

保険適用外（自己負担）の診療等料金について

1. 特別室（差額室）

特別室（差額室）をご利用になる場合の料金は以下のとおりです。これについては保険適用になりませんので、全額をご負担いただきます。

なお、入室を希望される方は、入院なさる時に担当医師、病棟看護師長にお申し出ください。

※消費税法で非課税とされる医師、助産師その他医療に関する施設の開設者による助産に係る資産の譲渡等（以下「助産に係る資産の譲渡等」という。）に該当する場合については非課税となります。

特別室の名称	1日の料金(消費税別)	第一病棟	第二病棟	病床数
特別室S	27,500円		2-611号室	1室あたり 1床
特別室A	24,200円	1-658号室	2-610号室	
		1-660号室	2-810号室	
特別室B	20,900円	1-478号室		
特別室C	9,350円		2-211号室	
			2-212号室	
			2-213号室	
			2-215号室	
			2-311号室	
			2-312号室	
			2-313号室	
			2-403号室	
			2-405号室	
			2-406号室	
			2-503号室	
			2-505号室	
			2-506号室	
			2-507号室	
			2-606号室	
			2-607号室	
			2-701号室	
			2-702号室	
			2-703号室	
			2-706号室	
	2-801号室			
	2-802号室			
	2-803号室			
	2-805号室			
	2-806号室			
特別室D	6,600円	1-172号室		
		1-173号室		
		1-456号室		
		1-457号室		
		1-776号室		
		1-780号室		
		1-781号室		
		1-782号室		
特別室E	5,500円	1-452号室		
		1-453号室		
		1-653号室		
計		52床		

2. 分べん介助料

分べん介助料については、消費税法で非課税とされる助産に係る資産の譲渡等に該当するため、非課税となります。

分べん日	分べん終了時刻	料 金	
		1 児 の 場 合	2 児 以 上 の 場 合
月曜日から金曜日まで	午前 8 時 30 分から午後 5 時までの間	240,000 円	1 児の場合の額に 1 児増すごとにそれぞれの該当する左欄の料金の 2 分の 1 に相当する額を加算した額
月曜日から土曜日まで	午後 5 時(土曜日にあつては午前 8 時 30 分)過ぎから午後 10 時前までの間及び午前 6 時過ぎから午前 8 時 30 分前までの間	260,000 円	
	午後 10 時から午前 6 時までの間	270,000 円	
日曜日及び休日			

無痛分べんを実施した場合は以下の料金を追加する。

無痛分べん料 (患者の希望によるもの)	1 回につき	120,000 円
無痛分べん料 (医学的適応によるもの)	1 回につき	50,000 円

3. 子宮内リング挿入料 44,000 円

4. 子宮内リング抜去料 11,000 円

5. 人工授精料 11,000 円

6. 妊婦検診料

妊婦検診料については、消費税法で非課税とされる助産に係る資産の譲渡等に該当するため、非課税となります。

初診時	7,000 円
再診時	4,000 円
歯科検診	4,000 円

7. 小児健康相談料 1 回につき 2,200 円

8. 文書料 (法令に基づき無料で交付すべきものを除く。)

診断書料 (病院所定様式)	1 通につき	2,750 円
死亡診断書 (死体検案書) 料	1 通につき	4,400 円
特殊診断書料	1 通につき	7,700 円
特殊診断書料 (保険会社等)	1 通につき	7,700 円
証明書料 (病院所定様式)	1 通につき	2,750 円
特殊証明書料	1 通につき	7,700 円
産科医療補償制度, 補償請求用専用診断書 (補償認定請求用)	1 通につき	11,000 円
産科医療補償制度, 補償請求用専用診断書 (補償分割金請求用)	1 通につき	5,500 円
母性健康管理指導事項連絡カード	1 通につき	2,750 円
診断書等文書発送料	1 通につき	770 円

9. 薬剤容器料 1 個につき 110 円 (100 円)
消費税法で非課税とされる助産に係る資産の譲渡等に該当する場合には括弧内の料金となります。

10. 歯科領域の諸料金 (※お尋ねください)

