○千葉大学医学部附属病院諸料金規程

（平成16年4月1日制定）

（趣旨）

第１条　千葉大学医学部附属病院（以下「本院」という。）で徴収する診療等に関する料金の額については，この規程の定めるところによる。

（料金）

第２条　本院で徴収する診療等の料金は，別表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）の別表第１医科診療報酬点数表及び別表第２歯科診療報酬点数表並びに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）の別表に定める点数（以下この条において「診療点数」という。）に１０円を乗じて得た額，入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準（平成１８年厚生労働省告示第９９号）の別表により算出した額（以下この条において「入院時食事療養費等の額」という。）及び保険外併用診療費に係る療養についての費用の額の算定方法（平成１８年厚生労働省令第４９６号）により算出した額（以下この条において「保険外併用療養費の額」という。）の合計額とする。

２　前項の規定にかかわらず，本院で徴収する交通事故及び第三者加害行為に係る自費診療に係る診療等の料金は，別表に掲げるもののほか，診療点数に２０円を乗じて得た額，入院時食事療養費等の額に１００分の２００を乗じて得た額及び保険外併用療養費の額の合計額とする。

３　第１項の規定にかかわらず，本院で徴収する国際医療センターが取り扱う患者の自費診療に係る診療等の料金は，別表に掲げるもののほか，診療点数に３０円を乗じて得た額，入院時食事療養費等の額に１００分の３００を乗じて得た額及び保険外併用療養費の額の合計額とする。

４　第１項の規定にかかわらず，本院で徴収する日本国籍を有せずかつ日本国内で有効な公的医療保険制度に加入していない患者の診療等（前２項に規定する診療

等を除く。）に係る料金は，別表に掲げるもののほか，診療点数に３０円を乗じて得た額，入院時食事療養費等の額に１００分の３００を乗じて得た額及び保険外併用療養費の額の合計額とする。

５　前４項の規定により算出される料金のうち，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ものにあっては，その額に１００分の１１０を乗じて得た額とする。

６　社会保険，社会福祉等関係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に関する料金の額は，前５項に定めるところによるほか，当該法令又は協定等の定めるところによる。

７　前６項の規定にかかわらず，これらの規定により難いものについては，個々の診療等の料金徴収の都度学長が定める。

（入院料金の算定）

第３条　入院又は退院当日の特別室使用料は，入院又は退院時の時間にかかわらず１日分の料金とする。

２　転室した日の特別室使用料は，転入した室の料金とする。

（料金の徴収）

第４条　診療等の料金の債権及びその管理については，別に定める。

（雑則）

第５条　この規程の施行に必要な事項は，別に定める。

附 則

この規程は，令和７年４月１日から施行する。

令和7年4月1日現在

別表１　千葉大学医学部附属病院に係る料金

区分	算定単位	金額（円）	備考
特別室使用料（普通室料金に加算する額）			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。
特別室Ｓ	１日につき	78,500（71,363）	
特別室Ａ	１日につき	60,150（54,681）	
特別室Ｂ	１日につき	36,650（33,318）	
特別室Ｃ	１日につき	32,600（29,636）	
個室Ａ	１日につき	25,000（22,727）	
個室Ｂ	１日につき	13,200（12,000）	
個室Ｃ	１日につき	3,300（3,000）	
個室Ｄ	１日につき	2,200（2,000）	
個室Ｅ	１日につき	19,000（17,272）	
４床室Ａ	１日につき	8,800（8,000）	
４床室Ｂ	１日につき	5,550（5,045）	
特別メニュー差額料金	１食につき	260（231）	
薬剤容器料	１個	110（100）	
特定機能病院における初診・再診に係る費用 紹介なしの初診患者の場合		13,200（12,000）	
他医療機関へ紹介したにもかかわらず当院を受診した場合		6,050（5,500）	
診療時間以外の時間における診療に係る特別の料金 緊急の受診の必要性はないが、患者が自己の都合により診察を希望し、受診した場合		13,200（12,000）	
病衣貸与料 パジャマ（新生児）	１日につき	200（181）	
おむつ等料金 新生児おむつ	１日につき	410（373）	
新生児オプショナルスクリーニング検査 １２疾患	１回につき	9,900（9,000）	
１４疾患	１回につき	11,000（10,000）	
先天性サイトメガロウイルス感染症スクリーニング検査	１回につき	5,500（5,000）	
文書料 簡易な文書（小児）	１通につき	1,100	法令に基づき無料で交付すべきものを除く。
簡易な文書	１通につき	3,300	
診断書（本院書式）	１通につき	5,500	
診断書（一般書式）	１通につき	5,500	
診断書（複雑なもの）	１通につき	11,000	
診断書（保険会社書式）	１通につき	13,200	
死亡診断書（役所提出用）	１通につき	8,800	
死亡診断書（保険会社書式）	１通につき	13,200	
死体検案書	１通につき	11,000	
証明書（本院書式）	１通につき	5,500	
証明書（一般書式）	１通につき	5,500	
証明書（複雑なもの）	１通につき	11,000	
証明書（その他）	１通につき	6,600	
分娩料・分娩介助料 平日（分娩時刻が午前８時３０分から午後５時までの間） 妊娠２２週未満の場合 妊娠２２週以降の場合		 394,000* 410,000*	１児を超えるときは１児増すごとに上記の額にそれぞれ100分の80相当額を加算する。妊娠２２週以降の患者に係る料金には，産科医療補償制度掛金を含む。
診療時間外（分娩時刻が午後５時から午後１０時までの間及び午前６時から午前８時３０分までの間） 妊娠２２週未満の場合 妊娠２２週以降の場合		 454,000* 470,000*	
深夜（分娩時刻が午後１０時から午前６時までの間）及び土曜日，日曜日，休日 妊娠２２週未満の場合 妊娠２２週以降の場合		 474,000* 490,000*	
無痛分娩		100,000*	
新生児管理料	１日につき	11,000*	
人工授精料	１回につき	22,770	
体外受精・胚移植・不妊治療・妊孕性温存治療 採卵術 ０個の場合	 １回につき	 38,500	
１個の場合	１回につき	64,900	
２個から５個までの場合	１回につき	78,100	
６個から９個までの場合	１回につき	99,000	
１０個以上の場合	１回につき	117,700	
受精卵・胚培養管理料 １個の場合	 １回につき	 49,500	
２個から５個までの場合	１回につき	66,000	
６個から９個までの場合	１回につき	92,400	
１０個以上の場合	１回につき	115,500	

