

保 険 外 負 担 料 金 表

当院では、以下の項目について、その利用日数や回数、件数に応じた実費負担をお願いしています。※表示料金は消費税込みです。

令和6年9月15日

1. 新潟市病院事業使用料及び手数料条例で定めるもの

(1) 診断書等の交付手数料 1件 7,700円を超えない範囲内において規程で定める額 ※詳細料金は2(16)に表示

2. 新潟市病院事業使用料及び手数料条例施行規程で定めるもの

(1) 健康診断等に要する使用料及び手数料

ア 健康診断料

(ア) 普通健康診断料 1件につき 3,200円

(イ) 一般健康診断料

種類	単位	手数料の額
Aコース(身長測定、体重測定、血圧測定、視力検査、眼底検査、聴力検査、尿検査、胸部レントゲン撮影、診察等を行うものをいう。)	1件	13,200円
Bコース(Aコースに肝機能検査、貧血検査、血中脂質検査及び血糖検査に係る血液検査並びに心電図検査を加えたものをいう。)	1件	18,700円
Cコース(Bコースに腎機能検査に係る血液検査を加えたものをいう。)	1件	22,000円
Dコース(BコースにB型肝炎検査及びC型肝炎検査に係る血液検査を加えたものをいう。)	1件	23,880円

備考 上表に定める検査、診断等以外の検査、診断等を患者の希望により上表に定めるものに加えて行った場合は、上表の額に健康保険法等の規定により算定した額及び実費相当額+消費税を加算する。

(ウ) 乳幼児健康診断料 1件につき 6歳未満 4,020円

(エ) 先天性代謝異常検査料 1件につき 3,500円

(オ) 希少疾患に対する付加新生児スクリーニング検査料 1件につき 9,900円

(カ) 妊娠診断料(妊娠反応検査によるもの)1回につき 4,710円

(キ) 妊産褥婦健康診断料 1件につき 5,000円

(ク) 外来妊産婦保健指導料 1件につき 4,500円

(ケ) 妊産婦超音波検査料 1回につき 1,500円

(コ) 新生児聴力検査料 1回につき 8,500円

イ 各種検査及びレントゲン診断 健康保険法等の規定により算定した額+消費税

ウ HLA検査料

(ア) 献腎(死体腎)移植希望患者 公益社団法人日本臓器移植ネットワーク登録検査料 1件につき 11,000円

(イ) HLA-A、B(血清対応型タイピング) 1件につき 9,680円

(ウ) HLA-DR(血清対応型タイピング) 1件につき 9,680円

(エ) HLA-A(DNAタイピング) 1件につき 25,300円

(オ) HLA-B(DNAタイピング) 1件につき 24,200円

(カ) HLA-C(DNAタイピング) 1件につき 26,950円

(キ) HLA-DPB1(DNAタイピング) 1件につき 27,500円

(ク) HLA-DRB1(DNAタイピング) 1件につき 29,150円

(ケ) HLA-DQB1(DNAタイピング) 1件につき 27,500円

(コ) HLA検査採血料 1件につき 440円

エ 人間ドック料

種類	単位	手数料の額
基本コース(身長測定、体重測定、血圧測定、視力検査、眼底検査、尿検査、胸部レントゲン撮影、血液検査、心電図検査その他病院事業管理者が別に定める検査を行うものをいう。)	1件	44,000円
CTコース(基本コースに胸・腹部CT及び痰細胞診を加えたものをいう。)	1件	66,770円

備考 マンモグラフィ検査を行ったときは、上表の額にそれぞれ6,180円を加算する。

(2) 受託検査料 健康保険法等の規定により算定した額+消費税

(3) 予防接種料 1件につき 健康保険法等の規定により算出した接種料と使用薬剤の購入価格を加算した額+消費税

(4) 分娩料等

ア 分娩料

1胎の場合 200,000円(時間外のとき220,000円、深夜及び休日の時230,000円)

多胎の場合

第1児 200,000円(時間外のとき220,000円、深夜及び休日の時230,000円)

