

# 保険適用外の費用について

令和6年10月1日改正

項目	徴収単位	金額 (円・税込)	
文書料	自立支援医療医師意見書(在宅・新規)	1件	5,500
	自立支援医療医師意見書(在宅・継続 等)	1件	4,400
	普通診断書	1件	2,080
	死亡診断書	1件	2,820
	死体検案書	1件	5,230
	死産証書	1件	2,820
	特別診断書	1件	5,230
	健康診断書	1件	2,080
	普通証明書	1件	1,460
	特別証明書	1件	2,080
	出生証明書	1件	2,200
	学校文書(健診の結果表等)	1件	410
分娩介助料	時間内・一児につき	1件	224,000
	時間内・一児ますごとに	1件	139,000
	時間外・一児につき	1件	266,000
	時間外・一児ますごとに	1件	164,000
産科費用	妊婦基本健診料	1回	4,910
	産後健診料	1回	5,000
	褥婦指導料	1回	2,200
	乳房ケア指導料	1回	2,200
	エコーリン眼軟膏(3.5g)	1個	250
	胎児超音波スクリーニング 1回目(多胎は「単価×人数」)	1回	9,030
	胎児超音波スクリーニング 2回目以降(多胎は「単価×人数」)	1回	6,650
	妊婦ノンストレステスト	1回	2,310
	避妊処置料 避妊具の挿入	1回	33,000
	避妊処置料 避妊具の除去	1回	5,500
プロウベス錠用剤10mg	1個	19,800	
新生児科費用	新生児介補料	1日	5,890
	新生児健診料	1回	8,060
	新生児聴力検査料	1回	6,280
	新生児ケーテツシーシロップ予防投与	13回	300
		3回	70
先天性代謝異常検査(ガスリー)	1回	2,080	
先天性代謝異常検査(オプショナルスクリーニング)	1回	8,800	
リネン代	紙おむつ・おしりふき SS-Lサイズ	1日	340
	紙おむつ・おしりふき ビッグサイズ・大人用	1日	510
	タオル(お手ふき・フェイスタオル・バスタオル)	1日	160
	衣類 新生児・未熟児用	1日	70
	衣類 乳児・幼児・学童以上	1日	120
衣類 成人用	1日	190	
予防接種	五種混合予防接種	1回	20,520
	四種混合予防接種	1回	11,410
	二種混合予防接種	1回	5,870
	麻疹・風しん予防接種	1回	10,230
	麻疹予防接種	1回	7,380
	風しん予防接種	1回	7,380
	日本脳炎	1回	8,040
	BCCG予防接種	1回	9,800
	ヒブ(Hib)ワクチン	1回	9,140
	肺炎球菌(バクテリナ)	1回	12,260
	水痘	1回	9,110
	B型肝炎	1回	6,820
	子宮頸がん4価予防	1回	17,500
	子宮頸がん9価予防	1回	27,950
	インフルエンザ	1回	4,290
	おたふく	1回	7,600
	破傷風	1回	5,360
	ロタウイルス(ロタリックス)	1回	14,690
	RSウイルス感染予防接種(妊婦)	1回	29,760
	髄膜炎菌感染予防接種	1回	24,010
血液型検査	血液型検査(採血あり)	1回 (6歳未満)	3,650
		1回 (6歳以上)	2,990
その他	血液型検査(採血なし)	1回	520
	診察券再発行手数料	1回	280
	生命保険等に係る面談料	1回	6,280
	セカンドオピニオンに係る面談料	1回	11,000
	家族宿泊施設利用料	1室1夜	880
家族宿泊施設寝具利用料	1組	190	