11. 新生児保育料 1 日につき 8,000 円

12. 診察券再交付料 1 枚につき 220 円

13. 先天性代謝異常検査採血料 3,500 円

14. 先進医療料

タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 1 回につき 37,903 円

子宮筋症病巣除去術

1回につき 352,500円

15. 特定機能病院における初診時及び再診時患者負担額（医科・歯科）

(1) 初診時負担額

紹介なし患者の場合 1回につき 7,700円（7,000円）

消費税法で非課税とされる助産に係る資産の譲渡等に該当する場合については括弧内の料金となります。

(2) 再診時負担額

他の病院（200床未満）又は診療所へ文書による紹介を行う旨の申し出を行ったにもかかわらず、患者自身の選択により本院を受診した場合

1回につき 3,300円（3,000円）

消費税法で非課税とされる助産に係る資産の譲渡等に該当する場合については括弧内の料金となります。

16. 治験に係る診療で特定療養費支給対象外の診療

医科診療報酬点数表及び歯科診療報酬点数表に定める点数に10円を乗じて得た額（ただし、地方税法の規定により消費税及び地方消費税が課される診療等の料金については、その額に消費税を加えた額）

17. 削除

18. 複写料

診療録等複写料（電子式複写）	白黒1枚につき	11円
	カラー1枚につき	22円
デジタルデータ複写料	CD-R等1枚につき	1,540円

19. 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第14条第1項（同法第23条において準用する場合を含む。）又は第19条の2第1項の規定により承認を受けた者が製造し、又は輸入した当該承認に係る医薬品の投与に係る薬剤料については、当該承認を受けた日から起算して90日以内に投与されたものに限り、当該医薬品の購入相当額とする。ただし、薬価基準収載前に限るものとする。

20. 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

入院基本料15パーセント相当額

21. HLA検査料

クロスマッチ検査

(イ) クロスマッチ試験（リンパ球直接交差試験）	1件につき	17,600円
(ロ) フローサイトクロスマッチ検査	1件につき	33,000円

HLA型遺伝子型検査（Luminex法）

(イ) HLA-A, B, DRB1+C 遺伝子型検査

院内で検査した場合	1件につき	34,100円
至急の検査依頼の場合（HLA研究所）	1件につき	52,140円
標準期間内での検査依頼の場合（HLA研究所）	1件につき	43,450円

(ロ) HLA 遺伝子型検査 HLA-A, B, C, DRB1, DQA1, DQB1, DPA1, DPB1のいずれか1座

院内で検査した場合	1件につき	9,350円
HLA研究所へ依頼した場合	1件につき	14,850円
HLA研究所へ依頼した場合（至急コース）	1件につき	17,820円

HLA型遺伝子検査（NOS法）

(イ) HLA 遺伝子型検査（NGS法）	1件につき	54,450円
----------------------	-------	---------

22. 体外受精料金(すべて1回につき)

	平日時間内	休日・時間外
(イ)卵採取術	48,890円	68,446円
(ロ)卵培養術	29,946円	41,924円
(ハ)胚移植術	30,556円	42,778円
(ニ)顕微受精術	35,649円	49,909円
(ホ)顕微受精術（精巣精子によるもの）	47,362円	66,306円
(ヘ)長期培養術	16,705円	-
(ト)胚凍結術	35,955円	50,336円
(チ)胚解凍術	34,019円	47,627円

(リ)体外成熟培養術	64,168円	-
(又)卵子凍結術	39,621円	55,469円
(ル)卵巣組織凍結術(1回につき)	113,410円	-
(ヲ)精子凍結術	18,843円	26,381円
(ワ)卵子解凍術	28,621円	-
(カ)精子解凍術	12,733円	17,825円
(ヨ)卵子凍結保存期間延長(1年)	12,733円	-
(夕)卵巣組織凍結保存期間延長(1年)	12,733円	-
(レ)精子凍結保存期間延長(1年)	12,733円	-
(ソ)胚凍結保存期間延長(1年)	12,733円	-
(ツ)特殊培養液による胚移植術	36,056円	-
(ネ)卵子活性化	38,297円	53,616円
(ナ)孵化補助術	29,233円	40,925円
(ヲ)子宮内膜着床能検査(ERA)(初回,1回につき)	110,000円	-
子宮内膜着床能検査(ERA)(2回目,1回につき)	90,200円	-
(ム)慢性子宮内膜炎検査(検体採取料を含む場合,1回につき)	26,400円	-
慢性子宮内膜炎検査(検体採取料を含まない場合,1回につき)	22,330円	-
(ウ)TRIO検査(ERA+EMMA+ALICE)	143,000円	-
(ヱ)感染症慢性子宮内膜炎検査(ALICE)	46,200円	-
(ノ)卵巣融解料	79,200円	-
(オ)腹腔鏡下卵巣移植術	235,070円	-

