

保険外負担一覧表

I 使用料・手数料等について

区 分	金 額 及 び 内 容
1 分娩介助料	1 8 0 , 0 0 0 円(多胎分娩の場合には、2児以上1児を増すごとに100分の75相当額を加算した額) なお、産科医療補償制度の対象となる分娩については、公益財団法人日本医療機能評価機構が定める額が加算されます。 ただし、診療時間外については、上記の額にそれぞれ一児につき次の額が加算されます。 ア 深夜（午後 1 0 時から午前 6 時）及び日曜日・祝日・年末年始の場合 3 0 , 0 0 0 円 イ 深夜時間帯を除く、平日の診療時間外及び祝日等でない土曜日の場合 2 0 , 0 0 0 円
2 新生児介補料	1 日につき 6 , 6 0 0 円
3 健康診断料	厚生労働省の告示により定められた方法で算定します。 また、その額には、消費税（ 1 0 %）相当分が加算されます。
4 予防接種料	厚生労働省の告示により定められた方法で算定します。 また、その額には、消費税（ 1 0 %）相当分が加算されます。
5 容器料	軟膏・水薬等の容器の購入価格に相当する額（税込）
6 患者の所持する物品の消毒料	1 回につき 1 , 1 3 0 円（税込）
7 文書交付手数料	(1) 簡易な文書 ア 支払証明書 一通につき 1 , 0 5 0 円（税込） イ 通院証明書その他これに類する文書 一通につき 1 , 8 6 0 円（税込） (2) 普通の文書 普通診断書、身体検査書、出生届における出生証明書、死産届における死産証明書（死胎検案書）及び死亡届における死亡診断書（死体検案書）その他これらに類する文書 一通につき 2 , 3 5 0 円（税込） (3) 複雑な文書 ア 恩給、年金、死体検案書（死胎検案書）、保険金等の請求のための診断書その他これに類する文書 一通につき 6 , 7 5 0 円（税込） イ 介護保険法(平成9年法律第123号)第27条第6項の規定及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第7条第2項第3号の規定に基づく医師の意見書 ア) 施設入所者の新規の申請に係るもの 1通につき 4,400円（税込） イ) 施設入所者の継続の申請に係るもの 1通につき 3,300円（税込） ウ) 施設入所者以外の者の新規の申請に係るもの 1通につき 5,500円（税込） エ) 施設入所者以外の者の継続の申請に係るもの 1通につき 4,400円（税込） ただし、療養等の資産の譲渡等に該当する文書の交付にあつては、(1)、(2)又は(3)の額に110分の100を乗じて得た額(その額に5円未満の端数があるときはこれを切り捨て、5円以上10円未満の端数があるときはこれを10円に切り上げた額)とする。
8 避妊処置料	(1) 避妊リング等挿入にあつては、1回につき 3 9 , 8 1 0 円（税込） (2) 避妊リング等除去にあつては、1回につき 6 , 7 0 0 円（税込）
9 死体検案料	1体につき 9 , 2 4 0 円（福島県立医科大学附属病院以外の場所において検案した場合にあつては、告示により算定した往診料の額に相当する額に100分の110を乗じて得た額を加算した額）
10 遺体処置料	病理解剖を行った死体以外の死体1体につき 1 1 , 3 5 0 円（税込）
11 人工授精料	1回につき 1 8 , 1 1 0 円（税込）
12 体外受精料	(1) 採卵 1 回につき 66,450円（税込） （麻酔加算）麻酔使用につき 11,310円（税込） （薬剤加算）セトロタイド注射用3mg追加使用につき 33,060円（税込） （薬剤加算）セトロタイド注射用0.25mg追加使用につき 7,690円（税込） (2) 精子調整 1 回につき 49,430円（税込） 精巣内精子再手術に係る場合 1 回につき 44,770円（税込） (3) 卵培養 1 回につき 72,360円（税込） (4) 顕微授精 ア 卵5個以下 1 回につき 59,120円（税込） イ 卵6～9個 1 回につき 63,420円（税込） ウ 卵10～13個 1 回につき 67,730円（税込） エ 卵14～17個 1 回につき 72,030円（税込） オ 卵18個以上 1 回につき 76,330円（税込） (5) 胚移植 1 回につき 48,410円（税込） アシステッドハッチングを行う場合 1 回につき 14,950円（税込）

