

福井赤十字病院慣行料金表

2025年6月30日

健康保険法の規定により、自費料金は診療報酬の算定方法(保険点数)を準用するが、自賠法による診療費は保険点数により1点15円として算定する。また、労災保険、その他契約にあるものはこの限りでない。その他上記診療以外の当院実費料金は、以下の通りとする。

【保険外併用療養費】

		税込価格
初診に関する選定療養(医科)		7,700円
再診に関する選定療養(医科)		3,300円
初診に関する選定療養(歯科)		5,500円
再診に関する選定療養(歯科)		2,090円
180日を超える入院に関する保険外併用療養費		
一般病棟入院基本料を算定している場合	1日につき	2,783円

(特別の療養環境の提供)

		税込価格
特別室S	1日につき	33,000円
特別室A	1日につき	13,200円
特別室B(緩和)	1日につき	9,900円
個室A	1日につき	7,700円
個室B	1日につき	6,600円
個室C	1日につき	5,500円
個室D	1日につき	2,200円
個室F	1日につき	3,850円
個室G	1日につき	2,750円
個室H(緩和)	1日につき	6,600円
LDR室	1日につき	11,000円
2人室A	1日につき	1,100円

【保険外】

(文書料)

		税込価格
普通診断書等	1通につき	2,750円
生命保険診断書・特殊診断書等	1通につき	4,400円
意見書等	1通につき	4,400円
証明書A(通院証明書、領収証明書等)	1通につき	1,650円
証明書B(出産証明書等)	1通につき	2,200円
出産手当金請求書等	1通につき	3,300円
自賠法診断書料	1通につき	5,500円
自賠法診療明細書	1通につき	2,750円
教職員互助会証明書	1箇所につき	275円
診療明細書再発行	1箇所につき	1,100円

(健康診断料)

		税込価格
健康診断基本料	1回につき	3,300円
健康診断に係る検査料	1回につき	保険点数による
腫スメア検査料(生活習慣病予防健診と併診)	1回につき	3,300円

(診療記録開示手数料)

税込価格

基本手数料	1回につき	3,300円
診療録等のコピー料	白黒1枚につき	33円
	カラー1枚につき	55円
フィルムコピー料	半切1枚につき	990円
	大四1枚につき	770円
	六切1枚につき	550円
画像情報の電子媒体化料	1枚につき	1,100円
面談料	1回につき	5,500円

死体処置料等

税込価格

死体検案料	1体につき	11,000円
死体保管料	1体につき	2,200円
死体処置料	1体につき	保険点数による
死体検査料	1体につき	保険点数による
死体防腐料	1体につき	22,000円
エンゼルケア	1体につき	7,700円

(予防接種料)

税込価格

インフルエンザ	1回につき	5,060円
インフルエンザ(点鼻液)	1回につき	8,800円
BCG	1回につき	11,440円
日本脳炎	1回につき	7,370円
おたふく	1回につき	7,480円
麻疹風疹混合	1回につき	10,780円
水痘または带状疱疹	1回につき	9,020円
带状疱疹(シングリックス)	1回につき	22,000円
A型肝炎	1回につき	8,140円
インフルエンザ菌b型(細菌性髄膜炎)	1回につき	8,910円
子宮頸がんワクチン(サーバリックス)	1回につき	16,500円
子宮頸がんワクチン(ガーダシル)	1回につき	16,500円
子宮頸がんワクチン(シルガード)	1回につき	27,500円
肺炎球菌ワクチン(バクニュバンス)	1回につき	12,100円
肺炎球菌ワクチン(プレベナー20)	1回につき	12,100円
二種混合ワクチン(ジフテリア・破傷風)	1回につき	5,060円
三種混合ワクチン(百日咳・ジフテリア・破傷風)	1回につき	6,270円
四種混合ワクチン(百日咳・ジフテリア・破傷風・ポリオ)	1回につき	11,440円
五種混合ワクチン(百日咳・ジフテリア・破傷風・ポリオ・インフルエンザ菌b)	1回につき	20,350円
狂犬病ワクチン	1回につき	15,400円
ロタウイルスワクチン	1回につき	15,400円
不活性化ポリオワクチン	1回につき	10,340円
4価髄膜炎菌ワクチン(メンクアッドフィ)	1回につき	24,200円
B型肝炎ワクチン	1回につき	6,710円
RSウイルスワクチン(アレックスビー)	1回につき	25,520円
RSウイルスワクチン(アブリスボ)	1回につき	27,500円
コロナワクチン	1回につき	15,400円

(産婦人科関係自費料)