令和7年4月1日現在

区分	算定単位	金額（円）	備考
受精卵・胚培養管理料（日数追加の場合加算）			
１個の場合	１回につき	16,500	
２個から５個までの場合	１回につき	22,000	
６個から９個までの場合	１回につき	27,500	
１０個以上の場合	１回につき	33,000	
胚移植術			
新鮮胚移植の場合	１回につき	82,500	
凍結・融解胚移植の場合	１回につき	132,000	
胚凍結保存管理料			
１個の場合	１回につき	55,000	
２個から５個までの場合	１回につき	77,000	
６個から９個までの場合	１回につき	112,200	
１０個以上の場合	１回につき	143,000	
体外受精	１回につき	46,200	
顕微授精			
１個の場合	１回につき	52,800	
２個から５個までの場合	１回につき	74,800	
６個から９個までの場合	１回につき	110,000	
１０個以上の場合	１回につき	140,800	
Split	１回につき	体外受精の100分の50に相当する金額23,100円を顕微授精に加算する。	
卵子調整料	１回につき	11,000	
新鮮精子調整料	１回につき	11,000	
精子凍結	１回につき	17,600	
精子凍結融解	１回につき	16,500	
卵子凍結保存管理料			
１個の場合	１回につき	55,000	
２個から５個までの場合	１回につき	77,000	
６個から９個までの場合	１回につき	112,200	
１０個以上の場合	１回につき	143,000	
卵子凍結融解	１回につき	41,300	
アシステッドハッチング	１回につき	11,000	
高濃度ヒアルロン酸含有培養液	１回につき	11,000	
Ｙ染色体微小欠失検査	１回につき	41,470	
胚・配偶子凍結保存維持管理料	１年につき	38,500	
卵巣組織凍結（１年間）	１回につき	85,800	
卵巣組織凍結保管料（２年目以降）	１年につき	33,000	
卵巣組織凍結融解	１回につき	55,000	
注射実施料（不妊治療等）	１回につき	1,100	
早発排卵防止薬（セトロタイド０．２５㎎）	１回につき	10,000	
排卵誘発剤（HMG注射用１５０ＩＵ　１Ｖ）	１回につき	1,700	
排卵誘発剤（HMG注射用１５０ＩＵ　２Ｖ）	１回につき	3,300	
排卵誘発剤（HMG注射用１５０ＩＵ　３Ｖ）	１回につき	4,900	
排卵誘発剤（ＨＣＧ筋注用３０００単位１Ａ）	１回につき	1,200	
排卵誘発剤（ＨＣＧ筋注用３０００単位２Ａ）	１回につき	2,300	
排卵誘発剤（ＨＣＧ筋注用３０００単位３Ａ）	１回につき	3,400	
持続性黄体ホルモン剤（プロゲデポー筋注１２５ｍｇ１Ａ）	１回につき	200	
持続性黄体ホルモン剤（プロゲデポー筋注１２５ｍｇ２Ａ）	１回につき	400	
早発排卵防止薬（ガニレスト皮下注０．２５ｍｇシリンジ）	１回につき	9,800	
超音波検査（不妊治療等）	１回につき	3,300	
血液検査（ホルモン採血検査・２項目）	１回につき	7,400	
血液検査（ホルモン採血検査・３～５項目）	１回につき	9,100	
血液検査（ホルモン採血検査・６項目以上）	１回につき	12,600	
血液検査（血液型採血検査）	１回につき	5,300	
血液検査（感染症採血検査）	１回につき	7,600	
血液検査（血液型・感染症採血検査）	１回につき	10,500	
慢性子宮内膜炎検査（ＣＤ１３８）	１回につき	28,000	
妊孕性温存に関するカウンセリング料（医師又はがん・生殖医療ナビゲーター認定者によるもの）	１時間まで	15,800	
延長料金	３０分を超えるごとに	2,800	
不妊カウンセリング料（助産師または看護師以外によるもの）			
初診・院外紹介の場合	１時間まで	11,000	
初診・院内紹介及び再診の場合	１時間まで	5,500	
延長料金	３０分を超えるごとに	2,800	
不妊相談料（助産師または看護師によるもの）	１回につき	3,500	

区分	算定単位	金額（円）	備考
避妊治療			
ホルモン付加型子宮内避妊システム（ミレーナ）	１回につき	110,000	
銅付加型子宮内避妊用具（マルチロード）	１回につき	55,000	
従来型子宮内避妊用具（ＦＤ－１）	１回につき	44,000	
子宮内避妊器具抜去料	１回につき	11,000	
子宮内避妊器具検診料	１回につき	3,200	
経口避妊薬（ノルレボ）	１回につき	11,600	
予防接種料金（本院治療患者で治療上当該予防接種が必要な場合に限る。）			
沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド	１回につき	5,500［6,400］	
沈降精製百日咳ジフテリア破傷風混合ワクチン	１回につき	5,100［6,000］	
沈降精製百日咳ジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン	１回につき	10,800［11,700］	
沈降精製百日咳ジフテリア破傷風不活化ポリオヘモフィルスb型混合ワクチン（クイントバック）	１回につき	19,500［20,300］	
沈降精製百日咳ジフテリア破傷風不活化ポリオヘモフィルスb型混合ワクチン（ゴービック）	１回につき	20,000［20,800］	
乾燥弱毒生麻疹ワクチン	１回につき	6,700［7,500］	
乾燥弱毒生風疹ワクチン	１回につき	6,700［7,500］	
乾燥弱毒生おたふくかぜワクチン	１回につき	6,700［7,500］	
インフルエンザＨＡワクチン	１回につき	5,400［6,300］	
沈降破傷風トキソイド	１回につき	4,200［5,000］	
乾燥ＢＣＧワクチン（０．１５ｍｌ）	１回につき	10,800［11,600］	
沈降Ｂ型肝炎ワクチン（ビームゲン０．２５ｍｌ）１０歳未満	１回につき	6,000［6,800］	
沈降Ｂ型肝炎ワクチン（ビームゲン０．５ｍｌ）	１回につき	6,300［7,100］	
沈降Ｂ型肝炎ワクチン（ヘプタバックスーⅡ０．２５ｍｌ）１０歳未満	１回につき	6,000［6,800］	
沈降Ｂ型肝炎ワクチン（ヘプタバックスーⅡ０．５ｍｌ）	１回につき	6,300［7,100］	
乾燥組織培養不活化Ａ型肝炎ワクチン	１回につき	8,800［9,600］	
乾燥弱毒生水痘ワクチン	１回につき	8,500［9,300］	
不活化ポリオワクチン（イモバックスポリオ）	１回につき	9,600［10,400］	
肺炎球菌ワクチン（ニューモバックス）	１回につき	8,800［9,600］	
肺炎球菌ワクチン（プレベナー）	１回につき	11,600［12,400］	６歳未満の乳幼児については括弧内の料金とする。
肺炎球菌ワクチン（バクニュバンス）	１回につき	11,500［12,300］	
乾燥組織培養不活化狂犬病ワクチン	１回につき	16,000［16,900］	
麻疹・風疹混合ワクチン（ＭＲワクチン）	１回につき	10,300［11,200］	
インフルエンザ菌ｂ型ワクチン（アクトヒブ）	１回につき	8,200［9,000］	
乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	１回につき	7,200［8,000］	
ＨＰＶ（ヒトパピローマウイルス）ワクチン			
２価（サーバリックス）	１回につき	16,800	
４価（ガーダシル）	１回につき	16,800	
９価（シルガード９）	１回につき	33,000	
ロタウイルス胃腸炎予防ワクチン			
１価（ロタリックス１．５ｍｌ）	１回につき	［15,400］	
５価（ロタテック２ｍｌ）	１回につき	［10,600］	
髄膜炎菌ワクチン（メンクアッドフィ筋注０．５ｍＬ）	１回につき	25,900［26,700］	
シングリックス筋注用0.5mL	１回につき	20,500	
ＲＳウイルスワクチン（アブリスボ筋注用）	１回につき	33,000	
ＲＳウイルスワクチン（ベイフォータス筋注50mg）	１回につき	［454,500］	
ＲＳウイルスワクチン（ベイフォータス筋注100mg）	１回につき	［892,700］	
ＲＳウイルスワクチン（アレックスビー筋注用）	１回につき	28,500	
経鼻弱毒生インフルエンザワクチン（フルミスト）	１回につき	8,800［9,600］	
コロナウイルス（ＳＡＲＳ-ＣＯＶ-２）ＲＮＡワクチン（コミナティ筋注シリンジ１２歳以上）	１回につき	18,500	
小児科領域における料金			
アレルゲン特異的リンパ球刺激試験検査			
ＡＬＳＴｋカゼイン	１回につき	7,000［7,400］	
ＡＬＳＴラクトフェリン	１回につき	7,000［7,400］	
ＡＬＳＴαラクトアルブミン	１回につき	7,000［7,400］	
乳児１ヶ月健診料	１回につき	5,500	
形成外科領域の諸料金			
瘢痕形成術（切除，真皮縫合法による縫合）			
顔面	１ｃｍにつき	53,600	
その他	１ｃｍにつき	29,600	
Ｚ形成術加算額	１Ｚにつき	41,400	
皮膚又は皮下組織切除術			
露出部			
長径２ｃｍ未満	１回につき	18,300	
長径２ｃｍ以上４ｃｍ未満	１回につき	40,400	
長径４ｃｍ以上	１回につき	48,000	
露出部以外			
長径３ｃｍ未満	１回につき	14,100	