保険外負担一覧表

I 使用料・手数料等について

区 分	金 額 及 び 内 容
12 体外受精料（つづき）	(6) 胚融解（卵子含む） 1 回につき 20,980円（税込） 胚融解と追加培養を併せて追加培養を行う場合 1 回につき 52,450円（税込） (7) 精子凍結保存 妊孕性温存療法を行う場合に限り 1 回につき 63,310円（税込） (8)胚凍結保存 ア 凍結胚個数 3 個以下 1 回につき 39,040円（税込） イ 凍結胚個数4～6個 1 回につき 47,470円（税込） ウ 凍結胚個数7～9個 1 回につき 57,210円（税込） エ 凍結胚個数10～12個 1 回につき 65,640円（税込） オ 凍結胚個数13～15個 1 回につき 75,380円（税込） カ 凍結胚個数16～18個 1 回につき 83,810円（税込） キ 凍結胚個数19個以上 1 回につき 93,550円（税込） (9)凍結保存更新（精子・受精胚・卵子） 1 年更新につき 18,180円（税込） (10)不妊相談 1 回につき 3,090円（税込）
13 羊水又は臍帯血を用いた染色体診断料	1回につき 57,620円（税込）
14 エックス線フィルム複製料	エックス線の複製フィルムの交付を受ける場合 (1)半切 1枚につき 1,540円（税込） (2)大角 1枚につき 1,470円（税込） (3)大四つ切 1枚につき 1,470円（税込）
15 エックス線フィルム等のC Dへの複製料	C D 1 枚につき 1,100円（税込）
16 乳房マッサージ料	1回につき 3,230円
17 臓器及び血液幹細胞の移植並びに免疫療法に伴うH L A 検査料	(1) H L A－A・B・C w・D R B 1 遺伝子型 型毎 1回につき 11,000円（税込） (2) H L A－A・B・D R B 1 遺伝子型（セット） 1回につき 26,400円（税込） (3) H L A－A・B・C w・D R B 1 遺伝子型（セット） 1回につき 35,620円（税込） (4) リンパ球クロスマッチ検査 1回につき 19,800円（税込）
18 薬価基準に収載されていない薬剤の処方に係る生活改善指導料	(1) 指導のために必要な検査項目が2項目以上ある場合又は指導に要する時間が30分以上の場合 1回につき3,450円（税込） (2) (1)に掲げる場合以外の場合 1回につき1,780円（税込）
19 セカンドオピニオン外来	患者1人について、セカンドオピニオンに係る診療情報提供書を作成した医師への報告書作成料も含め、 1 回につき 33,000円（税込）
20 転移性脊椎腫瘍及び骨粗しょう症性脊椎圧迫骨折に対する経皮的椎体形成術	1回につき 128,340円（税込） （関連する一連の診療費用についても保険適用外となります。）
21 難治性尋常性座瘡に対するケミカルピーリング	1回につき 14,300円（税込）
22 インプラント義歯（保険診療適応外）	1 本につき143,000円（税込）に治療材料の購入価格に相当する額及びインプラント上部構造の技工に要した費用に相当する額に相当する額を加算した額 2 本目からは、1 本につき100,000円（税込）に治療材料の購入価格に相当する額及びインプラント上部構造の技工に要した費用に相当する額を加算した額に診療報酬算定方法により算定した額を加算し100分の110を乗じて得た額（その額に5円未満の端数があるときはこれを切り捨て、5円以上10円未満の端数があるときはこれを10円に切り上げる物とする。）
23 薬剤アレルギー検査料 (DLST)	1 薬剤につき 5,030円（税込）
24 お産セット代	1 セット 2,310円
25 妊婦健診料	1 回につき 4,190円 （特別な検査を行った場合は別途検査料が加算されます。）
26 1 か月健診料	(1) 新生児 1 回につき 6,000円 (2) 産 婦 ア 基本検査 1 回につき 5,760円 イ エジンバラ産後うつ病質問票 1 回につき 800円

