別表第3（第2条第1項関係）

　1　保険適用外の料金

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 金額 |
| 基本診療料（初診）　基本診療料（初診）基本診療料（再診）　基本診療料（再診）むし歯外来関連　歯冠修復（装着料，装着材料料及び管理料を含む。）　　メタルインレー・アンレー（白金加金，金合金又はチタン）　　ポーセレンインレー・アンレー　　ハイブリッドセラミックインレー・アンレー　　特殊レジンを用いた修復（単純）　　特殊レジンを用いた修復（複雑）　　レジンベニア（間接法）　1歯につき　審美　　歯の漂白（生活歯に限る。）　1歯につき　　歯の漂白（ホームブリーチ）（診断料及び1週間分の薬剤料を含む。）　　　1口腔につき　　歯の漂白（ホームブリーチ）（1週間分の薬剤料及び観察料を含む。）　　　延長料　　ホームブリーチ3DS用トレー　1個につき　　歯の漂白（ウォーキングブリーチ）　1歯につき　歯内治療　　根管治療（前歯）（根管形成，根管充填まで。修復物除去，根管内異物除去，芽孔封鎖等を含む。）　　根管治療（小臼歯）（根管形成，根管充填まで。修復物除去，根管内異物除去，芽孔封鎖等を含む。）　　根管治療（大臼歯）（根管形成，根管充填まで。修復物除去，根管内異物除去，芽孔封鎖等を含む。）　　歯根破折の確認（非外科的）　1歯につき　　歯根破折の確認（外科的）　1歯につき　　根尖切除術　1歯につき　　根尖切除術　同時手術時1歯増えるごとに　　意図的再植術　1歯につき歯周病外来関連　歯周治療関係　　歯周疾患管理料（初診時）　　歯周疾患管理料（2回目以降）　　歯周組織検査（1歯から9歯まで）　　歯周組織検査（10歯から19歯まで）　　歯周組織検査（20歯以上）　　口腔内写真撮影（撮影枚数にかかわらず1回の撮影につき）　　咬合調整　1歯につき　　歯周基本治療　スケーリング　1/3顎につき　　歯周基本治療　SRP　前歯　1歯につき　　歯周基本治療　SRP　小臼歯　1歯につき　　歯周基本治療　SRP　大臼歯　1歯につき　　暫間固定　　暫間固定修理　　歯軋り　咬合床　　歯周外科手術　基本料金　　　歯肉剥離掻爬術，根尖側　又は　歯冠側移動術　1歯につき　　　側方移動術　FGG　1歯につき　　ヘミセクション　　歯肉膿瘍の消炎手術　　知覚過敏処置　1歯につき　　SPT　1回につき　レーザー治療関係　　レーザーによる歯周ポケット治療　1歯につき　　レーザーによる歯肉切除　1歯につき　　レーザーによるフラップ手術　基本料金　　レーザーによるフラップ手術　1歯につき　　レーザーによるメラニン色素除去　1歯につき　　　顕微鏡併用加算　　レーザーによるメタルタトゥー除去　1歯につき　　　顕微鏡併用加算　　歯周組織再生・審美手術（術前術後管理料を含む。手術に伴う投薬料は10割負担分×1.1を請求）　　　組織再生誘導法メンブレン設置手術（除去手術料を含む。）　メンブレン1枚につき　　エムドゲイン投与手術　1手術・1材料につき　検査　　細菌検査（ペリオチェック）　1サンプルにつき　　細菌検査（PCR法）　1歯1菌種につき　　歯周病原性菌血清抗体価検査　1回1菌種につき　　リンパ球膜抗原検査　1回1分子につき　　歯周病リスク遺伝子型検査　1回1遺伝子につき息さわやか外来関連 　　口臭検査料（ガスクロマトグラフィー使用：1回目）　　口臭検査料（ガスクロマトグラフィー使用：2回目以降）　　口臭検査料（その他；1回につき）　　口臭指導管理料　　う蝕リスク検査（唾液緩衝能測定器等によるもの）口腔ケア関連　　歯面研磨　1/3顎につき　予防処置　　機械的歯面清掃（歯面清掃当日の口腔保健指導を含む。）　1口腔につき　　口腔保健指導　1回につき　　フッ化物塗布等　1口腔につき　　家庭管理料（フッ化物洗口剤処方）クラウン・ブリッジ関連　クラウン（可撤性オンレーを含む。）　　チタンクラウン　　貴金属クラウン　　硬レ前装冠（金合金，チタン，チタン合金等）（ポストクラウンを含む。）　　硬レ前装冠（金銀パラジウム合金等）（ポストクラウンを含む。）　　