区分	算定単位	金額（円）	備考
長径３ｃｍ以上６ｃｍ未満	１回につき	35,600	
長径６ｃｍ以上	１回につき	45,800	
皮膚剥削術			
２５ｃｍ２未満	１回につき	16,400	
２５ｃｍ２以上１００ｃｍ２未満	１回につき	37,000	
１００ｃｍ２以上２００ｃｍ２未満	１回につき	59,000	
２００ｃｍ２以上	１回につき	88,800	
植皮術			
顔面			
２５ｃｍ２未満	１回につき	66,800	
２５ｃｍ２以上１００ｃｍ２未満	１回につき	91,000	
１００ｃｍ２以上２００ｃｍ２未満	１回につき	169,400	
２００ｃｍ２以上	１回につき	234,300	
その他			
２５ｃｍ２未満	１回につき	59,700	
２５ｃｍ２以上１００ｃｍ２未満	１回につき	80,300	
１００ｃｍ２以上２００ｃｍ２未満	１回につき	158,400	
２００ｃｍ２以上	１回につき	221,100	
皮膚弁移植術			
２５ｃｍ２未満	１回につき	41,400	
２５ｃｍ２以上１００ｃｍ２未満	１回につき	75,200	
１００ｃｍ２以上	１回につき	114,400	
眼瞼形成術	１回につき	79,200	
隆鼻術（自家骨移植）	１回につき	225,100	
隆鼻術（自家骨以外移植）	１回につき	211,500	
顔面形成術	１回につき	161,700	
皮膚科領域における料金等 １㎜ミニグラフト法に係る料金			
初診施術料（１０㎠まで）	１回につき	40,000	
再診施術料（１０㎠まで）	１回につき	37,600	
施術料（追加１０㎠）	１回につき	36,300	
治験に係る診療で保険外併用療養費支給対象外となる料金		第２条第１項の本文に規定する料金の額を準用する。	
診療情報の提供に係る料金 診療録等複写料（電子式複写）	１枚につき	20	
電子媒体（ＣＤ－Ｒ又はＤＶＤ－Ｒ）複写料	１枚につき	1,650	
入院期間が１８０日を超える入院に係る保険外併用療養費の料金 本院の一般病棟及び通算対象となる入院料を算定するその他の医療機関での厚生労働大臣が別に定める方法により計算した入院期間が通算して１８０日を超える入院（別に厚生労働大臣が定める状態にある患者を除く。）	１日につき	入院基本料の基本点数の100分の15に10円を乗じて得た額	点数に１点未満の端数があるときは，小数点以下第１位を四捨五入する。
特別診察室使用料	１回につき	11,000	
遺伝カウンセリング料 初診料	１時間まで	11,000	
院内紹介時	１時間まで	5,500	
再診料	１時間まで	5,500	
検査結果説明	３０分まで	2,700	
延長料金	３０分を超えるごとに	5,500	
禁煙支援外来料 禁煙支援外来料（カウンセリング・初回）		5,500	
禁煙支援外来料（初回）		6,600	
禁煙支援外来料（２回目～５回目）	１回につき	4,400	
セカンドオピニオン外来料 総合診療科以外の場合	１時間まで	44,000	
	３０分を超えるごとに	22,000	
総合診療科の場合	１回につき	55,000	
医師面談料	１回（３０分）につき	5,500	
心理療法料（認知行動療法）	１回（３０分）につき	6,600	
	１回（５０分）につき	11,000	
	１回（６０分）につき	13,200	
自毛植毛治療費 基本治療費	１回につき	356,400	
植毛費（１グラフトにつき）	１回につき	890	

令和7年4月1日現在

区分	算定単位	金額（円）	備考
産婦人科領域における料金等			
妊産婦健診料（定期）	１回につき	5,100*	
妊産婦健診時超音波検査料	１回につき	3,600*	
胎児超音波スクリーニング料	１回につき	7,200*	
胎児心拍モニタリング検査料	１回につき	2,100*	
胎児心拍遠隔モニタリングに係る料金			
機器貸与料		9,000*	
胎児心拍遠隔モニタリング料	１週間につき	8,500*	
	２週間につき	17,000*	
機器の補償対象外の場合（機器の紛失・未返却・故意の破損等）			
無線ＦＨＲ	１個につき	880,000	
無線ＴＯＣＯ	１個につき	660,000	
ｉＰadmini	１個につき	165,000	
ＡＣアダプター	１個につき	11,000	
助産師による個別保健指導料	１回につき	1,700	
母親学級受講料	１回につき	2,100	
新生児聴覚スクリーニング料	１回につき	4,000*	
風疹検査料	１回につき	1,300	
再診料相当額（助産の場合）	１回につき	770*	
再診料相当額（助産以外の場合）	１回につき	810*	
子宮動脈塞栓術（４泊５日）	１回につき	308,300	
子宮動脈塞栓術（延泊）	１日につき	23,500	
無侵襲的出生前遺伝学的検査	１回につき	165,100	
リスク低減卵巣卵管切除術　術前検査		56,100	
リスク低減卵巣卵管切除術（腹腔鏡手術の場合。５泊６日以内。退院後外来診療２回までを含む。）		676,300	
リスク低減卵巣卵管切除術・腟式子宮全摘術（腹腔鏡手術の場合。５泊６日以内。退院後外来診療２回までを含む。）		1,121,400	
リスク低減卵巣卵管切除術（開腹手術の場合。８泊９日以内。退院後外来診療２回までを含む。）		858,700	
リスク低減卵巣卵管切除術・子宮全摘術（開腹手術の場合。８泊９日以内。退院後外来診療２回までを含む。）		1,057,300	
リスク低減卵巣卵管切除術（ロボット支援腹腔鏡手術の場合。５泊６日以内。退院後外来診療２回までを含む。）		1,520,700	
リスク低減卵巣卵管切除術・腟式子宮全摘術（ロボット支援腹腔鏡手術の場合。５泊６日以内。退院後外来診療２回までを含む。）		1,966,800	
リスク低減卵巣卵管切除術（延泊）	１日につき	32,600	
婦人科サーベイランス基本検査（超音波検査，腫瘍マーカー及び結果説明）	１回につき	15,200	
婦人科サーベイランスオプション検査（子宮内膜細胞診）	１回につき	3,300	
婦人科サーベイランスオプション検査（子宮内膜組織診）	１回につき	4,100	
婦人科サーベイランスオプション検査（骨盤単純MRI検査）	１回につき	18,800	
抗ミュラー管ホルモン検査	１回につき	6,600	
プロウペス腟用剤１０ｍｇ	１個につき	22,000*	
トキソプラズマＩｇＧＡｖｉｄｉｔｙ検査	１回につき	14,400	
風疹ウイルスＩｇＧＡｖｉｄｉｔｙ検査	１回につき	14,400	
ヒトパルボウイルスＢ１９ＩｇＧ検査	１回につき	6,000*	
妊娠と薬外来料	１回につき	11,000	
プレコンセプションケア外来料	１時間まで	15,800	
	３０分を超えるごとに	2,800	
プレコンセプションケア・妊娠と薬外来料	１時間３０分まで	21,300	
	３０分を超えるごとに	2,800	
子宮頚管縫縮術（開腹の場合。入院９日目まで。）		702,000*	
子宮頚管縫縮術（開腹の場合。入院１０日目以降。）	１日につき	第２条第１項の本文に規定する料金の額を準用する。	
メフィーゴパックによる人工妊娠中絶に係る料金			
投与前診療料		21,000	
薬剤料	１回につき	55,000	
第２剤投与後入院料	１泊２日まで	104,000	
泌尿器科領域における料金等			
精巣内精子採取術（３日間）		447,670	
精巣内精子採取術（延泊）	１日につき	26,730	
精巣内精子採取術（追加食事）	１食につき	760	
焦点式高エネルギー超音波療法（３泊４日（脊椎麻酔））		700,200	
焦点式高エネルギー超音波療法（３泊４日（全身麻酔））		832,600	
焦点式高エネルギー超音波療法（延泊）	１日につき	23,700	

