■保険外負担・保険外併用療養費に関するご案内

2026年11月1日現在

当院では、次の諸料金について実費の負担をお願いしております。

名称	規格等	金額(税込)	備考
1.　特別療養環境室料(差額ベッド代)			
1号館 特別室S-a	1日	108,900円	
1号館 特別室S-b	1日	101,200円	
1号館 特別室A	1日	97,900円	
1号館 特別室B	1日	95,700円	
1号館 特別室C	1日	64,900円	
1号館 個室A	1日	42,900円	
1号館 個室B	1日	37,400円	
1号館 個室C	1日	37,400円	
1号館 多数室	1日	7,150円	
B棟 特別室A	1日	171,600円	
B棟 特別室B	1日	117,700円	
B棟 特別室C	1日	60,500円	
B棟 個室	1日	41,800円	
B棟 多数室	1日	7,700円	
2.　分娩介助料			
・自然分娩 初産婦・時間内・単児	1回	476,000円	非課税
初産婦・時間外・単児	1回	486,000円	非課税
経産婦・時間内・単児	1回	466,000円	非課税
経産婦・時間外・単児	1回	476,000円	非課税
・帝切分娩 初産婦・時間内・単児	1回	666,000円	非課税
初産婦・時間外・単児	1回	676,000円	非課税
経産婦・時間内・単児	1回	656,000円	非課税
経産婦・時間外・単児	1回	666,000円	非課税
初産婦・時間内・双児	1回	1,007,000円	非課税
初産婦・時間外・双児	1回	1,017,000円	非課税
経産婦・時間内・双児	1回	997,000円	非課税
経産婦・時間外・双児	1回	1,007,000円	非課税
・死産分娩 初産婦・時間内・単児	1回	466,000円	非課税
初産婦・時間外・単児	1回	476,000円	非課税
経産婦・時間内・単児	1回	456,000円	非課税
経産婦・時間外・単児	1回	466,000円	非課税
無痛分娩加算	1回	150,000円	非課税

■保険外負担・保険外併用療養費に関するご案内

2026年11月1日現在

当院では、次の諸料金について実費の負担をお願いしております。

名称	規格等	金額(税込)	備考
3. 文書料			
当院様式(和文)診断書・証明書	1通	5,500円	
当院様式(英文)診断書・証明書	1通	11,000円	
保険会社診断書(入院・手術・通院)(1科ごと1月あたり)	1通	8,800円	
手術・放射線照射診療報酬点数確認書	1通	3,300円	
運動器損傷証明書	1通	8,800円	
臨床調査個人票	1通	5,500円	
小児慢性特定疾病医療意見書	1通	5,500円	
自立支援医療(精神通院)診断書	1通	5,500円	
精神障害者保健福祉手帳用診断書	1通	5,500円	
肝炎治療受給者認定に係る診断書	1通	5,500円	
身体障害者診断書・意見書	1通	6,600円	
障害年金診断書	1通	6,600円	
石綿による健康被害の救済に関する法律【診断書】	1通	3,300円	
〃【証明書】(外来)	1通	660円	
〃【証明書】(入院)	1通	1,650円	
おむつ使用証明書	1通	3,300円	
特別児童扶養手当認定診断書	1通	6,600円	
自賠責診断書(1科ごと)	1通	8,800円	
自賠責診療報酬明細書(1科ごと)	1通	8,800円	
後遺障害診断書	1通	8,800円	
外来領収証明書(月ごと)	1通	1,650円	
入院領収証明書(月ごと)	1通	1,650円	
受診状況等証明書(年金等の請求用)	1通	3,300円	
難病見舞金支給申請書	1通	660円	
医師意見書・施設入所等診断書	1通	3,300円	
医薬品副作用被害救済制度に関する証明【医療手当診断書】	1通	6,600円	
医薬品副作用被害救済制度に関する証明【受診証明書】	1通	3,300円	
各種利用証明書(搭乗や利用に関して)	1通	3,300円	
補装具費支給申請書	1通	3,300円	
補聴器適合に関する診療情報提供書(確定申告用)	1通	6,600円	
出産手当証明書	1通	3,300円	
出産育児一時金・手当金証明書	1通	3,300円	

■保険外負担・保険外併用療養費に関するご案内

2026年11月1日現在

当院では、次の諸料金について実費の負担をお願いしております。

名称	規格等	金額(税込)	備考
分娩費等手当金申請書	1通	3,300円	
産科医療補償制度請求用診断書	1通	11,000円	
母子健康管理指導事項連絡カード	1通	3,300円	
出産予定日等証明書(無痛分娩費助成)	1通	3,300円	
学校生活管理指導表	1通	3,300円	
不妊治療連絡カード	1通	3,300円	
診療情報提供書(自費、自賠責保険)	1通	3,300円	
診療情報提供書(英文)	1通	11,000円	
診断書(症状固定)(様式10号、16-7)	1通	4,000円	非課税
アフターケアの更新申請書	1通	3,300円	
郵送料(レターパックライト)	1通	430円	
郵送料(レターパックプラス)	1通	600円	
4. 初診時選定療養費			
		11,000円	
5. 再診時選定療養費			
		3,300円	
6. 診療情報の提供に係る料金			
開示手数料	1回の申請	4,400円	
診療記録等のコピー	1～50枚	270円	
診療記録等のコピー	以降50枚ごと	550円	
画像複写(CD-R, DVD-R)	1枚	550円	
電磁的記録(PDF) ※別途開示手数料も必要になります	作成手数料	1,100円	
保存媒体(CD-R, DVD-R) ※別途開示手数料も必要になります	1枚	550円	
7. 臨床遺伝外来			
臨床遺伝外来カウンセリング(初回)	1回	11,000円	
臨床遺伝外来カウンセリング(2回目以降)	1回	5,500円	
HBOCスクリーニング	1回	198,000円	
BRCA MLPA	1回	39,600円	
追加 HBOCシングルサイト	1回	171,600円	
MMRスクリーニング	1回	145,200円	
MSH6フルシークエンシング	1回	79,200円	
PMS2フルシークエンシング	1回	79,200円	
MLH1フルシークエンシング	1回	79,200円	