非課税価格

妊婦検診料	1回につき	6,400円
妊婦健診料(助産師)	1回につき	6,400円
妊娠初期採血時妊婦検診料		
・県内市町の発行する検診補助券 を利用する場合	1回につき	13,500円
・上記補助券を利用しない場合	1回につき	19,900円
妊娠中期採血時妊婦検診料		
・県内市町の発行する検診補助券 を利用する場合	1回につき	9,400円
・上記補助券を利用しない場合	1回につき	15,800円
妊娠後期採血時妊婦検診料		
・県内市町の発行する検診補助券 を利用する場合	1回につき	5,300円
・上記補助券を利用しない場合	1回につき	11,700円
妊娠中期・後期同時採血時妊婦検診料		
・県内市町の発行する検診補助券 を利用する場合	1回につき	10,400円
・上記補助券を利用しない場合	1回につき	16,800円
分娩料		
・時間内	1回につき	220,000円
・時間外(深夜・休日を除く)	1回につき	230,000円
・深夜・休日	1回につき	240,000円
・多胎児加算	1児につき	110,000円
・保険適応時(帝王切開時を含む)	1回につき	200,000円
・保険適応時の多胎児加算	1児につき	110,000円
新生児入院保育料	1日につき	7,000円
シヨ糖(ピーレスケア)	1個につき	55円
母乳外来		
・初診時	1回につき	3,500円
・再診時	1回につき	2,500円
・当院で出産された方	初回につき	1,000円
・時間外(深夜・休日を含む)	1回につき	5,000円
プロウベス陰用剤	1個につき	20,300円
4Dエコー	1回につき	1,500円
新生児マススクリーニング検査の追加検査	1回につき	12,000円

(産婦人科関係自費料)

税込価格

妊婦相談料	1回につき	2,090円
フォローアップ育児相談	1回につき	1,100円
人工妊娠中絶料(麻酔料を含む)		
・3ヶ月まで(外来日帰り)	1回につき	104,500円
・3ヶ月まで(入院)	1回につき	154,000円
・4ヶ月以上	1回につき	396,000円
経口妊娠中絶料		
処置が必要となった場合(追加)	1回につき	44,000円
人工妊娠中絶料の金額には入院等すべての費用を含むものとする。		
避妊リング挿入料『FD-1』(麻酔料は別)	1回につき	38,500円
避妊リング挿入料『ミレーナ』(麻酔料は別)	1回につき	66,000円
避妊リング除去料(麻酔料は別)	1回につき	5,500円
避妊手術料		
・帝王切開時実施	1回につき	55,000円
・当院での分娩後	1回につき	132,000円
・他院での分娩後	1回につき	330,000円
NIPT検査	1連につき	198,000円
出生前診断カウンセリング料	1回につき	5,500円

(眼科診療自費料金)

税込価格

有水晶体眼内レンズ挿入術(術後検査料等を含む)		
・片眼(外来)	1回につき	325,600円
・両眼(外来)	1回につき	649,550円
適応検査料	1回につき	8,910円
人工水晶体眼に挿入する有水晶体眼内レンズ挿入術(術後検査料等を含む)		
・片眼(外来)	1回につき	192,500円
・両眼(外来)	1回につき	385,000円
適応検査料	1回につき	8,910円
レンジエムプラス多焦点眼内レンズを用いた白内障手術(術前、術後検査料を含む)		
・片眼(外来)	1回につき	451,000円
・両眼(外来)	1回につき	902,000円
3焦点眼内レンズ挿入術(術後検査料等を含む)		
・片眼(外来)	1回につき	451,000円
・両眼(外来)	1回につき	902,000円

(レーザー治療)

税込価格

CO2レーザー治療(ほくろ・イボの除去)		
・基本料金		5,500円
・2個目から	1個につき	3,300円
CO2レーザー治療(瘢痕、ほくろ跡、脂漏性角化症 等)		
・1cm未満	1回につき	7,700円
・2.5cm未満	1回につき	13,200円
・5cm未満	1回につき	18,700円
・片頬程度	1回につき	33,000円
Qスイッチルビールーザー治療		
・直径4mm以下	1回につき	6,600円
・直径7mm以下	1回につき	7,700円
・1cm以下	1回につき	8,800円
・2cm以下	1回につき	14,300円
・3cm以下	1回につき	19,800円
・4cm以下	1回につき	25,300円
・5cm以下	1回につき	27,500円
・6cm以下	1回につき	30,800円
・7cm以下	1回につき	35,200円
・8cm以下	1回につき	39,600円
・9cm以下	1回につき	44,000円

(乳癌全摘術後乳輪アートメイク料)

税込価格

乳輪アートメイク料	片側につき	13,200円
※原則当院で乳癌全摘術施行患者が対象		

(内視鏡支援器機を用いる腹腔鏡下ヘルニア手術)

税込価格

腹腔鏡下ヘルニア手術	1回につき	451,000円
------------	-------	----------

(下眼瞼(たるみとり、くまとり、脂肪切除)手術)