令和7年4月1日現在

区分	算定単位	金額（円）	備考
針灸外来料金			
１術（針又は灸）	１回につき	5,500	
２術（針灸併用）	１回につき	5,500	
和漢診療科領域における料金等			
鍼灸施術料	１回につき	6,600	
薬価基準未収載の新規医薬品等料金		納入価格	
脳神経外科領域における料金等			
ブラッドパッチ療法（１泊２日（ＭＲＩ・ＲＩ撮影無し））		122,300	
ブラッドパッチ療法（４泊５日（ＭＲＩ・ＲＩ撮影無し））		262,800	
延泊１日（ＭＲＩ・ＲＩ撮影無し）		34,700	
延泊２日（ＭＲＩ・ＲＩ撮影無し）		69,300	
ブラッドパッチ療法（８泊９日（ＭＲＩ・ＲＩ撮影有り））		457,400	
ブラッドパッチ療法フィブロガミン投与			
フィブロガミンＰ（４ｍｌ　５瓶）	１回につき	9,100	
生理食塩水（１００ｍｌ）	１瓶につき	160	
硬膜外麻酔キット（手技料含む。）	１回につき	21,900	
保険適応外疾患に対する光線力学療法（外来で片眼の手術の場合。手術後外来診療３回までを含む。）		422,700	
リンパ浮腫外来料金等			
複合的理学療法（片側）　初回		6,600	
複合的理学療法（片側）　２回目以降	１回につき	4,400	
複合的理学療法（両側）　初回		8,800	
複合的理学療法（両側）　２回目以降	１回につき	6,600	
遺伝性乳がん・卵巣がん症候群の遺伝子検査料			
ＨＢＯＣシングルサイト	１回につき	33,300	
クイックＨＢＯＣ	１回につき	324,500	
ＢＲＣＡ　ＭＬＰＡ	１回につき	33,300	
乳がん治療効果予測検査	１回につき	500,800	
乳がん組織遺伝子発現検査（Ｃｕｒｅｂｅｓｔ　９５ＧＣ　Ｂｒｅａｓｔ）	１回につき	284,400	
死後処置料金（エンゼルケア）	１回につき	11,000	
病的肥満における腹腔鏡下袖状胃切除術	１回につき	1,175,500	
延泊	１日につき	25,000	
追加食事	１食につき	860	
ＨＬＡ抗体検査料			
ＨＬＡ抗体スクリーニング検査（クラスⅠ＆クラスⅡ）	１回につき	23,200	
ＨＬＡ抗体同定検査（クラスⅠ）	１回につき	33,600	
ＨＬＡ抗体同定検査（クラスⅡ）	１回につき	22,200	
ＨＬＡ検査（移植不成立の場合）			
ＨＬＡ－ＤＲＢ１（ＤＮＡタイピング）	１人につき	27,900	
ＨＬＡ－ＤＰＢ１（ＤＮＡタイピング）	１人につき	27,900	
ＨＬＡ－Ａ（ＤＮＡタイピング）	１人につき	41,200	
ＨＬＡ－Ｂ（ＤＮＡタイピング）	１人につき	41,200	
ＨＬＡ－Ａ，Ｂ（血清対応型タイピング）	１人につき	11,400	
ＨＬＡ－ＤＲ（血清対応型タイピング）	１人につき	11,400	
フローサイトクロスマッチ（リンパ球交差試験）	１人につき	29,100	
ロボット支援（ダヴィンチ）による手術料			
ロボット支援腎部分切除術（原発病巣が７センチメートル以下であり転移病巣のない悪性腫瘍に対する腎部分切除を除く。）	１回につき	1,716,500	
ロボット支援子宮全摘術，両側卵管切除術（産婦人科領域における料金等として定めのあるもの並びに良性子宮疾患及び子宮体がんＩＡ期のものを除く。）	１回につき	1,399,000	
ロボット支援アカラシア根治術	１回につき	1,511,800	
ロボット支援腹腔鏡下尾側膵切除術	１回につき	2,135,900	
健康診断料			
肺機能，内臓脂肪，循環機能検査	１回につき	61,200	
脳ＭＲＩ検査	１回につき	56,100	
肺機能，内臓脂肪，循環機能，脳ＭＲＩ検査	１回につき	96,800	
実物大臓器立体モデル作成に係る料金（骨盤，四肢骨（大腿骨以外）又は関節に著しい変形又は欠損を伴う疾患又は外傷に係るものに限る。）			
小（縦・横・高さの和が２５ｃｍ未満）	１回につき	56,100	
中（縦・横・高さの和が５０ｃｍ未満）	１回につき	72,400	
大（縦・横・高さの和が５０ｃｍ以上）	１回につき	93,800	

令和7年4月1日現在

区分	算定単位	金額（円）	備考
渡航外来に係る料金			
相談料（初回）		3,200	
相談料（２回目以降）	１回につき	820	
予防薬（内服薬）			
マラロン１６錠（１週間分）		9,400	
マラロン２３錠（２週間分）		13,300	
マラロン追加	１錠につき	570	
メファキン６錠（１週間分）		6,300	
メファキン７錠（２週間分）		7,200	
メファキン追加	１錠につき	970	
ダイアモックス１６錠（１週間分）		1,100	
ダイアモックス３０錠（２週間分）		1,500	
ダイアモックス追加	１錠につき	40	
がん遺伝子パネル検査料			
説明料	１回につき	41,500	
オンコプライムがん遺伝子検査料	１回につき	1,031,300	
検体組織の状態等に起因してオンコプライムがん遺伝子検査の解析を中止する場合		481,300	
Guardant Reveal検査料（初回）	１回につき	375,100	
Guardant Reveal検査料（２回目以降）	１回につき	302,500	
経頸静脈肝内門脈大循環短絡術（内視鏡的治療及び薬物治療抵抗性の食道・胃静脈瘤，門脈圧亢進症性胃腸症，難治性腹水又は難治性肝性胸水に係るものに限る。）			
手術料	１回につき	733,900	
手術料（ステント留置困難の場合）	１回につき	527,100	
遺伝性腫瘍に対する遺伝学的検査料			
遺伝性腫瘍関連遺伝子パネル検査	１回につき	50,400	
ＭＭＲスクリーニング	１回につき	138,700	
ＭＳＨ６フルシークエンシング	１回につき	92,500	
ＰＭＳ２フルシークエンシング	１回につき	92,500	
ＭＬＨ１フルシークエンシング	１回につき	92,500	
ＭＳＨ２フルシークエンシング	１回につき	92,500	
ＭＬＨ１／ＭＳＨ２　ＭＬＰＡ	１回につき	34,800	
ＭＭＲシングルサイト	１回につき	34,800	
追加ＭＭＲスクリーニング	１回につき	69,400	
ＡＰＣスクリーニング	１回につき	104,000	
ＡＰＣ　ＭＬＰＡ	１回につき	34,800	
ＡＰＣシングルサイト	１回につき	34,800	
追加ＡＰＣスクリーニング	１回につき	34,800	
クイックＭＥＮ１スクリーニング	１回につき	138,700	
ＭＥＮ１　ＭＬＰＡ	１回につき	92,500	
ＭＥＮ１シングルサイト	１回につき	34,800	
クイックＭＥＮ２スクリーニング	１回につき	76,200	
ＭＥＮ２シングルサイト	１回につき	34,800	
ＴＰ５３スクリーニング	１回につき	104,000	
ＴＰ５３　ＭＬＰＡ	１回につき	92,500	
ＴＰ５３シングルサイト	１回につき	34,800	
追加ＴＰ５３スクリーニング	１回につき	34,800	
ＰＴＥＮスクリーニング	１回につき	104,000	
ＰＴＥＮ　ＭＬＰＡ	１回につき	92,500	
ＰＴＥＮシングルサイト	１回につき	34,800	
追加ＰＴＥＮスクリーニング	１回につき	34,800	
ＢＨＤ症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
遺伝性平滑筋腫症及び腎細胞癌症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
神経線維腫症遺伝子検査	１回につき	42,400	
ＶＨＬ病　ＶＨＬ解析	１回につき	46,600	
ＤＩＣＥＲ１症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
ＡＣＴＲｉｓｋ（６７遺伝子）	１回につき	363,000	
ＡＣＴＲｉｓｋ　Ｃａｒｅ（３１遺伝子）	１回につき	254,100	
褐色細胞腫・パラガングリオーマ遺伝子検査	１回につき	54,500	
患者都合による検査のキャンセルに伴い使用することのできなくなったオクトレオスキャン静注用セット（１２２ＭＢｑ）に係る料金（検査の予約等に当たり，患者都合によるキャンセルの場合には費用徴収がある旨を事前に説明し，同意を得た場合に限る。）	１セットにつき	117,600	
Ｂ型肝炎訴訟に係るＨＢＶ分子系統解析検査料			子が３名を超えるごとに左欄の額に１名分の検査料を加算する。
父子の場合	１名当たり	32,500	
母子の場合	１名当たり	31,500	