23. ケミカルピーリング治療等料金

- (1)ケミカルピーリング治療(化学的皮膚剥離術・アルファードロキシム酸などを用いる。) 1回につき 11,000円
- (2)Qスイッチ付アレキサンドライトレーザー治療 1回につき 22,000円
(照射面積が10cm²まで。10cm²を超える場合は10cm²を超えるごとに本料金に22,000円を加算)
- (3)ウルトラパルス炭酸ガスレーザー治療 1回につき 27,500円
(照射面積が10cm²まで。10cm²を超える場合は10cm²を超えるごとに本料金に27,500円を加算)

24. 遺伝カウンセリング料 1回につき(初回) 4,400円
1回につき(2回目以降) 2,200円

25. 死後処置料(病理解剖が行われた場合を除く) 1回につき 6,077円

26. 母乳管理指導料 1回につき 2,306円

27. セカンドオピニオン外来診療料 30分以内 16,500円
30分を超え60分まで 33,000円

28. 保険適用外医薬品

- 早期排卵防止薬
ガニレスト皮下注0.25mgシリンジ 8,800円
- 卵巣刺激ホルモン
フォリスチム注150 1V 150mg 6,077円
- 睫毛貧毛症外用治療薬
グラッシュビスタ外用液剤0.03%5ml 17,600円

29. 交通事故における自費診療単価 1点当たり 22円(20円)
消費税法で非課税とされる自動車損害賠償保障法の規定による損害賠償額の支払(同法第72条第1項(定義)の規定による損害をてん補するための支払を含む。)を受けるべき被害者に対する当該支払に係る療養に該当する

場合については非課税となるため、括弧内の料金となります。

30. 交通事故の診療内容に関する照会手数料 1件につき 5,500円
31. 分娩時ナプキンセット料 1セットにつき 3,000円

32. 機能性化粧品

区	分	金額
UVカット	ラドローション 25ml	4,290円
乳酸配合化粧水	モイスチャートナー 100ml	6,050円
抗酸化ビタミン(レチノール)配合保湿クリーム	モイスチャークリーム2 60ml	8,580円
	モイスチャークリーム3 60ml	9,130円
	モイスチャークリーム4 60ml	9,680円
高濃度レチノール配合ジェル	Aブースト1 30ml	6,600円
	Aブースト2 30ml	7,700円
	Aブースト3 30ml	8,800円
ハイドロキノン配合ジェル	メラノキュアHQジェル 25g	8,800円
ハイドロキノン配合軟膏	メラノキュアHQ 5g	2,200円

33. ポジトロン断層撮影における保険適用外の検査(検診)に係る料金

ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影(PET/CT)検査料

1回につき 102,300円

造影剤加算(造影剤を使用した場合で、PET/CTに限る。)

1回につき 5,500円

薬剤料(造影剤)

1回につき 13,200円

ポジトロン断層撮影(PET)検査料

1回につき 89,929円

34. 羊水染色体検査(保険適用外検査)に係る料金

外注検査前診断料

1回につき 16,763円

外注検査料(プローブ選択あり)

G-Band(通常染色体検査)

1回につき 60,500円

Fish法(X Yプローブを含まない場合)

1種類のみ

1回につき 22,000円

2種類

1回につき 33,000円

3種類

1回につき 38,500円

Fish法(X Yプローブを含む場合)

1種類のみ

1回につき 27,500円

2種類

1回につき 38,500円

3種類

1回につき 44,000円

全種類

1回につき 49,500円

外注検査料(プローブ選択なし)

G-Band(通常染色体検査)

1回につき 55,000円

G-Band+Fish法

1回につき 88,000円

35. 駐車場利用に関する料金

外来者用駐車場に駐車する場合、外来患者以外の駐車料金は、1時間を超える場合1時間毎200円となります。ただし、立体駐車場にあっては、1時間を超える場合1時間毎300円となります。