税込価格

下眼瞼たるみ手術	1回につき	209,000円
----------	-------	----------

(その他)

税込価格

透析時食事提供料	1食につき	693円
レビトラ錠 10mg	1錠につき	1,430円
レビトラ錠 20mg	1錠につき	1,562円
経口避妊薬	1ヶ月につき	3,300円
乳児病衣貸与代	1日につき	550円
クリーニング代(ゆかた他) ※生後1か月までの新生児は非課税	1枚につき	550円
浴衣代・普通(死亡退院時)	1枚につき	1,980円
浴衣代・特大(死亡退院時)	1枚につき	2,200円
紙おむつ(テープ止めLLサイズ)	1枚につき	133円
紙おむつ(テープ止めLサイズ)	1枚につき	115円
紙おむつ(テープ止めMサイズ)	1枚につき	104円
紙おむつ(リハビリパンツLLサイズ)	1枚につき	123円
紙おむつ(リハビリパンツLサイズ)	1枚につき	115円
紙おむつ(リハビリパンツMサイズ)	1枚につき	104円
紙おむつ(フラットタイプ)	1枚につき	41円
尿とりパッド(昼用)	1枚につき	38円
尿とりパッド(一時パッド)	1枚につき	27円
尿とりパッド(長時間・夜用)	1枚につき	74円
紙おむつ(新生児・乳児用) ※生後1か月までの新生児は非課税	1枚につき	22円
セカンドオピニオン外来	30分まで	11,000円
	30分超から60分まで	16,500円
ノルレボ錠(緊急避妊薬)処方	1回につき	16,500円
時間外、休日又は深夜に処方を行った場合は、それぞれ上記金額に1,100円、2,200円、4,400円を加算する。 尚、上記金額には処方に伴う診察料も含むものとする。		
ノロウイルス便検査(遺伝子検査法)	1回につき	8,800円
腎移植前検査		
・HLA検査(レシピエントとドナー1名)	1回につき	82,500円
・HLA検査(ドナー1名追加の場合)	1回につき	42,900円
・HLA検査 シングルピース(抗体特異性検査)	1回につき	60,500円
遺伝子カウンセリング料		
・初回の場合	1回につき	8,668円
・2回目以降の場合	1回につき	6,314円
遺伝性腫瘍関連遺伝学的検査		
・シングルサイト1	1回につき	35,750円
・シングルサイト2	1回につき	52,250円
・シングルサイト3	1回につき	68,750円
・シングルサイト解析	1箇所	14,850円
・シングルサイト解析	2箇所	18,480円
・シングルサイト解析	3箇所	22,110円
・シングルサイト解析	4箇所	25,740円
・シングルサイト解析	5箇所	29,370円
遺伝性がんパネル検査		
・VistaSeq 乳がん遺伝子パネル検査	1回につき	305,250円
褐色細胞腫・パラガンリオーム遺伝子検査	1回につき	52,360円

自費検査料は保険点数に準ずる。

◎ 衛生材料等の治療(看護)行為及びそれに密接に関連した「サービス」や「物」についての費用の徴収や、「施設管理費」等の曖昧な名目での費用の徴収は、一切認められていません。

福井赤十字病院慣行料金表(歯科)

2024年5月16日

【保険外併用療養費】

初診に関する選定療養	5,500円
再診に関する選定療養	2,090円

【保険外】

1)義歯	<u>スマートデンチャー</u>		
	1歯～ 3歯	1床につき	165,000円
	4歯～ 7歯	1床につき	198,000円
	8歯～14歯	1床につき	214,500円
	床裏装(リベース)	1床につき	110,000円
	修理	1床につき	55,000円
2)スポーツ用マウスピース		1装置につき	38,500円
3)インプラント用CT撮影料		1回につき	22,000円

