

保険外負担に関する事項

当院では以下の項目について、その使用料、利用回数に応じた実費の負担をお願いしております。

「介護料」「衛生材料費」等の治療（看護）行為及びそれに密接に関連した「サービス」又は「物」については、費用を徴収することは認められておりません。また、「施設管理費」「雑費」等の曖昧な名目での費用の徴収は認められておりません。

【療養の給付と直接関係ないもの】

種類（1通につき）	料金（税込）	種類（1通につき）	料金（税込）
診断書（当院書式）	4,400 円	身体障害者用診断書	
診断書（生命保険会社）	6,600 円	心臓機能・呼吸機能・膀胱又は直腸障害	8,800 円
診断書（英文作成）	22,000 円	肢体不自由障害	13,200 円
死亡診断書（1枚目）	5,500 円	聴覚・平衡機能・音声又は咀嚼機能障害	8,800 円
死亡診断書（2枚目以降）	6,600 円	補聴器意見書	3,300 円
死亡診断書（特定様式）	6,600 円	補聴器適合に関する診療情報提供書	3,300 円
自立支援通院精神診断書	6,600 円	障害者国民年金・障害者厚生年金保険診断書	
精神障害者福祉手帳診断書	6,600 円	肢体障害者用	8,800 円
ウイルス肝炎医療費助成診断書	3,300 円	その他	6,600 円
臨床調査個人票（新規）	6,600 円	後遺症診断書	9,900 円
臨床調査個人票（更新）	3,300 円	自賠責診断書	5,500 円
小児慢性特定疾患診断書（1枚目）	3,300 円	成年後見用診断書	4,400 円
小児慢性特定疾患診断書（2枚目以降）	1,650 円	介護サービス診断書	4,400 円
医師面談料	5,500 円	療養見舞金・通院証明書・入院証明書	1,100 円
死後処置料	33,000 円	自賠責明細書	3,300 円
セカンドオピニオン外来（脳血管疾患専門）	33,000 円	新型コロナウイルスPCR検査証明書	4,400 円
セカンドオピニオン外来（放射線治療科）	33,000 円	照会・回答書（保険会社）	6,600 円
紙おむつ代（M・L）1枚につき	220 円	おむつ使用証明書	1,100 円
テレビ代（冷蔵庫付）1日につき	880 円		

【予防接種】

種類（1回につき）	料金（税込）	種類（1回につき）	料金（税込）
インフルエンザワクチン	4,600 円	水痘ワクチン	8,800 円
肺炎球菌ワクチン（小児：バクニューバンス）	11,000 円	おたふくかぜワクチン	6,600 円
肺炎球菌ワクチン（成人：ニューモバックス）	8,800 円	麻疹ワクチン	6,600 円
A型肝炎ワクチン	9,900 円	風疹ワクチン	6,600 円
B型肝炎ワクチン	9,900 円	麻疹・風疹ワクチン	11,000 円
破傷風トキソイドワクチン	3,850 円	带状疱疹ワクチン	22,000 円
日本脳炎ワクチン	8,800 円	ポリオ（不活化）ワクチン	11,000 円

【診療録の開示手数料】

種類	料金（税込）	種類	料金（税込）
診療記録等 開示手数料（1回につき）	5,500 円	画像診断用フィルム（CD-ROM）（1枚につき）	2,200 円
診療録・看護記録・検査記録等の写し（1枚につき）	22 円		

保険外負担（自由診療）に関する費用徴収について

当院では以下の項目について、その使用料・利用回数の応じた実費の負担をお願い致しております。

【美容】

診察		料金(税込)	種類	回数	料金(税込)
初診		3,300 円	【PICOLレーザー】 フラクショナル（ニキビ跡・傷跡治療） 傷跡消し	1cm ² あたり	1,100 円
再診		1,100 円	【PICOLレーザー】 フラクショナル（ニキビ跡・傷跡治療） タトゥー消し	1cm ² あたり	2,200 円
種類	回数	料金(税込)			
HIFU（たるみ取り・フェイスリフト） 全顔 （額・下眼瞼・頬・こめかみ・顎下）	お試し	88,000 円	【PICOLレーザー】 フラクショナル（ニキビ跡・傷跡治療） 全顔	お試し	27,500 円
	1回	99,000 円		1回	38,500 円
	1年以内の再施術	93,500 円		5回セット	154,000 円
HIFU（たるみ取り・フェイスリフト） 両頬	お試し	44,000 円	【PICOLレーザー】 フラクショナル（ニキビ跡・傷跡治療） 頬のみ	お試し	27,500 円
	1回	60,500 円		1回	33,000 円
	1年以内の再施術	55,000 円		5回セット	132,000 円
HIFU（たるみ取り・フェイスリフト） 二の腕	お試し	55,000 円	【PICOLレーザー】 フラクショナル（ニキビ跡・傷跡治療） 鼻のみ	お試し	16,500 円
	1回	66,000 円		1回	22,000 円
	1年以内の再施術	60,500 円		5回セット	88,000 円
光治療（美白・美肌治療）	1回	22,000 円	【PICOLレーザー】 トーニング（美白・美肌治療） 全顔	お試し	16,500 円
	6回セット	110,000 円		1回	27,500 円
ヒアルロン酸 レシチレン 1ml	1回	66,000 円			5回セット
ボトックス（眉間）	1回	33,000 円	【PICOLレーザー】 スポット（照射シミ取り）	1mm ² あたり	1,100 円
ボトックス（両目尻）	1回	33,000 円	局所麻酔 ブロック注射		5,500 円
ボトックス（額）	1回	33,000 円	局所麻酔 エムラクリーム		1,100 円
ボトックス（咬筋 えら削り）	1回	49,500 円	局所麻酔 ペンレステープ		1,100 円
ピアス 穴あけ（片側）	1か所	3,300 円	局所麻酔		2,750 円
ピアス 穴あけ（両側）	1か所	5,500 円			

