保　険　外　負　担　料　金　表

令和8年10月１日

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。

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（17）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　６，９３０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） 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（遺伝子型タイピング）　1件につき　２２，０００円

（ウ） HLA－B（遺伝子型タイピング）　1件につき　２４，２００円

（エ） HLA－C（遺伝子型タイピング）　1件につき　２２，０００円

（オ） HLA－DRB1（遺伝子型タイピング）　1件につき　２５，３００円

（カ） HLA　DNA タイピング（NGS－SBT 法）　1件につき　２４，７５０円

（キ） 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	６７，８１０円

備考　マンモグラフィー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、深夜及び休日のとき２３０，０００円）

多胎の場合

第1児　２００，０００円（時間外のとき２２０，０００円、深夜及び休日のとき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、深夜及び休日のとき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） 産後ケア（宿泊ケア）利用料　1日につき　２９，０００円

ただし、多胎児の場合は、2児目以降1児を増すごとに1日につき１０，０００円を加算する。

（17） 診断書等の交付手数料

ア　診断書　簡易なもの　1件につき　2，200円
イ　診断書　複雑なもの　1件につき　4，400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　7，700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3，850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　7，700円
キ　証明書　簡易なもの　1件につき　2，200円
ク　証明書　複雑なもの　1件につき　4，400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　3，850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　7，700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　3，850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。
（18）　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　個歯トレー　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　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（チタン以外） １歯につき ２１０，０００円
ｉ フルメタルクラウン（チタン） 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） ストローマンガイド
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バ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―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） エーカース、Iバ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） エーカース、Iバ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） エステショットブライト（歯肉片側、1歯から3歯まで）　1床につき　205，000円
（b） エステショットブライト（歯肉両側、1歯から7歯まで）　1床につき　208，000円
（c） エステショットブライト（歯肉両側、8歯から14歯まで）　1床につき　212，000円
（d） アミドデショット（歯肉片側、1歯から3歯まで）　1床につき　212，000円
（e） アミドデショット（歯肉両側、1歯から7歯まで）　1床につき　215，000円
（f） アミドデショット（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ー付き）　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ー　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
（19） 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
（20） 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）
（21） 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
（22） セカンドオピニオン　1件につき　11，000円
（23） 医師面談料　1件につき　5，500円
（24） 死後処置料　1件につき　5，500円
（25） 在宅医療に係る交通費　病院の自動車を使用し、病院から患家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）
（26） BRCA1／BRCA2遺伝子シングルサイト検査料　1件につき　40，000円

（27） 非侵襲性出生前遺伝学的検査料　1件につき　106，200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

保　険　外　併　用　療　養　費　料　金　表

令和8年10月1日

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。

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　7，700円

（2）　〃　（特別室） 1日　19，250円

（3）　〃　（産科特別室） 1日　11，550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（しょく）に罹（り）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（か）裂溝填塞　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　3，100円（再診料及び歯科疾患管理料を含む。）

b 小窩（か）裂溝填塞　1回につき　3，050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　3，190円

（3） 使用薬剤の薬価（薬価基準）に収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2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。