保険外負担一覧表

I 使用料・手数料等について

区 分	金 額 及 び 内 容
27 医師面談料	30分まで 16,500円（税込） 1時間まで 33,000円（税込）
28 性差医療に係るカウンセリング料	1回につき（30分まで） 5,500円（税込）
29 遺伝カウンセリング料	初診 5,500円（税込） 30分毎に加算 2,750円（税込）
30 放射線健康相談料	(1) 相 談 料 1回につき 5,500円（税込） (2) ホールボディカウンター検査料 1回につき 2,730円（税込）
31 泌尿生殖器腫瘍後腹膜リンパ節転移に関する腹腔鏡下リンパ節郭清術	1回につき297,000円（税込）に診療報酬算定方法により算定した額を加算し100分の110を乗じて得た額（その額に5円未満の端数があるときはこれを切り捨て、5円以上10円未満の端数があるときはこれを10円に切り上げるものとする。）
32 出生前に係る遺伝子学的検査料	(1) 母体血を用いる検査 1回につき 100,430円（税込） (2) マイクロアレイ検査（羊水） 1回につき 205,480円（税込） マイクロアレイ検査と羊水染色体検査を併せて行う場合 1回につき 259,380円（税込） (3) RapidFISH付羊水染色体検査 1回につき 93,940円（税込） (4) クアトロテスト検査 1回につき 23,930円（税込） (5) 染色体検査（胸水・腹水・血液）検体部位ごとに 1回につき 47,740円（税込） (6) メンケス病 出生前遺伝学的検査 ア 予備検査 1回につき 75,650円（税込） 検査対象者2人目から1人につき 7,450円（税込） イ 1次検査（FISHあり） 1回につき 99,880円（税込） ウ 1次検査（FISHなし） 1回につき 72,380円（税込） エ 2次検査 1回につき 70,400円（税込）
33 男性不妊症に対する精子採取術	次に掲げる行為の区分に応じ、それぞれに定める額に診療報酬算定方法により算定した額に100分の110を乗じて得た額を加算した額（その額に5円未満の端数があるときはこれを切り捨て、5円以上10円未満の端数があるときはこれを10円に切り上げるものとする。） ア 顕微鏡下精巣内精子採取術 1回につき 105,260円（税込） イ 精巣内精子採取術 1回につき 10,110円（税込）
34 妊娠と薬外来相談料	1回につき 5,500円
35 Y染色体微小欠失検査料	1回につき 33,220円（税込）
36 特別メニュー	1食につき 600円
37 B型肝炎訴訟に係る検査料（HBV分子系統解析検査）	1回につき 28,880円（税込）
38 浴衣セット	1体につき 浴衣セットの購入価格に相当する額（税込）
39 トキソプラズマIgG抗体アビディティ検査料	1回につき 17,820円（税込）
40 抗ミュー管ホルモン検査料	1回につき 5,320円（税込）
41 ルティナス膣錠 100mg	1錠につき 350円（税込）
42 樹状細胞及び腫瘍抗原ペプチドを用いたがんワクチン療法	1クールにつき1,748,740円（税込）に診療報酬算定方法により算定した額に100分の110を乗じて得た額を加算した額（その額に5円未満の端数があるときはこれを切り捨て、5円以上10円未満の端数があるときはこれを10円に切り上げるものとする。）
43 聴性脳幹インプラント植込術	1回につき448,910円（税込）に診療報酬算定方法により算定した額に100分の110を乗じて得た額を加算した額（その額に5円未満の端数があるときはこれを切り捨て、5円以上10円未満の端数があるときはこれを10円に切り上げるものとする。）