■保険外負担・保険外併用療養費に関するご案内

2026年11月1日現在

当院では、次の諸料金について実費の負担をお願いしております。

名称	規格等	金額(税込)	備考
MSH2フルシークエンシング	1回	79,200円	
追加 MLH1 / MSH2 MLPA	1回	26,400円	
追加 MMRスクリーニング	1回	79,200円	
APCスクリーニング	1回	105,600円	
TP53スクリーニング	1回	105,600円	
TP53 MLPA	1回	39,600円	
追加 TP53スクリーニング	1回	39,600円	
PTENスクリーニング	1回	105,600円	
PTEN MLPA	1回	39,600円	
追加 PTENスクリーニング	1回	39,600円	
MSI(マイクロサテライト不安定性)検査	1回	25,080円	
ファルコシングルサイト検査	1回	39,600円	
VHLスクリーニング	1回	105,600円	
SSA(Specific Site Analysis (Other))検査	1回	66,000円	
がん関連シングルサイト解析(1箇所)	1回	13,200円	
がん関連シングルサイト解析(2箇所)	1回	17,160円	
BHD症候群遺伝子検査	1回	46,200円	
尿細管性電解質異常症遺伝子検査	1回	66,000円	
ヒト遺伝子単一エクソン解析①箇所	1回	19,800円	
ヒト遺伝子単一エクソン解析②箇所	1回	34,320円	
DICER1症候群遺伝子検査	1回	46,200円	
成長障害遺伝子検査	1回	59,400円	
褐色細胞腫・パラガングリオーマ遺伝子検査	1回	59,400円	
先天性中枢性低換気症候群遺伝子検査	1回	52,800円	
神経線維腫症遺伝子検査	1回	46,200円	
稀な骨粗鬆症遺伝子検査	1回	59,400円	
遺伝性副甲状腺機能亢進症遺伝子検査	1回	59,400円	
1遺伝子解析	1回	19,800円	
レット症候群遺伝子検査	1回	46,200円	
遺伝性低リン血症性くる病遺伝子検査	1回	59,400円	
VistaSeq遺伝性腫瘍パネル27遺伝子	1回	217,800円	
VistaSeq内分泌がん遺伝子パネル	1回	199,650円	
家系内変異解析1 variant	1回	39,600円	

■保険外負担・保険外併用療養費に関するご案内

2026年11月1日現在

当院では、次の諸料金について実費の負担をお願いしております。

名称	規格等	金額(税込)	備考
BRCA1/2Comprehensiveフルシーケンシング+MLPA	1回	108,240円	
ACTRisk(67遺伝子)	1回	290,400円	
ACTRisk Care(31遺伝子)	1回	198,000円	
原発性脂質異常症(14疾患)遺伝子解析(輸送費含む)	1回	58,080円	
BRCA1/2遺伝子検査	1回	238,920円	
8. セカンドオピニオン外来			
セカンドオピニオン(来院による相談)	30分まで	33,000円	
セカンドオピニオン(来院による相談)	30分超60分まで	66,000円	
セカンドオピニオン(オンラインによる相談)	30分まで	44,000円	
セカンドオピニオン(オンラインによる相談)	30分超60分まで	88,000円	
9. 先進医療			
家族性アルツハイマー病の遺伝子診断	1回	30,000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)	1回	29,900円	
膵臓がん(遠隔転移しておらず、かつ、腹膜転移を伴うものに限る。)に対するS-1内服投与並びにパクリタキセル静脈内及び腹腔内投与の併用療法	1コース	42,710円	
タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	1回	27,500円	
子宮内膜擦過術	1回	7,630円	
自家濃縮骨髄液局所注入療法 特発性大腿骨頭壊死症(非圧潰病期に限る。)	1回	0円	
子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ検査)	1回	50,000円	
CYP2D6遺伝子多型検査	1回	0円	
10. 体外医療・胚移植に係る料金			
人工授精(AIH)(経腟超音波含む)	1回	22,000円	
採卵時			
卵採取	1回	132,000円	
精子培養	1回	44,000円	
卵採取できず	1回	55,000円	
局所麻酔	1回	16,500円	
採卵後～胚移植			
受精卵培養	1回	55,000円	
タイムラプス使用(「受精卵培養」費用は別途)	1回	33,000円	
胚移植	1回	88,000円	
顕微授精	1回	55,000円	
胚盤胞培養	1回	44,000円	
アシステッド・ハッチング	1回	11,000円	

