

公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター 自費料金一覧表

次に定める項目以外の保険適用外診療に係る診療等の料金は、健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律に定める以下診療報酬点数表及び歯科診療報酬点数表各項目点数に10円を乗じた額及び入院時食事療養費により算出した合計に消費税を加えた額とします。なお、消費税法により非課税と定められているもの（助産に係る資産の譲渡に類するもの等）の額は（ ）で表しています。

項目	金額(円)	項目	金額	項目	金額
選定療養費	紹介状なし初診（医科）	7,700 (7,000)	個室使用料	特別個室A	41,800 (38,000)
	紹介状なし初診（歯科）	5,500		特別個室B	27,500 (25,000)
	再診時（医科）（他の医療機関に対し文書による紹介を行う旨の申し出を行ったにも関わらず、当院を受診した場合）	3,300 (3,000)		差額個室C	20,900 (19,000)
	再診時（歯科）（他の医療機関に対し文書による紹介を行う旨の申し出を行ったにも関わらず、当院を受診した場合）	2,090		差額個室D	16,500 (15,000)
	180日を超えて患者さん自身のご事情により入院される場合（1日毎）	2,720		差額個室E	12,100 (11,000)
	多焦点眼内レンズ（アクティブ フォーカス）	210,000		内視鏡的異局所切除術	(207,000)
	多焦点眼内レンズ（レストア）	210,000		タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	(52,560)
	多焦点眼内レンズ（シフォニー）	210,000		子宮内膜擦過術	(15,200)
	多焦点眼内レンズ（テクニスマルチフォーカス）	210,000		内視鏡的憩室隔壁切除術	(70,416)
	多焦点眼内レンズ（アクティブ フォーカストーリック）	240,000		子宮内フローラ（細菌叢）検査	(51,700)
	多焦点眼内レンズ（レストアトーリック）	240,000		流死産検体を用いた遺伝子検査	(93,530)
	多焦点眼内レンズ（シフォニートーリック）	240,000		五種混合（ゴービック）	20,690
	多焦点眼内レンズ（パンオフェイクス）	290,000		三種混合（トリビック）	5,450
	多焦点眼内レンズ（パンオフェイクストーリック）	320,000		二種混合（二期）DTビック	5,320
	多焦点眼内レンズ（ピピティ）	290,000		麻疹（はしか）	6,820
	癌胎児性抗原（CEA）	1,080		風疹	6,740
	α-フェトプロテイン（AFP）	1,070		麻疹・風疹混合	9,930
	トータルPSA	1,330		破傷風トキソイド	4,920
	CA19-9	1,330		ヒブワクチン（1回目）	8,840
	精子凍結又は融解	16,500		ヒブワクチン（2～4回目）	6,360
分娩料等	分娩料（単胎）	(180,000)		日本脳炎	7,270
	分娩料（双胎）	(270,000)		BCG（結核）	11,330
	分娩料（品胎）	(360,000)		不活化ポリオワクチン	9,610
	※2児以上の場合は、1児増すごとに単胎の50%を加算する。			水痘（みずぼうそう）	8,670
	産科医療補償制度掛金（1児につき）	(12,000)		インフルエンザワクチン（1回目）	5,390
文書料	生命保険、自動車損害賠償責任保険及び傷害保険等に関する診断書	7,700	①予防接種	インフルエンザワクチン（2回目）	2,900
	各種年金及び障害年金等に関する診断書	5,500		20価肺炎球菌ワクチン	11,620
	医師の診断を必要とする診断書	2,750		23価成人用肺炎球菌ワクチン	8,660
	その他の証明書（支払い証明等）	1,100		おたふく（ムンプス）	6,970
	障害補償給付支給請求書	(4,000)		B型肝炎ワクチン（ヘパツクスII水性懸濁中シリジ0.25ml）	6,030
	休業補償補償給付請求書	(2,000)		B型肝炎ワクチン（ビームゲン）	6,230
				帯状疱疹ワクチン（50歳以上の方）	22,880
①予防接種				口タウィルス胃腸炎	9,750
				RSウイルスワクチン（アブリスボ筋注用）	31,420
				髄膜炎ワクチン	24,100
				子宮頸がんワクチン（1回目）ガーダシル	17,620
				子宮頸がんワクチン（2回目）ガーダシル	14,360
				子宮頸がんワクチン シルガード9	27,960
				予防接種6才未満加算	820
				新生児管理保育料（1日につき）	(9,710)
				耳音響放射検査（OAE）	(4,500)
				脳幹反応聴力検査（新生児聴力検査 ABR）	(6,000)
				退院時エコー	(1,700)
				ビタミンK2シロップ持ち帰り11回分	(1,500)
				ベビー キャップ	(180)
				乳幼児粘着式SpO2モニター	(6,600)
母子医療センター				アプニアモニター	(650)
				保温ドレープ	(1,200)
				母乳管理料（1日あたり）	(4,400)
				無痛分娩管理料	(150,000)
				お産セット	(11,480)
				お産用パットM（10枚）	(550)
				お産用パットL（5枚）	(600)
				産褥ショーツ	(790)
				乳房管理料（1日あたり）	(2,200)
				分娩リネンセット	(4,600)
				子宮熟化促進法	(29,790)
				胎盤処理料	(2,080)
				産汚物処理料	(1,000)
				滅菌コップ	110
				かんたん腹帯	(1,140)