ハイブリッドCr　金属不使用　　メタルボンドCr（貴金属，チタンともに）　　ポンティック（金属）　　ポンティック（メタルボンド）　　ポンティック（硬レ前装）　　クラウンコア加算　　オールセラミックCr　　オールセラミック橋体　　ハイブリッド橋体　　仮封冠　1歯につき　　根面キャップ　　ラミネートベニア　　私費前装冠修理　1歯1回につき床義歯関連　部分床義歯（バー・クラスプ・レストを含む。）　　コバルトクロム床（本体）　　コバルトコロム床（歯数のみ）　　コバルトクロム床の白金加金クラスプ追加　　貴金属床（白金加金及び金合金）本体　　貴金属床（白金加金及び金合金）歯数のみ　　チタン床（本体）　　チタン床（歯数のみ）　　特殊義歯（本体）　　特殊義歯（歯数のみ）　アタッチメント類の追加料金（設計料を含む。）　　アタッチメント類の追加料金　1歯につき　　磁性アタッチメント追加修理　　コーヌス内冠（白金加金等：チタン又はチタン合金を含む。）　　コーヌス外冠（レジン前装を含む。）（白金加金等：チタン又はチタン合金を含む。）　　コーヌス内冠（金銀パラジウム等：Co-Cr合金を含む。）　　コーヌス外冠　（レジン前装を含む。）（金銀パラジウム等：Co-Cr合金を含む。）　全部床義歯　　コバルトクロム床　　貴金属床（白金加金及び金合金）　　チタン床　特殊義歯　人工歯　追加料金　　金属歯　1歯につき　仮義歯（本体のみ）　　仮義歯（歯数のみ）　　義歯修理料金（リベースを含む。）インプラント関連　診査関連　　相談料　　血液検査　　診断用ワックスアップ　1歯につき　　診断用ステント作製・調整料（ワックスアップを含む。）　1歯につき　手術関連（手術に伴う投薬料は10割負担分×1.1を請求）　　インプラント埋入手術（2次手術を含み，鎮静管理料及び手術管理料（モニタリング）を含む。）　1本につき　　インプラント2次手術のみ（治療用アバットメントを含む。）　1本につき　　インプラント仮封冠のみ作製（他院で埋入済みの場合）　　骨移植A（1部位：ソケットリフト等）（特定保険医療材料料は10割負担分×1.1を請求）　　骨移植B（1部位：顎堤増大術）（特定保険医療材料料は10割負担分×1.1を請求）　　IPインプラント　1本につき　　ミニインプラント　4本まで　補綴関連　　インプラント上部構造（インプラント仮封冠，アバットメント等の材料を含む。）　1歯につき　　審美補綴加算（プロセラ，サイドスクリュー等）　1本につき　　アタッチメント（バー，マグネット等）　1本につき　　IPインプラント用TEK　1歯につき　　インプラント補綴物修理料　1歯につき　メインテナンス関連　　定期観察料1　　定期観察料2（他院での処置後の場合）歯科アレルギー関連　　歯科アレルギー相談料（私費補綴物カウンセリングを含む。）　　金属試料元素分析及び診断料　1試料につき　　金属修復物溶出傾向測定　1口腔につき　　LST検査（金属・薬剤ともに）　1試料につきスプリント関連　　金属スプリント　　私費スプリント調整料　1来院につきスポーツ歯科関連　　マウスガード（単層）　　マウスガード（複層）　　マウスガード（ロストワックス法）　　フェイスガード　　マウスガード調製料　1回につき　　フェイスガード調製料　1回につきいびき－無呼吸歯科治療関連　　スリープスプリントタイプ　マウスピース　　ソムノデントタイプ　マウスピース小児歯科関連　保隙・咬合誘導の定期観察　　口腔内検査のみの場合　　口腔内検査以外の検査を含む場合　保隙　　保隙　検査料　　保隙　診断料　　保隙装置料　可撤式（片顎）　　保隙装置料　接着による固定式　　保隙装置料　バンドループ　　保隙装置料　クラウン・ループ　　保隙装置料　クラウン・ディスタル・シュー　　保隙装置料　リンガルアーチ型　　保隙　調節料　単純（チェアサイドでの調整の場合）　　保隙　調節料　複雑（装置を預かる場合）　咬合誘導　　咬合誘導　相談料　　咬合誘導　検査料（機能検査料を含む。）　　