

○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つては、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しいものについては、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8年4月1日から施行する。

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)			
特別室S	1日につき	78,500 (71,363)	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ついては括弧内の料金とする。
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	4,400 (4,000)	
個室D	1日につき	3,300 (3,000)	
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)	
2床室A	1日につき	2,200 (2,000)	
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			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ついては括弧内の料金とする。
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			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ついては括弧内の料金とする。
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)	
新生児オプションスクリーニング検査			
12疾患	1回につき	12,100 (11,000)	
14疾患	1回につき	13,200 (12,000)	
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			法令に基づき無料で交付すべきものを除く。
簡易な文書 (小児)	1通につき	1,100	
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			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。
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		394,000*	
妊娠22週以降の場合		410,000*	
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		454,000*	
妊娠22週以降の場合		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		474,000*	
妊娠22週以降の場合		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	

区分	算定単位	金額 (円)	備考
10個以上の場合	1回につき	115,500	
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0.25mg)	1回につき	10,000	
排卵誘発剤 (HMG注射用75単位 1V)	1回につき	1,700	
排卵誘発剤 (HMG注射用150単位 1V)	1回につき	2,000	
排卵誘発剤 (HMG注射用150単位 2V)	1回につき	3,900	
排卵誘発剤 (HMG注射用150単位 3V)	1回につき	5,800	
排卵誘発剤 (HCG筋注用3000単位1A)	1回につき	2,400	
排卵誘発剤 (HCG筋注用3000単位2A)	1回につき	4,700	
排卵誘発剤 (HCG筋注用3000単位3A)	1回につき	7,100	
持続性黄体ホルモン剤 (プロゲデポー筋注125mg 1A)	1回につき	200	
持続性黄体ホルモン剤 (プロゲデポー筋注125mg 2A)	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	
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	

区分	算定単位	金額 (円)	備考
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 (ヘプタボックス-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 (ヘプタボックス-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 (イモボックスポリオ)	1回につき	9,600 [10,400]	
肺炎球菌ワクチン (ニューモボックス)	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]	
肺炎球菌ワクチン (バクニューバンス)	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 (メンクアッドファイ筋注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 (バイフォータス筋注50mg)	1回につき	[454,500]	
RSウイルスワクチン (バイフォータス筋注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			
アレルギー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	
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	

6歳未満の乳幼児については括弧内の料金とする。

区分	算定単位	金額 (円)	備考
皮膚剥削術			
25cm ² 未満	1回につき	16,400	
25cm ² 以上100cm ² 未満	1回につき	37,000	
100cm ² 以上200cm ² 未満	1回につき	59,000	
200cm ² 以上	1回につき	88,800	
植皮術			
顔面			
25cm ² 未満	1回につき	66,800	
25cm ² 以上100cm ² 未満	1回につき	91,000	
100cm ² 以上200cm ² 未満	1回につき	169,400	
200cm ² 以上	1回につき	234,300	
その他			
25cm ² 未満	1回につき	59,700	
25cm ² 以上100cm ² 未満	1回につき	80,300	
100cm ² 以上200cm ² 未満	1回につき	158,400	
200cm ² 以上	1回につき	221,100	
皮膚弁移植術			
25cm ² 未満	1回につき	41,400	
25cm ² 以上100cm ² 未満	1回につき	75,200	
100cm ² 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			
1mmミニグラフト法に係る料金			
初診施術料 (10cm ² まで)	1回につき	40,000	
再診施術料 (10cm ² まで)	1回につき	37,600	
施術料 (追加10cm ²)	1回につき	36,300	
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	29,600	
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 30分を超えるごとに	44,000 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 1回 (50分) につき 1回 (60分) につき	6,600 11,000 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	
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*	