保険外負担一覧表

I 使用料・手数料等について

区 分	金 額 及 び 内 容
44 家族性腫瘍遺伝子の遺伝学的検査料	(1) 遺伝性乳がん卵巣がん症候群の遺伝学的検査 ア H B O Cスクリーニング 1回につき 1 7 2 , 4 8 0 円 (税込) イ B R C A M L P A 1回につき 4 0 , 4 8 0 円 (税込) (2) Li-Fraumeni症候群の遺伝学的検査 ア T P 5 3スクリーニング 1回につき 9 5 , 4 8 0 円 (税込) イ T P 5 3 M L P A 1回につき 4 0 , 4 8 0 円 (税込) (3) Cowden症候群の遺伝学的検査 ア P T E Nスクリーニング 1回につき 9 5 , 4 8 0 円 (税込) イ P T E N M L P A 1回につき 4 0 , 4 8 0 円 (税込) (4)リンチ症候群の遺伝学的検査 ア M M Rスクリーニング 1回につき 1 2 8 , 4 8 0 円 (税込) イ M L H 1 フルシークエンシング 1回につき 7 3 , 4 8 0 円 (税込) ウ M S H 2 フルシークエンシング 1回につき 7 3 , 4 8 0 円 (税込) エ M S H 6 フルシークエンシング 1回につき 7 3 , 4 8 0 円 (税込) オ P M S 2 フルシークエンシング 1回につき 7 3 , 4 8 0 円 (税込) カ M L H 1 / M S H 2 M L P A 1回につき 4 0 , 4 8 0 円 (税込) (5)家族性大腸腺腫瘍症の遺伝学的検査 ア A P Cスクリーニング 1回につき 9 5 , 4 8 0 円 (税込) イ A P C M L P A 1回につき 4 0 , 4 8 0 円 (税込) (6)多発性内分泌腫瘍症の遺伝学的検査 ア M E N 1 M L P A 1回につき 4 0 , 4 8 0 円 (税込) イ M E N 2スクリーニング 1回につき 5 1 , 4 8 0 円 (税込) (7)遺伝性腫瘍関連遺伝学的検査 ア シングルサイト 1サイト 1回につき 4 0 , 4 8 0 円 (税込) イ シングルサイト 2サイト 1回につき 5 6 , 9 8 0 円 (税込) ウ シングルサイト 3サイト 1回につき 7 3 , 4 8 0 円 (税込)
45 遺伝性腫瘍関連遺伝子検査料	(1)VistaSeq遺伝性腫瘍パネル検査 ア VistaSeq (遺伝性腫瘍関連27遺伝子パネル検査) 1回につき 3 7 8 , 1 1 0 円 (税込) イ VistaSeq w/o BRCA (遺伝性腫瘍関連25遺伝子パネル検査 (BRCA1/2を除く)) 1回につき 3 4 5 , 1 1 0 円 (税込) ウ VistaSeq Endocrine (遺伝性内分泌腫瘍関連13遺伝子パネル検査) 1回につき 2 7 9 , 1 1 0 円 (税込) エ VistaSeq HighRisk Colorectal (高リスク遺伝性大腸がん関連7遺伝子パネル検査) 1回につき 2 7 9 , 1 1 0 円 (税込) オ VistaSeq Pancreatic (遺伝性膵がん関連14遺伝子パネル検査) 1回につき 2 7 9 , 1 1 0 円 (税込) カ VistaSeq High/Moderate RiskBreast CancerPanel (高／中リスク遺伝性乳がん関連9遺伝子パネル検査) 1回につき 2 7 9 , 1 1 0 円 (税込) キ VistaSeq GYN CancerPanel (遺伝性婦人科がん関連11遺伝子パネル検査) 1回につき 2 7 9 , 1 1 0 円 (税込) ク VistaSeq Breast and GYN CancerPanel (遺伝性乳がん／婦人科がん関連25遺伝子パネル検査) 1回につき 3 4 5 , 1 1 0 円 (税込) ケ VistaSeq Breast CancerPanel (遺伝性乳がん関連19遺伝子パネル検査) 1回につき 3 4 5 , 1 1 0 円 (税込) コ VistaSeq Colorectal (遺伝性大腸がん関連22遺伝子パネル検査) 1回につき 3 4 5 , 1 1 0 円 (税込) サ VistaSeq Renal Cell (遺伝性腎がん関連19遺伝子パネル検査) 1回につき 3 4 5 , 1 1 0 円 (税込) シ VistaSeq Brain/CNS/PNS (遺伝性脳腫瘍／中枢神経系腫瘍／末梢神経系腫瘍関連17遺伝子パネル検査) 1回につき 3 4 5 , 1 1 0 円 (税込) (2)MutSeqターゲット変異解析検査 ア MutSeq Firstmutation (ターゲットバリエーションが1つの場合) 1回につき 4 2 , 6 1 0 円 (税込) イ MutSeq Secondmutation (ターゲットバリエーションが2つの場合) 1回につき 5 9 , 1 1 0 円 (税込) ウ MutSeq Thirdmutation (ターゲットバリエーションが3つの場合) 1回につき 7 5 , 6 1 0 円 (税込)

