保険適用外（自己負担）の診療等料金について（令和８年１０月１日）

【掲示義務】

本院では次のとおり諸料金を設定しています。（非課税と表記のある項目以外は、すべて税込金額です）

(1) 特別療養環境室（差額病床室）

区分	１日の料金	設備									
		湯舟	シャワー	トイレ	キッチン	洗面台・ロッカー	テレビ	冷蔵庫	応接セット	テーブル	椅子
Ｓ 室	27,500円	○	○	○	○	○	○	○	○	←含む	←含む
Ａ 室	12,100円		○	○		○	※	※		○	○
Ｂ 室	7,700円			○		○	※	※		○	○
Ｃ 室	5,500円					○	※	※		○	○

１）Ｓ室はテレビ・冷蔵庫を無料でお使いいただけます。
※Ａ・Ｂ・Ｃ室のテレビ・冷蔵庫は、別途使用料がかかります。
２）出産でご利用される場合には，消費税は非課税となります。

(2) 分べん介助料　※非課税

分べん日	分 べ ん 終 了 時 刻	料金（１児の場合）
平 日	午前8時30分 ～ 午後5時	210,000 円
平日･土曜日	午後5時(土曜日は午前8時30分)～午後10時，午前6時～午前8時30分	230,000 円
	午後10時 ～ 午前6時	250,000 円
日曜日･休日		

※２児以上の場合は，１児増すごとに１児の料金の２分の１相当を加算した額

(3) 新生児保育料　※非課税　1日につき　7,000 円

(4) 健康診断料　1回につき　2,750 円

ただし，健康診断料は，医科点数表による初診料に含まれる範囲内の検査とし，その他の検査を行ったときは，医科点数表に準じて算出した額に消費税相当額を加算した金額を別にお支払い願います。

(5) 新生児スクリーニング検査　※非課税

イ	先天性代謝異常検査		
(ｲ)	先天性代謝異常検査採血料	1回につき	2,800 円
(ﾛ)	再採血料	1回につき	1,000 円
(ﾊ)	拡大新生児スクリーニング検査	1回につき	8,250 円
(ﾆ)	拡大新生児スクリーニング検査(実証事業)	1回につき	2,750 円
ロ	新生児聴覚スクリーニング検査	1回につき	6,700 円
ハ	先天性サイトメガロウイルススクリーニング検査	1回につき	5,100 円

(6) 妊婦健診料　※非課税

イ	基本的な妊婦健康診査①	1回につき	5,240 円
ロ	基本的な妊婦健康診査②	1回につき	5,760 円
ハ	血液検査（初回）	1回につき	9,920 円
ニ	血液検査（血算・血糖）	1回につき	3,360 円
ホ	血液検査（血算）	1回につき	1,810 円
ヘ	GBS検査	1回につき	3,200 円
ト	子宮頸がん検診（細胞診）	1回につき	3,400 円
チ	超音波検査	1回につき	5,300 円
リ	血液検査（HTLV-1抗体検査）	1回につき	3,070 円
ヌ	性器クラミジア検査	1回につき	1,980 円
ル	ラクトバチルス（Nスコア）	1回につき	2,000 円
ヲ	産褥健診	1回につき	6,030 円

