

保険適用外（自己負担）の診療等料金について（令和7年11月12日）

【掲示義務】

本院では次のとおり諸料金を設定しています。（非課税と表記のある項目以外は、すべて税込金額です）

(1) 特別療養環境室（差額病床室）

区分	1日の料金	設備									
		湯舟	シャワー	トイレ	キッズ	洗面台・ロッカ	テレビ	冷蔵庫	応接セット	テーブル	椅子
S室	16,500円	○	○	○	○	○	○	○	○	←含む	←含む
A室	9,900円		○	○		○	※	※		○	○
B室	6,600円			○		○	※	※		○	○
C室	5,500円				○	※	※		○	○	○

1) S室はテレビ・冷蔵庫を無料でお使いいただけます。

※A・B・C室のテレビ・冷蔵庫は、別途使用料がかかります。

2) 出産でご利用される場合には、消費税は非課税となります。

(2) 分べん介助料 ※非課税

分べん日	分べん終了時刻	料金（1児の場合）
平日	午前8時30分～午後5時	210,000円
平日・土曜日	午後5時（土曜日は午前8時30分）～午後10時、午前6時～午前8時30分	230,000円
日曜日・休日	午後10時～午前6時	250,000円

※2児以上の場合、1児増すごとに1児の料金の2分の1相当を加算した額

(3) 新生児保育料 ※非課税

1日につき 7,000円

(4) 健康診断料

1回につき 2,750円

ただし、健康診断料は、医科点数表による初診料に含まれる範囲内の検査とし、その他の検査を行ったときは、医科点数表に準じて算出した額に消費税相当額を加算した金額を別にお支払い願います。