■保険外負担・保険外併用療養費に関するご案内

2026年11月1日現在

当院では、次の諸料金について実費の負担をお願いしております。

名称	規格等	金額(税込)	備考
胚移植用培養液:EmbryoGlue®	1回	39,600円	
卵子活性化処理	1回	11,000円	
卵子・胚凍結			
卵子・胚凍結 1～3個(1年分管理料含む)	1回	66,000円	
卵子・胚凍結 4～6個(1年分管理料含む)	1回	99,000円	
卵子・胚凍結 7個以上(1年分管理料含む)	1回	132,000円	
凍結胚管理	1回	11,000円	
凍結卵子管理	1回	11,000円	
凍結卵子・胚融解培養	1回	55,000円	
精子凍結			
精子凍結(選定療養)	1回	22,000円	
精子凍結 キャンセル時	1回	11,000円	
(更新時)凍結精子管理(1回1年分)	1回	11,000円	
妊孕性温存精子凍結	1回	33,000円	
採卵時			
採卵	1回	231,000円	採卵：卵採取＋精子培養＋受精卵培養含む
採卵＋顕微授精	1回	286,000円	採卵：卵採取＋精子培養＋受精卵培養含む
採卵＋胚盤胞培養	1回	275,000円	採卵：卵採取＋精子培養＋受精卵培養含む
採卵＋顕微授精＋胚盤胞培養	1回	330,000円	採卵：卵採取＋精子培養＋受精卵培養含む
胚移植・胚解凍 凍結時			
胚移植	1回	88,000円	
胚移植＋胚凍結(1～3個)	1回	154,000円	
胚移植＋胚凍結(4～6個)	1回	187,000円	
凍結融解胚移植	1回	143,000円	凍結融解胚移植：凍結胚融解培養＋胚移植含む
凍結融解胚移植＋アシステッド・ハッチング	1回	154,000円	凍結融解胚移植：凍結胚融解培養＋胚移植含む
凍結融解胚移植＋EmbryoGlue®	1回	182,600円	凍結融解胚移植：凍結胚融解培養＋胚移植含む
凍結融解胚移植＋ｱｼｽﾃｯﾄﾞ・ﾊｯﾁﾝｸﾞ＋EmbryoGlue®	1回	193,600円	凍結融解胚移植：凍結胚融解培養＋胚移植含む
卵子凍結			
卵採取＋卵子凍結(1～3個)	1回	231,000円	
卵採取＋卵子凍結(4～6個)	1回	264,000円	
卵採取＋卵子凍結(7個以上)	1回	297,000円	
凍結卵子融解培養＋精子培養＋受精卵培養	1回	154,000円	

■保険外負担・保険外併用療養費に関するご案内

2026年11月1日現在

当院では、次の諸料金について実費の負担をお願いしております。

名称	規格等	金額(税込)	備考
11. 卵巣活性化療法に係る料金			
PFC-FD作成料	1回	132,000円	
PFC-FD子宮注入	1回	44,000円	
PFC-FD卵巣注入	1回	137,500円	
PFC-FD卵巣注入(腹腔鏡下 2泊3日)	1回	429,000円	
PFC-FD卵巣注入(腹腔鏡下)入院延長1泊分	1回	33,000円	
PFC-CD検査のみ	1回	22,000円	
12. 投薬			
エストラーナテープ(0.72mg)	1枚	80円	
ジュリナ錠 (0.5mg)	1錠	40円	
プレマリン錠	1錠	60円	
デュファストン錠 (5mg)	1錠	20円	
ウトロゲスタン膣用カプセル	1カプセル	390円	
ルティナス膣錠 (100mg)	1錠	390円	
ルナベル配合錠ULD	1錠	160円	
ヤーズフレックス錠	1錠	300円	
プラノバール	1錠	10円	
スプレキュア点鼻薬0.15%	1瓶	7,710円	
レルミナ錠	1錠	940円	
クロミッド錠(50㎎)	1錠	100円	
フェマーラ錠(2.5mg)	1錠	180円	
モービック錠 (10mg)	1錠	20円	
ボルタレン坐薬 (50mg)	1個	20円	
サイトテック錠(200μg)	1錠	10円	
プロペシア1㎎	1錠	270円	
バイアグラ25㎎	1錠	1,350円	
バイアグラ50㎎	1錠	1,570円	
シアリス10㎎	1錠	1,330円	
13. 注射・予防接種			
B型肝炎(ビームゲン・ヘプタバックス)	1回	9,240円	
DPT-IPV(五種混合)(三種＋ポリオ+Hib)(クイントバック・ゴービック)	1回	23,100円	
DPT(三種混合)(二種＋百日咳)(トリビック)	1回	12,610円	
DT(二種混合)(ジフテリア・破傷風)(DTビック)	1回	9,970円	