(7)	子宮内リング挿入料	1回につき	33,000 円
(8)	子宮内避妊システム（ミレーナ）挿入料	1回につき	71,447 円
(9)	子宮内リング抜去料	1回につき	16,500 円
(10)	文書料（法令に基づき無料で交付すべきものを除く。）		
イ	診断書料	1通につき	4,400 円
ロ	健康診断書料	1通につき	4,400 円
ハ	死亡診断書（死体検案書）料	1通につき	5,500 円
ニ	特殊診断書料	1通につき	7,700 円
ホ	保険会社又は共済組合等の様式による診断書料	1通につき	11,000 円
ヘ	警察署，検察庁，裁判所，弁護士等からの依頼に係る回答書料	1通につき	11,000 円
ト	証明書料	1通につき	3,300 円
チ	指定難病臨床調査個人票料	1通につき	5,500 円
リ	小児慢性特定疾病医療意見書料	1通につき	5,500 円
ヌ	特殊証明書料	1通につき	5,500 円
ル	外国語で作成する診断書及びその他の医学的判断を伴う証明書料	1通につき	13,200 円
(11)	複写料		
イ	診療録等複写料（電子式複写）	1枚につき	20 円
ロ	X線画像複写料		
(ｲ)	レーザーイメージャーフィルム（半切）	1枚につき	859 円
(ﾛ)	レーザーイメージャーフィルム（B4）	1枚につき	722 円
(ﾊ)	CD-R	1枚につき	1,780 円
(ﾆ)	DVD-R	1枚につき	1,959 円
ハ	X線フィルムデジタイズ料		544 円
(12)	歯科領域の諸料金（外来診療棟１階・歯科口腔外科外来に掲示）		
(13)	評価療養（実施する診療科外来及び病棟に掲示）		
(14)	特定機能病院における初診時および再診時の負担額		
イ	紹介状なしの患者における初診料（医科及び歯科）		11,000 円
ロ	紹介状なしの患者における再診料（医科及び歯科）		5,500 円
(15)	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については、医科点数表及び歯科点数表に準じて算定した額に消費税相当額を加算した金額		
(16)	ヒト体外受精胚移植法料		
イ	卵採取	1回につき	91,190 円
ロ	卵採取（採取できないとき）	1回につき	30,800 円
ハ	卵培養（体外受精）	1回につき	102,190 円
ニ	卵培養（顕微受精）	1回につき	151,250 円
ホ	卵培養（精巣精子顕微授精）	1回につき	212,630 円
ヘ	胚移植	1回につき	32,120 円
ト	胚凍結（1年間）（5個までのとき）	1回につき	62,370 円
チ	胚凍結（1年間）（6個以上のとき）	1回につき	88,220 円
リ	凍結胚融解	1回につき	40,260 円
ヌ	アシステッドハッチング加算	1回につき	10,780 円
ル	高濃度ヒアルロン酸含有培養加算	1回につき	11,990 円
ヲ	凍結更新料（1年間）	1回につき	13,200 円
ワ	精子特殊処理		
(ｲ)	ミグリス法	1回につき	5,500 円
(ﾛ)	ZyMot法	1回につき	32,780 円
カ	着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）	1受精卵あたり	65,560 円
ヨ	着床前胚染色体構造異常検査（PGT-SR）	1受精卵あたり	65,560 円
(17)	入院期間が180日を超える場合の自己選択に係る入院基本料負担額		3,540 円
(18)	自費診療単価		
イ	交通事故　※非課税	1点あたり	20 円
ロ	外国人患者（日本国籍を有さず，かつ，日本の公的医療保険を有しない者）	1点あたり	33 円
(19)	死後処置料		
イ	ねまき有り		7,810 円
ロ	ねまき無し		5,940 円
(20)	セカンドオピニオン外来相談料	1回につき	33,000 円
(21)	保険適用外検査		
イ	抗フォスファチジルエタノールアミンIGG抗体	1回につき	1,925 円
ロ	抗フォスファチジルエタノールアミンIGM抗体	1回につき	1,925 円
ハ	抗フォスファチジルセリンIGG抗体	1回につき	4,620 円
ニ	抗フォスファチジルセリンIGM抗体	1回につき	4,620 円
ホ	TH1/TH2（IFN-γ × IL-4/CD4）	1回につき	15,400 円
ヘ	NK細胞活性	1回につき	4,180 円
ト	抗HLA抗体	1回につき	23,100 円
チ	抗プロトロンビン抗体	1回につき	6,160 円
リ	精子不動化抗体（SI50）	1回につき	10,560 円
ヌ	精子不動化抗体	1回につき	6,160 円
ル	羊水染色体検査（G-band法）	1回につき	110,000 円
ヲ	HLA検査料・クロスマッチ検査料等		
(ｲ)	HLA-A，B（血清対応型タイピング）		11,000 円