36. 予防接種料金

(イ) アクトヒブ(乾燥A型肝炎b型ワクチン)接種料

1回につき 8,360円

(ロ) サーバリックス(子宮頸がん予防ワクチン)接種料

1回につき 16,610円

(ハ) ガーダシル(子宮頸がん予防ワクチン)接種料

1回につき 16,610円

(ニ) ロタリックス内用液(ロタウイルスワクチン)接種料

1回につき 14,080円

(ホ) 二種混合ワクチン(ジフテリア・破傷風)接種料

1回につき 3,960円

(ヘ) イモボックス (不活化ポリオワクチン) 接種料	1回につき	8,470円
(ト) ミールビック (乾燥弱毒生麻しん風しんワクチン) 接種料	1回につき	8,690円
(チ) 乾燥BCGワクチン接種料	1回につき	10,560円
(リ) ジェービックV (乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン) 接種料	1回につき	6,050円
(ヌ) 乾燥弱毒生麻しんワクチン接種料	1回につき	5,610円
(ル) 乾燥弱毒生風しんワクチン接種料	1回につき	5,610円
(ヲ) 四種混合ワクチン (百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ) 接種料	1回につき	9,680円
(ワ) プレベナー (肺炎球菌ワクチン) 接種料		
プレベナー (肺炎球菌ワクチン) 接種料	1回につき	10,890円
プレベナー (肺炎球菌ワクチン) 接種料	1回につき	10,890円
(カ) 乾燥弱毒性おたふくかぜワクチン接種料	1回につき	5,390円
(コ) 乾燥弱毒生水痘ワクチン接種料	1回につき	7,040円
(ク) B型肝炎ワクチン接種料	1回につき	5,170円
(ケ) A型肝炎ワクチン (エイムゲン) 接種料	1回につき	7,700円
(ク) 成人用輸入三種混合ワクチン (Tdap Boostrix) 接種料		
被接種者1名の場合	1人1回につき	46,310円
被接種者2~4名の場合	1人1回につき	26,730円
被接種者5~9名の場合	1人1回につき	15,510円
被接種者10名以上の場合	1人1回につき	11,660円
(ツ) 三種混合ワクチン(百日せき・ジフテリア・破傷風)接種料	1回につき	4,180円
(ネ) シルガード9 (子宮頸がん予防ワクチン) 接種料	1回につき	26,840円
(ナ) シングリックス (帯状疱疹ワクチン) 接種料	1回につき	19,030円
(ラ) エバシエルド (中和抗体薬) 接種料	1回につき	3,100円
(ム) 破傷風トキソイド接種料	1回につき	3,410円
(ウ) ラビピュール (狂犬病ワクチン) 接種料	1回につき	14,520円
(ヱ) メンクアッドフィ (髄膜炎菌 ACWY ワクチン) 接種料	1回につき	22,330円
(ノ) クニントバック (5種混合ワクチン) 接種料	1回につき	18,590円
(オ) 新型コロナワクチン接種料	1回につき	15,300円
(ク) アブリスポ (RSウイルスワクチン) 接種料	1回につき	33,000円
(ヤ) タイコバック (組織培養不活化ダニ媒介性脳炎ウイルスワクチン) 接種料	1回につき	12,980円
(マ) タイコバック小児用 (組織培養不活化ダニ媒介性脳炎ウイルスワクチン) 接種料	1回につき	12,980円
(ケ) タイフィルムブイアイ (腸チフスワクチン) 接種料	1回につき	8,800円

37. インフルエンザワクチン予防接種料金

1回目の接種	5,093円
2回目の接種	2,852円

38. 移植医療における骨髓液等の運搬にかかる料金については、実費 (往復交通費、宿泊費) 相当額とする。

39. 新生児聴覚検査料金

1回につき	7,000円
-------	--------

40. 巻き爪矯正治療料金 (1指につき)

超弾性ワイヤーによるもの	7,334円
超弾性ワイヤーによるもの (入れ替えのみ)	2,725円
アクリル充填法・人工爪法	1,468円
巻き爪用クリップによるもの	5,868円
巻き爪用クリップによるもの (取り付のみ)	1,153円
ウルトラパルス炭酸ガスレーザー治療	3,562円