■保険外負担・保険外併用療養費に関するご案内

2026年11月1日現在

当院では、次の諸料金について実費の負担をお願いしております。

名称	規格等	金額(税込)	備考
MRワクチン(風しん・麻しん)(ミールビック)	1回	13,400円	
MRワクチン(風しん・麻しん)(ミールビックⅡ)	1回	14,240円	
風しん	1回	7,880円	
麻しん(はしか)	1回	7,880円	
日本脳炎	1回	7,630円	
不活化ポリオ	1回	12,030円	
HPV(子宮頸がん)(ガーダシル)	1回	22,000円	
HPV(子宮頸がん)(シルガード9)	1回	33,000円	
水痘(みずぼうそう)(ビケン)	1回	9,710円	
高齢者肺炎球菌 15価(バクニュバンス)	1回	13,890円	
高齢者肺炎球菌 21価(キャップバックス)	1回	17,570円	
高齢者肺炎球菌 23価(ニューモバックス)	1回	11,230円	
小児用肺炎球菌 13価(プレベナー)	1回	11,000円	
小児用肺炎球菌 15価(バクニュバンス)	1回	13,890円	
小児用肺炎球菌 20価(プレベナー20)	1回	14,860円	
BCG	1回	13,970円	
破傷風	1回	5,460円	
A型肝炎(エイムゲン)	1回	9,930円	
ロタウイルス	1回	16,500円	
HBSグロブリン	1回	52,580円	
ジフテリア	1回	6,010円	
帯状疱疹(シングリックス)	1回	21,560円	
狂犬病ワクチン(ラビピュール)	1回	19,800円	
高齢者用RSウイルス(アレックスビー)	1回	26,200円	
妊婦用RSウイルス(アブリスボ)	1回	36,500円	
おたふくかぜ(ムンプス)	1回	7,880円	
インフルエンザ	1回	7,700円	
新型コロナウイルス	1回	16,940円	
髄膜炎菌(メンクアッドフィ)	1回	27,220円	
PRP療法(Mycells、1関節あたり)	1回	39,600円	診察料を含む
PRP療法(GPS－Ⅲ、1関節あたり)	1回	66,000円	診察料を含む
PRP療法(APS、1関節あたり)	1回	343,200円	診察料を含む
脂肪組織由来幹細胞治療(ASC)片側1回(同日投与)		1,100,000円	診察料を含む

■保険外負担・保険外併用療養費に関するご案内

2026年11月1日現在

当院では、次の諸料金について実費の負担をお願いしております。

名称	規格等	金額(税込)	備考
脂肪組織由来幹細胞治療(ASC)片側2回(別日投与)		1,320,000円	診察料を含む
脂肪組織由来幹細胞治療(ASC)両側1回(同日投与)		1,100,000円	診察料を含む
脂肪組織由来幹細胞治療(ASC)両側1回(別日投与)		1,320,000円	診察料を含む
脂肪組織由来幹細胞治療(ASC)両側2回(別日投与)		1,870,000円	診察料を含む
脂肪組織由来幹細胞治療(ASC)脂肪採取料	1回	440,000円	
脂肪組織由来幹細胞治療(ASC)一時保管更新料	1回	59,400円	
脂肪組織由来幹細胞治療(ASC)追加投与	1回	220,000円	
脂肪組織由来幹細胞治療(ASC)キャンセル費用(12本・脂肪採取後～投与8日前)	1回	539,000円	
脂肪組織由来幹細胞治療(ASC)キャンセル費用(12本・投与7日前～投与直前(初回))	1回	836,000円	
脂肪組織由来幹細胞治療(ASC)キャンセル費用(12本・投与7日前～投与直前(2回目以降))	1回	330,000円	
脂肪組織由来幹細胞治療(ASC)キャンセル費用(6本・脂肪採取後～投与8日前)	1回	330,000円	
脂肪組織由来幹細胞治療(ASC)キャンセル費用(6本・投与7日前～投与直前(初回))	1回	495,000円	
脂肪組織由来幹細胞治療(ASC)キャンセル費用(6本・投与7日前～投与直前(2回目以降))	1回	198,000円	
HMG注射用 75IU「フェリング」	1瓶	1,430円	
ゴナールエフ皮下注ペン900	1筒	32,260円	
ゴナールエフ皮下注ペン450	1筒	17,930円	
フォリルモンP注 150単位	1管	2,680円	
フォリスチム注900IUカートリッジ	1管	33,000円	
ゴナトロピン 5000単位	1瓶	2,970円	
オビドレル皮下注	1筒	3,190円	
セトロタイド注射用 (0.25mg)	1瓶	9,960円	
ガニレスト皮下注 (0.25mg)	1筒	9,790円	
プロゲデポー 125mg	1管	190円	
14. リハビリテーション(選定療養)			
心大血管疾患リハビリテーション料(I)	1回	2,250円	標準的算定日数を超え、1月に14単位目以降1単位につき
脳血管疾患等リハビリテーション料(I)	1回	2,690円	標準的算定日数を超え、1月に14単位目以降1単位につき
廃用症候群リハビリテーション料(I)	1回	1,980円	標準的算定日数を超え、1月に14単位目以降1単位につき
運動器リハビリテーション料(I)	1回	2,030円	標準的算定日数を超え、1月に14単位目以降1単位につき
呼吸器リハビリテーション料(I)	1回	1,920円	標準的算定日数を超え、1月に14単位目以降1単位につき
15. 処置			
自費爪処置外来基本料(初回)	1回	3,520円	
自費爪処置外来基本料(2回目以降)	1回	1,100円	
巻き爪処置料	1枚	2,200円	