第2児以降 1児につき 200,000円(時間外のとき220,000円、深夜及び休日の時230,000円)に100分の50を乗じて、15,000円を加算した額

イ 帝王切開に伴う分娩介助料 1胎の場合 120,000円

多胎の場合 第1児 120,000円 第2児以降 1児につき 75,000円

ウ 無痛分娩加算 複雑なもの 1件につき 10,000円 単純なもの 1件につき 6,000円

エ 特別経費加算 分娩にあたって特別な経費を要した場合は、その実費相当額を徴収する。

(5) 褥婦処置料(悪露交換、導尿、乳房マッサージを含む。) 1日につき 3,000円

(6) 胎盤処理料 1件につき 2,500円

(7) 人工受胎法施術料 1件につき 11,000円

(8) 受胎調節料

ア 指導料 1件につき 2,970円

イ リングウイング 挿入の場合 38,500円 交換の場合 38,500円 除去の場合 6,600円

ただし、麻酔を行った場合は、それぞれ11,000円を加算する。

(9) 人工妊娠中絶手術料

ア 妊娠満11週までの場合 110,000円

イ 妊娠満12週から妊娠満21週までの場合 220,000円

(10) 婦人避妊手術料 1件につき 132,000円

(11) 授乳指導料

ア 初回 1件につき 4,730円

イ 2回目以降 1件につき 4,070円

(12) 妊産褥婦生活指導料 1件につき 1,700円

(13) 新生児保健指導料

ア 初回 1件につき 4,300円

イ 2回目以降 1件につき 3,700円

(14) 新生児在院管理料 1日につき 10,000円

(15) 新生児・乳児介助管理料 1日につき 770円

(16) 診断書等の交付手数料

ア 診断書 簡易なもの 1件につき 1,100円

イ 診断書 複雑なもの 1件につき 3,300円

ウ 診断書 妊娠及び助産に係るもの 1件につき 2,200円

エ 診断書 特殊なもの(生命保険、恩給及び自動車損害賠償責任保険に係るもの等通常保険給付の請求に用いるもの。以下「保険給付の請求に用いるもの」という。)1件につき 5,500円

オ 死亡診断書 普通のもの(戸籍法に定めるもの等一般的なもの) 1件につき3,300円

カ 死亡診断書 特殊なもの(保険給付の請求に用いるもの) 1件につき 5,500円

キ 証明書 簡易なもの 1件につき 1,100円

ク 証明書 複雑なもの 1件につき 3,300円

ケ 証明書 妊娠及び助産に係るもの 1件につき 2,200円

コ 証明書 出産、死産に係るもの 1件につき 3,300円

サ 証明書 特殊なもの(保険給付の請求に用いるもの)1件につき 5,500円

シ 金額証明書 1件につき 1,100円

ス 自動車損害賠償責任保険に係る診断書及び証明書各1通を併せて交付する場合 1件につき 7,700円

セ エックス線等画像の複写に係るフィルム及び電磁的記録媒体料

種類	単位	手数料の額
半切	1枚	780円
大角	1枚	640円
大四ツ切	1枚	500円
四ツ切	1枚	390円
六ツ切	1枚	270円
CD-R又はDVD-R	1枚	1,320円

ソ 死体検案書 1件につき 3,300円

タ 死体検案料 1件につき 健康保険法等の規定により算定した初診料、検査料及び画像診断料に相当する額+消費税
ただし、検案が病院の施設外で行われたときは、健康保険法等の規定により算出した往診料相当額を加算する。

(17) 歯科料金

ア 冠(クラウン)

(ア) オールセラミック

- a フルジルコニア(シェーディング) 1歯につき 99,000円
- b ジルコニア(レイヤリング) 1歯につき 110,000円
- c プレスセラミック(シェーディング)(クラウン又はアンレー) 1歯につき 55,000円
- d プレスセラミック(シェーディング)(インレー) 1歯につき 33,000円
- e プレスセラミック(シェーディング)(ベニア) 1歯につき 55,000円