【リハビリテーション科】

種類	日数	料金(税込)
r TMS治療	12日間	301,000 円

【検査】

種類（1回につき）	料金(税込)
新型コロナウイルスPCR検査（鼻腔拭い式）	11,000 円

※新型コロナウイルスPCR検査証明証の料金は「保険外負担に関する事項」をご参照ください。

保険外負担（自由診療）に関する費用徴収について【歯科・歯科口腔外科】

当院では以下の項目について、その使用量・利用回数の応じた実費の負担をお願いしております。

種 類			料 金 (税込)	種 類			料 金 (税込)
診 察	初診料		5,500 円	歯 冠 補 綴	TEK (仮歯)	1歯分	5,500 円
	再診料		1,100 円		レジンコア	前歯・小臼歯	11,000 円
検 査	レントゲン					大白歯	11,000 円
	デンタル	1枚	600 円		メタルコア	前歯・小臼歯	16,500 円
	オルソパントモ	1枚	4,400 円			大白歯	16,500 円
	CT		16,500 円		ファイバーコア	前歯・小臼歯	16,500 円
	その他		保険費用10割負担			大白歯	16,500 円
	血液検査		保険費用10割負担		12%Au-Pd FMC	小臼歯	33,000 円
	生理学的検査		保険費用10割負担			大白歯	44,000 円
メ ン テ ナ ンス	PMTC	1口腔内	5,500 円		硬質レジン前装冠	前歯部	55,000 円
	フッ素塗布	1口腔内	1,100 円			小臼歯・大白歯	66,000 円
	小窩裂溝填塞	1歯分	3,300 円		ゴールドクラウン	3/4・4/5冠	60,500 円
	ホワイトニング	ホームタイプ 1顎分	22,000 円			FMC (前歯・小臼歯)	60,500 円
		トル作成 1顎分	5,500 円			FMC (大白歯)	66,000 円
		薬剤追加 (1本)	4,400 円		陶材焼付鑄造冠	前歯部	110,000 円
	マウスガード	スポーツ用	18,700 円			小臼歯・大白歯	110,000 円
手術用		11,000 円	ハイブリッドセラミックス		前歯・小臼歯	66,000 円	
歯 冠 修 復	コンポジットレジン	口腔内直接法 (1歯)			11,000 円	大白歯	88,000 円
		間接法 (1歯)	13,200 円		オールセラミックス	前歯・小臼歯	132,000 円
	12%Au-Pdインレー	大白歯	22,000 円			大白歯	132,000 円
	ゴールドインレー	大白歯	55,000 円	ブリッジ	接着箇所毎	11,000 円	
	ハイブリッドセラミック	大白歯	55,000 円		※他に本数分の冠費用が発生します。		
	セラミック	大白歯	88,000 円	※金含有率が高いため、金属価格を必要に応じ加算する場合があります。			

【有床義歯】 ※有床義歯の新製は、他院・自院問わず前回製作時より6か月以上経過していないと、新たに製作することはできません。

欠損歯数	レジン	Co-Cr	白金加金	アセタル	ノンクラスプ
1			110,000 円		
2	66,000 円	110,000 円	165,000 円	110,000 円	110,000 円
3					
4	88,000 円	198,000 円	220,000 円	110,000 円	110,000 円
5					
6					
7			330,000 円		
8	110,000 円	253,000 円	440,000 円		
9					
10			550,000 円		
11					
12			660,000 円		
13					
14	132,000 円	308,000 円	770,000 円		
CD	165,000 円	385,000 円	880,000 円		

※設計により価格が変動する場合があります。

保険外負担（自由診療）に関する費用徴収について【歯科口腔外科】

当院では以下の項目について、その使用量・利用回数の応じた実費の負担をお願い致しております。

【インプラント料金表】

種 類				料 金 (税込)
診 察	初診料	診察料、診断料、パノラマ撮影、模型代		16,500 円
	再診料			2,200 円
検 査	CT	上顎又は下顎		11,000 円
		上下顎		16,500 円
	術前検査	血液検査、心電図、胸部レントゲン		11,000 円
手 術 料	1/4顎につき			110,000 円
	静脈内鎮静法および日帰り入院			88,000 円
	インプラント本数		1歯	132,000 円
	PCR検査			11,000 円
補 綴	上部構造	ハイブリッド	1歯	132,000 円
		メタルボンド	1歯	154,000 円
		オールセラミック	1歯	176,000 円
	インプラント用義歯	金属床		495,000 円～
		レジン床		220,000 円～
		アタッチメント	1個あたり	110,000 円～
		ロケーターのゴム		2,200 円
	仮歯	インプラント部	1歯	11,000 円
		ポンティック	1歯	5,500 円
		天然歯	1歯	5,500 円
	印象		1歯	22,000 円
骨 移 植	小		2歯まで	33,000 円
	大	ブロック骨・GBR		165,000 円
		サイナスリフト		220,000 円
頭出しの手術		1歯	11,000 円	

【再治療（当院にて定期検診を受けている場合のみ）】

補綴物装着後	負担率
3年未満	負担なし
3年～5年	50%
5年以上	100%

2025年4月1日