(ﾛ)	HLA-DR（血清対応型タイピング）		15,400 円
(ﾊ)	ダイレクトクロスマッチ（リンパ球交差試験）		14,300 円
(ﾆ)	HLA-A（DNAタイピング）		22,000 円
(ﾎ)	HLA-B（DNAタイピング）		22,000 円
(ﾍ)	HLA-C（DNAタイピング）		22,000 円
(ﾄ)	HLA-DPB1（DNAタイピング）		22,000 円
(ﾁ)	HLA-DRB1（DNAタイピング）		22,000 円
(ﾘ)	HLA-DQA1（DNAタイピング）		16,500 円
(ﾇ)	HLA-DQB1（DNAタイピング）		22,000 円
(ﾙ)	HLA-A，B，C，DRB1，DRB3/4/5，DQA1，DQB1，DPA1，DPB1遺伝子型検査（11座）（NGS法）		61,600 円
(ﾗ)	HLA-A，B，DRB1+C遺伝子型検査（Luminex法）		49,500 円
(ﾜ)	HLA-A，B，C，DRB1，DQA1，DQB1，DPA1，DPB1各遺伝子型検査（Luminex法）		18,700 円
(ｶ)	移植後キメリズム検査		35,200 円
ワ	HBV分子系統解析検査		
(ｲ)	父子の場合1人当たり		35,750 円
(ﾛ)	母子の場合1人当たり		34,650 円
カ	HBVサブジェノタイプ判定検査		16,500 円
ヨ	ホールボディカウンターによる内部被ばく検査	1回につき	11,000 円
タ	Y染色体微小欠失検査	1回につき	33,000 円
レ	脳神経内科における各種検査料　※外来のみ		
(ｲ)	抗NMDA受容体抗体（定性）	1回につき	23,650 円
(ﾛ)	抗NMDA受容体抗体（定量）	1回につき	32,120 円
(ﾊ)	傍腫瘍性神経症候群関連抗体セット	1回につき	32,120 円
(ﾆ)	筋炎関連抗体セット	1回につき	18,370 円
(ﾎ)	抗核抗体セット	1回につき	13,530 円
(ﾍ)	抗LGI1抗体	1回につき	42,900 円
(ﾄ)	抗CASPR2抗体	1回につき	38,500 円
(ﾁ)	抗LGI1抗体+抗CASPR2抗体	1回につき	62,700 円
(ﾘ)	抗MOG抗体	1回につき	48,400 円
(ﾇ)	抗SRP抗体+抗HMGCR抗体	1回につき	46,200 円
(ﾙ)	抗AQP4抗体	1回につき	35,200 円
(ﾗ)	抗NAE抗体	1回につき	50,600 円
(ﾜ)	抗gAChR抗体	1回につき	47,300 円
(ｶ)	Ri自己抗体	1回につき	44,220 円
(ﾖ)	Hu自己抗体	1回につき	44,220 円
(ﾀ)	Yo自己抗体	1回につき	44,220 円
(ﾚ)	神経核内封入体病（NIID）	1回につき	23,980 円
ソ	その他遺伝子検査料　※外来のみ		
1	Noonan症候群遺伝子検査	1回につき	56,320 円
2	常染色体優性多発性嚢胞腎遺伝子検査	1回につき	62,370 円
3	常染色体劣性多発性嚢胞腎遺伝子検査	1回につき	44,330 円
4	内分泌パネル1（副腎疾患）遺伝子検査	1回につき	56,320 円
5	内分泌パネル2（成長障害）遺伝子検査	1回につき	56,320 円
6	内分泌パネル3（46,XY性分化疾患）遺伝子検査	1回につき	56,320 円
7	内分泌パネル4（性成熟疾患）遺伝子検査	1回につき	56,320 円
8	内分泌パネル5（下垂体機能障害）遺伝子検査	1回につき	56,320 円
9	内分泌パネル6（糖代謝異常症）遺伝子検査	1回につき	56,320 円
10	内分泌パネル7（骨疾患）遺伝子検査	1回につき	56,320 円
11	内分泌パネル8（卵単機能不全症）遺伝子検査	1回につき	56,320 円
12	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	56,320 円
13	骨端異形成症遺伝子検査	1回につき	56,320 円
14	糖原病Ia型遺伝子検査	1回につき	44,220 円
15	糖原病Ib型遺伝子検査	1回につき	44,220 円
16	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	56,320 円
17	アルカプトン尿症遺伝子検査	1回につき	44,220 円
18	稀な骨粗鬆症遺伝子検査	1回につき	56,320 円
19	X連鎖性遺伝性水頭症遺伝子検査	1回につき	44,220 円
20	遺伝性低リン血症性くる病遺伝子検査	1回につき	56,320 円
21	遺伝性副甲状腺機能亢進症遺伝子検査	1回につき	56,320 円
22	遺伝性肺高血圧症遺伝子検査	1回につき	56,320 円
23	レッシュ・ナイハン症候群遺伝子検査	1回につき	44,220 円
24	高チロシン血症I型遺伝子検査	1回につき	44,220 円

