             | ホリスター      | 15-55mm | 1枚につき 900円       |
|             | やわびたセラプラスウロS テー<br>プなし(お好みカット) 15-25<br>製品番号599200         | ホリスター      | 15-25mm | 1枚につき 880円       |
|             | やわびたセラプラスウロS テー<br>プなし(お好みカット) 15-38<br>製品番号599201         | ホリスター      | 15-38mm | 1枚につき 880円       |
| 消化器・尿<br>路用 | センシュラミオ2 プレートライ<br>ト40 フリーカット10-20 製品<br>番号16901           | コロプラス<br>ト | 10-20mm | 1枚につき 780円       |
|             | センシュラミオ2 プレートライ<br>ト50 フリーカット15-30 製品<br>番号16911           | コロプラス<br>ト | 15-30mm | 1枚につき 780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<br>ト | 15-40mm       | 1枚につき 780円       |
|             | センシュラミオ2 プレートディープ40 フリーカット10-20 製品番号16941 | コロプラス<br>ト | 10-20mm       | 1枚につき 800円       |
|             | センシュラミオ2 プレートディープ50 フリーカット15-30 製品番号16951 | コロプラス<br>ト | 15-30mm       | 1枚につき 800円       |
|             | センシュラミオ2 プレートディープ60 フリーカット15-40 製品番号16961 | コロプラス<br>ト | 15-40mm       | 1枚につき 800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<br>ト | フランジ径40m<br>m | 1枚につき 630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<br>ト | フランジ径50m<br>m | 1枚につき 610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<br>ト | フランジ径60m<br>m | 1枚につき 630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 820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 820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 990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 990円       |
| 手術直後用<br>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<br>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<br>ト | フリーカット        | 1枚につき 330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 280円       |

|              |                                                    |            |          |                  |
|--------------|----------------------------------------------------|------------|----------|------------------|
| 装具アクセ<br>サリー | ノバ1 インファント ドレイン<br>(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 320円       |
|              | アダプト皮膚保護シール S 78<br>05                             | 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 78<br>06                             | ホリスター      | L        | 1枚につき 610円       |
|              | アダプトセラシール スリム<br>内径27mm 製品番号881527                 | ホリスター      |          | 1枚につき 300円       |
|              | アダプト セラリング(凸面) 3<br>0mm 製品番号89530                  | ホリスター      |          | 1枚につき 300円       |
|              | TREシール                                             | ダンサック      |          | 1枚につき 700円       |
|              | キャビロン 皮膚用リムーバー<br>滴下ボトル 50mL 製品番号TP<br>1-L50       | 3M         | 50ml/本   | 1本につき 1,600<br>円 |
|              | アダプト剥離剤パック 製品番<br>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<br>品番号7906                          | ホリスター      | 28.3g    | 1本につき 1,100<br>円 |
|              | アダプト消臭潤滑剤 78500                                    | ホリスター      | 236ml    | 1本につき 2,800<br>円 |
|              | デオール 消臭・除菌スプレー<br>製品番号9405                         | コロプラス<br>ト | 300ml/本  | 1本につき 2,100<br>円 |
|              | リモイスコート 17711                                      | アルケア       | 30ml     | 1本につき 1,500<br>円 |
|              | リモイスコート ハンディー 1<br>7712                            | アルケア       | 20枚/箱    | 1枚につき 110円       |
|              | コラージュフルフル 泡石鹸 1<br>50ml                            | 持田製薬       |          | 1本につき 1,500<br>円 |
|              | 胴ベルト 製品番号12691                                     | アルケア       | 1個       | 1個につき 1,300<br>円 |
|              | 4点止め安心ベルト 製品番号04<br>30                             | コロプラス<br>ト | 1個       | 1個につき 1,400<br>円 |
|              | キャップのコネクター 製品番<br>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<br>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<br>円 |
|              | ハイコロール HCR100                                      | ニチバン       | 10cm×5m  | 1枚につき 4,900<br>円 |
|              | ブラバプロテクティブシール<br>厚み2.5mm内径18mm外形48mm 製<br>品番号12035 | コロプラス<br>ト | 内径 18mm  | 1枚につき 290円       |

|              |                                                |            |         |                  |
|--------------|------------------------------------------------|------------|---------|------------------|
|              | ブラバプロテクティブシール<br>厚み2.5mm内径27mm外形57mm 製品番号12037 | コロプラス<br>ト | 内径 27mm | 1枚につき 290円       |
|              | ブラバプロテクティブシール<br>厚み2.5mm内径34mm外形64mm 製品番号12039 | コロプラス<br>ト | 内径 34mm | 1枚につき 290円       |
|              | オーガニック幅広ワンタッチベ<br>ルト ベージュ 製品番号OG308<br>B       | ミムロ        | 4×90cm  | 1枚につき 1,600<br>円 |
| コンタクト<br>レンズ | コンタクトレンズ エア オプ<br>ティクス EX アクア                  | アルコン       |         | 1枚につき 770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 |
| 特殊レジンを用いた修復(単純)               | 14,731円 |
| 特殊レジンを用いた修復(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・<br>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＋トレイ) | 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 |
| 歯内療法                             |         |
| 歯内療法診断料                          | 15,400円 |
| 根管処置料                            | 56,000円 |
| 根管貼薬料                            | 8,200円  |
| 根管充填料                            | 36,600円 |
| 補綴物除去料                           | 22,200円 |
| 根管内異物除去料                         | 32,800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ポンティック)(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 |
| 鑄造バー               |          |
| 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                  |          |
| 鑄造鉤                |          |
| 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  |          |
| 鑄造フック・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  |
| 臼歯金属歯料             |          |
| 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                |
| ノンクラスプデンチャー                        |                         |
| オールレジン1～3歯                         | 147,300円                |
| オールレジン4～7歯                         | 163,800円                |
| オールレジン8～14歯                        | 170,400円                |
| 金属床(特殊合金)1～3歯                      | 196,800円                |
| 金属床(特殊合金)4～7歯                      | 213,300円                |
| 金属床(特殊合金)8～14歯                     | 233,100円                |
| ジルコニアレスト(1箇所につき)                   | 29,700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(アバットメントを含む。)           | 使用材料の購入価格に100分の110を乗じた額 |
| 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〕              |          |
| 保隙料                 |          |
| 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  |
| 歯科用3次元エックス線断層撮影     | 25,200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  |
| ヘッドギアー              | 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  |
| リングルブラケット           | 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   |
| 装置修理工料(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<br>(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<br>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<br>理由により植立途中で断念、同日別のイ<br>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枚当り)            | 638円                    |
| パノラマ撮影加算(1枚当り)            | 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〕<br>鑄造歯冠修復料<br>白金加金又は金合金<br>前歯<br>歯冠継続歯料<br>白金加金又は金合金<br>前歯 | 使用材料の購入価格から歯科点数表第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 |

## 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<br>金合金(上顎・下顎) 459,791円<br>コバルトクロム(上顎・下顎) 222,617円<br>チタン合金(上顎・下顎) 335,807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 |

## 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 |