公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター 自費料金一覧表

次に定める項目以外の保険適用外診療に係る診療等の料金は、健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律に定める以下診療報酬点数表及び歯科診療報酬点数表各項目点数に10円を乗じた額及び入院時食事療養費により算出した合計に消費税を加えた額とします。なお、消費税法により非課税と定められているもの（助産に係る費用等）の額は（ ）で表しています。

項目	金額(円)	項目	金額	項目	金額	
② 総合周産期母子医療センター	母乳バック（20枚入）	(1,040)	精液検査	6,600	遺伝カウンセリング料（1時間未満）	6,310
	スponジブラシ	(450)	精子凍結保存（1年間の管理料含）	16,500	遺伝カウンセリング料（1時間以上）	11,810
	ピュアレーン	(900)	精子凍結保存（1年間毎更新）	7,700	MMRスクリーニング（3つのMLPA含）	139,750
	ケアセット	(1,210)	凍結胚（配偶子）搬出料	10,230	APCスクリーニング（MLPA含）	101,640
	ハッピーバース（母親教室）	1,650	膀胱内精子回収法（逆行性射精）	14,850	APCシグル（MLPA含）	38,110
	ハッピーバース（多胎）	3,300	精液検査容器代	50	TP53スクリーニング（MLPA含）	101,640
	ハッピーバース テキスト	1,100	ペントキシフィリン精子選別	23,100	シングルサイト1サイト	38,110
	ハッピーバース テキスト（多胎用）	550	遺伝相談	5,500	シングルサイト2サイト	57,170
	妊娠健診	(5,010)	妊娠性温存相談	5,500	シングルサイト3サイト	76,230
	拡大新生児マスクリーニング検査	(7,610)	不妊看護相談	2,200	がん関連遺伝子のシグルサイト解析（1箇所）	12,700
	妊娠反応検査	(2,390)	排卵チェックマーク	2,450	がん関連遺伝子のシグルサイト解析（2箇所）	16,520
	流産組織顕微鏡検査	52,800	精子不動化抗体	7,700	がん関連遺伝子のシグルサイト解析（3箇所）	20,320
	羊水細胞染色体検査（Gバンド法）	71,500	精子不動化抗体（SI50）	13,200	がん関連遺伝子のシグルサイト解析（4箇所）	24,140
	トキソプラズマIgGアビティイインテックス	6,600	PBMC	45,100	がん関連遺伝子のシグルサイト解析（5箇所）	27,950
	トキソプラズマ抗体 Ig G	1,020	PGT（胚一個分）	115,500	sanger法による単一エクソン解析（1か所）	19,060
	トキソプラズマ抗体 Ig M	2,200	PGT（判定不能）	89,100	sanger法による単一エクソン解析（2か所）	33,030
	抗カルジオリピン Ig M抗体	5,500	PGT（融解-生検なし1本分）	46,200	sanger法による単一エクソン解析（3か所）	47,010
	抗PEI Ig M抗体	8,470	PGT（融解-生検なし追加1本分）	11,000	sanger法による単一エクソン解析（4か所）	60,980
	抗PEI Ig G抗体	5,500	セットアップ（PCR+STR）	352,000	sanger法による単一エクソン解析（5か所）	74,960
	トリプルマーカー	12,440	セットアップ（核マップ追加）	220,000	NIPT検査	89,010
	産後2週間健診	(5,000)	PGT-M解析（PCR+STR）10個迄	121,000	絨毛検査	90,950
	産後1か月健診	(5,000)	PGT-M解析（PCR+STR）11個以上（1個単位）	11,000	絨毛検査（G-band+FISH）	131,100
	乳児1か月健診	(5,870)	PGT-M解析（PCR+STR+核マップ）5個迄	242,000	羊水検査	90,110
	母乳外来	(4,400)	PGT-M解析（PCR+STR+核マップ）6個以上	66,000	羊水検査（G-band+FISH）	111,110
	妊娠と薬外来	13,000	子宮内膜刺激術（SEET法）	50,030	羊水検査（G-band+マイクロアレイ）	212,280
	授乳相談	6,780	二段階胚移植術（新鮮胚）	89,930	Single Gene by NGS	70,180
	クリーンコットン	(300)	二段階胚移植術（凍結胚）	134,270	ACT RISK	256,170
	トランステューサーベルト	(420)	卵子凍結保存管理料（5個毎）※凍結時	62,640	ACT RISK CARE	175,320
	チェックPRM	(3,240)	子宮内膜受容能検査2	115,400	ACT ASSOCIATE ASSAY	36,720
			社会的適応の卵子・胚凍結保存カウンセリング料	11,610	ACT ASSOCIATE ASSAY 2座位目以降追加毎	23,100
			社会的適応の卵子・胚凍結保存医事管理料	47,300	神経線維腫症遺伝子検査	42,470
			基本料（10個まで）※2年目以降	34,100	超音波（First trimester）検査	10,600
			社会的適応の卵子・胚凍結保存医事管理料		Reveal SNPマイクロアレイ（血液）	191,010
			追加10個ごと※2年目以降			

