

自費料金一覧表(消費税込み)

2024年10月1日

当院では、健康保険の療養に該当しない保険外負担の料金について、下記のとおり、その使用料利用回数に応じた実費の負担をお願いいたしております。

(単位：円)			
項目		数量	金額
診断書等交付手数料	診断書		
	①普通診断書	1通につき	1,650
	②精神保健及び精神障害福祉に関する	1通につき	2,200
	法律32条3項の申請45条の1		
	③ ①及び②以外の診断書	1通につき	3,300

特殊診断書	生命保険会社診断書	1通につき	3,300
	身体障害者用診断書(リハ評価なし)	1通につき	3,300
	(PT評価あり)	1通につき	8,800
	(PT,OT評価あり)	1通につき	8,800
	(PT,OT,ST評価あり)	1通につき	13,200
	年金用診断書 (リハ評価なし)	1通につき	3,300
	(PT評価あり)	1通につき	8,800
	(PT,OT評価あり)	1通につき	8,800
	(PT,OT,ST評価あり)	1通につき	13,200
	生保用死亡診断書	1通につき	5,500
	死亡診断書	1通につき	2,750
	自賠責診断書	1通につき	5,500
	交通事故警察用診断書	1通につき	4,400
	裁判用診断書	1通につき	11,000
	特定疾患臨床個人調査票	1通につき	3,300

意見書・証明書	意見書	1通につき	3,300
	証明書	1通につき	1,650
	学校用・支払等証明書	1通につき	550
	療養給付金・入院料療養補助金請求書	1通につき	110
	入浴・入所・おむつ等証明書	1通につき	1,100
	自賠法に基づく明細書	1通につき	2,200

産科関係手数料	超音波検査	1回につき	1,100
	ノンストレステスト	1回につき	1,100
	産後乳房マッサージ	1回につき	3,300
	妊娠反応	1回につき	1,100
	人工妊娠中絶料		
	12週未満		110,000
	12週以上		220,000
	リング挿入		27,500
	リング除去		5,500

予防接種料	麻疹	1回につき	7,990
	風疹	1回につき	6,820
	麻疹風疹混合	1回につき	11,040
	流行性耳下腺炎	1回につき	6,160
	四種混合	1回につき	11,550
	D P T 三種混合	1回につき	7,200
	D P 二種混合	1回につき	4,730
	破傷風トキソイド	1回につき	3,300
	インフルエンザ	1回につき	4,051
	日本脳炎	1回につき	7,750
	水痘	1回につき	7,480
	ポリオ	1回につき	10,490
	A型肝炎	1回につき	7,700
	B型肝炎	1回につき	7,150
	結核ツ反	1回につき	1,560
	結核BCG	1回につき	7,470
	肺炎球菌ワクチン	1回につき	8,670
	小児用肺炎球菌ワクチン	1回につき	11,000
	子宮頸がん予防ワクチン	1回につき	16,500
	ヒブワクチン	1回につき	8,800
	ロタリックス	1回につき	14,300
	ロタテック	1回につき	9,350
	帯状疱疹ワクチン	1回につき	22,420
	新型コロナワクチン	1回につき	14,911
	予防接種 (可・否のみ)	1回につき	1,100

死体検案料	(検案書含む)		11,000
-------	---------	--	--------

死体処置料			2,200
-------	--	--	-------

(単位：円)			
項目		数量	金額
その他	病衣	1日につき	110
	大人用紙オムツ	1枚につき	193
	小児用紙オムツ	1枚につき	44
	小児用採尿バック (男児)	1枚につき	88
	小児用採尿バック (女児)	1枚につき	176
	尿取りバット	1枚につき	33
	浴衣	1枚につき	3,850
	交通費(在宅医療による)	1kmにつき	165
	C D-R画像保存料	1枚につき	1,100
	フィルムコピー	1枚につき	1,100
	診療券再交付	1枚につき	110
	セカンド・オピニオン	1時間まで	11,000
	母乳・育児指導料	1回につき	2,200
	サンケックリン食(外来検査前)	1回につき	1,320
	処方箋発行料	1件につき	792
	テレビ使用料	1日につき	440

歯科自費診療料金 (単位:円)					
手術	初診料				3,130
	再診料				630
	レントゲン料	デンタル			550
		パノラマ	パントモ		5,500
	上顎洞底挙上術(サイナスリフト)	片側	(単純)		110,000
		片側	(複雑)		165,000
		両側	(単純)		220,000
		両側	(複雑)		330,000
	骨採取	脛骨採取			55,000
		腸骨採取			110,000
インプラント	初診料				3,130
	再診料				630
	レントゲン料	デンタル			550
		パノラマ	パントモ		5,500
		CT(当院セット)	片顎	(両顎=片顎×2)	11,000
			Ⅱスキャン	(両顎=片顎×2)	16,500
		CT(他院依頼)	片顎	(両顎=片顎×2)	22,000
			Ⅱスキャン	(両顎=片顎×2)	27,500
	手術料	1次手術料	1本につき		55,000
		2次手術料	1本につき	装着時にまるめ請求	
	※手術に付随する点滴・内服料は自費診療となります。				
	補綴料	装着時	1本につき		275,000
	その他	歯科検診	診断書用		2,200
補綴料		学校歯科検診用			550
	インレー	ハイブリッド	1本につき		33,000
	F C K	バラ	1本につき		33,000
		ゴールド	1本につき		55,000
	前装冠	バラ	1本につき		44,000
	メタルボンド	(含 ダミー)	1本につき		88,000
	ジルコニア		1本につき		110,000
	※セメント料・仮歯代は補綴料に含まれます。				
	義歯	金属床	チタン	総義歯	198,000
		ノンクラスプ		1～3歯	88,000
矯正				4～8歯	132,000
				9歯以上	165,000
	矯正開始時	(矯正装置装着時)	印象料含む		330,000
	矯正終了時				330,000
	リテーナー		片顎	(全顎=片顎×2)	110,000
ホワイトニング	クラウンループ		片顎		22,000
	スターターキット				
		上下トレー・トレーケース・ジェル(14日分)			27,500
		片顎			14,300
		追加ジェル1本につき			1,100
スクーリング	全顎				5,500

福井総合クリニック 院長

福井総合クリニック

医事課 2025. 1. 28