項目	徴収単位	金額 (円・税込)	
診療情報 開示複写 手数料	診療録開示複写手数料(白黒A3以下)	1枚	10
	診療録開示複写手数料(カラーA3以下)	1枚	50
	診療録開示複写手数料(X線写真大角以上)	1枚	820
	診療録開示複写手数料(X線写真四つ切り又は大四つ切り)	1枚	620
	診療録開示複写手数料(六つ切り以下)	1枚	460
	診療録開示複写手数料(CD-R スキャナを利用した電磁的記録媒体の交付)	1枚	100円+文書1枚につき10円
	診療録開示複写手数料(CD-R その他の場合)	1枚	100
	診療録開示複写手数料(DVD-R スキャナを利用した電磁的記録媒体の交付)	1枚	120円+文書1枚につき10円
	診療録開示複写手数料(DVD-R その他の場合)	1枚	120
	薬剤容器代 (小分け用等 追加購入の 場合)	内用投薬瓶 30cc	1個
内用投薬瓶 60cc		1個	60
内用投薬瓶 100cc		1個	70
内用投薬瓶 200cc		1個	90
内用投薬瓶 300cc		1個	80
外用投薬瓶 20cc		1個	30
外用投薬瓶 100cc		1個	40
軟膏壺 10g 深型		1個	30
軟膏壺 32g		1個	40
軟膏壺 53g		1個	50
軟膏壺 113g	1個	60	
軟膏壺 200g	1個	130	
軟膏壺 300g	1個	170	
医療用製品	エンゼルボックス20	1組	780
	エンゼルボックス30	1組	1,420
	エンゼルボックス35	1組	1,550
	お産セット Apr-68	1組	3,300
	お産マット	1枚	1,170
	弾性ストッキング	1足	1,100
	母乳スピッツ (JMS注入器)	1本	40
	滅菌スピッツ	1本	30
	キャピロンスプレータイプ	1本	2,200
	こども用カラヤ5ドレイン	1枚	250
	コロボラストウエハー20×20	1枚	2,340
	コロボラストドレナージS	1枚	640
	コロボラストブラバウエハー15×15	1枚	1,340
	コロボラストモルダブルリング	10枚/箱	2,350
	コロボラストモルダブルリング	10枚/箱	2,350
	ドレーナSミニ	1枚	610
	ニューイメージイオレストミーパウチ	1枚	500
	剥離剤パック	1枚	30
	ハルンパック	1枚	80
	プロケアウエハー 20号	1枚	1,220
ボスパックK	1枚	70	
モルダブルリング	1枚	240	
ホリスター新生児用パウチ	1枚	350	
ノバ1インファントドレイン	1枚	400	
カラヤプラスト 20号	1枚	720	
パウチキン新生児用パウチ	1枚	350	
プロケアパウダー ¥1782	1本	1,810	
カラヤヘッジブ・クリアタイプC-3	1枚	280	
プロケア1・ポストオペ	1枚	280	
アダプトスターマパウダー 28・3g	1本	1,040	
アダプト皮膚保護シール	1枚	630	
リモイスコート(30ml)	1本	1,720	
パウチキン小児用ワンピース	1枚	450	
パウチキン小児用ワンピースロックンロール	1枚	450	
ニューイメージロックンロールミニ	1枚	350	
プロケア1D	1枚	440	
ニューイメージFWF凸面テープ付き 44mm	1枚	970	
ウエルケアドレインM	1枚	510	
ブラバモルダブルリング	1個	230	
パウチキン未熟児用パウチ	1枚	300	
イレファインDキャップ30	1個	730	

令和6年度染色体検査料金

R6.10.1改定

NO	検査項目名称	当院料金 (円、税込)
1	羊水細胞染色体検査	52,800
2	迅速FISH+羊水細胞染色体検査(単胎)	74,800
3	迅速FISH+マイクロアレイ染色体検査(CytoScanHD)+羊水細胞染色体検査(単胎)または絨毛染色体検査(単胎)	192,500
4	マイクロアレイ検査(CytoScanHD)	124,300
5	末梢血染色体検査	27,500
6	UPD検査(11,14,15番染色体)	66,000
7	UPD検査(11,14,15番染色体以外)	328,020
8	エクソーム解析	140,800
9	サンガーシーケンス解析(シングルサイト)	16,500
10	MLPA法による解析	44,000
11	PCR法による解析	16,500
12	既に妊娠しており、セットアップと本検査を同時に実施する場合の単一遺伝子疾患の出生前遺伝学的検査	110,000
13	妊娠前でセットアップと本検査を分けて実施する場合の単一遺伝子疾患の出生前遺伝学的検査	66,000
14	流死産絨毛(POC)細胞染色体検査(単胎)	25,300
15	流死産絨毛(POC)細胞染色体検査(単胎)において培養不成功の場合	25,300
16	流産内容物NGS染色体検査(単胎)	33,000
17	流産内容物NGS染色体検査(単胎)において3倍体検査を追加する場合	8,800
18	遺伝カウンセリング	11,000
19	コンバインド検査	40,000
20	無侵襲的出生前遺伝学的検査	90,000

羊水による検査料
35,220

+

流死産後の検体による検査料
1,210

+

末梢血による検査料
2,320

※No1~17の検査料については検体の種類により料金が異なります。

※双胎の場合は2件分の請求となります。

※上記金額に加え、初診料または再診料(全額自己負担)がかかります。

令和6年度 産後ケア料金

R6.4.1改定

NO	項目		当院料金 (税込)
1	宿泊型	1泊2日	40,000
2	宿泊型	2泊3日	60,000
3	宿泊型	3泊4日	70,000
4	宿泊型	4泊5日	80,000
5	宿泊型	5泊6日	90,000
6	宿泊型	6泊7日	100,000
7	宿泊型	多胎児加算(1人につき1日)	9,000
8	日帰り型	1日	20,000
9	日帰り型	多胎児加算(1人につき1日)	4,500

※群馬県内にお住まいの方へ：居住地の市町村で補助がある場合は、上記料金のうち全額自己負担なし〜2割の料金で利用できます。詳しくは、医事課へお問い合わせください。