保険適用外（自己負担）の診療等料金について（令和８年１０月１日）

【掲示義務】

本院では次のとおり諸料金を設定しています。（非課税と表記のある項目以外は、すべて税込金額です）

25	孔脳症・裂脳症遺伝子検査	1回につき	44,220 円
26	クリスタリン網膜症遺伝子検査	1回につき	44,220 円
27	Cantu症候群遺伝子検査	1回につき	44,220 円
28	血友病遺伝子検査	1回につき	44,220 円
29	HSV-1定性PCR（HSV1型）	1回につき	20,020 円
30	HSV-2定性PCR（HSV2型）	1回につき	20,020 円
31	VZV定性PCR	1回につき	20,020 円
32	EBV定性PCR	1回につき	20,020 円
33	CMV定性PCR	1回につき	20,020 円
34	脊髄小脳変性症（SCD）の遺伝子解析SCA1	1回につき	21,230 円
35	脊髄小脳変性症（SCD）の遺伝子解析SCA2	1回につき	21,230 円
36	脊髄小脳変性症（SCD）の遺伝子解析SCA3（MJD）	1回につき	21,230 円
37	脊髄小脳変性症（SCD）の遺伝子解析SCA6	1回につき	21,230 円
38	脊髄小脳変性症（SCD）の遺伝子解析SCA10	1回につき	21,230 円
39	脊髄小脳変性症（SCD）の遺伝子解析SCA12	1回につき	21,230 円
40	脊髄小脳変性症（SCD）の遺伝子解析SCA17	1回につき	21,230 円
41	反復発作性運動失調症遺伝子検査	1回につき	44,220 円
42	家族性片麻痺性片頭痛遺伝子検査	1回につき	44,220 円
43	FGFR3病遺伝子検査	1回につき	44,220 円
44	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	44,220 円
45	レット症候群遺伝子検査	1回につき	44,220 円
46	TNXB遺伝子検査	1回につき	62,370 円
47	TP53スクリーニング	1回につき	99,000 円
48	BRCA1/2遺伝子シングルサイト	1回につき	74,250 円
49	TP53シングルサイト	1回につき	41,580 円
50	High/Moderate Risk Breast Cancer Panel（9遺伝子）	1回につき	267,850 円
51	がん関連シングルサイト解析（1項目）	1回につき	14,960 円
52	がん関連シングルサイト解析（2項目）	1回につき	18,920 円
53	がん関連シングルサイト解析（3項目）	1回につき	22,880 円
54	がん関連シングルサイト解析（4項目）	1回につき	26,950 円
55	がん関連シングルサイト解析（5項目）	1回につき	30,910 円
56	がん関連シングルサイト解析（5項目を超えた1項目ごと）	1回につき	4,070 円
57	神経線維腫症遺伝子検査	1回につき	44,000 円
58	ヒト遺伝子単一エクソン解析（サンガー法）1箇所	1回につき	21,670 円
59	ヒト遺伝子単一エクソン解析（サンガー法）2箇所	1回につき	36,300 円
60	ヒト遺伝子単一エクソン解析（サンガー法）3箇所	1回につき	51,040 円
61	ヒト遺伝子単一エクソン解析（サンガー法）4箇所	1回につき	65,670 円
62	ヒト遺伝子単一エクソン解析（サンガー法）5箇所	1回につき	80,300 円
63	シスチン尿症遺伝子検査	1回につき	45,100 円
64	偽性副甲状腺機能低下症遺伝子検査	1回につき	45,100 円
65	shox遺伝子検査	1回につき	51,700 円
66	Targeted Variant Analysis first mutation（1 variant）	1回につき	38,500 円
67	Targeted Variant Analysis second mutation（2 variant）	1回につき	57,200 円
68	Targeted Variant Analysis third mutation（3 variant）	1回につき	74,800 円
69	魚鱗癬症候群遺伝子検査	1回につき	56,100 円
70	常染色体潜性遺伝性魚鱗癬遺伝子検査	1回につき	56,100 円
ツ	精子検査		
(ｲ)	酸化ストレス測定	1回につき	7,700 円
(ﾛ)	DFI検査	1回につき	8,910 円
ネ	子宮内膜着床機能検査（ERA）	初回	109,560 円
		2回目	90,200 円
		3回目	32,120 円
ナ	子宮内膜マイクロバイオーム検査（EMMA）	初回	61,160 円
		再検査	36,960 円
ラ	感染性慢性子宮内膜炎検査（ALICE）	初回	44,110 円
		再検査	30,910 円
ム	Endome Trio（ERA+EMMA+ALICE）	1回につき	133,760 円
ウ	子宮内膜胚受容期検査（ERPeak）		
(ｲ)	1回目	1回につき	99,220 円
(ﾛ)	2回目（1回目が非受容期だった場合）	1回につき	49,610 円
ノ	マイコプラズマ・ニューモニエDNA/PCR	1検体1回につき	9,460 円
(22)	リンパ浮腫外来		
イ	複合的理学療法・片側（上肢）（初回）		6,495 円
ロ	複合的理学療法・片側（上肢）（２回目以降）		3,561 円
ハ	複合的理学療法・両側（上肢）（初回）		7,647 円
ニ	複合的理学療法・両側（上肢）（２回目以降）		4,714 円
ホ	複合的理学療法・片側（下肢）（初回）		8,800 円
ヘ	複合的理学療法・片側（下肢）（２回目以降）		4,400 円
ト	複合的理学療法・両側（下肢）（初回）		11,000 円
チ	複合的理学療法・両側（下肢）（２回目以降）		6,600 円
(23)	育児外来料		2,200 円
(24)	診察券再発行料		110 円
(25)	予防接種料　※当院長期入院中等の理由により，他院での接種が困難な方に限ります		
イ	インフルエンザワクチン（初回）		3,850 円
ロ	インフルエンザワクチン（２回目）		2,200 円
ハ	B型肝炎ワクチン	1回につき	6,886 円
ニ	ロタウイルスワクチン　1価	1回につき	15,081 円
ホ	ロタウイルスワクチン　5価	1回につき	10,076 円