公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター 自費料金一覧表

次に定める項目以外の保険適用外診療に係る診療等の料金は、健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律に定める以下診療報酬点数表及び歯科診療報酬点数表各項目点数に10円を乗じた額及び入院時食事療養費により算出した合計に消費税を加えた額とします。なお、消費税法により非課税と定められているもの（助産に係る費用等）の額は（ ）で表しています。

項目	金額(円)	項目	金額	項目	金額	
テ リ シ ヨ ビ ン リ ⑤	ソックスエイド	1,940	入浴用パウチ保護フィルム	270	アンダーパット（便処置時のみ）	160
	ダイセム滑り止めシート	490	生理用ナプキン（1枚）	10	しっかり吸水シーツ	60
	ペットボトルオープナー	220	寝巻	1,100	アテント尿取りパッド	20
	お薬どうぞ	860	T字カミソリ	120	アテント安心パッドスーパー吸収	20
	スポンジハンドル	580	腹帯	990	アテントテープ止めタイプM	60
	シリコンハンドル	1,610	歯ブラシ	330	アテントテープ止めタイプL	80
クリ ニ ッ ク ⑥	IMS療法（中範囲）	3,300	ディスポ歯ブラシ	20	アテントテープ止めタイプLL	130
	IMS療法（全身）	5,500	ティッシュペーパー（1箱）	130	アテントRケア薄型さらさらパンツS	70
	鍼灸治療	5,500	吸いのみ	270	アテントRケア薄型さらさらパンツM-L	80
	臨床心理士による心理療法（初回）	4,400	スリッパ	80	アテントRケア薄型さらさらパンツL-LL	80
	臨床心理士による心理療法（2回目以降）	2,200	マスク	10	アテント薄型スーパーフィットパンツM-L	80
	臨床心理士による心理療法（2回目以降50分）	3,300	ボディソープ	460	アテント薄型スーパーフィットパンツL-LL	80
⑦その他 ⑦その他	セカンドオピニオン基本料	33,000	シャンプー	750	パンパースさらさらケア	20
	医師面談料（保険会社等）	6,640	歯磨き粉	520	パンパースさらさらケア（テープ）S	20
	医師相談料（家族等）（60分まで）	7,700	ユリンメートP 4000ml	3,190	パンパースさらさらケア（テープ）M	30
	医師相談料（家族等）（追加30分毎）	3,850	保冷剤（血清点眼外来）	110	パンパースさらさらケア（テープ）L	40
	小児科 禁煙外来	4,070	血清点眼外来（瓶代含む）	5,240	サルバお肌にやさしいおしりふき	220
	診察券再発行	200	クーラーバック（血清点眼外来）	110	dc使イ捨テコットンショーツ	290
	診療明細書（保険会社請求用）	330	容器代（軟膏）	50	パンパースP-XS	70
	カルテ等コピー代	10	T字帯	360	パンパースはじめての肌へのいちばん3S 1枚	(20)
	フィルム複製費（DVD 1枚+1データ分）	310	バストバンド	1,760	パンパースはじめてのお肌へのいちばん新生児1枚	(20)
	フィルム複製（追加1データ分）	210	グルコレスキュー	110	パンパースはじめての肌へのいちばん4S	(530)
	X線フィルム等コピー代	1,320	天使の箱（小）	10,740	パンパースはじめての肌へのいちばん5S	(490)
	郵送料（基本料金+簡易書留代 50gまで）	460	天使の箱（大）	12,140	パンパースはじめての肌へのいちばん6S	(790)
	郵送料（基本料金+簡易書留代 100gまで）	530	天使の箱（特大）	24,280	ピジョンおしりナップ	110
	郵送料（簡易書留代のみ）	350	エンゼルボックス20	4,110		(100)
	通訳料（2時間まで）	1,100	エンゼルボックス30	5,260		
	通訳料（2時間を超えた1時間ごと）	360	エンゼルボックス35	5,500		
	※2時間までの料金に加算する額		エンゼルケアセット	5,920		
	通訳料（遠隔通訳）	1,100	応援介護フラットタイプ	20		
	通訳料（キャンセル料）	1,100	グーンスーパーBIG	60		