人間ドック料金一覧表

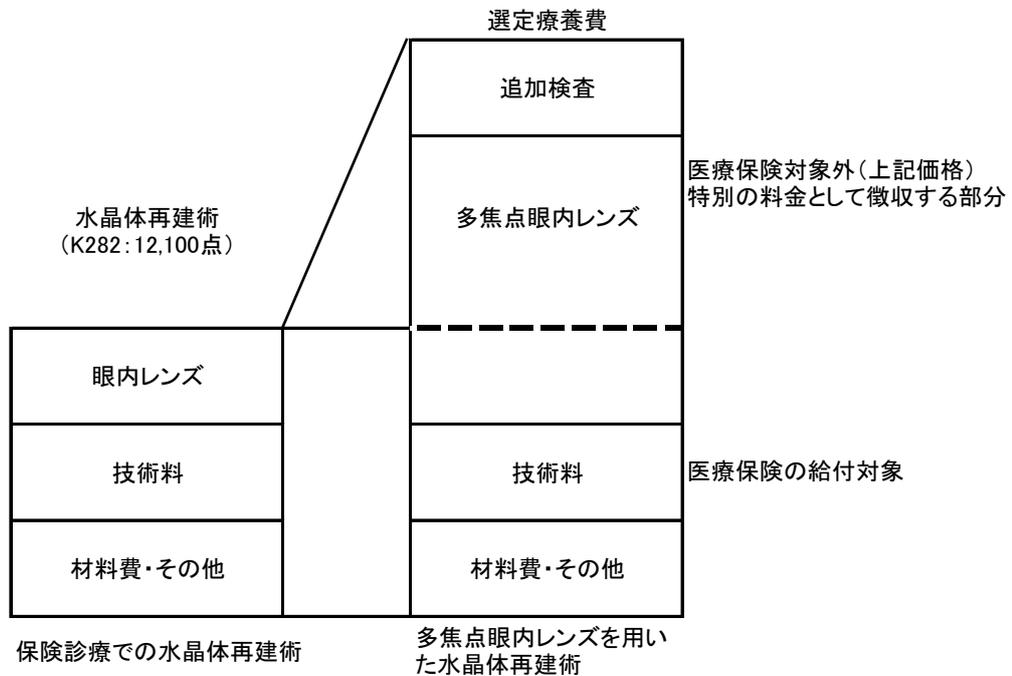
令和元年10月1日

基本コース	料金(消費税込み)
1日ドック(男性)	45,100
1日ドック(女性)	48,400
脳ドック	40,700

オプション検査		料金(消費税込み)
脳ドック(併用型)	MRI・MRA・頸部ドップラー	33,000
肺ドックA	胸部CT・喀痰細胞診検査	16,500
肺ドックB	胸部CT	14,300
喉頭がん検診	喉頭ファイバー	5,500
前立腺がん検診	PSA(腫瘍マーカー)	2,200
乳がん検診	マンモグラフィ1方向	3,850
	マンモグラフィ2方向	6,050
	乳房超音波 (※40歳未満のみ)	3,850
	マンモグラフィ2方向・乳房超音波	7,975
子宮・卵巣検査	経膈超音波	2,200
HPV検査	HPV(ヒトパピローマウイルス)検査	4,730
PET検査	PET検査	88,000
胃がんリスク検診	ヘリコバクター・ピロリ菌・ペプシノゲン検査	2,750
ヘリコバクター・ピロリ菌検査(便)	ヘリコバクター・ピロリ菌検査(抗原)	2,420
ヘリコバクター・ピロリ菌検査(血液)	ヘリコバクター・ピロリ菌検査(抗体)	1,650
ヘリコバクター・ピロリ菌検査セット(便・血液)	ヘリコバクター・ピロリ菌検査(抗原・抗体)	3,300
骨ドック	骨塩定量検査(DEXA法による腰椎撮影)	3,300
血管ドック	ABI、PWV検査(血圧脈波測定)	2,970
甲状腺機能検査	TSH、FT4(甲状腺ホルモン)	2,750
FDT視野検査	FDTスクリーナ(視野検査)	2,200

生活習慣病予防健診受診者対象のオプション検査	料金(消費税込み)
腹部超音波	5,500
眼底検査	1,540
肺機能検査	3,300
一般プラス	4,180
CEA検査(腫瘍マーカー)	1,650
肝炎ウイルス検査	2,860
梅毒検査	1,100
HbA1c	550

多焦点眼内レンズ(一部術前後検査を含む)		
多焦点眼内レンズ		
・CNAET0(日本アルコン株式会社)	1枚につき	229,900円
多焦点トリック眼内レンズ		
・CNLET2~6(日本アルコン株式会社)	1枚につき	229,900円
3焦点眼内レンズ		
・CANTT0(日本アルコン株式会社)	1枚につき	229,900円
・DRN00V(アイエムオージャパン株式会社)	1枚につき	229,900円
・XY1-G(HOYA株式会社)	1枚につき	229,900円
3焦点トリック眼内レンズ		
・CNWTT2~6(日本アルコン株式会社)	1枚につき	229,900円
・DRT150, 225, 300, 375(アイエムオージャパン株式会社)	1枚につき	229,900円
・XY1-GT2~6(HOYA株式会社)	1枚につき	229,900円



多焦点眼内レンズについて

- 白内障に対する水晶体再建術では、通常、単焦点眼内レンズが使用され、遠方又は近方**のみ**の焦点となるため、眼鏡が必要となる。
- 多焦点眼内レンズを使用した場合、その多焦点機構により遠方及び近方の視力回復が可能となり、それに伴い眼鏡装用率が軽減される。

対象となる眼内レンズ

薬事承認された多焦点眼内レンズであって、眼鏡装用率の軽減効果を有するとして承認されたもの、または先進医療の枠組みで評価を受けたものが対象となる。