■保険外負担・保険外併用療養費に関するご案内

2026年11月1日現在

当院では、次の諸料金について実費の負担をお願いしております。

名称	規格等	金額(税込)	備考
巻き爪矯正器具代	1個	5,500円	
リネイルゲル	1個	6,600円	
肥厚爪処置料(母趾)	1枚	2,200円	
肥厚爪処置料(その他足趾)	1枚	1,100円	
爪切り料金	10枚まで	3,300円	
Ricacell 細胞投与	1回	4,301,000円	
Ricacell 細胞治療事前検査	1回	99,000円	
頭皮冷却処置	1回	9,900円	
局所免疫療法	1回	2,750円	
16. 手術			
中絶(11週以下)	1回	55,000円	
中絶(12週以上)	1回	110,000円	
17. 検査			
腎移植検査(PRAスクリーニング)	1回	7,700円	
腎移植検査(PRAシングルアンチゲン)	1回	55,000円	
腎移植検査(HLAタイピング(A, B, DR))	1回	24,200円	
ペプシノーゲン	1回	4,400円	
IL－6	1回	11,000円	
抗平滑筋抗体	1回	3,300円	
ニューモシスチス カリニDNA(PCR)	1回	22,000円	
トリコスポロンアサヒ抗体	1回	11,000円	
新生児聴力検査(ABR)	1回	11,000円	
白血病キメラ遺伝子	1回	69,300円	
トライエージ	1回	9,350円	
赤痢アメーバIgM抗体(IFA)	1回	3,850円	
HLA－A, B(血清対応型タイピング)	1回	14,780円	
HLA－DR(血清対応型タイピング)	1回	14,780円	
不妊検査セット	1回	8,800円	
不妊検査セット(風疹・VltD追加)	1回	13,670円	
AMH	1回	6,600円	
25-OHビタミンD	1回	4,430円	
Th1/Th2	1回	12,670円	
精子DFI検査	1回	9,240円	

■保険外負担・保険外併用療養費に関するご案内

2026年11月1日現在

当院では、次の諸料金について実費の負担をお願いしております。

名称	規格等	金額(税込)	備考
子宮がん検診(超音波+子宮頚部細胞診)	1回	11,000円	
子宮がん検診(超音波+子宮頚部・内膜細胞診)	1回	16,500円	
絨毛検査(BML(ラボコープ))	1回	59,400円	
絨毛検査SNPマイクロアレイ(BML(ラボコープ))	1回	46,640円	
標準セット(迅速QF-PCR検査+染色体核型判定検査)	1回	82,500円	
デジタルプラスセット(迅速QF-PCR検査+染色体核型判定検査+D-karyo解析)	1回	116,380円	
ウルトラセット(迅速QF-PCR検査+SNPmicroarray解析)	1回	181,720円	
21番、13番、18番トリソミー迅速判定検査(迅速-PCR検査)	1回	51,700円	
染色体核型判定検査(羊水・絨毛・臍帯血)	1回	64,900円	
染色体核型判定検査(流産内容物)	1回	64,900円	
染色体核型判定検査(末梢血)	1回	47,300円	
D-karyo解析(羊水・絨毛・臍帯血)	1回	82,500円	
D-karyo解析(流産内容物)	1回	82,500円	
SNPmicroarray解析(羊水・絨毛・臍帯血)	1回	179,300円	
SNPmicroarray解析(流産内容物)	1回	108,900円	
WES(Whole Exome Sequence panel)	1回	515,900円	
Sanger Sequence 解析(トリオ)	1回	82,500円	
Sanger Sequence 解析(クワトロ)	1回	108,900円	
18. 画像診断			
PET-CT検査	1回	145,640円	保険適応外の場合
負荷心筋CT灌流検査	1回	11,630円	
タウイメージング剤を用いたPET-CT検査	1回	728,200円	
19. 産科関連			
妊婦健診(初診)	1回	7,000円	非課税
妊婦健診(再診)	1回	6,000円	非課税
産科超音波検査	1回	5,500円	非課税
産科超音波検査(初期)	1回	3,000円	非課税
妊娠反応検査	1回	2,000円	非課税
ノンストレステスト	1回	2,000円	非課税
産褥健診	1回	4,000円	非課税
産後1ヶ月健診	1回	6,000円	非課税
NIPT(非侵襲性出生前遺伝学的検査)	1回	120,000円	非課税
新生児ガスリー検査	1回	3,310円	非課税

