自費料金一覧表（消費税込み）

2026年11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	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	5,500
	身体障碍者用診断書（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	精液検査	1回につき	1,440
	ＨＰＶ-ＤＮＡ	1回につき	3,600
	妊娠反応	1回につき	1,100
	人工妊娠中絶料		
	12週未満		150,000
	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	Ｈｉｂ（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
	肺炎球菌（21価）	1回につき	14,000
	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＋Ｈｉｂ）	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
	ＢＣＧ	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（注射）	1回につき	5,300
	インフルエンザ（点鼻：2歳～18歳）	1回につき	9,000
	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
	帯状疱疹	1回につき	22,420
	帯状疱疹（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	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
	小児用採尿パック（男児）	1枚につき	88
	小児用採尿パック（女児）	1枚につき	176
	尿取りパット	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）	1㎞につき	165
	ＣＤ－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

医科自費診療料金　（単位：円）

検査	血液型検査（判断料含む）	1回につき	6,600
リハビリ	集束型体外衝撃波（3回セット）	1回目	15,000
		2・3回目	5,000
	拡散型圧力波（20分）	1回につき	3,000
	拡散型圧力波＋リハビリ40分	1回につき	6,000
	拡散型圧力波＋リハビリ60分	1回につき	9,000

歯科自費診療料金　（単位：円）

手術	初診料	3,729
	再診料	792
	レントゲン料　デンタル	638
	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　（複雑）	220,000
	両側　（複雑）	330,000
	骨採取　腸骨採取	55,000
	腸骨採取	110,000
インプラント	初診料	3,729
	再診料	792
	レントゲン料　デンタル	638
	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
	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
	ＦＣＫ　パラ　1本につき	66,000
	ゴールド　1本につき	330,000
	前装冠　パラ　1本につき	44,000
	メタルボンド　（含む　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
スケーリング	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　2026. 11. 1