区分	算定単位	金額（円）	備考
整形外科領域における料金等			
体外衝撃波疼痛治療術外来（肩及び骨に対する治療術。）初回		22,000	
体外衝撃波疼痛治療術外来（肩及び骨に対する治療術。）２回目以降	１回につき	11,000	
体外衝撃波疼痛治療術外来（肩，骨及び難治性足底腱膜炎に対する治療術を除く。）初回		15,400	
体外衝撃波疼痛治療術外来（肩，骨及び難治性足底腱膜炎に対する治療術を除く。）２回目以降	１回につき	7,700	
非腫瘍性遺伝性疾患に対する遺伝学的検査料			
常染色体優位性多発性嚢胞腎遺伝子検査	１回につき	57,800	
内分泌パネル１（副腎疾患）遺伝子検査	１回につき	54,500	
内分泌パネル２（成長障害）遺伝子検査	１回につき	54,500	
内分泌パネル３（４６，ＸＹ性分化疾患）遺伝子検査	１回につき	54,500	
内分泌パネル４（性成熟疾患）遺伝子検査	１回につき	54,500	
内分泌パネル５（下垂体機能障害）遺伝子検査	１回につき	54,500	
内分泌パネル６（糖代謝異常）遺伝子検査	１回につき	54,500	
ヒト遺伝子単一エクソン解析	１回につき	4,900	
エーラス・ダンロス症候群（非血管型）遺伝子検査	１回につき	54,500	
骨端異形成症遺伝子検査	１回につき	54,500	
糖尿病Ｉａ型遺伝子検査	１回につき	42,400	
糖尿病Ｉｂ型遺伝子検査	１回につき	42,400	
ピルビン酸脱水素酵素複合体欠損症遺伝子検査	１回につき	54,500	
アルカプトン尿症遺伝子検査	１回につき	42,400	
稀な骨粗鬆症遺伝子検査	１回につき	54,500	
Ｘ連鎖性遺伝性水頭症遺伝子検査	１回につき	42,400	
原発性低リン血症くる病遺伝子検査	１回につき	54,500	
遺伝性副甲状腺機能亢進症遺伝子検査	１回につき	54,500	
遺伝性副甲状腺機能低下症遺伝子検査	１回につき	54,500	
ＣＹＰ２Ｃ１９遺伝子多型解析	１回につき	25,500	
内分泌パネル８（卵巣機能不全症）遺伝子検査	１回につき	54,500	
遺伝性肺高血圧症遺伝子検査	１回につき	54,500	
レッシュ・ナイハン症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
高チロシン血症１型遺伝子検査	１回につき	42,400	
孔脳症・裂脳症遺伝子検査	１回につき	42,400	
クリスタリン網膜症遺伝子検査	１回につき	42,400	
Ｃａｎｔｕ症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
血友病遺伝子検査	１回につき	42,400	
反復発作性運動失調症遺伝子検査	１回につき	42,400	
家族性片麻痺性片頭痛遺伝子検査	１回につき	42,400	
ＦＧＦＲ３病遺伝子検査	１回につき	42,400	
グルコース－６－リン酸脱水素酵素欠乏症遺伝子検査	１回につき	42,400	
レット症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
がん関連遺伝子のシングルサイト解析（１カ所）	１回につき	12,100	
がん関連遺伝子のシングルサイト解析（２カ所）	１回につき	15,800	
がん関連遺伝子のシングルサイト解析（３カ所）	１回につき	19,400	
がん関連遺伝子のシングルサイト解析（４カ所）	１回につき	23,000	
がん関連遺伝子のシングルサイト解析（５カ所）	１回につき	26,700	
sanger法による単一エクソン解析（１カ所）	１回につき	18,200	
sanger法による単一エクソン解析（２カ所）	１回につき	31,500	
sanger法による単一エクソン解析（３カ所）	１回につき	44,800	
sanger法による単一エクソン解析（４カ所）	１回につき	58,100	
sanger法による単一エクソン解析（５カ所）	１回につき	71,400	
APRT欠損症遺伝子検査	１回につき	42,400	
カムラティ・エンゲルマン症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
遺伝性副甲状腺機能低下症遺伝子検査	１回につき	54,500	
スティックラー症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
メイ・ヘグリン異常症遺伝子検査	１回につき	42,400	
無虹彩症遺伝子検査	１回につき	42,400	
肢先端脳梁症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
ナジェ症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
シュプリンツェン-ゴールドバーグ症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
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	１回につき	42,400	
家族性若年性高尿酸血症性腎症遺伝子検査	１回につき	42,400	
ポルフィリン症遺伝子検査	１回につき	54,500	
骨パジェット病遺伝子検査	１回につき	42,400	
ワールデンブルグ症候群遺伝子検査	１回につき	54,500	
軟骨毛髪低形成症遺伝子検査	１回につき	42,400	
コケイン症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
ゼーツレコッツェン症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
パリスターホール症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	