ヘ	ムンプス（おたふくかぜ）ワクチン	1回につき	3,850 円
ト	二種混合ワクチン	1回につき	6,556 円
チ	MR（麻しん風しん混合）ワクチン	1回につき	11,066 円
リ	日本脳炎ワクチン	1回につき	8,074 円
ヌ	BCGワクチン	1回につき	11,616 円
ル	不活化ポリオワクチン	1回につき	11,066 円
ヲ	子宮頸がん予防ワクチン　9価	1回につき	29,711 円
ワ	Hib（ヒブ）ワクチン	1回につき	9,526 円
カ	肺炎球菌ワクチン　15価	1回につき	12,694 円
ヨ	肺炎球菌ワクチン　20価（6歳未満）	1回につき	12,496 円
タ	肺炎球菌ワクチン　20価（6歳以上）	1回につき	11,561 円
レ	肺炎球菌ワクチン　21価	1回につき	11,660 円
ソ	肺炎球菌ワクチン　23価	1回につき	8,223 円
ツ	水痘ワクチン（6歳未満）	1回につき	9,394 円
ネ	水痘ワクチン（6歳以上）	1回につき	8,860 円
ナ	五種混合ワクチン	1回につき	20,526 円
ラ	RSウイルスワクチン（アブリスボ筋注用）	1回につき	31,141 円
ム	帯状疱疹ワクチン（シングリックス筋注用）	1回につき	22,060 円
(26)	妊娠と薬外来相談料　※妊娠中の方は非課税		
イ	青森県内居住者	1回につき	1,650 円
ロ	青森県外居住者	1回につき	5,500 円
(27)	乳児一般健康診査	1回につき	5,730 円
(28)	面談料	1回につき	5,500 円
(29)	内視鏡下手術用ロボット（da Vinci サージカルシステムSi）支援時における膀胱全摘術		1,180,550 円
(30)	遺伝カウンセリング		
イ	1時間まで		5,500 円
ロ	1時間を超え30分毎		2,750 円
(31)	がん治療等における卵巣組織保存等料		
イ	卵巣組織採取料（開腹術）	1回につき	61,600 円
ロ	卵巣組織採取料（腹腔鏡手術）	1回につき	125,400 円
ハ	卵巣組織凍結保存料（新規1年間）		89,100 円
ニ	卵巣組織凍結保存料（継続1年毎）		13,200 円
ホ	卵巣融解料	1回につき	53,900 円
ヘ	卵巣組織自家移植料（開腹術）	1回につき	61,600 円
ト	卵巣組織自家移植料（腹腔鏡手術）	1回につき	125,400 円
(32)	遺伝性乳がん・卵巣がん症候群の遺伝子検査料		
イ	HBOCスクリーニング検査	1回につき	228,800 円
ロ	BRCA MLPA	1回につき	38,500 円
ハ	クイックHBOC	1回につき	264,000 円
ニ	HBOCシングルサイト	1回につき	38,500 円
(33)	リンチ症候群の遺伝子検査料		
イ	MMRスクリーニング	1回につき	134,200 円
ロ	追加MMRスクリーニング	1回につき	68,200 円
ハ	MLH1フルシークエンシング	1回につき	90,200 円
ニ	MSH2フルシークエンシング	1回につき	90,200 円
ホ	MSH6フルシークエンシング	1回につき	90,200 円
ヘ	PMS2フルシークエンシング	1回につき	90,200 円
ト	MLH1/MSH2 MLPA	1回につき	35,200 円
チ	MMRシングルサイト	1回につき	35,200 円
(34)	家族性大腸腺腫症の遺伝子検査料		
イ	APCスクリーニング	1回につき	101,200 円
ロ	追加APCスクリーニング	1回につき	35,200 円
ハ	APCシングルサイト	1回につき	35,200 円
(35)	再生医療提供料　※外来のみ		
イ	第二種再生医療等		
(ｲ)	PRP＋ヒアルロン酸併用療法(関節内投与 Angel)	1回につき	207,020 円
(ﾛ)	PRP＋ヒアルロン酸併用療法(関節内投与 ACP MAX)	1回につき	101,750 円
(ﾊ)	PRP＋ヒアルロン酸併用療法(関節内投与 ACP)	1回につき	26,840 円
ロ	PRP療法（関節外投与）	1回につき	25,300 円
(36)	鍼灸治療料　※外来のみ		
イ	はりのみ	1回につき	3,300 円
ロ	はり・きゅう併用	1回につき	3,410 円
(37)	形成外科領域の処置及び手術料		
イ	瘢痕拘縮形成手術（顔面）	基本1cmまで	55,000 円
		加算1cmにつき	11,000 円
ロ	瘢痕拘縮形成手術（その他）	基本1cmまで	44,000 円
		加算1cmにつき	8,800 円
ハ	Z形成術加算	1カ所につき	27,500 円
(38)	在宅医療に係る交通費		実費相当額
(39)	がん生殖医療相談料	30分につき	5,500 円
(40)	子宮頸管熟化剤（プロスタグランジンE2製剤）プロウペス腟用剤10mg　※非課税	1回につき	25,200 円
(41)	PFC-FD療法		
イ	PFC-FD療法（注入2回分として）		127,270 円
ロ	検査手数料（採血後加工不可の場合）		12,650 円
(42)	造血幹細胞移植等関係費用		
	造血幹細胞移植用骨髄液等運搬料	1回につき	実費相当額
	造血幹細胞等移植ドナー特別室料	1回につき	実費相当額
(43)	次世代シーケンサーを用いた流死産絨毛・胎児組織染色体検査料（POC NGS検査）	1回につき	93,500 円
(44)	巻き爪マイスター設置料		
イ	リネイルゲル使用時	1回1趾	14,300 円
ロ	リネイルゲル使用時	同日1趾追加	9,900 円
ハ	リネイルゲル未使用時	1回1趾	9,900 円
ニ	リネイルゲル未使用時	同日1趾追加	5,500 円
ホ	リネイルゲル塗布のみ	1趾につき	6,600 円
(45)	出生前診断相談・NIPT検査料		
イ	出生前診断相談料	1回につき	5,500 円
ロ	NIPT検査料	1回につき	91,300 円
ハ	NIPT検査結果説明料	1回につき	5,500 円
(46)	産後ケア利用料　※非課税		
イ	短期入所型	1日につき	2,500 円
ロ	短期入所型・多胎児加算額1人につき	1日につき	500 円
(47)	長期収載品処方に関する特別の料金	後発医薬品との差額の1/2の金額	
(48)	医療上の必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結及び融解（導入後1年間）	1回当たり	11,000 円