保険外負担一覧表

I 使用料・手数料等について

区 分	金 額 及 び 内 容
46 ヒト遺伝学的検査料	(1) 内分泌異常症遺伝子検査料（副腎疾患） 1回につき 56,930円（税込） (2) 内分泌異常症遺伝子検査料（成長障害） 1回につき 56,930円（税込） (3) 内分泌異常症遺伝子検査料（46、XY性分化疾患） 1回につき 56,930円（税込） (4) 内分泌異常症遺伝子検査料（性成熟疾患） 1回につき 56,930円（税込） (5) 内分泌異常症遺伝子検査料（下垂体機能障害） 1回につき 56,930円（税込） (6) 内分泌異常症遺伝子検査料（糖代謝異常症） 1回につき 56,930円（税込） (7) 内分泌異常症遺伝子検査料（卵巣機能不全症） 1回につき 56,930円（税込） (8) 内分泌異常症遺伝子検査料（骨疾患） 1回につき 45,930円（税込） (9) 単一エクソン解析（1箇所） 1回につき 23,930円（税込） (10) 単一エクソン解析（2箇所） 1回につき 36,030円（税込） (11) 単一エクソン解析（3箇所） 1回につき 48,130円（税込） (12) 単一エクソン解析（4箇所） 1回につき 60,230円（税込） (13) 単一エクソン解析（5箇所） 1回につき 72,330円（税込）
47 がんゲノム医療外来相談料	1回につき 33,000円（税込）
48 難治性褐色細胞腫に対するI-131-MIBGを用いた内照射療法	1回につき 31,190円（税込）
49 がん遺伝子パネル検査料	(1) Guardant 360 LDT検査料（初回） 1回につき 502,480円（税込） (2) Guardant 360 LDT検査料（2回目以降） 1回につき 388,080円（税込）
50 遺伝性不整脈遺伝子検査料	Brugada症候群 1回につき 57,370円（税込）
51 Stickler症候群遺伝子検査料	1回につき 45,930円（税込）
52 結節性硬化症遺伝子検査料	1回につき 45,930円（税込）
53 特別PETがん検査	PET／CT 1回につき 150,000円（税込） PET－MRI 1回につき 156,000円（税込）
54 頭皮冷却療法	1回につき 10,580円 インナーキャップ 1枚につき インナーキャップの購入に相当する額
55 血色素異常症検査	1次検査 1回につき 29,450円（税込） 2次検査 1回につき 32,750円（税込）
56 常染色体優性尿細管間質性腎疾患遺伝子検査	1回につき 45,950円（税込）
57 巨脳症－毛細血管奇形症候群遺伝学的検査	1回につき 45,950円（税込）
58 血友病遺伝学的検査	血友病A型遺伝学的検査 1回につき 45,950円（税込） 血友病B型遺伝学的検査 1回につき 45,950円（税込）
59 PFC-FD、PDF-FD療法	事前検査 1回につき 18,930円（税込） PFC-FD療法 1回につき 179,070円（税込） PDF-FD療法 1回につき 146,070円（税込）
60 肺高血圧症遺伝学的検査料	1回につき 56,980円（税込）
61 スコポラミン軟膏	20g入り1個につき 10,110円（税込）
62 骨端異形成症遺伝学的検査料	1回につき 62,480円（税込）
63 薬剤に係るキャンセル料	患者に事前に説明し、同意を得たうえで、患者の都合による治療等のキャンセルに伴い使用できなくなった次に掲げる薬剤の薬価に相当する額に100分の110を乗じて得た額（その額に5円未満の端数があるときにはこれを切り捨て、5円以上10円未満の端数があるときはこれを10円に切り上げるものとする。） (1) ルタテラ静注 (2) プルヴィクト静注
64 附属病院における診断書等文書発送料	診断書等の発送に要する費用に相当する額とする（税込）