令和7年4月1日現在

区分	算定単位	金額（円）	備考
トリーチャーコリンズ症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
ＤＹＭ遺伝子検査	１回につき	42,400	
ＭＩＣＰＣＨ症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
コーエン症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
ＰＬＡ２Ｇ６関連神経変性症遺伝子検査	１回につき	42,400	
先天性腎尿路異常遺伝子検査	１回につき	54,500	
常染色体劣性多発性嚢胞腎遺伝子検査	１回につき	42,400	
混合性マロン酸およびメチルマロン酸尿症遺伝子検査	１回につき	42,400	
エリス・ファンクレフェルト症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
ジュベール症候群遺伝子検査	１回につき	54,500	
非特異性多発性小腸潰瘍症遺伝子検査	１回につき	42,400	
ガラクトース血症遺伝子検査	１回につき	46,600	
Holt-Oram症候群遺伝子検査	１回につき	59,900	
先天性中枢性低換気症候群遺伝子検査	１回につき	53,300	
腎性低尿酸血症遺伝子検査	１回につき	46,600	
遺伝性ブチリルコリンエステラーゼ欠損症遺伝子検査	１回につき	46,600	
過成長症候群遺伝子検査	１回につき	59,900	
ウェルナー症候群遺伝子検査	１回につき	59,900	
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	１回につき	46,600	
ハートナップ病遺伝子検査	１回につき	46,600	
βサラセミア遺伝子検査	１回につき	46,600	
内分泌パネル７（尿細管性電解質異常症）遺伝子検査	１回につき	66,600	
多発性軟骨性外骨腫症遺伝子検査	１回につき	42,400	
先天性全身性脂肪萎縮症遺伝子検査	１回につき	42,400	
睡眠関連過運動てんかん遺伝子検査	１回につき	54,500	
先天性側弯・脊椎肋骨異骨症遺伝子検査	１回につき	54,500	
ロビノウ症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
近位指節癒合症遺伝子検査	１回につき	42,400	
ＤＤＸ３Ｘ関連神経発達異常症遺伝子検査	１回につき	42,400	
ＰＵＲＡ関連神経発達異常症遺伝子検査	１回につき	42,400	
ＧＲＩＮ２Ｂ関連神経発達異常症遺伝子	１回につき	42,400	
ＡＳＸＬ異常症遺伝子	１回につき	42,400	
進行性白質脳症遺伝子検査	１回につき	54,500	
家族性大動脈弁上狭窄症遺伝子検査	１回につき	42,400	
アレキサンダー病遺伝子検査	１回につき	42,400	
ミトコンドリア遺伝子点変異スクリーニングセット	１回につき	43,600	
低汗性外胚葉形成不全症遺伝子検査	１回につき	42,400	
骨形成不全症遺伝子検査	１回につき	54,500	
Dubin-Johnson症候群およびRotor症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
家族性海綿状血管腫遺伝子検査	１回につき	42,400	
基底細胞母斑症候群（ゴーリン症候群）遺伝子検査	１回につき	42,400	
先天性フィブリノーゲン欠損症遺伝子検査	１回につき	42,400	
ウィーデマン・スタイナー症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
屈曲肢異形成症遺伝子検査	１回につき	42,400	
遺伝性ヘモクロマトーシス遺伝子検査	１回につき	42,400	
ヘルマンスキー・パドラック症候群遺伝子検査	１回につき	54,500	
進行性骨化性線維異形成症遺伝子検査	１回につき	42,400	
DYT10ジストニア/PRRT2遺伝子検査	１回につき	42,400	
先天性甲状腺機能低下症遺伝子検査	１回につき	54,500	
脳の鉄沈着を伴う神経変性疾患遺伝子検査	１回につき	54,500	
クラリーノ症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
常染色体優性尿細管間質性腎疾患遺伝子検査	１回につき	42,400	
バルデー・ビードル症候群遺伝子検査	１回につき	54,500	
骨関連シリオパチー遺伝子検査	１回につき	54,500	
Renal tubular dysgenesis遺伝子検査	１回につき	42,400	
遠位関節拘縮症遺伝子検査	１回につき	54,500	
ラーセン症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
Raynaud-Claes症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
膿疱性乾癬遺伝子検査	１回につき	42,400	
Dent病/Lowe症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
遺伝性尿細管性アシドーシス遺伝子検査	１回につき	42,400	
巨脳症－毛細血管奇形症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
シスチン尿症遺伝子検査	１回につき	42,400	
小児四肢疼痛発作症遺伝子検査	１回につき	42,400	
先天性乏毛症・縮毛症遺伝子検査	１回につき	42,400	
骨溶解症遺伝子検査	１回につき	54,500	
偽性副甲状腺機能低下症遺伝子検査	１回につき	42,400	
ケラチン症性魚鱗癬遺伝子検査	１回につき	42,400	
道化師様魚鱗癬遺伝子検査	１回につき	42,400	
常染色体潜性遺伝性魚鱗癬遺伝子検査	１回につき	54,500	
魚鱗癬症候群遺伝子検査	１回につき	54,500	

区分	算定単位	金額（円）	備考
眼歯指異形成症遺伝子検査	１回につき	42,400	
遺伝性血小板異常症遺伝子検査	１回につき	54,500	
皮質下嚢胞をもつ大頭型白質脳症遺伝子検査	１回につき	42,400	
エメリー・ドレイフス型筋ジストロフィー遺伝子検査	１回につき	54,500	
原発性萌出不全遺伝子検査	１回につき	42,400	
先天性鉄剤不応性鉄欠乏性貧血遺伝子検査	１回につき	42,400	
TRPV4異常症遺伝子検査	１回につき	42,400	
高チロシン血症遺伝子検査	１回につき	42,400	
掌蹠角化症遺伝子検査	１回につき	42,400	
先天性爪甲肥厚症遺伝子検査	１回につき	60,500	
マリネスコ・シェーグレン症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
滑脳症遺伝子検査	１回につき	60,500	
悪性高熱症遺伝子検査	１回につき	42,400	
遺伝性球状赤血球症遺伝子検査	１回につき	42,400	
家族性偽高カリウム血症遺伝子検査	１回につき	42,400	
バーター・ギッテルマン症候群遺伝子検査	１回につき	60,500	
インプリンティング疾患解析パネル遺伝子検査	１回につき	54,500	
第XIII因子欠乏症遺伝子検査	１回につき	42,400	
変動性紅斑角化症遺伝子検査	１回につき	54,500	
ILNEB症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
アップショー・シュールマン症候群遺伝子検査	１回につき	42,400	
ブレストセンターに係る料金			
ブレストセンターサーベイランス初診料	１回につき	3,200	
ブレストセンターサーベイランス検査結果説明料	１回につき	2,200	
ブレストセンターサーベイランスオプション検査（採血検査）	１回につき	2,100	
ブレストセンターサーベイランスオプション検査（マンモグラフィ検査）	１回につき	6,200	
ブレストセンターサーベイランスオプション検査（乳房造影ＭＲＩ検査）	１回につき	31,200	
ブレストセンターサーベイランスオプション検査（乳房超音波検査）	１回につき	3,900	
セクシャルヘルス外来に係る料金			
ＨＩＶ検査（第４世代スクリーニング検査）	１回につき	5,500	
梅毒検査	１回につき	5,500	
淋菌・クラミジア同時検査（肛門）	１回につき	5,600	
淋菌・クラミジア同時検査（のど）	１回につき	5,600	
淋菌・クラミジア同時検査（尿道）	１回につき	5,600	
Ａ型肝炎検査	１回につき	3,300	
Ｂ型肝炎検査	１回につき	5,500	
Ｃ型肝炎検査	１回につき	5,500	
ＨＩＶ－１核酸定量検査	１回につき	9,600	
ＰｒＥＰフォロー検査	１回につき	3,900	
抗ＨＩＶ薬の曝露後予防内服（初診料）	１回につき	22,000	
抗ＨＩＶ薬の曝露後予防内服（薬剤費）	１日につき	11,000	
抗ＨＩＶ薬の曝露後予防内服（相談料）	１回につき	3,300	
ＳＴＤマイコプラズマ同定検査	１回につき	8,500	
オンライン診療に係る料金			
情報通信機器利用料	１回につき	2,000	
処方箋発送料	１回につき	550	
感染症の予防に適応を持つ医薬品の投与（中和抗体薬「エバシェルド」）に係る料金	１回につき	3,100	
歯科領域の諸料金			
予防歯科			
口腔衛生指導料		4,200	
刷掃指導料		3,900	
歯面塗布料		2,800	
歯面塗布料（家庭管理）		4,300	
検査料			
口臭検査料（ガスセンサー，官能検査）		850	
口臭ガスクロマト検査料		5,200	
う蝕のリスク診断Ⅰ		4,300	
う蝕のリスク診断Ⅱ		9,300	
機械的歯面清掃		2,800	
保存料			
鋳造歯冠修復料（インレー，アンレー）			
白金加金			
大臼歯		35,100	