2026.10.1　弘前大学医学部附属病院 医事課医事担当

文書料の詳細区分表

【附属病院諸料金規程による料金】

区分	料金	適用	主な文書名等
イ　診断書	4,000円 （＋消費税）	医師が記入するもので 本院所定の様式	診断書
		医師が記入するもので 本院所定外の様式	母性健康管理指導事項連絡カード
			おむつ使用証明書
			ストーマ装具使用証明書
			自立支援（精神通院医療）診断書
			精神障害者保健福祉手帳診断書
			先天性血液凝固因子障害等治療研究事業診断書
ロ　健康診断書	4,000円 （＋消費税）	医師が記入するもので 本院所定の様式・本院所定外の様式	健康診断書
ハ　死亡診断書(死体検案書)	5,000円 （＋消費税）	本院指定の様式・ 厚生労働省の指定様式	死亡届・死亡診断書（死体検案書） ＊行政手続用に市町村等へ提出するもの
ニ　特殊診断書	7,000円 （＋消費税）	医師が記入するもので 本院所定外の様式	国民年金等診断書
			遺族年金等診断書
			肝炎治療特別促進事業診断書
			肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業診断書
			石綿による健康被害の救済に関する法律 診断書
			死亡診断書 （本院指定外の様式・厚生労働省指定外の様式。なお，保険会社等の様式による死亡証明書はホによる。）
			教育支援に関する医学診断書 ＊市町村等教育支援委員会の依頼によるもの
			その他医師の記入を要する診断書・証明書等
ホ　保険会社又は共済組合等の様式による診断書	10,000円 （＋消費税）	医師が記入するもので 保険会社様式， 自動車賠償責任保険様式	生命保険会社，損害保険会社，共済組合等の様式による診断書・死亡証明書・証明書・回答文書
			自動車賠償責任保険にかかる診断書
ヘ　警察署，検察庁，裁判所，弁護士等からの依頼に係る回答書	10,000円 （＋消費税）	医師が記入するもの	捜査関係事項照会書 （警察署・検察庁・自衛隊・海上保安庁等）
			病状照会（運転免許センター）
			犯罪被害給付関係事項照会書（国家公安委員会）
			裁判執行関係事項照会書（検察庁）
			調査委託書（検察庁）
			弁護士法第23条の2に基づく照会（弁護士会）
			要保護児童に係る照会（児童相談所）
ト　証明書	3,000円 （＋消費税）	医師が記入するもので 本院所定の様式	入院証明書
			通院証明書
			在院証明書
		医師が記入するもの	出生届・出生証明書 ＊行政手続用に市町村等へ提出するもの
			死産届・死産証書 ＊行政手続用に市町村等へ提出するもの
		医師が記入するもので 本院所定外の様式	大腸がん精密検査・治療実施証明書
		医師が記入しないもので 本院所定の様式	領収証明書
チ　指定難病臨床調査個人票	5,000円 （＋消費税）	医師が記入するもの	＊指定難病制度申請用の書類
リ　小児慢性特定疾病医療意見書	5,000円 （＋消費税）	医師が記入するもの	＊小児慢性特定疾病制度申請用の書類
ヌ　特殊証明書	5,000円 （＋消費税）	医師が記入しないもので 本院所定外の様式	自賠責診療報酬明細書
			その他医師の記入を要しない証明書等
		医師が記入するもの	石綿等による健康被害の救済に関する法律 受診等証明書
ル　外国語で作成する診断書及びその他の医学的判断を伴う証明書	12,000円 （＋消費税）	医師が外国語で記入する 医学的判断を伴う書類	

2026.6.1 弘前大学医学部附属病院医事課

掲示義務

評　価　療　養

本院では、下記の評価療養を実施しています。

評価療養とは、厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養その他の療養で、将来、公的保険給付の対象とするべきかどうか評価を行うものです。保険診療との併用が認められており、下記の『評価療養に要する費用』の他に、通常の治療と共通する部分（診察・検査・投薬・入院料等）の費用は、一般の保険診療と同様に一部負担金が発生します。

評価療養の種類	担当診療科	名　　称	評価療養に要する費用（非課税） ※下記の金額の他に、保険診療の一部負担金が発生します
先進医療	消化器・乳腺・甲状腺外科	Ｓ－１+パクリタキセル経静脈腹腔内投与併用療法	1コースにつき　40,320 円
	産科婦人科	膜構造を用いた生理学的精子選択術	1回につき　22,000 円
	産科婦人科	流死産検体を用いた遺伝子検査	1回につき　84,000 円
	産科婦人科	子宮内膜受容能検査1（ERA） 再検査が必要と判定された場合	初回　95,000 円 2回目　76,000 円 3回目　21,000 円
	産科婦人科	子宮内細菌叢検査1（EMMA・ALICE） 再検査が必要と判定された場合	初回　49,000 円 2回目　26,000 円
	産科婦人科	子宮内膜受容能検査1（ERA），子宮内細菌叢検査1（EMMA・ALICE）同時検査（TRIO検査）	1回につき　118,000 円

2025.3.12 弘前大学医学部附属病院 医事課医事担当

保険適用外（自己負担）の診療等料金等について（歯科領域）

弘前大学医学部附属病院
（平成30年1月1日）
（税込）

1 保険適用外の料金

区分		金額
支台築造料	白金加金	17,411 円
	金合金	16,976 円
	金パラ銀合金	15,677 円
	チタン	15,153 円
全部鋳造冠料	白金加金	65,706 円
	金合金	65,795 円
	チタン	61,034 円
前装冠料	(硬質)レジン前装冠	
	白金加金	72,840 円
	金合金	71,976 円
	チタン	68,346 円
	14k	61,840 円
	金パラ	59,411 円
	ハイブリットセラミック冠	
	(硬質)レジン前装冠料準用陶歯前装冠	
	白金加金	79,048 円
	金合金	78,189 円
	陶材焼付冠	81,719 円
	チタン	74,291 円
	陶材焼付用チタン	74,962 円
歯冠継続歯料	レジン前装金属裏装	
	白金加金	76,319 円
	金合金	75,460 円
	チタン	72,107 円
	陶歯前装金属裏装	
	白金加金	79,215 円
	金合金	78,356 円
	チタン	74,737 円
	全部レジン冠	
	白金加金	76,670 円
	金合金	75,805 円
	チタン	72,249 円
	全部陶歯冠	
	白金加金	78,974 円
	金合金	78,115 円
	チタン	74,171 円
	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	83,662 円
	オールハイブリットセラミック	79,310 円