■保険外負担・保険外併用療養費に関するご案内

2026年11月1日現在

当院では、次の諸料金について実費の負担をお願いしております。

名称	規格等	金額(税込)	備考
オプショナルスクリーニング	1回	9,000円	非課税
エムニケーター	1回	210円	非課税
分娩時処置	1回	2,410円	非課税
分娩後処置	1回	420円	非課税
新生児処置	1回	14,070円	非課税
プロウペス膣用剤10㎎	1個	25,000円	非課税
ケイツーSy+ブドウ糖	1個	120円	非課税
コンバインド検査(血液検査あり)	1回	55,000円	診察料を含む
コンバインド検査(血液検査なし)	1回	23,100円	診察料を含む
妊娠前リスク外来(初回)	1回	11,000円	診察料を含む
妊娠前リスク外来(2回目以降)	1回	5,500円	診察料を含む
産科遺伝カウンセリング(初回)	1回	11,000円	診察料を含む
産科遺伝カウンセリング(2回目以降)	1回	5,500円	診察料を含む
周産期カウンセリング(医師・助産師による)	1回	5,500円	診察料を含む
周産期カウンセリング(心理士による)	1回	3,300円	
産科保健指導料	1回	1,100円	
20. 多焦点眼内レンズ(選定療養)			
テクニス オデッセイ VB Simplicity(DNR00V)	1回	222,200円	
テクニス オデッセイ TVB Simplicity(DRT150～375)	1回	242,000円	
テクニス PureSee 焦点深度拡張型IOL Simplicity (DEN00V)	1回	222,200円	
テクニス PureSee Toric 焦点深度拡張型 IOL Simplicity (DET150、DET225、DET300、DET375)	1回	242,000円	
Clareon VivityTM Extended Vision 眼内レンズ AutonoMeTMオートプリロードデリバリーシステム(CNAET0)	1回	250,800円	
ClareonTM PanOptixTM トリフォーカル 眼内レンズ AutonoMeTMオートプリロードデリバリーシステム(CNATT0)	1回	250,800円	
ClareonTM PanOptixTM TORIC トリフォーカル 眼内レンズ AutonoMeTM オートプリロードデリバリーシステム(CNATT2～T6)	1回	272,800円	
ClareonTM PanOptixTM Pro トリフォーカル 眼内レンズ AutonoMeTM(PXYAT0)	1回	276,100円	
ClareonTM PanOptixTM Pro TORIC トリフォーカル 眼内レンズ(PXYAT2～T6)	1回	297,000円	
Clareon VivityTM TORIC Extended Vision 眼内レンズ AutonoMeTMオートプリロードデリバリーシステム (CNLET2、CNLET3、CNLET4、CNLET5、CNLET6)	1回	272,800円	
Vivinex ジェメトリックプラス トーリック(XY1-GPT2、XY1-GPT3、XY1-GPT4、XY1-GPT5、XY1-GPT6(multiSert))	1回	217,800円	
Vivinex ジェメトリックプラス(XY1-GP(multiSert))	1回	198,000円	
Vivinex ジェメトリック(XY1-G)	1回	198,000円	
Vivinex ジェメトリック トーリック(XY1-GT2～6)	1回	217,800円	

■保険外負担・保険外併用療養費に関するご案内

2026年11月1日現在

当院では、次の諸料金について実費の負担をお願いしております。

名称	規格等	金額(税込)	備考
21. コンタクトレンズ			
シード UV-1	1枚	16,500円	
シード UV-1(小児スペア)	1枚	5,500円	
シード UV-1(特殊)	1枚	20,900円	
シード スーパーHi-O2(普通)	1枚	22,000円	
シード スーパーHi-O2(特殊)	1枚	26,400円	
シード S-1(普通)	1枚	22,000円	
シード S-1(特殊)	1枚	26,400円	
シード マルチフォーカルO2	1枚	26,400円	
シード マルチフォーカルO2 Hタイプ	1枚	26,400円	
シード スーパーHi-O2 KC1	1枚	25,300円	
シード スーパーHi-O2 KC2	1枚	25,300円	
シード 虹彩付ソフト	1枚	27,500円	
シード ユーソフト	1枚	44,000円	
シード 1dayPureうるおいプラス	32枚	3,630円	
シード 1dayPure マルチステージ	32枚	4,400円	
シード 1dayPure EDOF	32枚	4,400円	
ジョンソンエンドジョンソン ワンデーアキュビュー モイスト	30枚	4,620円	
ジョンソンエンドジョンソン ワンデーアキュビュー モイスト	90枚	11,880円	
ジョンソンエンドジョンソン ワンデーアキュビュー トゥルーアイ	30枚	5,720円	
ジョンソンエンドジョンソン ワンデーアキュビュー トゥルーアイ	90枚	14,690円	
ジョンソンエンドジョンソン ワンデーアキュビュー オアシス	30枚	5,170円	
ジョンソンエンドジョンソン ワンデーアキュビュー オアシス	90枚	13,270円	
ジョンソンエンドジョンソン ワンデーアキュビュー オアシスMAX	30枚	6,380円	
ジョンソンエンドジョンソン ワンデーアキュビュー オアシスMAX 90枚パック	90枚	17,160円	
ジョンソンエンドジョンソン ワンデーアキュビュー オアシスMAX 乱視用	30枚	6,680円	
ジョンソンエンドジョンソン ワンデーアキュビュー オアシスMAX マルチフォーカル	30枚	7,920円	
ジョンソンエンドジョンソン ワンデーアキュビュー セラビジョンK	30枚	4,840円	
ジョンソンエンドジョンソン ワンデーアキュビュー モイスト 乱視用	30枚	5,610円	
ボシュロム メダリストマルチフォーカル	6枚	6,380円	
ボシュロム メダリストプレミアマルチフォーカル	6枚	6,380円	
レインボー クレール	1枚	30,800円	
レインボー コンフォクレール	1枚	38,500円	