(5) 先天性代謝異常検査 ※非課税

イ 先天性代謝異常検査採血料 1回につき 2,800円

ロ 再採血料 1回につき 1,000円

ハ 拡大新生児スクリーニング検査 1回につき 8,250円

ニ 拡大新生児スクリーニング検査（実証事業） 1回につき 2,750円

(6) 妊婦健診料 ※非課税

イ 基本的な妊婦健康診査① 1回につき 5,240円

ロ 基本的な妊婦健康診査② 1回につき 5,760円

ハ 血液検査（初回） 1回につき 9,920円

ニ 血液検査（血算・血糖） 1回につき 3,360円

ホ 血液検査（血算） 1回につき 1,810円

ヘ GBS検査 1回につき 3,200円

ト 子宮頸がん検診（細胞診） 1回につき 3,400円

チ 超音波検査 1回につき 5,300円

リ 血液検査（HTLV-1抗体検査） 1回につき 3,070円

ヌ 性器クラミジア検査 1回につき 1,980円

ル ラクトバチルス（Nスコア） 1回につき 2,000円

ヲ 産褥健診 1回につき 6,030円

(7) 子宮内リング挿入料 1回につき 33,000円

(8) 子宮内避妊システム（ミレーナ）挿入料 1回につき 71,447円

(9) 子宮内リング抜去料 1回につき 16,500円

(10) 文書料（法令に基づき無料で交付すべきものを除く。）

イ 診断書料 1通につき 2,750円

ロ 死亡診断書（死体検案書）料 1通につき 2,750円

ハ 特殊診断書料 1通につき 5,500円

ニ 健康診断書料 1通につき 2,750円

ホ 証明書料 1通につき 2,200円

ヘ 指定難病臨床調査個人票料 1通につき 4,400円

ト 小児慢性特定疾病医療意見書料 1通につき 4,400円

チ 特殊証明書料 1通につき 4,400円

リ 外国語で作成する診断書及びその他の

医学的判断を伴う証明書料 1通につき 11,000円

(11) 複写料	イ 診療録等複写料（電子式複写）	1枚につき	20円	(ホ) HLA-B (DNAタイプ)	22,000円
	ロ X線画像複写料			(ヘ) HLA-C (DNAタイプ)	22,000円
	(イ) レーザーイメージヤーフィルム（半切）	1枚につき	859円	(ト) HLA-DB1 (DNAタイプ)	22,000円
	(ロ) レーザーイメージヤーフィルム（B4）	1枚につき	722円	(チ) HLA-DRB1 (DNAタイプ)	22,000円
	(ハ) CD-R	1枚につき	1,780円	(リ) HLA-DQA1 (DNAタイプ)	16,500円
	(ニ) DVD-R	1枚につき	1,959円	(ス) HLA-DQB1 (DNAタイプ)	22,000円
	ハ X線フィルムデジタイズ料		544円	(ル) HLA-A, B, C, DRB1, DRB3/4/5, DQA1, DQB1, DPA1, DPB1遺伝子型検査（11座）（NGS法）	61,600円
(12) 歯科領域の諸料金（外来診療棟1階・歯科口腔外科外来に掲示）				(フ) HLA-A, B, DRB1+C遺伝子型検査（Luminex法）	49,500円
(13) 評価療養（実施する診療科外来及び病棟に掲示）				(ガ) HLA-A, B, C, DRB1, DQA1, DQB1, DPA1, DPB1各遺伝子型検査（Luminex法）	18,700円
(14) 特定機能病院における初診時および再診時の負担額				(カ) 移植後キメリズム検査	35,200円
イ 紹介状なしの患者における医科初診料			7,700円	(ワ) HBV分子系統解析検査	
ロ 紹介状なしの患者における医科再診料			3,300円	(イ) 父子の場合1人当たり	35,750円
ハ 紹介状なしの患者における歯科初診料			5,500円	(ロ) 母子の場合1人当たり	34,650円
ニ 紹介状なしの患者における歯科再診料			2,090円	カ HBVサブジェノタイプ判定検査	16,500円
(15) 治験に係る診療で保険外併用療養費支給対象外となる料金については、医科点数表及び歯科点数表に準じて算定した額に消費税相当額を加算した金額				ヨ ホールボディカウンターによる内部被ばく検査	11,000円