区分		金額
橋体	前歯部	
	レジン前装金属裏装（ハイブリットセラミック前装を含む）	
	白金加金	69,352 円
	金合金	68,493 円
	チタン	64,732 円
	14k	69,656 円
	金パラ	67,225 円
	陶歯前装金属裏装	
	白金加金	78,969 円
	金合金	78,111 円
	陶材焼付用合金	80,137 円
	チタン	74,506 円
	陶材焼付用チタン	74,648 円
	臼歯部	
	金属	
	白金加金	64,323 円
	金合金	63,459 円
	チタン	59,593 円
	陶歯・陶材	
	白金加金	78,817 円
	金合金	77,958 円
	陶材焼付用合金	83,579 円
	チタン	73,982 円
	陶材焼付用チタン	77,350 円
	レジン前装金属裏装	
	白金加金	63,910 円
	金合金	63,140 円
	チタン	59,400 円
	14k	62,700 円
	金パラ	61,050 円
	前歯・臼歯部	
	オールハイブリットセラミックス	69,960 円

区分		金額
特殊義歯料	（維持装置等を含む）	
	全部床	187,864 円
	9～14歯欠損床	151,428 円
	1～8歯欠損床	133,430 円
軟質裏装材によるリベース料		33,671 円
軟質裏装義歯	（レジン床）	
	全部床	200,446 円
	9～14歯欠損床	160,799 円
	1～8歯欠損床	126,211 円
鋳造バー	白金加金	31,391 円
	金合金	29,668 円
	特殊合金	17,814 円
	チタン合金	27,924 円
鉤	鋳造鉤	
	白金加金	25,766 円
	金合金	25,252 円
	特殊合金	23,031 円
	チタン合金	26,876 円
	屈折鉤	
	白金加金	19,543 円
	特殊合金	18,715 円
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・レスト	
	白金加金	16,913 円
	金合金	16,479 円
	特殊合金	14,619 円
	チタン合金	16,515 円
	屈曲フック・スパー，スティー・レスト	
	白金加金	11,728 円
臼歯金属歯科	白金加金	20,884 円
	金合金	20,449 円
	金パラ銀合金	19,151 円
	チタン	20,166 円
	特殊合金	20,088 円

区　分	金　額
有床義歯料　金属床義歯（維持装置等を含む）	
12～14歯欠損床	
白金加金	336,971 円
金合金	322,399 円
特殊合金	209,586 円
チタン合金	301,127 円
9～11歯欠損床	
白金加金	287,403 円
金合金	272,181 円
特殊合金	198,209 円
チタン合金	250,910 円
5～8歯欠損床	
白金加金	239,323 円
金合金	224,096 円
特殊合金	187,099 円
チタン合金	216,051 円
1～4歯欠損床	
白金加金	190,514 円
金合金	175,617 円
特殊合金	168,891 円
チタン合金	167,084 円
特殊義歯修理料	21,241 円
マウスガード（マウスプロテクター）	22,497 円
簡易型マウスガード	5,463 円
睡眠時無呼吸症候群治療用咬合床	52,234 円
ラミネートベニア	61,950 円
補綴前処置としての残根の挺出	26,290 円
唾液分泌機能検査	10,670 円
嚥下補助床	64,020 円
下顎運動機能検査	16,610 円
金属スプリント(接着性、可撤式を含む)　白金加金	243,608 円
チタン	222,399 円
その他の合金	165,759 円
磁性アタッチメント(根面キャップ料は別に算定)	46,849 円
根端充填料	2,184 円
便宜抜去　前歯	1,733 円
臼歯	3,006 円
難抜歯	5,316 円
埋伏歯	11,550 円
下顎完全埋伏智歯（骨性）	12,707 円
下顎水平埋伏智歯	12,707 円
歯の移植術(歯根完成歯)	20,742 円
歯の移植・再植に係る根管治療・管理及び予後判定	22,136 円
上顎洞底挙上術　上顎洞底挙上術(口腔内片側)	68,566 円
上顎洞底挙上術(口腔内両側)	99,644 円
上顎洞底挙上術(口腔外片側)	154,330 円
上顎洞底挙上術(口腔外両側)	184,213 円