(イ) メタルボンド

- a コバルトボンドその他のメタルボンド(ポンティックを含む。) 1歯につき 77,000円
- b ポーセレンガム(歯肉) 1歯につき 10,000円
- c ハイブリッドガム(歯肉) 1歯につき 9,000円
- d セミプレシャス、ゴールド(18Kから20Kまでとする。)、白金加金又はパラジウム(以下「歯科用貴金属」という。)を使用した場合 実費相当額を加算

(ウ) ポーセレンラミネートベニア

ラミネートベニア処置 1歯につき 66,000円

(エ) ハイブリッドセラミック

- a ハイブリッド前装冠(ポンティックを含む。) 1歯につき 55,000円
- b ジャケット冠又はアンレー 1歯につき 60,000円
- c インレー 1歯につき 27,000円
- d 歯科用貴金属を使用した場合 実費相当額を加算

(オ) 接着ブリッジ

- a 支台歯 1歯につき 20,000円
- b ポンティック 各クラウンの料金を加算

(カ) クラウンブリッジ

- a フルメタルクラウン(ポンティックを含む。) 1歯につき 50,000円
- b 3/4冠、4/5冠又はアンレー 1歯につき 45,000円
- c 硬質レジン前装冠 1歯につき 60,000円
- d インレー 1歯につき 40,000円
- e サベイドクラウン加工 1歯につき 5,000円
- f ミリング加工 1歯につき 36,000円
- g インターロック加工 1歯につき 16,000円
- h キーアンドキーウェイ 1歯につき 40,000円
- i 歯科用貴金属を使用した場合 実費相当額を加算

(キ) コア

- a ファイバーコア 1歯につき 12,000円
- b メタルコア(パラジウム) 1歯につき 10,000円
- c 歯科用貴金属を使用した場合 実費相当額を加算

(ク) その他

- a シェードテイキング 1回につき 5,000円
- b 個歯トレイ 1歯につき 2,000円
- c 診断用ワックスアップ 1歯につき 2,000円
- d トライアルレジンパターン 1歯につき 2,000円
- e プロビジョナルクラウン 1歯につき 4,000円

イ インプラント

(ア) 手術

- a 一次手術 1歯につき 99,000円
- b 二次手術 1歯につき 11,000円
- c 全身麻酔(静脈麻酔) 1回につき 10,000円
- d 歯科用貴金属を使用した場合 実費相当額を加算

(イ) インプラント上部構造

- a フルジルコニア(シェーディングあり) 1歯につき 150,000円
- b フルジルコニア(シェーディングなし。研磨仕上げ) 1歯につき 140,000円
- c ジルコニア(レイヤリング) 1歯につき 199,000円
- d プレスセラミック(ステイン) 1歯につき 140,000円
- e メタルボンド 1歯につき 180,000円
- f ハイブリッド前装冠 1歯につき 140,000円