区分	算定単位	金額（円）	備考
前歯・小臼歯		34,000	
金合金			
大臼歯		34,500	
前歯・小臼歯		33,500	
チタン			
前歯・小臼歯・大臼歯		32,300	
ハイブリッドセラミックレジンインレー		31,000	
ポーセレンインレー		32,300	
隣接面加算料（１面）		10,800	
咬頭被覆料		12,600	
診断料			
歯周疾患診断料		10,300	
写真診断料		5,800	
歯肉テスト料（ポケット浸出液定量）		11,100	
歯槽骨テスト料（形態分岐部）		9,400	
習癖テスト料（口呼吸，舌習癖）		4,900	
う蝕の電気診断料		3,800	
処置料			
習慣矯正指導料		5,100	
オーラルスクリーン料（装着料含む。）		29,600	
オーラルスクリーン監視料		4,600	
ファルカプラスティー		6,300	
トンネリング		10,300	
歯根分割		11,300	
漂白処置料		6,700	
歯槽骨欠損修復料（燐酸カルシウム系）		18,300	
口腔衛生相談指導料（歯周疾患）		10,300	
病的移動歯の復位処置			
床装置によるもの		34,500	
アップライトを主にしたもの		45,600	
歯の挺出			
磁性アタッチメント応用法		29,400	
ノンフィラー型接着性レジン応用法		7,700	
歯根分割後の分離処置		45,600	
細菌検査			
ベリオチェック		9,300	
ＧＴＲ法（選択加算）			
膜（吸収性膜を含む。）		30,000	
歯周組織誘導剤		35,500	
根管内細菌嫌気培養検査			
培養検査		2,700	
＋感受性試験		4,900	
歯周病原性菌血清抗体価検査		4,900	
歯科ドッグ専門外来		16,900	
補綴料			
支台築造料			
白金加金		17,500	
金合金		17,000	
金パラ銀合金		15,700	
チタン		15,200	
全部鋳造冠料			
白金加金		65,800	
金合金		65,800	
チタン		61,100	
前装冠料			
（硬質）レジン前装冠			
白金加金		72,900	
金合金		72,000	
チタン		68,400	
１４Ｋ		61,900	
金パラ		59,500	
ハイブリッドセラミック冠（硬質）レジン前装冠料準用			
陶歯前装冠			
白金加金		90,700	
金合金		90,700	
陶材焼付冠		90,700	
チタン		90,700	
陶材焼付用チタン		90,700	
歯冠継続歯料			
レジン前装金属裏装			
白金加金		76,400	

区分	算定単位	金額（円）	備考
金合金		75,500	
チタン		72,200	
陶歯前装金属裏装			
白金加金		79,300	
金合金		78,400	
チタン		74,800	
全部レジン冠			
白金加金		76,700	
金合金		75,900	
チタン		72,300	
全部陶歯冠			
白金加金		79,000	
金合金		78,200	
チタン		74,200	
全部被覆冠（オールセラミック冠を含む。）			
ジャケット冠陶材		83,700	
オールハイブリットセラミック		90,700	
橋体			
前歯部			
レジン前装金属裏装（ハイブリッドセラミック前装を含む。）			
白金加金		69,400	
金合金		68,500	
チタン		64,800	
１４Ｋ		69,700	
金パラ		67,300	
陶前装金属裏装			
白金加金		79,000	
金合金		78,200	
陶材焼付用合金		80,200	
チタン		74,600	
陶材焼付用チタン		74,700	
臼歯部			
金属			
白金加金		64,400	
金合金		63,500	
チタン		59,700	
陶歯・陶材			
白金加金		78,900	
金合金		78,000	
陶材焼付用合金		83,600	
チタン		74,000	
陶材焼付用チタン		77,400	
レジン前装金属裏装			
白金加金		64,000	
金合金		63,200	
チタン		59,400	
１４Ｋ		62,700	
金パラ		61,100	
前歯・臼歯部			
オールハイブリットセラミックス		70,000	
仮義歯料			
全部床		113,100	
９～１４歯欠損床		97,200	
１～８歯欠損床		81,500	
アタッチメント・テレスコープ設計料	１装置につき	59,400	
金属アレルギー検査料	１試料につき	3,500	
ろう着料			
白金加金	１カ所につき	8,000	
金合金	１カ所につき	7,900	
陶材焼付用合金	１カ所につき	9,700	
アタッチメント	１カ所につき	11,300	
根面キャップ料			
白金加金		18,900	
金合金		18,000	
チタン		14,900	
隙			
白金加金		16,200	
金合金		16,000	
チタン		15,600	
有床義歯料			

区分	算定単位	金額（円）	備考
金属床義歯（維持装置等を含む。）			
１２～１４歯欠損床			
白金加金		337,000	
金合金		322,500	
特殊合金		209,600	
チタン合金		301,200	
９～１１歯欠損床			
白金加金		287,500	
金合金		272,200	
特殊合金		198,300	
チタン合金		251,000	
５～８歯欠損床			
白金加金		239,400	
金合金		224,200	
特殊合金		187,200	
チタン合金		216,100	
１～４歯欠損床			
白金加金		190,600	
金合金		175,700	
特殊合金		169,000	
チタン合金		167,100	
レジン床義歯（人工歯は含むが，維持装置等は含まない。）			
９～１４歯欠損床		178,200	
１～８歯欠損床		141,800	
特殊義歯料（維持装置等を含む。）			
全部床		187,900	
９～１４歯欠損床		151,500	
１～８歯欠損床		133,500	
軟質裏装材によるリベース料		33,700	
軟質裏装義歯（レジン床）			
全部床		200,500	
９～１４歯欠損床		160,900	
１～８歯欠損床		126,300	
ノンクラスプデンチャー			
全部欠損床		167,200	
８歯以上部分欠損床		162,800	
４～７歯部分欠損床		154,000	
１～３歯部分欠損床		122,100	
鋳造バー			
白金加金		31,500	
金合金		29,700	
特殊合金		17,900	
チタン合金		28,000	
鉤			
鋳造鉤			
白金加金		25,800	
金合金		25,300	
特殊合金		23,100	
チタン合金		26,900	
屈曲鉤			
白金加金		19,600	
特殊合金		18,800	
フック・スパー，スティー・レスト料			
鋳造フック・スパー，スティー・レスト			
白金加金		17,000	
金合金		16,500	
特殊合金		14,700	
チタン合金		16,600	
屈曲フック・スパー，スティー・レスト			
白金加金		11,800	
臼歯金属歯料			
白金加金		20,900	
金合金		20,500	
金パラ銀合金		19,200	
チタン		20,200	
特殊合金		20,100	
テレスコープクラウン			
白金加金		95,300	
金パラ銀合金		89,500	
可撤式メタルオンレー			
白金加金		102,300	

区分	算定単位	金額（円）	備考
金合金		88,900	
金パラ		66,400	
ミーリング装置			
支台歯	１歯につき	91,700	
支台歯バー・ダミー	１歯につき	87,300	
特殊義歯修理料		21,300	
マウスガード（マウスプロテクター）		22,500	
簡易型マウスガード		5,500	
ラミネートベニア		62,000	
補綴前処置としての残根の挺出		26,300	
唾液分泌機能検査		10,700	
嚥下補助床		64,100	
下顎運動機能検査		16,700	
金属スプリント（接着性，可撤式を含む）			
白金加金		243,700	
チタン		222,500	
その他の合金		165,800	
磁性アタッチメント（根面キャップ料は別に算定）		46,900	
インプラント仮封冠	１歯につき	11,300	
インプラント関連補綴料			
インプラント補綴設計料	１人工歯根につき	87,600	
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	
口腔外科			
根端充塡料		2,200	
便宜抜去			
前歯		1,800	
臼歯		3,100	
難抜歯		5,400	
埋伏歯		11,600	
下顎完全埋伏智歯（骨性）		12,800	
下顎水平埋伏智歯		12,800	
歯の移植術（歯根完成歯）		20,800	
歯の移植・再植に係る根管治療・管理及び予後判定		22,200	
上顎洞底挙上術			
上顎洞底挙上術（口腔内片側）		68,600	
上顎洞底挙上術（口腔内両側）		99,700	
上顎洞底挙上術（口腔外両側）		184,300	
矯正用アンカーインプラント埋入術（A）		56,300	
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枚につき	20,800	
アンカースクリュウ４本目以上	１本につき	4,700	
矯正用アンカーインプラント埋入術（B）		38,100	
発音嚥下補助装置用金属床		164,400	
発音嚥下補助装置の付加料		27,200	
発音嚥下補助装置調整料		3,700	
外科処置用機材費			
セラソブルM（１５０～１０００μm）０．５ｃｃ	１本につき	11,300	
セラソブルM（１０００～２０００μm）１ｃｃ	１本につき	18,900	
小児歯科			
保隙料			
診断料		7,800	
検査料		9,400	
装置料			
単純可撤式（片）		21,400	
複雑可撤式（片）		27,400	
バンド・ループ		13,700	
クラウン・ループ		14,500	
クラウン・ループ（鋳造）			
金パラ銀合金		44,600	
クラウン・ディスタール・シュー		20,500	
クラウン・ディスタール・シュー（鋳造）			
金パラ銀合金		54,800	
リンガルアーチ型		21,300	
調整料			
単純		2,300	
複雑		5,500	
定期観察料		10,700	
小児定期観察料			
簡単な検査を含む		5,000	
主に口腔内検査		2,300	

