

保険適用外(自費)料金 一覧

令和8年1月5日 現在

【検査】

番号	名称	本体料金	税込料金	番号	名称	本体料金	税込料金
1	5－S－システイニルドーパ(5-S-CD)	6,000	6,600	43	ビタミンB6	3,000	3,300
2	α－ガラクトシダーゼ	23,000	25,300	44	ヒトインターフェロンr[EIA]	5,000	5,500
3	ECP	5,600	6,160	45	ヒトパルボウィルス(B19抗体IgG)	442	486
4	E型肝炎ウィルスRNA定量(HEV-RNA定量)	24,000	26,400	46	フォンウィルブランド因子マルチマー解析	12,400	13,640
5	HBVサブジェノタイプ判定検査	12,000	13,200	47	ブドウ球菌TSST-1	2,000	2,200
6	HCV DCV耐性変異(L31/Y93)検査	7,972	8,769	48	ペプシノーゲンセット	2,000	2,200
7	HCV RNAコアジェノタイプ	15,000	16,500	49	ヘリコバクターピロリ薬剤感受性試験	1,496	1,645
8	HCV 薬剤耐性変異 NS3-D168検査	13,082	14,390	50	尿中マンデル酸エチルベンゼン	350	385
9	HLA-A、B(血清対応型タイピング)	8,400	9,240	51	尿中ステレン代謝物	350	385
10	HLA-A DNA遺伝子型検査	28,900	31,790	52	メチル馬尿酸検査	310	341
11	HLA-B DNA遺伝子型検査	28,900	31,790	53	リゾチーム	25	27
12	HLA-C DNA遺伝子型検査	30,000	33,000	54	亜鉛トランスポーター8(ZnT8)抗体検査	6,000	6,600
13	HLA-DQB1遺伝子型検査	10,900	11,990	55	血液型(自費)	2,900	3,190
14	HLA-DRB1遺伝子型検査	10,900	11,990	56	血液型(自費－HG)	2,530	2,783
15	HLA-DP B1	10,900	11,990	57	好中球殺菌能活性酸素産生能	2,020	2,222
16	HLA-DR	11,400	12,540	58	好中球貪食機能	2,020	2,222
17	IgGサブクラス(IgG1、3)(1項目につき)	2,500	2,750	59	抗胃壁細胞抗体	1,950	2,145
18	IL 28B 遺伝子多型解析	16,000	17,600	60	抗寄生虫抗体スクリーニング検査	5,000	5,500
19	IL-18	4,000	4,400	61	抗寄生虫症免疫診断検査	4,110	4,521
20	MLL/AF 4定量	15,000	16,500	62	抗精子不動化抗体検査	3,000	3,300
21	MLL/AF 9定量	15,000	16,500	63	抗精子不動化抗体検査(SI50)	2,000	2,200
22	NK細胞活性	5,000	5,500	64	抗内因子抗体	5,369	5,905
23	アカントアメーバ検査	8,000	8,800	65	抗平滑筋抗体	760	836
24	アデノウィルスDNA	4,000	4,400	66	高感度TNF-α	8,000	8,800
25	アポリポ蛋白E蛋白表現型(phenotype)検査	4,000	4,400	67	糸状様真菌薬剤感受性試験	16,000	17,600
26	アレルゲン特異的リンパ球刺激試験 ALSTαラクトアルブミン	4,000	4,400	68	循環抗凝血素 スクリーニングテスト	4,000	4,400
27	アレルゲン特異的リンパ球刺激試験 ALSTκカゼイン	4,000	4,400	69	真菌菌株同定検査	6,400	7,040
28	アレルゲン特異的リンパ球刺激試験 ALSTラクトフェリン	4,000	4,400	70	造血器(骨髄)組織診断免疫染色L(MPO*CD11)	3,500	3,850
29	ウイルス同定	12,000	13,200	71	造血器(骨髄)組織診断免疫染色L(TdT*cyCD3)	3,500	3,850
30	ウイルス分離	5,000	5,500	72	造血器腫瘍遺伝子検査AML1/MTG 8 定量	15,000	16,500
31	エキノコックス	1,300	1,430	73	造血器腫瘍遺伝子検査CBFβ/MYH定量	15,000	16,500
32	エンテロウィルス70型	800	880	74	造血器腫瘍遺伝子検査TEL/AML 1 定量	15,000	16,500
33	エンテロウィルス71型	800	880	75	造血器腫瘍遺伝子検査E2A/PBX1定量	15,000	16,500
34	クラミジアシタシIgG	141	155	76	乳癌組織遺伝子発現解析(Curebest 95GC Breast)	250,000	275,000
35	クラミジアシタシIgM	141	155	77	尿中メタノール検査	1,701	1,871
36	コレステロール検査	2,000	2,200	78	白血病キメラスクリーニング	16,900	18,590
37	シトステロール検査	5,000	5,500	79	破傷風	8,000	8,800
38	セロトニン(5-HT)	1,364	1,500	80	馬尿酸検査	300	330
39	トリプターゼ	5,500	6,050	81	ろ胞性リンパ腫免疫染色 L(bcl2*CD10)	3,500	3,850
40	ニューモシスチス カリニDNA	8,300	9,130	82	薬剤によるリンパ球刺激試験で使用する薬剤(1剤につき)	薬価に掲載されている価格	
41	パルスフィールド(MRSA)	20,400	22,440	83	郵送料	実費負担	
42	バルトネラ属抗体	10,000	11,000				