- g 硬質レジン前装冠 1歯につき 140,000円
- h フルメタルクラウン 1歯につき 210,000円
- i チタン フルメタルクラウン 1歯につき 130,000円
- j 歯科用貴金属を使用した場合 実費相当額を加算
- (ウ) インプラントオーバーデンチャー
 - a インプラントオーバーデンチャー製作技術 1床につき 180,000円
 - b 歯科用貴金属を使用した場合 実費相当額を加算
 - c 義歯製作を行った場合 ウ(義歯(デンチャー))の料金を加算
 - d ロケーターアタッチメント、磁性アタッチメント又はカスタムアバットメントを使用した場合 実費相当額を加算
- (エ) ストロマンガイド
 - a スキャンテンプレート 1症例につき 33,000円
 - b gonyXガイド 1症例につき 17,000円
 - c 3Dガイド 1症例につき 44,000円
 - d サーフェイススキャン加算 3,000円
 - e STLデータマッチング加算 6,000円
 - f 3Dガイドデザイン加算 6,000円
 - g スリーブ増 1ヶ所につき 3,000円
 - h 注水装置 1ヶ所につき 2,000円
 - i 補強線(ガイド) 1ヶ所につき 2,000円
- (オ) その他
 - a サージカルステント 1症例につき 10,000円
 - b ラジオグラフィックサージカルステント 1症例につき 14,000円
 - c ステント部位増 1ヶ所につき 2,000円
 - d ラジオグラフィックガイド(オールオン4又はフル) 1症例につき 24,000円
 - e インプラントプロビジョナル 1歯につき 11,000円
 - f 診断用ワックスアップ 1歯につき 3,000円
 - g 内冠 1歯につき 22,000円
 - h ハイブリッドガム(歯肉) 1歯につき 15,000円
 - i セラミックガム(歯肉) 1歯につき 19,000円
 - j 歯科用貴金属を使用した場合 実費相当額を加算
 - k アバットメント(インプラント材料費)、ロケーター、ボールアタッチメント又はパーアタッチメントを使用した場合 実費相当額を加算
- ウ 義歯(デンチャー)
 - (ア) テレスコープデンチャー
 - a コーヌスクローネ
 - (a) 内冠 1歯につき 55,000円
 - (b) 外冠(フルメタルクラウン) 1歯につき 66,000円
 - (c) 外冠(硬質レジン) 1歯につき 71,000円
 - (d) 外冠(ハイブリッド) 1歯につき 77,000円
 - (e) 歯科用貴金属を使用した場合 実費相当額を加算
 - b 義歯製作
 - (a) 1歯から8歯まで 1床につき 110,000円
 - (b) 9歯から14歯まで 1床につき 132,000円
 - (c) 総義歯 1床につき 165,000円
 - (d) メタルプレート(金属床)を使用した場合 ウ(ウ)a(メタルプレート(コバルト床))又はb(メタルプレート(純チタン床又はチタン合金床))の料金を加算
 - (イ) アタッチメントデンチャー
 - a アタッチメント
 - (a) パーシャルパラレルミリング 1症例につき 71,000円
 - (b) アタッチメント加工料 1歯につき 38,000円
 - (c) キャストアタッチメント 1歯につき 44,000円
 - (d) 磁性アタッチメント 1歯につき 38,000円
 - (e) 歯科用貴金属を使用した場合 実費相当額を加算
 - (f) ボールアタッチメント(オーリング付き)又はフリクションピンを使用した場合 実費相当額を加算
 - b 義歯製作
 - (a) 1歯から8歯まで 1床につき 121,000円
 - (b) 9歯から14歯まで 1床につき 132,000円
 - (c) 総義歯 1床につき 165,000円
 - (d) メタルプレート(金属床)を使用した場合 ウ(ウ)a(メタルプレート(コバルト床))又はb(メタルプレート(純チタン床又はチタン合金床))の料金を加算
- (ウ) 金属床義歯
 - a メタルプレート(コバルト床)
 - (a) 1歯から4歯まで 1床につき 148,000円
 - (b) 5歯から8歯まで 1床につき 165,000円
 - (c) 9歯から14歯まで 1床につき 176,000円
 - (d) 総義歯 1床につき 187,000円
 - (e) リンガル又はパラタルプレート 33,000円加算
 - (f) 義歯製作を行った場合 ウ(オ)(義歯製作(アクリル床))の料金を加算
 - b メタルプレート(純チタン床又はチタン合金床)
 - (a) 1歯から4歯まで 1床につき 148,000円
 - (b) 5歯から8歯まで 1床につき 192,000円
 - (c) 9歯から14歯まで 1床につき 225,000円
 - (d) 総義歯 1床につき 269,000円
 - (e) リンガル又はパラタルプレート 55,000円加算
 - (f) チタン合金床材料 1床につき 6,000円加算
 - (g) 義歯製作を行った場合 ウ(オ)(義歯製作(アクリル床))の料金を加算
 - c 維持装置(コバルト)
 - (a) レスト、メタルアップ又はハウジング 1ヶ所につき 13,000円
 - (b) ガイドプレーン、ハーフ又はフック 1ヶ所につき 13,000円
 - (c) エーカーズ、Iパークラスプ又はローチクラスプ 1ヶ所につき 20,000円
 - (d) リングクラスプ、Gクラスプ又はヘアピンクラスプ 1ヶ所につき 20,000円
 - (e) 双子鉤 1ヶ所につき 20,000円