41. 家族性腫瘍遺伝子検査料

HBOCスクリーニング	1回につき	182,600円
BRCA MLPA	1回につき	38,500円
クイックHBOC	1回につき	265,100円

HBOCシングルサイト	1回につき	38,500円
リンチ症候群, 遺伝子検査		
フルシーケエンシング (MLH1/MSH2/MSH6)	1回につき	177,100円
フルシーケエンシング (MLH1/MSH2)	1回につき	121,000円
フルシーケエンシング (MLH1)	1回につき	88,000円
フルシーケエンシング (MSH2)	1回につき	77,000円
フルシーケエンシング (MSH6)	1回につき	60,500円
フルシーケエンシング (PMS2)	1回につき	88,000円
MLPA (MLH1/MSH2)	1回につき	39,160円
MLPA (追加 MLH1/MSH2)	1回につき	26,840円
シングルサイト (MMR)	1回につき	39,160円
Li-Fraumeni 症候群の遺伝子診断 TP53 スクリーニング	1回につき	97,900円
42. 多焦点眼内レンズ水晶体再建術	1連につき	396,000円
43. ロボット支援鏡視下手術		
ロボット支援鏡視下アカラシア根治術	一連につき	1,177,000円
ロボット支援鏡視下食道腫瘍切除術	一連につき	1,226,500円
44. リンパ浮腫ケア外来に係る料金		
(イ) リンパドレナージ施術料 (40分)		4,400円
(ロ) リンパドレナージ施術料 (60分)		6,600円
(ハ) リンパドレナージ施術延長料 (10分毎)		1,100円
(ニ) 各種相談・指導料 (10分毎)		1,100円
45. 流産組織染色体検査		62,700円
46. 出生前遺伝学的検査		
(イ) NIPT (無侵襲的出生前遺伝学的検査)	1回につき	123,200円
(ロ) 羊水検査遺伝子サンガーシーケンス解析 (OVUS)		
・セットアップ検査	1回につき	70,400円
・本検査	1回につき	77,000円
47. 緊急避妊剤		
ノルレボ錠 0.75mg 2錠		16,500円
ノルレボ錠 1.5mg 1錠		16,500円
48. Y染色体微小欠失 (AZF 欠失) 検査		35,200円
49. B型肝炎に関する検査料		
HBV 分子系統解析検査	1件につき	29,028円
HBV サブジェノタイプ判定検査	1件につき	34,142円
50. 着床前診断	1回につき	55,000円
51. オンコタイプ DX 検査	1回につき	484,000円

52. リスク低減卵管卵巣摘出術 (RRSO) 1 回につき 704,000円

53. ヒト遺伝学的検査

BHD 症候群遺伝子検査	1 回につき	45,870円
常染色体優位多発性嚢胞腎遺伝子検査	1 回につき	63,580円
内分泌疾患：副腎疾患遺伝子検査	1 回につき	58,630円
内分泌疾患：成長障害遺伝子検査	1 回につき	58,630円
内分泌疾患：性分化疾患遺伝子検査 (Y 染色体を含むまたは不明な場合)	1 回につき	58,630円
内分泌疾患：性分化疾患遺伝子検査 (Y 染色体を含まない場合)	1 回につき	58,630円
内分泌疾患：性成熟疾患遺伝子検査	1 回につき	58,630円
内分泌疾患：下垂体機能障害遺伝子検査	1 回につき	58,630円
内分泌疾患：糖代謝異常症遺伝子検査	1 回につき	58,630円
内分泌疾患：尿細管性電解質異常症遺伝子検査	1 回につき	63,580円
内分泌疾患：卵巣機能不全症遺伝子検査	1 回につき	58,630円
骨形成不全症遺伝子検査	1 回につき	58,630円
骨端異形成症遺伝子検査	1 回につき	58,630円
ピルビン酸脱水素酵素複合体欠損症遺伝子検査	1 回につき	58,630円
アルカプトン尿症遺伝子検査	1 回につき	45,870円
稀な骨粗鬆症遺伝子検査	1 回につき	58,630円
X 連鎖性遺伝性水頭症遺伝子検査	1 回につき	45,870円
遺伝性低リン血症性くる病遺伝子検査	1 回につき	58,630円
遺伝性副甲状腺機能亢進症遺伝子検査	1 回につき	58,630円
遺伝性肺高血圧症遺伝子検査	1 回につき	58,630円
レッシュ・ナイハン症候群遺伝子検査	1 回につき	45,870円
高チロシン血症 1 型遺伝子検査	1 回につき	45,870円
孔脳症・裂脳症遺伝子検査	1 回につき	45,870円
クリスタリン網膜症遺伝子検査	1 回につき	45,870円
Cantu 症候群遺伝子検査	1 回につき	45,870円
血友病 A 遺伝子検査	1 回につき	45,870円
血友病 B 遺伝子検査	1 回につき	45,870円
反復発作性運動失調症遺伝子検査	1 回につき	45,870円
家族性片麻痺性片頭痛遺伝子検査	1 回につき	45,870円
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	45,870円
Dubin-Johnson 症候群および Rotor 症候群遺伝子検査	1 回につき	45,870円
レット症候群遺伝子検査	1 回につき	45,870円
家族性海綿状血管腫遺伝子検査	1 回につき	45,870円