【歯科】

番号	名称	本体料金	税込料金	番号	名称	本体料金	税込料金
84	開口器(歯科口腔外科)	1,400	1,540	96	歯科 金合金インレー、アンレー(前歯)／本	71,081	78,189
85	洗浄針(歯科口腔外科)	120	132	97	歯科 金合金インレー、アンレー(小臼歯)／本	68,600	75,460
86	ポリ顎顎バンテージ(S～L)	7,000	7,700	98	歯科 金合金インレー、アンレー(大臼歯)／本	59,814	65,795
87	歯科 インプラント1次手術費	133,530	146,883	99	歯科 白色加金インレー、アンレー(前歯)／本	71,862	79,048
88	歯科 インプラント2次手術費	28,390	31,229	100	歯科 白色加金インレー、アンレー(小臼歯)／本	69,381	76,319
89	歯科 インプラントの材料(上部構造以外の使用材料)	購入価格	税込購入価格	101	歯科 白色加金インレー、アンレー(大臼歯)／本	59,732	65,705
90	歯科 インプラントの材料(上部構造、1歯分)	131,000	144,100	102	歯科 レジン前装冠(金合金、前歯・小臼歯共に)	65,430	71,973
91	歯科 フッ素塗布	2,100	2,310	103	歯科 オールハイブリッドセラミック冠(エステニア等)／本	72,100	79,310
92	歯科 金属床義歯(1～4歯欠損)／本	153,537	168,890	104	歯科 軟質裏装義歯レジン床(1～8歯欠損)	114,740	126,214
93	歯科 金属床義歯(5～8歯欠損)／本	170,090	187,099	105	歯科 軟質裏装義歯レジン床(9歯～14歯欠損)	146,180	160,798
94	歯科 金属床義歯(9歯欠損～全部床)／本	180,190	198,209	106	歯科 軟質裏装義歯レジン床(15歯欠損～全部床)	182,224	200,446
95	歯科 陶材焼付冠(メタルボンド)(前歯・臼歯共に)	71,080	78,188				

【形成外科】

番号	名称	本体料金	税込料金	番号	名称	本体料金	税込料金
107	瘢痕拘縮形成手術(顔面)基本1cmまで	50,000	55,000	110	瘢痕拘縮形成手術(その他)1cm延長につき	8,000	8,800
108	瘢痕拘縮形成手術(顔面)1cm延長につき	10,000	11,000	111	Z形成術加算	25,000	27,500
109	瘢痕拘縮形成手術(その他)基本1cmまで	40,000	44,000				