区　分	金　額
矯正用アンカーインプラント埋込術（A）	56,210 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	20,790 円
アンカースクリュウ4本目以上1本当り	4,620 円
矯正用アンカーインプラント埋込術（B）	38,060 円
発音嚥下補助装置用金属床	164,340 円
発音嚥下補助装置の付加料	27,170 円
発音嚥下補助装置調整料	3,630 円
保隙料	
診断料	7,752 円
検査料	9,361 円
装置料　単純可撤式（片）	21,345 円
複雑可撤式（片）	27,332 円
バンド・ループ	13,613 円
クラウン・ループ	14,483 円
クラウン・ループ（鋳造）金パラ銀合金	44,565 円
クラウン・ディスタル・シュー	20,449 円
クラウン・ディスタル・シュー（鋳造）金パラ銀合金	54,759 円
リンガルアーチ型	21,203 円
調整料　単純	2,289 円
複雑	5,479 円
定期観察料	10,601 円
インプラント材植立料（共通）	
相談料	2,299 円
基本検査料	9,276 円
〃　（デジタル画像）	10,371 円
顎骨精密検査・植立可否診断　基本診察料	707 円
顎骨精密検査・植立可否診断(選択加算)	
紹介状作成	3,352 円
X線検査(大判4枚)	16,850 円
〃　（パントモ1枚）	5,511 円
ステント作成・調整料　1～6歯	11,366 円
7～10歯	13,676 円
11歯以上	19,454 円
インプラント材植立料（共通）	
ステント作成・調整料　診断用ベアリングを加えた場合（加算）	
1～6歯	3,142 円
7～10歯	5,238 円
11歯以上	7,332 円
診断用ワックスアップ	
1歯	6,411 円
1歯増す毎に	4,284 円
（矯正を伴う）セットアップモデル	
1～6歯	6,746 円
7～10歯	9,056 円
11歯以上	10,791 円

区　分	金　額
直接顎骨診査料(測定用釘打ち込み)	22,618 円
機能訓練用・診査用義歯作成	80,577 円
全身精密検査・診断　基本診療料	707 円
全身精密検査・診断（選択加算）	
心電図	1,733 円
血液検査	13,409 円
紹介状作成	3,352 円
サージカルガイド　1歯の場合	62,700 円
2～4歯の場合	80,300 円
5歯以上の場合	96,800 円
骨移植A（口腔内採取，ソケットリフト法）（1部位につき）	33,000 円
骨移植B（口腔内採取，顎堤増大術）（1部位につき）	55,000 円
骨移植C（口腔外採取，1／2顎までの場合）	110,000 円
骨移植D（口腔外採取，1／2顎超の場合）	220,000 円
インプラント材植立（一次手術）　基本診療料	707 円
インプラント材植立料（一次手術）1本目(選択)	
インプラント材	
定価 25,000円未満	141,114 円
定価 25,000円以上 30,000円未満	143,424 円
定価 30,000円以上	146,886 円
複数本数埋込加算(2～6本まで、1本当り)	
インプラント材	
定価 25,000円未満	40,491 円
定価 25,000円以上 30,000円未満	42,801 円
定価 30,000円以上	46,262 円
複数本数埋込加算(7～10本まで、1本当り)	
インプラント材	
定価 25,000円未満	46,299 円
定価 25,000円以上 30,000円未満	48,609 円
定価 30,000円以上	52,071 円
インプラント材植立（一次手術）　複数本数埋込加算(11本以上、1本当り)	
インプラント材	
定価 25,000円未満	59,384 円
定価 25,000円以上 30,000円未満	61,694 円
定価 30,000円以上	65,156 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、骨の緻密度などの理由により植立途中で断念、同日別のイ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	28,877 円
定価 25,000円以上 30,000円未満	31,187 円
定価 30,000円以上	34,650 円
インプラント材植立（一次手術）　口腔内洗浄料	707 円
口腔外科後処理料	707 円
一次手術後観察料	707 円

区　　分		金　額
インプラント材植立（二次手術）	基本診療料	707 円
	インプラント材植立料（二次手術）	21,381 円
	治療用アバットメント使用加算（1歯当り	7,396 円
	口腔内診断料	707 円
	定期観察料	1,744 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)	707 円
	パノラマ撮影加算(1枚当り)	5,511 円
	スタディーモデル(複雑)採得加算	581 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
インプラント仮封冠（1歯分）		11,246 円
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)	87,502 円
インプラント最終上部構造体（1歯につき）		144,100 円
インプラント最終上部構造体ポンティック（1歯につき）		121,000 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
インプラント最終上部構造体修理（1歯につき）		56,100 円
インプラント義歯修理（片顎につき）		27,500 円
インプラント義歯人工歯置換（片顎につき）		34,100 円
エピテーゼ（顎顔面補綴）	基本料	61,600 円
	耳部製作料	58,300 円
	鼻部製作料	61,600 円
	眼部製作料（頬部を含まない場合）	67,100 円
	眼部製作料（頬部を含む場合）	75,900 円
	皮膚陥凹部製作料	58,300 円
再製作料（装着1年以内）（形状修正が無い場合）	耳部再製作料	55,000 円
	鼻部再製作料	58,300 円
	眼部再製作料（頬部を含まない場合）	63,800 円
	眼部再製作料（頬部を含む場合）	72,600 円
	皮膚陥凹部再製作料	55,000 円

2　差額徴収の対象となる料金

区　　分	金　額
（保存科，補綴科，小児歯科領域） 鋳造歯冠修復料 白金加金又は金合金 前歯 歯冠継続料 白金加金又は金合金 前歯	使用材料の購入価格から健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法別表第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

3　選定療養費に係る金属床総義歯の料金

1　床　当　た　り		金　額
白金加金（上顎・下顎）	410,900 円	左記に定める1床当たりの価格から選定療養費を控除した金額
金　合　金（上顎・下顎）	386,900 円	
特殊合金（上顎・下顎）	188,600 円	
チタン合金（上顎・下顎）	287,800 円	

4　選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

区　　分	金　額
フッ化物局所応用（1口腔1回につき）	2,310 円