- (f) RPI、RPA、Tローチ又はコンビネーション 1ヶ所につき 20,000円
- (g) 線鉤 1ヶ所につき 11,000円
- (h) メタルティース 1歯につき 20,000円
- (i) 義歯製作を行った場合 ウ(オ)(義歯製作(アクリル床))の料金を加算
- d 維持装置(純チタン又はチタン合金床)
 - (a) レスト、メタルアップ又はハウジング 1ヶ所につき 14,000円
 - (b) ガイドプレーン、ハーフ又はフック 1ヶ所につき 14,000円
 - (c) エーカーズ、Iパークラスプ又はローチクラスプ 1ヶ所につき 22,000円
 - (d) リングクラスプ、Gクラスプ又はヘアピンクラスプ 1ヶ所につき 22,000円
 - (e) 双子鉤 1ヶ所につき 22,000円
 - (f) RPI、RPA、Tローチ又はコンビネーション 1ヶ所につき 22,000円
 - (g) メタルティース 1歯につき 22,000円
 - (h) チタン合金床材料 1床につき 6,000円加算
 - (i) 義歯製作を行った場合 ウ(オ)(義歯製作(アクリル床))の料金を加算
- e レーザー溶接
 - (a) レーザー溶接 1症例につき 10,000円
 - (b) 増歯又は増床(追加する歯が1歯から8歯まで) 1症例につき 18,000円
 - (c) 増歯又は増床(追加する歯が9歯から14歯まで) 1症例につき 27,000円
 - (d) 保持又は補強 1症例につき 5,000円
- (エ) ノンメタルクラスプデンチャー
 - a 製作
 - (a) エステシヨットブライト(歯肉片側、1歯から3歯まで) 1床につき 205,000円
 - (b) エステシヨットブライト(歯肉両側、1歯から7歯まで) 1床につき 208,000円
 - (c) エステシヨットブライト(歯肉両側、8歯から14歯まで) 1床につき 212,000円
 - (d) アミドデシヨット(歯肉片側、1歯から3歯まで) 1床につき 212,000円
 - (e) アミドデシヨット(歯肉両側、1歯から7歯まで) 1床につき 215,000円
 - (f) アミドデシヨット(歯肉両側、8歯から14歯まで) 1床につき 218,000円
 - (g) サーモセンス(歯肉片側、1歯から3歯まで) 1床につき 212,000円
 - (h) サーモセンス(歯肉両側、1歯から7歯まで) 1床につき 215,000円
 - (i) サーモセンス(歯肉両側、8歯から14歯まで) 1床につき 218,000円
 - (j) 排列試適 1床につき 3,000円
 - b 修理
 - (a) レジンクラスプ破折 1ヶ所につき 20,000円
 - (b) 増鉤 1ヶ所につき 30,000円
 - (c) リベース 1症例につき 40,000円
 - (d) 人工歯脱離 1症例につき 10,000円
- (オ) 義歯製作(アクリル床)
 - a 1歯から4歯まで 1床につき 93,000円
 - b 5歯から8歯まで 1床につき 115,000円
 - c 9歯から11歯まで 1床につき 148,000円
 - d 12歯から14歯まで 1床につき 148,000円
 - e 総義歯 1床につき 143,000円
- (カ) その他
 - a 金属床リベース 1症例につき 30,000円
 - b 軟性裏装リベース 1症例につき 28,000円
 - c 増歯又は増床(追加する歯が1歯から8歯まで) 1症例につき 15,000円
 - d 増歯又は増床(追加する歯が9歯から14歯まで) 1症例につき 25,000円
 - e 保持又は補強 1症例につき 3,000円
 - f 補強線 1本につき 3,000円
- エ その他装置
 - (ア) ホワイトニング
 - a オフィス 1歯につき 6,000円
 - b ホーム(ホワイトニング用トレイ付き) 1症例につき 28,000円
ただし、bに係る薬剤については、実費相当額を加算する。
 - (イ) スプリント
 - a ハード又はソフト 1床につき 18,000円
 - b ホワイトニング用トレイ 1床につき 6,000円
 - c スポーツマウスガード単色 1床につき 20,000円
 - d スポーツマウスガード2色以上 1床につき 25,000円
 - (ウ) いびき防止装置
 - a アクチバトールプレス 1症例につき 30,000円
 - b サイレンサー 1症例につき 50,000円
- (18) 被保険者証の未提出により健康保険法等の適用外となった場合 健康保険法等の規定の例により算出した額+消費税
- (19) 選択メニュー食の自己負担額 1食につき 20円(20円×食数+消費税)
- (20) 特別食(分娩のため入院した者に、分娩後その希望により提供する食事をいう。) 1食につき 1,540円
- (21) セカンドオピニオン 1件につき 11,000円
- (22) 医師面談料 1件につき 5,500円
- (23) 死後処置料 1件につき 5,500円
- (24) 在宅医療に係る交通費 病院の自動車を使用し、病院から患者までの往復走行距離1キロメートルごとに10円
ただし、走行距離1キロメートル未満の端数があるときは、10円を加算する。(10円×距離+消費税)
- (25) 食道アカラシア等に対する経口内視鏡的筋層切開術 1件につき 940,000円
- (26) BRCA1/BRCA2遺伝子シングルサイト検査料 1件につき 73,000円
- (27) 非侵襲性出生前遺伝学的検査料 1件につき 150,200円
- (28) 遺伝カウンセリング料
 - ア 初回 1件につき 11,000円
 - イ 2回目以降 1件につき 5,500円
- (29) コインシャワー使用料 1回につき 100円
- (30) 病衣使用料 1日につき 80円(助産及び新生児の入院に係る使用にあつては、73円)