咬合誘導　診断料　　咬合誘導　装置料　単純　　咬合誘導　装置料　複雑　　咬合誘導　装置料　保定　　咬合誘導　調節料　　咬合誘導　観察料　小児外科手術　　スライスカット（乳歯・永久歯の便宜的削合）　　乳歯抜歯　　萌出困難歯の開窓術（噛合誘導装置を前提としたもの，骨の開削を伴わない場合）歯科矯正関連　相談料　基本検査料　機能検査料　特殊検査料　　顔貌形態予測　　染色体検査　　形態異常病因検査　　診断料（セットアップなし）　　診断料（セットアップあり）　　セットアップ料　　基本施術料　　基本施術料（セクショナルアーチ等で8歯以下の場合）　装置料　　ダイレクトボンディング装置（片顎）金属ブラケット　　ダイレクトボンディング装置（片顎）プラスチックブラケット　　ダイレクトボンディング装置（片顎）セラミックブラケット　　セクショナルアーチ（片顎）　　急速拡大装置　　Wタイプ拡大装置　　舌側弧線装置　　ホールディングアーチ　　パラタルバー　　リップバンパー　　タングクリブ　　ヘッドギアー　　チンキャップ　　上顎前方牽引装置　　機能的矯正装置（簡単：FKO，モノブロック等）　　機能的矯正装置（複雑：フレンケル，拡大ネジ付FKO等）　　床矯正装置（片顎）　　拡大床矯正装置（片顎）　　オーラルスクリーン　　ダイナミックポジショナー　　ヘッドギア付きダイナミックポジショナー　　スライディングプレート　　リンガルブラケット　　インダイレクトボンディング装置（片顎）　保定装置　　可撤式保定装置（片顎）　　固定式保定装置（片顎）　　FSWリテーナー（片顎）　調節料　観察料　転医資料料　病的移動歯の復位処置　　床装置によるもの　　ダイレクトボンディング装置によるもの　歯の挺出　　磁性アタッチメントによるもの　　その他の材料等（接着性レジン，エラスティックゴム等）によるもの装置修理料（小児・矯正共通）小児歯科関連　保隙　　保隙装置料　可撤式（片顎）　　保隙装置料　接着による固定式　　保隙装置料　バンドループ　　保隙装置料　クラウン・ループ　　保隙装置料　クラウン・ディスタル・シュー　　保隙装置料　リンガルアーチ型　咬合誘導　　咬合誘導　装置料　単純　　咬合誘導　装置料　複雑　　咬合誘導　装置料　保定歯科矯正関連　装置料　　ダイレクトボンディング装置（片顎）金属ブラケット　　ダイレクトボンディング装置（片顎）プラスチックブラケット　　ダイレクトボンディング装置（片顎）セラミックブラケット　　セクショナルアーチ（片顎）　　急速拡大装置　　Wタイプ拡大装置　　舌側弧線装置　　ホールディングアーチ　　パラタルバー　　リップバンパー　　タングクリブ　　ヘッドギアー　　チンキャップ　　上顎前方牽引装置　　機能的矯正装置（簡単：FKO，モノブロック等）　　機能的矯正装置（複雑：フレンケル，拡大ネジ付FKO等）　　床矯正装置（片顎）　　拡大床矯正装置（片顎）　　オーラルスクリーン　　ダイナミックポジショナー　　ヘッドギア付きダイナミックポジショナー　　スライディングプレート　　リンガルブラケット　　インダイレクトボンディング装置（片顎）　保定装置　　可撤式保定装置（片顎）　　固定式保定装置（片顎）　　FSWリテーナー（片顎）顎関節関連　各種検査　　寄与因子調査票（分析を含む。）　初回　　寄与因子調査票（分析を含む。）　2回目以降　　研究用模型（印象及び技工を含む。）　1組につき　　咬合診査（プレスケール）　1回につき　　マイオモニター　1回につき　診療費　　顎関節症関連診察料加算（管理料を含む。）　　　初回（診査，病態関連及び一般的生活指導）　　顎関節症関連診察料加算（管理料を含む。）　　　2回目以降（診査，病態関連及び一般的生活指導）　　TCH是正訓練指導料　　TCH是正訓練再指導料　　関節可動科化訓練・筋伸展訓練指導料及び負荷訓練指導料　　関節可動科化訓練・筋伸展訓練指導料及び負荷訓練再指導料　　パンピングマニュピュレーション（麻酔を含む。）　　薬剤料　　精神療法料（簡易精神療法，自己催眠療法等）　10分につき（時間が超過した場合は切り上げる。）　スプリント　　印象採得　　製作・装着　　調製料（2回目以降）顎義歯関連　　スピーチエイド調製料　　顎義歯加算（簡単）　　顎義歯加算（困難）　　顎義歯加算（著困）スペシャルケア外来関連　　カンジダ検査　　バナペリオ検査歯科放射線関連　　放射線相談料　　多層断層撮影　フィルム1枚につき　　顎関節撮影　シューラー氏法（4画像）　　顎関節撮影　眼窩関節法（2画像）　フィルム1枚につき　　MRI検査　　CT検査　　CT画像再構築処理　　CT/MRIデジタルデータ出力（CDにより配布）　1回につき　　CTステント撮影料　1回につき　　小照射野コーンビームCT　一部位につき　　パノラマ撮影（デジタル画像）　フィルム1枚につき　　頭部X線規格撮影（デジタル画像）　フィルム1枚につき　　頭部単純撮影（デジタル画像）　フィルム1枚につき　　X線画像複製料（デジタル画像）　フィルム1枚につき　　デンタル　フィルム1枚につき　　エックス線透視下非観血的唾石摘出術口腔外科関連　便宜抜歯（術前術後管理料を含む。