区分	算定単位	金額 (円)	備考
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・腔式子宮全摘術（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・腔式子宮全摘術（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	
抗ミューラー管ホルモン検査	1回につき	6,600	
プロウベス腔用剤10mg	1個につき	22,000*	
トキソプラズマIgG A v i d i t y検査	1回につき	14,400	
風疹ウイルスIgG A v i d i t y検査	1回につき	14,400	
ヒトパルボウイルスB19 IgG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	
子宮頸管縫縮術（開腹の場合。入院9日目まで。）		702,000*	
子宮頸管縫縮術（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。
メフィーゴバ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	
羊水細胞染色体検査（Gバンド法）	1回につき	68,200*	
羊水細胞／絨毛組織（CVS）染色体検査（FISH法＋Gバンド法）	1回につき	96,800*	
羊水細胞SNPマイクロアレイ（HDアレイ）検査	1回につき	121,000*	
羊水検査処置料	1回につき	40,000*	
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	

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	
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	
ロボット支援子宮筋腫摘出 (核出) 術	1回につき	786,000	
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	
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	

区分	算定単位	金額 (円)	備考
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	
APCスクリーニング	1回につき	104,000	
APC MLPA	1回につき	34,800	
MEN1 MLPA	1回につき	92,500	
TP53スクリーニング	1回につき	104,000	
TP53 MLPA	1回につき	92,500	
PTENスクリーニング	1回につき	104,000	
PTEN MLPA	1回につき	92,500	
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	
ACTR i s k (67遺伝子)	1回につき	363,000	
ACTR i s k C a r e (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	
シングルサイト1サイト	1回につき	37,000	
シングルサイト2サイト	1回につき	55,000	
シングルサイト3サイト	1回につき	73,000	
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			
父子の場合	1名当たり	32,500	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。
母子の場合	1名当たり	31,500	
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	

区分	算定単位	金額 (円)	備考
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	
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	
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-メチルグルタルル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	
ゼーツレコツツェン症候群遺伝子検査	1回につき	42,400	
バリスターホール症候群遺伝子検査	1回につき	42,400	
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	
MICPCCH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	

区分	算定単位	金額 (円)	備考
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	
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	
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	
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	
皮膚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	

区分	算定単位	金額 (円)	備考
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	
処方箋送送料	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「エバシエルド」)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	
刷牙指導料		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			
鑄造歯冠修復料 (インレー, アンレー)			
白金加金			
大白歯		35,100	
前歯・小白歯		34,000	
金合金			
大白歯		34,500	
前歯・小白歯		33,500	
チタン			
前歯・小白歯・大白歯		32,300	
ハイブリッドセラミックレジインレー		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	
ファルカプラスチック		6,300	
トンネリング		10,300	
歯根分割		11,300	

区分	算定単位	金額 (円)	備考
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	
ノンファイ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	
全部鑄造冠料			
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	
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	

区分	算定単位	金額 (円)	備考
1 4 K		69,700	
金バラ		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	
1 4 K		62,700	
金バラ		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			
金属床義歯 (維持装置等を含む。)			
1 2～1 4 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	
9～1 1 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。)			
9～1 4 歯欠損床		178,200	
1～8 歯欠損床		141,800	

区分	算定単位	金額 (円)	備考
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	
鑄造バー			
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			
鑄造鉤			
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, スティール・レスト料			
鑄造フック・スパー, スティール・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, スティール・レスト			
白金加金		11,800	
白歯金属歯料			
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	
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

区分	算定単位	金額 (円)	備考
口腔外科			
根端充填料		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	
アンカースクリュー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	
発音嚙下補助装置用金属床		164,400	
発音嚙下補助装置の付加料		27,200	
発音嚙下補助装置調整料		3,700	
外科処置用機材費			
セラソブルM (150~1000 μ m) 0.5cc	1本につき	11,300	
セラソブルM (1000~2000 μ m) 1cc	1本につき	18,900	
小児歯科			
保険料			
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	
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	

区分	算定単位	金額 (円)	備考
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	
MR I 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	
N i T i 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	
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		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	
タンククリブ (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	
F S Wリテーナ		16,800	
リングルブラケット		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	

区分	算定単位	金額 (円)	備考
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	
サージカルガイド作製料			
1歯～4歯		82,000	
5歯以上		105,000	
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			
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	

区分	算定単位	金額 (円)	備考
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 (保存料, 補綴料, 小児歯科領域)	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
鑄造歯冠修復料			
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		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
白金加金 (上顎・下顎)	1床につき	418,600	
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。