■保険外負担・保険外併用療養費に関するご案内

2026年11月1日現在

当院では、次の諸料金について実費の負担をお願いしております。

名称	規格等	金額(税込)	備考
レインボー コンフォクレール アヴォンス	1枚	25,300円	
アイミー ハードⅡバイトーリック	1枚	33,000円	
メニコン ローズK2	1枚	33,550円	
クーパー プロクリアワンデー マルチフォーカル	30枚	4,730円	
アルコン ディリーズアクア	30枚	3,500円	
アルコン ディリーズアクア バリューパック(90)	90枚	7,000円	
アルコン デイリーズアクア コンフォートプラス トーリック	30枚	4,490円	
アルコン デイリーズアクア コンフォートプラス マルチフォーカル	30枚	4,840円	
アルコン デイリーズトータルワン30	30枚	4,430円	
アルコン デイリーズトータルワン90	90枚	13,090円	
アルコン デイリーズトータルワン乱視用	30枚	5,010円	
アルコン デイリーズトータルワン遠近両用30	30枚	5,190円	
アルコン デイリーズトータルワン遠近両用90	90枚	14,850円	
アルコン プレシジョンワン30	30枚	3,160円	
アルコン プレシジョンワン90	90枚	9,020円	
アルコン プレシジョンワン乱視用	30枚	3,480円	
アルコン エアオプティクス HG	6枚	3,250円	
アルコン エアオプティクス EX アクア	3枚	4,590円	
アルコン エアオプティクス EX アクア 治療用	3枚	4,590円	
サンコンタクト マイルドⅡ	1枚	23,100円	
サンコンタクト マイルドUV	1枚	23,100円	
サンコンタクト マイルドⅡ iカーブ	1枚	27,500円	
サンコンタクト マイルドUV iカーブ	1枚	27,500円	
サンコンタクト マイルドⅡ ツインベル	1枚	28,600円	
サンコンタクト マイルドEpi ツインベル	1枚	28,600円	
サンコンタクト マイルドⅡ ツインベル LVCタイプ	1枚	36,300円	
サンコンタクト マイルドEpi ツインベル LVCタイプ	1枚	36,300円	
サンコンタクト マイルドⅡ エムカーブタイプ	1枚	30,800円	
サンコンタクト マイルドUV エムカーブタイプ	1枚	30,800円	
サンコンタクト マイルドⅡ ツインベル ベベルトーリックタイプ	1枚	33,440円	
サンコンタクト マイルドEpi	1枚	25,300円	
サンコンタクト マイルドEpi(エピレンチクラール)	1枚	25,300円	
サンコンタクト マイルドEpi iカーブ	1枚	30,800円	

■保険外負担・保険外併用療養費に関するご案内

2026年11月1日現在

当院では、次の諸料金について実費の負担をお願いしております。

名称	規格等	金額(税込)	備考
サンコンタクト マイルドEpi ツインベル	1枚	30,800円	
サンコンタクト マイルドパーム	1枚	25,300円	
オフテクス ビューノ Supreme	1枚	88,000円	
オフテクス ビューノ Supreme トーリック	1枚	88,000円	
レンズクリーニング	1枚	1,100円	
22. 歯科口腔外科			
初診料	1回	5,500円	インプラント相談料も同額
再診料	1回	1,100円	簡単な処置を含む
ステント代 5歯まで	1回	11,000円	
ステント代 10歯まで	1回	22,000円	
ステント代 15歯まで	1回	33,000円	
ステント代 20歯まで	1回	44,000円	
ステント代 サージカルガイド	1回	110,000円	
X線検査 デンタル	1回	1,100円	
X線検査 パノラマ(初診時)	1回	6,600円	
X線検査 パノラマ(経過観察)	1回	3,300円	
CT検査代	1回	16,500円	
CT検査代 (経過観察)	1回	11,000円	
インプラント手術 1次2次手術	1回	242,000円	薬剤代は別途
インプラント手術 2次手術＋粘膜形成術	1回	22,000～55,000円	
インプラント補綴物 アバットメント、上部構造物	1回	242,000円	
インプラント補綴物 プロビジョナルレストレーション	1回	33,000円	
インプラント補綴物 二重冠・築盛タイプ＋コーヌス本数	1回	1,100,000円+本数	コーヌス料金は上部構造物に準ずる
インプラント補綴物 義歯タイプはアバットメントの本数	1本	165,000円	自費金属床代は別途
骨造成GBR 1歯につき	1歯	55,000円	材料代は別途
骨造成GBR チタンメッシュUF-01S, 0.02S 1枚	1回	22,000円	GBR 1歯につき に加算
骨造成GBR チタンメッシュUF-01L, 0.02L 1枚	1回	33,000円	GBR 1歯につき に加算
骨造成GBR テルダーミス	1回	22,000円	GBR 1歯につき に加算
骨造成GBR オスフェリオン	1回	22,000円	GBR 1歯につき に加算
骨造成GBR サイトランスグラニュール 0.25g	1回	16,500円	GBR 1歯につき に加算
骨造成GBR サイトランスグラニュール 0.5g	1回	22,000円	GBR 1歯につき に加算
骨造成GBR サイトランスグラニュール 2g	1回	88,000円	GBR 1歯につき に加算
ボナーク ロッド	1回	27,500円	