APRT 欠損症遺伝子検査	1 回につき	45,870円
カムラティ・エンゲルマン症候群遺伝子検査	1 回につき	45,870円
遺伝性副甲状腺機能低下症遺伝子検査	1 回につき	58,630円
Stickler 症候群遺伝子検査	1 回につき	45,870円
メイ・ヘグリン異常症遺伝子検査	1 回につき	45,870円
無虹彩症遺伝子検査	1 回につき	45,870円
肢先端脳梁症候群遺伝子検査	1 回につき	45,870円
Nager 症候群遺伝子検査	1 回につき	45,870円
シュプリンツェン-ゴールドバーグ症候群遺伝子検査	1 回につき	45,870円
低汗性外胚葉形成不全症遺伝子検査	1 回につき	45,870円
3-ヒドロキシ-3-メチルグルタリル CoA 合成酵素欠損症遺伝子検査	1 回につき	45,870円
家族性若年性高尿酸血症性腎症遺伝子検査	1 回につき	45,870円
骨パジェット病遺伝子検査	1 回につき	45,870円
ワールデンブルグ症候群遺伝子検査	1 回につき	58,630円
軟骨毛髪低形成症遺伝子検査	1 回につき	45,870円
コケイン症候群遺伝子検査	1 回につき	45,870円
ゼーツレコツツェン症候群遺伝子検査	1 回につき	45,870円
パリスターホール症候群遺伝子検査	1 回につき	45,870円
トリーチャーコリンズ症候群遺伝子検査	1 回につき	45,870円
DYM 遺伝子検査	1 回につき	45,870円
遺伝性平滑筋腫症及び腎細胞癌症候群遺伝子検査	1 回につき	45,870円
コーエン症候群遺伝子検査	1 回につき	45,870円
神経線維腫症遺伝子検査	1 回につき	45,870円
PLA2G6 関連神経変性症遺伝子検査	1 回につき	45,870円
先天性腎尿路異常遺伝子検査	1 回につき	58,630円
常染色体劣性多発性嚢胞腎遺伝子検査	1 回につき	45,870円
混合性マロン酸およびメチルマロン酸尿症遺伝子検査	1 回につき	45,870円
エリス・ファンクレフェルト症候群遺伝子検査	1 回につき	45,870円
基底細胞母斑症候群（ゴーリン症候群）遺伝子検査	1 回につき	58,630円
ジュベール症候群遺伝子検査	1 回につき	58,630円
多発性軟骨性外骨腫症遺伝子検査	1 回につき	45,870円
非特異性多発性小腸潰瘍症遺伝子検査	1 回につき	45,870円
ウィーデマン・スタイナー症候群遺伝子検査	1 回につき	45,870円
先天性フィブリノーゲン欠損症遺伝子検査	1 回につき	45,870円
屈曲肢異形成症遺伝子検査	1 回につき	45,870円
遺伝性ヘモクロマトーシス遺伝子検査	1 回につき	45,870円
βサラセミア遺伝子検査	1 回につき	45,870円
MICPCH 症候群（CASK 異常症）遺伝子検査	1 回につき	45,870円