(16) ヒト体外受精胚移植法料				タ Y染色体微小欠失検査	33,000円
イ 卵採取		1回につき	91,190円	レ 脳神経内科における各種検査料 ※外来のみ	
ロ 卵採取（採取できないとき）		1回につき	30,800円	(イ) 抗NMDA受容体抗体（定性）	23,650円
ハ 卵培養（体外受精）		1回につき	102,190円	(ロ) 抗NMDA受容体抗体（定量）	32,120円
ニ 卵培養（顕微受精）		1回につき	151,250円	(ハ) 傷腫瘍性神経症候群関連抗体セット	32,120円
ホ 卵培養（精巣精子顕微授精）		1回につき	212,630円	(シ) 筋炎関連抗体セット	18,370円
ヘ 胚移植		1回につき	32,120円	(ホ) 抗核抗体セット	13,530円
ト 胚凍結（1年間）（5個までのとき）		1回につき	62,370円	(ヘ) 抗LGI1抗体	42,900円
チ 胚凍結（1年間）（6個以上のとき）		1回につき	88,220円	(ト) 抗CASPR2抗体	38,500円
リ 凍結胚融解		1回につき	40,260円	(チ) 抗LGI1抗体+抗CASPR2抗体	62,700円
ヌ アシテッドハッティング加算		1回につき	10,780円	(リ) 抗MOG抗体	48,400円
ル 高濃度ヒアルロン酸含有培養加算		1回につき	11,990円	(ス) 抗SRP抗体+抗HMGCR抗体	46,200円
ヲ 凍結更新料（1年間）		1回につき	13,200円	(ル) 抗AQP4抗体	35,200円
ワ 精子特殊処理				(ガ) 抗NAE抗体	50,600円
(イ) ミグリス法		1回につき	5,500円	(リ) 抗gAChR抗体	47,300円
(ロ) ZyMot法		1回につき	32,780円	(カ) Ri自己抗体	44,220円
カ 着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）		1受精卵あたり	65,560円	(ミ) Hu自己抗体	44,220円
ヨ 着床前胚染色体構造異常検査（PGT-SR）		1受精卵あたり	65,560円	(ナ) Yo自己抗体	44,220円
(17) 入院期間が180日を超える場合の自己選択に係る入院基本料負担額			2,834円	(レ) 神経核内封入体病（NIID）	23,980円
(18) 自費診療単価				ソ その他遺伝子検査料 ※外来のみ	
イ 交通事故 ※非課税		1点あたり	20円	1 Noonan症候群遺伝子検査	56,320円
ロ 外国人患者（日本国籍を有さず、かつ、日本の	1点あたり			2 常染色体優性多発性囊胞腎遺伝子検査	62,370円
公的医療保険を有しない者）				3 常染色体劣性多発性囊胞腎遺伝子検査	44,330円
(19) 死後処置料				4 内分泌バネル1（副腎疾患）遺伝子検査	56,320円
イ ネまき有り			7,810円	5 内分泌バネル2（成長障害）遺伝子検査	56,320円
ロ ネまき無し			5,940円	6 内分泌バネル3（46,XY性分化疾患）遺伝子検査	56,320円
(20) セカンドオピニオン外来相談料		1回につき	33,000円	7 内分泌バネル4（性成熟疾患）遺伝子検査	56,320円
(21) 保険適用外検査				8 内分泌バネル5（下垂体機能障害）遺伝子検査	56,320円
イ 抗フォスファチジルエタノールアミンIGG抗体		1回につき	1,925円	9 内分泌バネル6（糖代謝異常症）遺伝子検査	56,320円
ロ 抗フォスファチジルエタノールアミンIGM抗体		1回につき	1,925円	10 内分泌バネル7（骨疾患）遺伝子検査	56,320円
ハ 抗フォスファチジルセリンIGG抗体		1回につき	4,620円	11 内分泌バネル8（卵巣機能不全症）遺伝子検査	56,320円
ニ 抗フォスファチジルセリンIGM抗体		1回につき	4,620円	12 エーラス・ダンロス症候群（非血管型）遺伝子検査	56,320円