手術に伴う投薬料は10割負担分×1.1を請求）　　前歯　　臼歯　　難抜歯　　埋伏歯　　下顎完全埋伏智歯（骨性）　　下顎水平埋伏智歯　小手術関連（術前術後管理料を含む。手術に伴う投薬料は10割負担分×1.1を請求）　　歯牙移植　　歯牙移植に関わる治療・管理・予後の判定　　上顎洞底挙上術（口腔内片側）　　上顎洞底挙上術（口腔内両側）　　上顎洞底挙上術（口腔外片側）　　上顎洞底挙上術（口腔外両側）　　埋伏歯開窓牽引術（矯正治療の一環としての治療の場合）　　歯槽提形成術（歯槽骨垂直性仮骨延長術）　1/2顎まで　　歯槽提形成術（歯槽骨垂直性仮骨延長術）　1/2顎を超える。　　骨移植A（1部位：ソケットリフト等）（骨採取部位は口腔内）　　骨移植B（1部位：顎堤増大術）（骨採取部位は口腔内）　　骨移植C（口腔外1/2顎まで）（骨採取部位は口腔外）　　骨移植D（口腔外1/2顎を超える。）（骨採取部位は口腔外） 　　口腔前庭拡張術（特定保険医療材料料は10割負担分×1.1を請求）　　遊離頬粘膜，遊離口蓋粘膜，遊離歯肉移植術　　皮弁修正術　　矯正用アンカープレートインプラント埋入術　1枚につき　　同除去料　　矯正用アンカースクリューインプラント埋入術　1本につき　　同除去料　補綴関連　　発音嚥下補助装置用金属床　　発音嚥下補助装置の付加料（スピーチエイド及びパラタルリフト）　　発音嚥下補助装置調整料　理学療法関連　　温熱療法（近赤外線）　1回につき　検査関連　　感覚検査料麻酔外来・ペインクリニック関連　　麻酔科診断料　　鎮静管理料　2時間まで　　鎮静管理料　以後30分ごと　　手術管理料（モニタリング）　2時間まで　　手術管理料（モニタリング）　以後30分ごと　　全身麻酔　2時間まで　　全身麻酔　以後30分ごとに　入院・術後管理　　術後管理料（回復室・病棟）（鎮静法・モニタリング施行時のみの適応とし，回復室・病棟の区別はしない。）　　外来全身麻酔管理料（日帰り入院）（日帰り全身麻酔を行った場合に算定）　　①入院　1日につき（入院日数4日以内）　　②入院　5日から8日まで　　③入院　以後1日につき（ただし，入院日数は12日までとする。）　　④入院　13日から16日まで　　⑤入院　以後1日につき　　ドラッグチャレンジテスト（薬剤料を含む。）　1薬剤につき　　パッチテスト（薬剤料を含む。）　1回につき　　表面電極通電療法　　針治療　　針通電療法　　灸　1回につき　　音楽療法　1回につき　　ソフトレーザー照射　1回につき　　イオントフォレーシス　1回につき　　自立訓練法　1回につき　　痛みのグループ療法　1回につき知覚閾値検査　1回につき | 円4,1801,21055,00044,00033,00011,00016,50021,6707,70040,8105,5005,5007,70040,92366,48992,05811,00033,00090,20017,60022,0005,5003,3002,2003,3006,6003,3001,1001,1001,1001,6502,2005,0602,20026,40011,0005,50011,0006,9302,7505505,5006,6008,80011,0008,8003,3005,50013,2005,50071,50055,0002,2003,3002,2002,20011,0006,4903,3002,2003,3004,9505505,5002,2002,2002,20077,00082,50088,00082,50071,500110,00066,00099,00071,50022,000110,00099,00066,0002,20022,00071,50011,000（200,000＋5,000×歯数）×1.15,500（25,000×歯数）×1.1（260,000＋10,000×歯数）×1.111,000（200,000＋7,000×歯数）×1.17,700（100,000＋4,000×歯数）×1.14,40066,00033,00088,000110,00044,00055,000264,