ヘルマンスキー・パドラック症候群遺伝子検査	1回につき	58,630円
進行性骨化性線維異形成症遺伝子検査	1回につき	45,870円
DYT10 ジストニア/PRRT2 遺伝子検査	1回につき	45,870円
先天性甲状腺機能低下症遺伝子検査	1回につき	58,630円
脳の鉄沈着を伴う神経変性疾患遺伝子検査	1回につき	58,630円
クラリーノ症候群遺伝子検査	1回につき	45,870円
常染色体優性尿管間質性腎疾患遺伝子検査	1回につき	45,870円
バルデー・ビートル症候群遺伝子検査	1回につき	58,630円
骨関連シリオパチー遺伝子検査	1回につき	58,630円
Renal tubular dysgenesis 遺伝子検査	1回につき	45,870円
遠位関節拘縮症遺伝子検査	1回につき	58,630円
ハートナップ病遺伝子検査	1回につき	45,870円
ラーセン症候群遺伝子検査	1回につき	45,870円
ウェルナー症候群遺伝子検査	1回につき	58,630円
フルクトース-1、6-ビスホスファターゼ欠損症遺伝子検査	1回につき	45,870円
腎性低尿酸血症遺伝子検査	1回につき	45,870円
遺伝性ブチリルコリンエステラーゼ欠損症遺伝子検査	1回につき	45,870円
過成長症候群遺伝子検査	1回につき	58,630円
Holt-Oram 症候群遺伝子検査	1回につき	58,630円
先天性中枢性低換気症候群遺伝子検査	1回につき	51,700円
ガラクトース血症遺伝子検査	1回につき	45,870円
先天性全身性脂肪萎縮症遺伝子検査	1回につき	45,870円
睡眠関連過運動てんかん遺伝子検査	1回につき	58,630円
先天性側弯・脊椎助骨異骨症遺伝子検査	1回につき	58,630円
DICER1 症候群遺伝子検査	1回につき	45,870円
ロピノウ症候群遺伝子検査	1回につき	45,870円
近位指節癒合症遺伝子検査	1回につき	45,870円
DDX3X 関連神経発達異常症遺伝子検査	1回につき	45,870円
PURA 関連神経発達異常症遺伝子検査	1回につき	45,870円
GRIN2B 関連神経発達異常症遺伝子検査	1回につき	45,870円
ASXL 異常症遺伝子検査	1回につき	45,870円
進行性白質脳症遺伝子検査	1回につき	58,630円
家族性大動脈弁上狭窄症遺伝子検査	1回につき	45,870円
アレキサンダー病遺伝子検査	1回につき	45,870円
Raynaud-Claes 症候群遺伝子検査	1回につき	45,870円
膿疱性乾癬遺伝子検査	1回につき	45,870円
Dent 病/Lowe 症候群遺伝子検査	1回につき	45,870円
遺伝性尿管管性アシドーシス遺伝子検査	1回につき	45,870円

巨脳症-毛細血管奇形症候群遺伝子検査	1回につき	45,870円
小児四肢疼痛発作症遺伝子検査	1回につき	45,870円
シスチン尿症遺伝子検査	1回につき	45,870円
先天性乏毛症・縮毛症遺伝子検査	1回につき	45,870円
骨溶解症遺伝子検査	1回につき	58,630円
偽性副甲状腺機能低下症遺伝子検査	1回につき	45,870円
ケラチン症性魚鱗癬遺伝子検査	1回につき	45,870円
道化師様魚鱗癬遺伝子検査	1回につき	45,870円
常染色体潜性遺伝性魚鱗癬遺伝子検査	1回につき	58,630円
魚鱗癬症候群遺伝子検査	1回につき	58,630円
褐色細胞腫・バラガングリオーマ遺伝子検査	1回につき	58,630円
がん関連遺伝子のシングルサイト解析	1箇所	13,805円
	2箇所	17,435円
	3箇所	21,065円
	4箇所	24,695円
	5箇所	28,325円
sanger 法による単一エクソン解析	1箇所	19,305円
	2箇所	32,615円
	3箇所	45,925円
	4箇所	59,235円
	5箇所	72,545円
原発性脂質異常症遺伝子検査		
LCAT 欠損症遺伝子検査	1回につき	59,400円
シトステロール血漿遺伝子検査	1回につき	59,400円
家族性Ⅲ型高脂血症遺伝子検査	1回につき	59,400円
CETP 欠損症遺伝子検査	1回につき	59,400円
リボタンパク糸球体症遺伝子検査	1回につき	59,400円
アポA-1 欠損症遺伝子検査	1回につき	59,400円
カイロミクン停滞病遺伝子検査	1回につき	59,400円
原発性高 HDL 血症遺伝子検査	1回につき	59,400円
低 TG 血症遺伝学的検査	1回につき	59,400円
遺伝学的検査（滋賀医科大学委託分）		
LQTS 遺伝学的検査	1回につき	92,400円
肥大型心筋症(HCM)遺伝子診断検査	1回につき	59,400円
その他の遺伝学的検査（処理が容易なもの）	1回につき	46,200円
その他の遺伝学的検査（処理が複雑なもの）	1回につき	59,400円
その他の遺伝学的検査（処理が極めて複雑なもの）	1回につき	92,400円