令和7年4月1日現在

区分	算定単位	金額（円）	備考
歯列誘導料			
診断料		19,400	
検査料		20,500	
装置料			
単純		22,300	
複雑（１）		29,000	
複雑（２）		44,400	
保定		18,100	
異所萌出誘導処置		9,900	
調整料			
単純		2,500	
複雑		8,000	
経過観察料（複雑）		6,300	
経過観察料（単純）		1,100	
歯列誘導相談料		4,900	
口腔衛生指導料			
小児刷掃指導料		730	
母子口腔保健指導料		2,500	
歯科麻酔料			
局所麻酔薬アレルギーテスト		4,800	
表面電極通電療法		5,900	
針治療		3,800	
針通電療法		5,200	
灸		2,600	
歯科放射線料			
ＣＴ検査		17,700	
多層断層撮影		7,200	
顎関節撮影			
シュラー氏法（４画像）		2,900	
眼窩関節法（２画像）		1,900	
ＭＲＩ検査		21,400	
ＣＴ画像再構築処理		13,100	
診療情報の提供に係る料金			
頭部Ｘ線規格撮影：セファログラフィ（デジタル画像）		4,800	
Ｘ線画像複製料（デジタル画像）		2,200	
パノラマ撮影（デジタル画像）		4,700	
頭部単純撮影（デジタル画像）		4,800	
矯正料			
相談料		4,900	
基本検査料		80,200	
補足検査料		82,700	
特殊検査料			
形態検査			
コンピュータ解析検査		5,000	
顔貌形態予測		11,800	
機能検査			
顎運動機能検査		33,500	
生体振動解析		12,800	
染色体検査		24,900	
分染法加算		4,700	
形態異常病因検査		9,800	
セットアップモデル		41,800	
診断料		31,500	
基本施術料		168,600	
基本施術料（少数歯）		59,200	
装置料			
舌側弧線装置（片顎）		38,500	
唇側弧線装置（片顎）		33,500	
全帯環式矯正装置（片顎）		90,700	
ダイレクトボンディング装置（片顎）			
金属ブラケット		90,800	
プラスチックブラケット		91,900	
セラミックブラケット		103,000	
ＮｉＴｉ使用加算（片顎一回限）		8,200	
セクショナルアーチ（８歯以下）（片顎）		50,000	
インダイレクトボンディング装置（片顎）		108,700	
機能的顎矯正装置		62,500	
機能的顎矯正装置（拡大ネジ付）		72,000	
床矯正装置（片顎）		40,100	
拡大床矯正装置（片顎）		46,600	
Wタイプ拡大装置		50,300	

令和7年4月1日現在

区分	算定単位	金額（円）	備考
急速拡大装置		51,800	
急速拡大装置（スケルトン型）		51,600	
ヘッドギアー		38,700	
チンキャップ		31,600	
前方牽引装置			
マスクタイプ		48,700	
ホルンタイプ		51,100	
ホールディングアーチ		33,600	
リップバンパー		32,800	
タングクリブ（可撤・固定）		43,500	
スライディングプレート		29,800	
オーラルスクリーン		22,500	
ダイナミックポジショナー		65,200	
ヘッドギアー付ダイナミックポジショナー		75,500	
可撤式保定装置（片顎）		40,000	
固定式保定装置（片顎）		30,600	
ＦＳＷリテーナ		16,800	
リンガルブラケット		255,100	
パラタルバー		32,700	
咬合力検査		11,000	
調節料		6,200	
観察料		3,900	
転医資料料		18,000	
口腔衛生指導料		5,800	
装置修理料（共通）		各装置料の額に100分の50を乗じて得た額	
インプラント材植立料（共通）			
相談料		5,500	
基本検査料		9,300	
基本検査料（デジタル画像）		10,400	
顎骨精密検査・植立可否診断			
基本診療料		720	
顎骨精密検査・植立可否診断（選択加算）			
紹介状作成		3,400	
Ｘ線検査（大判４枚）		16,900	
Ｘ線検査（パントモ１枚）		5,600	
ステント作成・調整料			
１～６歯		11,400	
７～１０歯		13,700	
１１歯以上		19,500	
診断用ベアリングを加えた場合（加算）			
１～６歯		3,200	
７～１０歯		5,300	
１１歯以上		7,400	
診断用ワックスアップ			
１歯目		6,500	
２歯目以降	１歯につき	4,300	
（矯正を伴う）セットアップモデル			
１～６歯		6,800	
７～１０歯		9,100	
１１歯以上		10,800	
直接顎骨診査料（測定用釘打ち込み）		22,700	
機能訓練用・診査用義歯作成		80,600	
全身精密検査・診断			
基本診療料		720	
全身精密検査・診断（選択加算）			
心電図		1,800	
血液検査		13,500	
紹介状作成		3,400	
インプラント材植立料			
インプラント材植立料（二次手術を含む。）	１本につき	198,000	
骨移植Ａ（ソケットリフト）	１部位につき	33,000	
骨移植Ｂ（顎　増大術）		55,000	
口腔内診断料		720	
基本診察料		720	
定期観察料		1,800	
口腔内洗浄料		720	
口腔外科後処理料		720	
一次手術後観察料		720	
インプラント補綴			

区分	算定単位	金額（円）	備考
インプラント上部構造（インプラント仮，アバットメント含む。）	１歯につき	242,000	
審美補綴加算（プロセラ）	１歯につき	22,000	
アタッチメント（バー，マグネット）	１本につき	165,000	
【加算項目】 （診療行為の都度徴収） デジタル撮影加算	１枚につき	720	
パノラマ撮影加算	１枚につき	5,600	
スタディーモデル（複雑）採得加算		600	
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	
治療用歯ブラシ ディスポ歯ブラシ	１本につき	120	
口腔ケア歯ブラシ・こども歯ブラシ	各１本につき	230	
尖状歯ブラシ	１本につき	340	
標準歯ブラシ	１本につき	550	
装具品 顔面用簡易型マスク		7,700	
睡眠時無呼吸症候群治療関連 睡眠時無呼吸症候群治療用咬合床（一体型）		52,300	
ソムノデントタイプマウスピース		165,000	
ソムノデントタイプマウスピース修理		38,500	
麻酔関連 麻酔科診断料		5,000	
鎮静管理料 ２時間まで		33,000	
３０分を超えるごとに		5,500	
手術管理料（モニタリング） ２時間まで		16,500	
３０分を超えるごとに		2,200	
全身麻酔 ２時間まで		110,000	
３０分を超えるごとに		27,500	
術後管理料		11,000	
差額徴収の対象となる料金	各々１回につき	使用材料の購入価格から診療報酬の算定方法（平成２０年厚生労働省告示第５９号）別表第２歯科診療報酬点数表の第２章第１２部第３節に定める使用材料料の点数に10円を乗じて得た額を控除した額に100分の110を乗じて得た額	
（保存料，補綴料，小児歯科領域）			
鋳造歯冠修復料			
白金加金又は金合金			
前歯			
歯冠継続歯科			
白金加金又は金合金			
前歯			
特定療養費に係る金属床総義歯の料金	各々１回につき		
白金加金（上顎・下顎）	１床につき	418,600	左記に定める１床当りの価格から特定療養費を控除した金額に100分の110を乗じて得た額
金合金（上顎・下顎）	１床につき	394,100	
特殊合金（上顎・下顎）	１床につき	192,100	
チタン合金（上顎・下顎）	１床につき	293,200	
特定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 フッ化物局所応用	１口腔１回につき	2,400	

*の項目は消費税法における非課税料金とする。