保険適用外（自己負担）の診療等料金について（令和7年11月12日）

【掲示義務】

本院では次のとおり諸料金を設定しています。（非課税と表記のある項目以外は、すべて税込金額です）

25 孔脳症・裂脳症遺伝子検査	1回につき	44,220 円	ウ 子宮内膜胚受容期検査 (ERPeak)	1回につき	99,220 円	ハ 卵巣組織凍結保存料（新規1年間）	89,100 円
26 クリスタリン網膜症遺伝子検査	1回につき	44,220 円	(イ) 1回目	1回につき	49,610 円	二 卵巣組織凍結保存料（継続1年毎）	13,200 円
27 Cantu症候群遺伝子検査	1回につき	44,220 円	(ロ) 2回目（1回目が非受容期だった場合）	1回につき	9,460 円	ホ 卵巣融解料	53,900 円
28 血友病遺伝子検査	1回につき	44,220 円	ノ マイコプラズマ・ニューモニエDNA/PCR	1検体1回につき		ヘ 卵巣組織自家移植料（開腹術）	61,600 円
29 HSV-1定性PCR (HSV1型)	1回につき	20,020 円	(22) リンパ浮腫外来			ト 卵巣組織自家移植料（腹腔鏡手術）	125,400 円
30 HSV-2定性PCR (HSV2型)	1回につき	20,020 円	イ 複合的理学療法・片側（上肢）（初回）		6,495 円	(33) 遺伝性乳がん・卵巣がん症候群の遺伝子検査料	
31 VZV定性PCR	1回につき	20,020 円	ロ 複合的理学療法・片側（上肢）（2回目以降）		3,561 円	イ HBOCスクリーニング検査	228,800 円
32 EBV定性PCR	1回につき	20,020 円	ハ 複合的理学療法・両側（上肢）（初回）		7,647 円	ロ BRCA MLPA	38,500 円
33 CMV定性PCR	1回につき	20,020 円	ニ 複合的理学療法・両側（上肢）（2回目以降）		4,714 円	ハ クイックHBOC	264,000 円
34 脊髄小脳変性症（SCD）の遺伝子解析SCA1	1回につき	21,230 円	ホ 複合的理学療法・片側（下肢）（初回）		8,800 円	ニ HBOCシングルサイト	38,500 円
35 脊髄小脳変性症（SCD）の遺伝子解析SCA2	1回につき	21,230 円	ヘ 複合的理学療法・片側（下肢）（2回目以降）		4,400 円	(34) リンチ症候群の遺伝子検査料	
36 脊髄小脳変性症（SCD）の遺伝子解析SCA3 (MJD)	1回につき	21,230 円	ト 複合的理学療法・両側（下肢）（初回）		11,000 円	イ MMRスクリーニング	134,200 円
37 脊髄小脳変性症（SCD）の遺伝子解析SCA6	1回につき	21,230 円	チ 複合的理学療法・両側（下肢）（2回目以降）		6,600 円	ロ 追加MMRスクリーニング	68,200 円
38 脊髄小脳変性症（SCD）の遺伝子解析SCA10	1回につき	21,230 円	(23) 育児外来料		2,200 円	ハ MLH1フルシークエンシング	90,200 円
39 脊髄小脳変性症（SCD）の遺伝子解析SCA12	1回につき	21,230 円	(24) 診察券再発行料		110 円	ニ MSH2フルシークエンシング	90,200 円
40 脊髄小脳変性症（SCD）の遺伝子解析SCA17	1回につき	21,230 円	(25) 予防接種料 ※当院長期入院中等の理由により、他院での接種が困難な方に限ります			ホ MSH6フルシークエンシング	90,200 円
41 反復発作性運動失調症遺伝子検査	1回につき	44,220 円	イ インフルエンザワクチン（初回）		3,850 円	ヘ PMS2フルシークエンシング	90,200 円
42 家族性片麻痺性片頭痛遺伝子検査	1回につき	44,220 円	ロ インフルエンザワクチン（2回目）		2,200 円	ト MLH1/MSH2 MLPA	35,200 円
43 FGFR3病遺伝子検査	1回につき	44,220 円	ハ B型肝炎ワクチン	1回につき	6,864 円	チ MMRシングルサイト	35,200 円
44 グルコース-6-リン酸脱水素酵素欠乏症遺伝子検査	1回につき	44,220 円	ニ ロタウイルスワクチン 1価	1回につき	15,026 円	(35) 家族性大腸腺腫症の遺伝子検査料	
45 レット症候群遺伝子検査	1回につき	44,220 円	ホ ロタウイルスワクチン 5価	1回につき	10,065 円	イ APCスクリーニング	101,200 円
46 TNXB遺伝子検査	1回につき	62,370 円	ヘ ムンブス（おたふくかぜ）ワクチン	1回につき	3,850 円	ロ 追加APCスクリーニング	35,200 円
47 TP53スクリーニング	1回につき	99,000 円	ト 四種混合ワクチン	1回につき	11,660 円	ハ APCシングルサイト	35,200 円
48 BRCA1/2遺伝子シングルサイト	1回につき	74,250 円	チ 二種混合ワクチン	1回につき	5,216 円	(36) 再生医療提供料 ※外来のみ	
49 TP53シングルサイト	1回につき	41,580 円	リ MR（麻しん風しん混合）ワクチン	1回につき	11,044 円	イ PRP療法（関節内投与）	52,800 円
50 High/Moderate Risk Breast Cancer Panel (9遺伝子)	1回につき	267,850 円	ヌ 日本脳炎ワクチン	1回につき	7,986 円	ロ PRP療法（関節外投与）	25,300 円
51 がん関連シングルサイト解析（1項目）	1回につき	14,960 円	ル BCGワクチン	1回につき	11,616 円	(37) 鍼灸治療料 ※外来のみ	
52 がん関連シングルサイト解析（2項目）	1回につき	18,920 円	ヲ 不活化ポリオワクチン	1回につき	10,626 円	イ はりのみ	3,300 円
53 がん関連シングルサイト解析（3項目）	1回につき	22,880 円	ワ 子宮頸がん予防ワクチン 9価	1回につき	29,711 円	ロ はり・きゅう併用	3,410 円