公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター 自費料金一覧表

次に定める項目以外の保険適用外診療に係る診療等の料金は、健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律に定める以下診療報酬点数表及び歯科診療報酬点数表各項目点数に10円を乗じた額及び入院時食事療養費により算出した合計に消費税を加えた額とします。なお、消費税法により非課税と定められているもの（助産に係る費用等）の額は（ ）で表しています。

項目	金額(円)	項目	金額	項目	金額	
⑦その他	ペットボトル	アダプト保護膜パック	50	⑦その他	センシュラミオ2ウロ40~60	(760)
	サルバDパンツしっかりガード長時間M-L	アダプトストーマパウダー	1,270		センシュラミオ2プレート40~60	(710)
	サルバDパンツしっかりガード長時間L-LL	アダプト剥離剤パック	40		センシュラミオ2プレートディープ60	(930)
	サルバ安心WフィットM	アダプト皮膚保護シール	720		センシュラミオ2プレートライト40~60	(910)
	サルバ安心WフィットL	プロケアリムーバー	50		センシュラミオ2ウロ60	(760)
	フィラデルフィアカラー	ブラバパウダー	1,150		センシュラミオ2プレート60	(710)
	鎖骨固定帯 S (労災時)	ブラバ伸縮性保護テープ	150		センシュラミオ2プレートライト60	(910)
	鎖骨固定帯 M (労災時)	エセンタ粘着剥離剤	130		ノバ1イレオストミーコンベックス (810-24)	(920)
	鎖骨固定帯 L (労災時)	粘着剥離スプレー	2,890		ノバ1イレオストミーコンベックス (810-37)	(920)
	HBOCサーベインス乳房パッケージ (MRIあり)	リモイスコートスプレー	1,840		ノバ1イレオストミーコンベックス (810-46)	(920)
	HBOCサーベインス乳房パッケージ (MRIなし)	インケア・インビューカテ 25mm	230		ノバ1フォールドアップソフトコンベックス35mm	(900)
	HBOCサーベインス婦人科パッケージ	インケア・インビューカテ 29mm	230		イレファインDキャップ30~50	(750)
	HBOCサーベインス婦人科 子宮頸がんオプション	インケア・チューブ (持ち帰り分)	580		イレファインDキャップフラット40・50	(700)
	HBOCサーベインス婦人科 子宮体がんオプション	リモイスクレンズ	1,730		イレファインD 30~50 1箱10枚 アルケア	(600)
	エキノコックス抗体検査	スムーズリムーバー	770		ネラトンカテーテル (サフィード8~20F)	40
	腹帯チューブM	インケア・ストラップ (バンド)	990		パートナーキャスフーリーカテーテル (14~26Fr)	710
	腹帯チューブL	コロプラスストパウダー1本 25g	1,100		腎孟バルーンカテーテル (Fタイプ) 12~16F	4,180
	腹帯チューブLL	セキューラCL 10ml	70		アダプト皮膚保護ペースト1本57g ホリスター	2,640
	やわぴたセラプラスウロS	アダプト皮膚保護ペースト1回分 (10g)	440		アダプト皮膚保護ミニペースト	920
	やわぴた面板セラプラス	スキンジェル ウィップ (ホリスター7917)	40		コロプラスストポストオペロッドN	350
	ウロ接続管	アダプトオストミーベルト1箱10本ホリスター	990		テガダームトランスペアレントドレッシング (パッド付き) 5×7cm	90
	ニューイメージウロS	フレキシシール SIGNAL OC	62,370		テガダームトランスペアレントドレッシング (パッド付き) 9×15cm	350
	イーキンシール	アシュラコンフォートワイドEC	(560)		テガダームトランスペアレントドレッシング 15×20cm	580
	サージドレーン・オープントップS	アシュラポストオペW 70mm コロプラス	1,540		テガダームトランスペアレントドレッシング 6×7cm	180
	サージドレーン・オープントップM	アシュラポストオペ 100mm コロプラス	1,650		オプサイトクイックガード 10×12.5cm	190
	サージドレーン・オープントップL	アシュラコンフォートEC	(510)		オプサイトクイックガード 5×7.2cm	90
	サージドレーン・オープントップLL	センシュラ1	(600)			
	ミムロワンタッチベルト	センシュラ1プラス	(950)			
	コンビーン	センシュラ1ポストオペ10~115mm	(1,030)			
	コンビーンセキュアE	センシュラ1ポストオペ10~78mm	(950)			
	プラバウエバー	センシュラミオ1ソフト	930			