54. 遺伝性腫瘍遺伝子パネル検査

(イ) ACTRisk (67 遺伝子)	1回につき	244,200円
----------------------	-------	----------

(口) ACTRisk Care (31 遺伝子)	1 回につき	167,200円
(ハ) ACT Associate Assay	1 回につき	35,200円
(二) ACT Associate Assay (2 座位目以降)	1 回につき	18,700円
(ホ) ACT LGR Associate Assay	1 回につき	58,300円
(ヘ) MLPA BRCA1 Assay	1 回につき	57,200円
(ト) MLPA BRCA2 Assay	1 回につき	57,200円
(チ) (イ) から (ト) にかかる検査検体の不備による検査不履行の場合	1 回につき	24,200円

55. 拡大新生児スクリーニング検査料 1 回につき 8,250円 (7,500円)
消費税法で非課税とされる助産に係る資産の譲渡等に該当する場合については括弧内の料金となります。

56. 産後ケア事業

産後ケア事業 (秋田市他)

産後ケア利用料 (通所型)	1 日につき	2,200円
産後ケア利用料 (短期入所型)	1 日につき	2,800円
食事療養費 (短期入所型)	1 日につき	100円

産後ケア事業 (男鹿市)

産後ケア利用料 (通所型)	1 回につき	4,100円
産後ケア利用料 (短期入所型 1泊2日)	1 回につき	5,100円
産後ケア利用料 (短期入所型 2泊3日)	1 回につき	7,500円
産後ケア利用料 (短期入所型 3泊4日)	1 回につき	9,900円
産後ケア利用料 (短期入所型 4泊5日)	1 回につき	12,200円
産後ケア利用料 (短期入所型 5泊6日)	1 回につき	14,600円
産後ケア利用料 (短期入所型 6泊7日)	1 回につき	32,000円
産後ケア利用料 (短期入所型 7泊8日)	1 回につき	36,800円

消費税法で非課税とされる助産に係る資産の譲渡等に該当するため、非課税になります。

57. 神経・筋疾患に関する検査料

抗グングリオシド抗体 (近畿大学)	1 回につき	2,860円
抗グングリオシド抗体 (杏林大学)	1 回につき	2,530円
抗 AQP4 抗体	1 回につき	31,900円
抗 MOG 抗体	1 回につき	42,130円
抗 SRP 抗体+抗 HMGCR 抗体	1 回につき	39,930円
A-Cube®皮膚筋炎/多発性筋炎関連自己抗体	1 回につき	37,070円
抗 gAChR 抗体	1 回につき	41,030円
抗 NAE 抗体	1 回につき	44,330円
自己免疫性脳炎関連自己抗体	1 回につき	5,390円
プリオンタンパク質遺伝子 (PRNP)	1 回につき	5,390円
JCV ウイルス検査	1 回につき	5,390円

ネオプテリン	1回につき	8,690円
HTLV-1 プロウイルス量	1回につき	3,630円
CXCL10	1回につき	3,630円
その他の CMT 遺伝子	1回につき	3,300円
PRRT2 遺伝子解析(発作性運動誘発性舞蹈アテトーゼ)	1回につき	27,170円
抗 VGKC 複合体抗体		
抗 LGI1 抗体 (血液)	1回につき	37,730円
抗 LGI1 抗体 (髄液)	1回につき	37,730円
抗 CASPR2 抗体(血液)	1回につき	33,330円
抗 CASPR2 抗体(髄液)	1回につき	33,330円
抗 LGI1 抗体+抗 CASPR2 抗体 (血液)	1回につき	55,330円
抗 LGI1 抗体+抗 CASPR2 抗体	1回につき	55,330円
傍腫瘍性神経症候群関連抗体セット (PNS12)	1回につき	50,270円
筋炎関連抗体セット	1回につき	15,730円
抗 NMDAR 抗体	1回につき	47,630円
JCV 定量-LQ	1回につき	44,770円
ミトコンドリア遺伝子点変異スクリーニングセット	1回につき	35,970円
ミトコンドリア遺伝子 3243 変異	1回につき	10,670円
ミトコンドリア遺伝子 3 項目セット (レーベル病)	1回につき	15,620円
58. 妊婦トキソプラズマ検査		
IgG Avidity 検査料	1回につき	49,170円
羊水 PCR 検査料	1回につき	78,760円
59. CMVスクリーニング検査料	1回につき	7,700円