保険外併用療養費料金表

当院では、以下の項目について、その利用日数や回数、件数に応じた実費負担をお願いしています。※表示料金は消費税込みです。

令和6年10月1日

1. 新潟市病院事業使用料及び手数料条例で定めるもの

- (1) 入院室料差額(個室) 1日 6,600円
- (2) " (特別室) 1日 16,500円
- (3) " (産科特別室) 1日 9,900円
- (4) 非紹介患者初診時負担額(医科) 1回 7,700円
- (5) " (歯科) 1回 5,500円
- (6) 紹介後患者再診時負担額(医科) 1回 3,300円
- (7) " (歯科) 1回 2,090円

※(1)から(7)において、助産に係るものは非課税とする。

2. 新潟市病院事業使用料及び手数料条例施行規程で定めるもの

- (1) う蝕しよくりに罹患している患者の指導管理
 - (ア) 16歳未満の場合
 - a フッ化物局所応用 1,210円
 - b 小窩裂溝填塞か 1,160円
 - (イ) 16歳以上の場合
 - a フッ化物局所応用 1回につき 3,200円(再診料及び歯科疾患管理料を含む。)
 - b 小窩裂溝填塞か 1回につき 3,150円(再診料及び歯科疾患管理料を含む。)
- (2) 入院期間が180日を超えた日以後の療養に係る入院料負担額 1日につき 2,780円
- (3) 使用薬剤の薬価(薬価基準)に記載されている医薬品の医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律の規定による承認に係る用法等と異なる用法等で投与した場合の薬剤料 薬価×投与数
- (4) 長期収載品の選定療養に係る自己負担額
厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養(平成18年厚生労働省告示第495号)第2条第15号に規定する後発医薬品(以下「後発医薬品」という。)のある同号に規定する新医薬品等(以下「先発医薬品」という。)の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に4分の1を乗じて得た価格を用いて条例第3条第1項の規定により算出した額とする。