【産婦人科】

番号	名称	本体料金	税込料金	番号	名称	本体料金	税込料金
112	エンゼルボックス20	1,050	1,155	134	妊婦健診(超音波検査)	1,550	－
113	エンゼルボックス30	2,100	2,310	135	妊婦健診(末血)	1,810	－
114	エンゼルボックス35	2,300	2,530	136	妊婦健診(ノンストレステスト)	2,100	－
115	ミラクリッド膣坐薬5000単位	200	220	137	助産師外来(超音波検査)	1,550	－
116	ピル処方箋(自費)	1,360	1,496	138	助産師外来(妊婦健診時)	5,240	－
117	受胎調節料(挿入)	22,110	24,321	139	胎児超音波検査(健診)	1,550	－
118	受胎調節料(抜去)	14,960	16,456	140	分娩(助産)	237,720	－
119	緊急避妊剤	9,090	9,999	141	介補料	5,000	－
120	緊急避妊剤(超音波あり)	14,390	15,829	142	介補料(助産)	3,810	－
121	プロウペス膣用剤10mg	18,000	19,800	143	新生児室料	710	－
215	メフィーゴパック	45,455	50,000	144	新生児寝具加算	290	－
122	妊娠反応検査	3,140	－	145	血液ガス分析【臍帯血】	2,260	－
123	妊娠反応検査(入院用)	2,740	－	146	新生児聴覚スクリーニング検査	6,600	－
124	羊水検査	60,000	－	147	先天性代謝異常検査検体採血料(第1回目)	2,800	－
125	絨毛染色体検査	60,000	－	148	先天性代謝異常検査検体採血料(第2回目)	1,000	－
126	妊婦健診(B群溶血清レンサ球菌検査)	3,200	－	149	先天性代謝異常検査検体採血料(第3回目)	1,000	－
127	妊婦健診(HTLV－1抗体検査)	3,070	－	150	拡大新生児スクリーニング検査(同意なし)	7,500	8,250
128	妊婦健診(ラクトバチルス)	2,000	－	216	拡大新生児スクリーニング検査(同意あり)	2,500	2,750
129	妊婦健診(基本的な妊婦健康診査)	5,760	－	151	分娩後二週間検診(診察なし)	2,060	2,266
130	妊婦健診(血糖)	1,550	－	152	分娩後二週間検診・一か月検診(診察あり)	3,560	3,916
131	妊婦健診(子宮頸がん検診(細胞診))	3,400	－	153	助産師外来(健診時以外の希望者)	1,300	1,430
132	妊婦健診(初期妊婦健康診査)	15,160	－	154	助産師外来(健診時以外の希望者・他院通院、他院分娩)	2060	2,266
133	妊婦健診(性器クラミジア検査)	1,980	－				

【糖尿病・内分泌内科】

番号	名称	本体料金	税込料金	番号	名称	本体料金	税込料金
220	間歇スキャン式持続血糖測定器(リーダー)	6,380	7,018	221	間歇スキャン式持続血糖測定器(センサー)	6,120	6,732