公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター 自費料金一覧表

次に定める項目以外の保険適用外診療に係る診療等の料金は、健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律に定める以下診療報酬点数表及び歯科診療報酬点数表各項目点数に10円を乗じた額及び入院時食事療養費により算出した合計に消費税を加えた額とします。なお、消費税法により非課税と定められているもの（助産に係る費用等）の額は（ ）で表しています。

項目	金額(円)	項目	金額	項目	金額		
⑧ 歯科 ・ 口腔 外科 ・ 矯正 歯科 相談料（矯正）	6,060	⑧ 歯科 ・ 口腔 外科 ・ 矯正 歯科	IMC交換	11,000	⑧ 歯科 ・ 口腔 外科 ・ 矯正 歯科	ロケーター	5,000
基本検査料（矯正）	38,500		インプラント1次手術（フィクスチャー埋込・材料費込み）（1本目）	165,000		オーバーデンチャー	300,000
診断料（矯正）	41,550		インプラント2次手術（アバットメント装着・材料費込み）（1本目）	38,500		安定度測定	10,000
基本施術料（矯正）	224,530		咬合診断料（G O A, 顎弓等）	11,000		バンテージ	4,910
基本施術料（少数歯）	74,840		プロビジョナルレストレーション	5,500		エバビューティー	330
舌側弧線装置（片顎）	38,500		インナークラウン	33,000		マウスピースケース	140
ダイレクトボンディング装置（片顎）	128,020		クラウン（インプラント）	110,000		サイレンサーケース	230
セクショナルアーチ（8歯以下）	65,240		メタルボンド（インプラント）	165,000		開口練習器	2,510
機能的顎矯正装置	71,940		オーバーデンチャー	440,000		コンクール	1,320
拡大床矯正装置（片顎）	46,530		スクリューオンデンチャー	880,000		コンクールジェルコート	1,100
Wタイプ拡大装置	50,270		インプラント1次手術（フィクスチャー埋込・材料費込み）（2本目以降・1本につき）	84,700		歯間ブラシ	110
急速拡大装置	51,810		インプラント1次手術	200,000		スーパーフロス	1,100
ヘッドギア	38,610		インプラント2次手術	35,000			
前方牽引装置（マスクタイプ）	48,620		G B R	20,000			
ホールディングアーチ	33,550		ブロック骨移植	50,000			
可撤式保定装置（片顎）	39,930		ソケットリフト	30,000			
FWSリテナー	16,720		サイナスリフト	200,000			
パラタルバー	32,670		スプリットクレスト	50,000			
調節料（矯正）	6,660		骨延長	250,000			
観察料（矯正）	4,440		遊離歯肉移植	30,000			
転医資料料（矯正）	21,350		採骨	20,000			
アンカースクリュー	30,310		人工骨	20,000			
インプラントアンカ-除去術（スクリュー）1本	2,200		メンブレン	15,000			
可撤式矯正装置（1セット）	31,350		スクリュー	10,000			
オーソドッソシリコンワックス	670		サージカルガイド	40,000			
テレスコープ（1歯）	66,000		プロビジョナル	15,000			
レヴィンブレード	33,000		F M C	150,000			
バーアタッチメント	55,000		ゴールドF M C	200,000			
インプラント診断料	5,500		フルジルコニアF M C	150,000			
インプラント再診料	1,100		メタルボンド	150,000			
ゴム交換	1,100		アタッチメント	50,000			