54 がん関連シングルサイト解析（4項目）	1回につき	26,950 円	カ Hib（ヒブ）ワクチン	1回につき	9,526 円	(38) 形成外科領域の処置及び手術料	
55 がん関連シングルサイト解析（5項目）	1回につき	30,910 円	ヨ 肺炎球菌ワクチン 15価	1回につき	12,694 円	イ 瘢痕拘縮形成手術（顔面）	基本1cmまで 55,000 円
56 がん関連シングルサイト解析（5項目を超えた1項目ごと）	1回につき	4,070 円	タ 肺炎球菌ワクチン 20価	1回につき	12,496 円	ロ 瘢痕拘縮形成手術（その他）	加算1cmにつき 11,000 円
57 神経線維腫症遺伝子検査	1回につき	44,000 円	レ 肺炎球菌ワクチン 23価	1回につき	3,000 円	ハ Z形成術加算	1力所につき 27,500 円
58 ヒト遺伝子単一エクソン解析（サンガー法）1箇所	1回につき	21,670 円	（弘前市定期予防接種対象者）			(39) 在宅医療に係る交通費	実費相当額
59 ヒト遺伝子単一エクソン解析（サンガー法）2箇所	1回につき	36,300 円	ゾ 肺炎球菌ワクチン 23価	1回につき	8,223 円	(40) がん生殖医療相談料	30分につき 5,500 円
60 ヒト遺伝子単一エクソン解析（サンガー法）3箇所	1回につき	51,040 円	（レに定める対象者以外の者）			(41) 子宮頸管熟化剤（プロスタグラジンE2製剤）	1回につき 25,200 円
61 ヒト遺伝子単一エクソン解析（サンガー法）4箇所	1回につき	65,670 円	ツ 水痘ワクチン（6歳未満）	1回につき	9,306 円	プロウペス腔用剤10mg ※非課税	
62 ヒト遺伝子単一エクソン解析（サンガー法）5箇所	1回につき	80,300 円	ネ 水痘ワクチン（6歳以上）	1回につき	4,860 円	(42) PFC-FD療法	
63 シスチン尿症遺伝子検査	1回につき	45,100 円	（弘前市定期予防接種対象者）			イ PFC-FD療法（注入2回分として）	127,270 円
64 偽性副甲状腺機能低下症遺伝子検査	1回につき	45,100 円	ナ 水痘ワクチン（6歳以上）	1回につき	8,860 円	ロ 検査手数料（採血後加工不可の場合）	12,650 円
65 shox遺伝子検査	1回につき	51,700 円	（ネに定める対象者以外の者）			(43) 造血幹細胞移植等関係費用	
66 Targeted Variant Analysis first mutation (1 variant)	1回につき	38,500 円	ラ 五種混合ワクチン	1回につき	20,306 円	造血幹細胞移植用骨髄液等運搬料	1回につき 実費相当額
67 Targeted Variant Analysis second mutation (2 variant)	1回につき	57,200 円	ム RSウイルスワクチン（アブリスボ筋注用）	1回につき	30,800 円	造血幹細胞移植ドナー特別室料	1回につき 実費相当額
68 Targeted Variant Analysis third mutation (3 variant)	1回につき	74,800 円	ウ 带状疱疹ワクチン（シングリックス筋注用）	1回につき	11,060 円	(44) 次世代シーケンサーを用いた流死産絨毛・胎児組織染色体検査料（POC NGS検査）	1回につき 93,500 円
69 魚鱗症候群遺伝子検査	1回につき	56,100 円	（弘前市定期予防接種対象者）			(45) 卷き爪マイスター設置料	
70 常染色体潜性遺伝性魚鱗症遺伝子検査	1回につき	56,100 円	ノ 带状疱疹ワクチン（シングリックス筋注用）	1回につき	22,060 円	イ リネイルゲル使用時	1回1趾 14,300 円
ツ 精子検査			（ウに定める対象者以外の者）			ロ リネイルゲル使用時	同日1趾追加 9,900 円
(イ) 酸化ストレス測定	1回につき	7,700 円	(26) 妊娠と薬外来相談料 ※妊娠中の方は非課税			ハ リネイルゲル未使用時	1回1趾 9,900 円
(ロ) DFI検査	1回につき	8,910 円	イ 青森県内居住者	1回につき	1,650 円	ニ リネイルゲル未使用時	同日1趾追加 5,500 円
ネ 子宮内膜着床機能検査（ERA）	初回	109,560 円	ロ 青森県外居住者	1回につき	5,500 円	ホ リネイルゲル塗布のみ	1趾につき 6,600 円
	2回目	90,200 円	(27) 新生児聴覚スクリーニング検査	1回につき	6,700 円	(46) 出生前診断相談・NIPT検査料	
	3回目	32,120 円	(28) 乳児一般健康診査	1回につき	5,730 円	イ 出生前診断相談料	1回につき 5,500 円
	再検査	36,960 円	(29) 面談料	1回につき	5,500 円	ロ NIPT検査料	1回につき 91,300 円
			(30) 内視鏡下手術用ロボット（da Vinci サージカルシステムSi）支援時における膀胱全摘術	1回につき	1,180,550 円	ハ NIPT検査結果説明料	1回につき 5,500 円
ナ 子宮内膜マイクロバイオーム検査（EMMA）	初回	61,160 円	(31) 遺伝カウンセリング			(47) 産後ケア利用料 ※非課税	
	再検査	30,910 円	イ 1時間まで		5,500 円	イ 短期入所型	1日につき 2,500 円
ラ 感染性慢性子宮内膜炎検査（ALICE）	初回	44,110 円	ロ 1時間を超え30分毎		2,750 円	ロ 短期入所型・多胎児加算額1人につき	1日につき 500 円
	再検査	30,910 円	(32) がん治療等における卵巣組織保存等料			(48) 長期収載品処方にに関する特別の料金	後発医薬品との差額の1/4の金額
ム Endome Trio (ERA+EMMA+ALICE)	1回につき	133,760 円	イ 卵巣組織採取料（開腹術）	1回につき	61,600 円		
			ロ 卵巣組織採取料（腹腔鏡手術）	1回につき	125,400 円		