【ワクチン・予防接種】

番号	名称	本体料金	税込料金	番号	名称	本体料金	税込料金
155	A型肝炎ワクチン(自費)	4,091	4,500	176	4価髄膜炎菌ワクチン(自費)	17,991	19,790
156	BCGワクチン(自費)	6,500	7,150	177	9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン(自費)	21,240	23,364
157	B型肝炎ワクチン(自費・6歳未満)	1,940	2,134	178	二種混合DTワクチン(自費)	1,130	1,243
158	B型肝炎ワクチン(自費・6歳以上)	2,112	2,323	219	三種混合ワクチン(自費)	1,510	1,661
159	HBワクチン(自費・6歳未満)	1,966	2,162	179	五種混合ワクチン(自費)	14,580	16,038
160	HBワクチン(自費・6歳以上)	2,236	2,459	180	予防接種手技料(6歳未満・1回目・注射)	3,910	4,301
161	Hibワクチン(自費)	4,348	4,782	181	予防接種手技料(6歳未満・2回目以降・注射)	1,390	1,529
162	おたふくかぜワクチン(自費)	2,830	3,113	182	予防接種手技料(6歳以上・1回目・注射)	3,160	3,476
163	ロタテック(自費)	5,107	5,617	183	予防接種手技料(6歳以上・2回目以降・注射)	1,010	1,111
164	ロタリックス(自費)	9,700	10,670	184	予防接種手技料(6歳未満・1回目・経口接種)	3,660	4,026
165	狂犬病ワクチン(自費)	10,987	12,085	185	予防接種手技料(6歳未満・2回目以降・経口接種)	1,140	1,254
166	四種混合ワクチン(自費)	5,900	6,490	186	予防接種手技料(6歳以上・1回目・経口接種)	2,910	3,201
167	小児用肺炎球菌ワクチン(自費)	6,620	7,282	187	予防接種手技料(6歳以上・2回目以降・経口接種)	760	836
168	水痘ワクチン(自費)	3,840	4,224	188	インフルエンザワクチン予防接種(病院委託業務従事者等)	1,494	1,643
169	日本脳炎ワクチン(自費)	2,680	2,948	189	インフルエンザワクチン予防接種(任意1回目)	4,688	5,156
170	破傷風ワクチン(自費)	819	900	190	インフルエンザワクチン予防接種(任意2回目)	4,688	5,156
171	肺炎球菌ワクチン(自費)	4,218	4,639	191	エバシールド筋注(初回)	2,819	3,100
172	不活化ポリオワクチン(自費)	5,200	5,720	192	エバシールド筋注(2回目以降)	1,010	1,111
173	風疹ワクチン(自費)	2,300	2,530	217	带状疱疹ワクチン(生ワクチン・任意)	8,055	8,860
174	麻しんワクチン(自費)	2,160	2,376	218	带状疱疹ワクチン(組換えワクチン・任意)	20,055	22,060
175	麻しん及び風しんワクチン(自費)	4,840	5,324				

【材料・文書・その他】

番号	名称	本体料金	税込料金	番号	名称	本体料金	税込料金
192	5%食塩点眼液5mℓ	20	21	205	セカンドオピニオン	15,000	16,500
193	紙おむつ各種1袋	2,750	3,025	206	付添食	510	561
194	紙パット1袋	1,400	1,540	207	脳ドック	22,300	24,530
195	ポスクール1本	300	330	208	病理解剖受託費用	250,000	275,000
196	角膜保護等用コンタクトレンズ(片眼)	684	752	209	死後処置料	4,000	4,400
197	噴霧器	1,100	1,210	210	寝巻(死後処置時使用)	購入価格	税込購入価格
198	綿花50g 1箱	300	330	211	材料(死後処置時使用)	2,400	2,640
199	ハートバンド	2,900	3,190	212	診療報酬に規定されているが、交通事故等の診療として行うもの	診療報酬1点につき20円	診療報酬1点につき22円
200	レントゲン複写料金(CD-R)	2,200	2,420				
201	レントゲン複写料金(DVD)	2,400	2,640	213	診療報酬に規定されているが、自費診療として行うもの(交通事故等は除く)	診療報酬1点につき10円	診療報酬1点につき11円
202	診療情報提供料(自費) 1通	2,500	2,750				
203	薬価に掲載されていない薬剤の処方箋(自費)	1,360	1,496	214	労災保険、公務災害補償制度に規定されているが、自費で支払いが必要な場合	規定されている金額	規定されている金額×1.1
204	診察券	100	110				