

# 自費料金一覧表(消費税込み)

2026年4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	2,200
②精神保健及び精神障害福祉に関する法律32条3項の申請45条の1	1通につき	2,200
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	5,500
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	3,300
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	2,750
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		44,000
リング除去		5,500
リング除去(紐付き)		2,200
予防接種料		
H i b (インフルエンザ菌b型)	1回につき	8,800
肺炎球菌	1回につき	8,670
小児用肺炎球菌	1回につき	11,900
B型肝炎	1回につき	7,150
ロタウイルス	1回につき	14,700
ロタウイルス(5価)	1回につき	9,600
5種混合(4種+H i b)	1回につき	20,295
4種混合(3種+ポリオ)	1回につき	11,550
3種混合(2種+百日咳)	1回につき	7,200
ポリオ	1回につき	10,490
2種混合(ジフテリア+破傷風)	1回につき	5,400
B C G	1回につき	11,200
MR(麻疹+風疹)	1回につき	11,040
麻疹(はしか)	1回につき	7,990
風疹	1回につき	7,100
水痘(みずぼうそう)	1回につき	9,000
おたふくかぜ	1回につき	7,100
日本脳炎	1回につき	7,750
子宮頸がん(2価、4価)	1回につき	17,200
子宮頸がん(9価)	1回につき	28,000
インフルエンザ	1回につき	5,300
A型肝炎	1回につき	17,000
破傷風トキソイド	1回につき	5,000
带状疱疹	1回につき	22,420
带状疱疹(生ワクチン)	1回につき	9,000
髄膜炎菌	1回につき	19,790
新型コロナ	1回につき	16,100
結核ツ反	1回につき	7,800
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		3,300

(単位：円)

項目	数量	金額
その他		
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
診察券再交付	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
サンケンクリニック食(外来検査前)	1回につき	1,320
処方箋発行料	1件につき	792

## 歯科自費診療料金

(単位：円)

項目	数量	金額
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	5,500
	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	5,500
	パントモ	5,500
	CT(当院セット)	片顎(両顎=片顎×2) 11,000
		W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
		W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
	学校歯科検診用	550
補綴料		
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
		4~8歯 132,000
		9歯以上 165,000
矯正		
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
	クラウンループ	片顎 22,000
ホワイトニング		
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
スクレーピング	全顎	5,500

福井総合病院 院長