000440,000308,000198,00022,000（70,000＋5,000×歯数）×1.15,50022,0003,85010割負担分×1.12,2006,600198,00033,00033,000＋使用した部品の病院の購入価格×1.133,00055,00027,500440,000242,00022,000165,00011,00033,0002,2005,5005,5006,6005,5008,800220,0005,5005,50011,00022,00033,0001,1003,30055,000157,1432,2004,9509,3507,70027,50011,00011,00014,30022,00022,0002,2005,5005,50022,00019,80028,60044,00017,6005,5003,3001,1002,2002,2004,84080,30044,66011,88029,4809,90036,74078,54041,800168,52059,40098,78099,880110,00050,16051,92050,60038,50033,22032,78033,00043,56038,72031,90051,26062,48072,16040,26046,64022,66064,90075,46029,700255,200108,90040,04030,80016,5006,1603,96017,60040,26050,16066,00011,000（装置料×0.5）×1.113,7505,5005,5007,15011,00011,00014,30022,0008,80049,39049,94055,00025,08025,96025,30019,25016,61016,39016,50021,78019,36015,95025,63031,24036,08020,13023,32011,33032,45037,73014,850127,60054,45020,02015,4008,2503,9602,2002,2003,8502,2002,2001,1003,3001,1003,3001,10011,00010割負担分×1.13,3001,10033,0002,5132,20022,00044,00066,0003,3003,3003,8507,7003,3001,65022,00015,4003,3001,3203,2266,6005,5005,5005,5002,20055044,4182,2003,850 6,60016,50022,00022,00033,00022,00082,500165,000110,000220,00029,54344,00088,00033,00055,000110,000220,00033,0008,80044,00055,00011,00027,5005,500176,00028,6004,4004402,2004,95033,0005,50016,5002,200110,00027,50011,00018,70018,700110,00018,700220,00018,70016,50011,0006,0504,4005,5002,7501,4301,6505,5001,1005502,200 |

　2　差額徴収の対象となる料金

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 差額徴収額 |
| （保存料，補綴料，小児歯科領域）　鋳造歯冠修復料　　白金加金又は金合金　　　前歯　歯冠継続歯料　　白金加金又は金合金　　　前歯 | 使用材料の購入価格から健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法別表第2歯科診療報酬点数表の第2章第12部第3節に定める使用材料料の点数に10円を乗じて得た額を控除した額に100分の110を乗じて得た額 |

　3　インプラント用CT画像解析料金

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 徴収額 |
| 片顎　22,500円両顎　26,000円 | 左記に定める価格に100分の110を乗じて得た額 |