■保険外負担・保険外併用療養費に関するご案内

2026年11月1日現在

当院では、次の諸料金について実費の負担をお願いしております。

名称	規格等	金額(税込)	備考
ボナーク ディスク	1回	44,000円	
粘膜移植術	1歯	55,000円	
ソケットリフト 1顎につき	1顎	110,000円	
サイナスリフト 片顎	1回	275,000円	材料代は別途
サイナスリフト 両側	1回	550,000円	材料代は別途
PRP	1歯	110,000円	
採骨料金 口腔内	1回	110,000円	
採骨料金 口腔外(腸骨等)	1回	220,000円	
開窓療法(矯正) ボタン装着	1歯	110,000円	
DHスケーリング インプラントSC【40min】	1回	5,500円	
DHスケーリング インプラントope前SC(染色)【1h】	1回	8,800円	
DHスケーリング エアーフロー	1回	2,200円	
義歯 レジン床	1装置	110,000円～	
義歯 チタン床	1装置	385,000円～	
義歯 白金加金床	1装置	1,100,000円～	
義歯 コバルトクロム床	1装置	275,000円～	
義歯 仮義歯	1装置	33,000円～	
義歯 マグフィット	1装置	66,000円	
義歯 コーヌス外冠	1装置	49,500円	
義歯 コーヌス内冠	1装置	88,000円	
義歯 スマートデンチャー 1～4歯	1装置	88,000円	
義歯 スマートデンチャー 5歯以上	1装置	132,000円	
鋳造クラスプ (単純)	1装置	33,000円	
鋳造クラスプ (複雑)	1装置	55,000円	
屈曲クラスプ (単純)	1装置	11,000円	
屈曲クラスプ (複雑)	1装置	22,000円	
義歯および補綴物調整	1回	2,200円	
冠 メタルボンド フルベイク	1歯	165,000円	
冠 メタルボンド パーシャルベイク	1歯	110,000円	
冠 白金加金	1歯	110,000円	
冠 20K	1歯	154,000円	
冠 ハイブリッド	1歯	82,500円	
冠 ジルコニア/e-max ステイン法	1歯	110,000円	

■保険外負担・保険外併用療養費に関するご案内

2026年11月1日現在

当院では、次の諸料金について実費の負担をお願いしております。

名称	規格等	金額(税込)	備考
冠 ジルコニア/e-max レイアリング法(前装)	1歯	143,000円	
冠 TEC 直接法	1歯	2,200円	
冠 TEC 間接法	1歯	5,500円	
インレー 白金加金および20K (単純)	1歯	66,000円	
インレー 白金加金および20K (複雑)	1歯	88,000円	
インレー 白金加金および20K (アンレー)	1歯	88,000円	
インレー ハイブリッド (単純)	1歯	55,000円	
インレー ハイブリッド (複雑)	1歯	77,000円	
インレー ジルコニア/e-max (単純)	1歯	66,000円	
インレー ジルコニア/e-max (複雑)	1歯	77,000円	
コア ファイバー	1歯	22,000円	
コア 14K	1歯	55,000円	
コア 20K	1歯	66,000円	
スプリント 睡眠時無呼吸	1装置	55,000円	
スプリント ソムノデント	1装置	220,000円	
スプリント マウスピース	1装置	22,000円	
スプリント スポーツ用	1装置	22,000円	
23. 死後処置に係る料金			
死後処置		6,930円	
天使キット		25,240円	
24. その他			
予約診察料(初診)		18,700円	
予約診察料(再診)		15,400円	
海外からの医療相談	1回	68,200円	
特定機能病院入院基本料 一般病棟(7対1)	1日	3,000円	入院期間が180日を超える入院時(患者さんの自己選択に係る)
特定入院基本料	1日	940円	入院期間が180日を超える入院時(患者さんの自己選択に係る)
食事料	1食	1,520円	外国籍患者さんで保険未加入の場合は窓口にてご確認ください
特別食加算	1食	170円	外国籍患者さんで保険未加入の場合は窓口にてご確認ください
病棟寝衣代	1枚	490円	
紙オムツ(S)	1枚	63円	
紙オムツ(M)	1枚	66円	
紙オムツ(L)	1枚	88円	
紙オムツ(LL)	1枚	130円	

■保険外負担・保険外併用療養費に関するご案内

2026年11月1日現在

当院では、次の諸料金について実費の負担をお願いしております。

名称	規格等	金額(税込)	備考
成人用オムツ パンツタイプM－L	1枚	130円	
成人用オムツ パンツタイプL－LL	1枚	130円	
成人用オムツ テープタイプM	1枚	150円	
成人用オムツ テープタイプL	1枚	150円	
付添家族の寝具	1晩	770円	
付添家族の食事料	1食	840円	
付添者の入浴料	1回	380円	
付添者のシャワー	1回	190円	
クラビクルバンドS	1枚	4,400円	
クラビクルバンドM・L	1枚	5,500円	
頸椎カラーS・M・L	1枚	4,400円	
リンパ浮腫ケア外来(初回)	1回	15,400円	
リンパ浮腫ケア外来(2回目以降)	1回	8,250円	
心理療法を併用する診療料(メンタルクリニック)	1回	5,500円	
乳幼児健康診査(1ヶ月)	1回	9,790円	
乳幼児健康診査(6・7ヶ月、9・10ヶ月)	1回	6,700円	
乳幼児健康診査(3～4ヶ月、1歳6ヶ月、3歳)	1回	6,790円	
医師面談料	1回	5,500円	
診察券再発行手数料	1枚	220円	
オンライン診療システム利用料	1回	500円	非課税
頭蓋形状矯正ヘルメット治療(ベビーバンド)	1個	330,000円	診察料を含む
その他自由診療		診療報酬点数1点当たり20円を算定し、消費税を加算します	
健康保険未加入患者さんへの診療		診療報酬点数1点当たり20円を算定し、消費税を加算します	
外国籍(健康保険未加入)患者さんへの診療		診療報酬点数1点当たり30円を算定し、消費税を加算します	