保険外負担一覧表

Ⅱ 保険外併用療養費について

区 分	金 額 及 び 内 容
1 特別病室加算料	次に掲げる区分に応じ、それぞれに定める額 (1) 特別室 M S 1日につき 5 7, 2 0 0 円（税込） （一床病室で前室、会議室、給湯室、浴室、トイレ、応接セットが附属しています。床面積が6 8. 8㎡以上あります。） (2) 特別室 A 1日につき 1 9, 8 0 0 円（税込） （一床病室でシャワー室、トイレ、応接セット、電話が附属しています。床面積が2 6. 4㎡以上あります。） (3) 特別室 M A 1日につき 7, 7 0 0 円（税込） （一床病室でシャワー室、トイレが附属しています。床面積が1 4. 7㎡以上あります。） (4) 特別室 B 1日につき 6, 6 0 0 円（税込） （一床病室でシャワー室、トイレ、電話が附属しています。床面積が1 5. 4㎡以上あります。） (5) 特別室 M B 1日につき 4, 9 5 0 円（税込） （一床病室でトイレが附属しています。床面積が1 3. 9㎡以上あります。） (6) 特別室 C 1日につき 3, 0 8 0 円（税込） （一床病室で床面積が1 3. 2㎡以上あります。） ただし、療養等の資産の譲渡等又は助産に係る資産の譲渡等に該当する特別病室の提供にあつては、それぞれの額に110分の100を乗じて得た額とする。
2 入院期間が180日を超えた日以後の入院に係る選定療養を受ける患者に対する加算料	左欄の療養に係る所定点数から、当該所定点数を構成する点数であつて、別に厚生労働大臣が定める通算対象入院料の基本点数に100分の15を乗じた点数を控除した点数に、平成18年厚生労働省告示第92号第2号に規定する1点の単価を乗じて得た額に100分の10を乗じて得た額
3 初診及び再診に係る加算料	(1) 紹介状を持参しない初診患者に対する加算料 ア 医科 初診料算定1回につき 7, 7 0 0 円（税込） イ 歯科 初診料算定1回につき 5, 5 0 0 円（税込） (2) 他の医療機関に紹介状を出す旨の説明を受けた再診患者に対する加算料 ア 医科 外来診療料算定1回につき 3, 3 0 0 円（税込） イ 歯科 外来診療料算定1回につき 2, 0 9 0 円（税込）
4 時間外の診察に係る保険外費用	次に掲げる区分に応じ、それぞれに定める額 (1) 初診に係る徴収額（括弧は6歳未満の乳幼児の場合） 標榜診療時間外（深夜・休日を除く） 9 4 0 円（2, 2 0 0 円）（税込） 休日（深夜を除く） 2, 7 5 0 円（4, 0 2 0 円）（税込） 深夜（午後1 0時～午前6時） 5, 2 8 0 円（7, 6 5 0 円）（税込） (1) 再診に係る徴収額（括弧は6歳未満の乳幼児の場合） 標榜診療時間外（深夜・休日を除く） 7 2 0 円（1, 4 9 0 円）（税込） 休日（深夜を除く） 2, 0 9 0 円（2, 8 6 0 円）（税込） 深夜（午後1 0時～午前6時 4, 6 2 0 円（6, 4 9 0 円）（税込）
5 評価療養に係る使用料	健康保険法の規定に基づき厚生労働大臣の定める評価療養にあつては、次に定める額 ◎当院では以下の先進医療について承認を受けており、それぞれに定められた額を算定 (1) 子宮内膜刺激術 1回につき 1 9, 9 4 0 円 (2) タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 1回につき 2 4, 2 3 0 円 (3) 二段階胚移植術 1回につき 6 5, 8 2 0 円 (4) 膜構造を用いた生理学的精子選択術 ア 男性不妊症の場合 1回につき 3 6, 0 2 0 円 イ 重症男性不妊症の場合 1回につき 4 4, 6 6 0 円 (5) 術前のゲムシタビン静脈内投与及びナブーパクリタキセル静脈内投与の併用療法 1回につき 4 0 0 円 (6) 不育症に対するβ 2 GPIネオセルフ抗体検査 1回につき 3 5, 4 6 0 円

保険外負担一覧表

Ⅱ 保険外併用療養費について

5 評価療養に係る使用料	(7) 子宮内膜受容能検査（ERA） 1回目 103,410円 2回目 84,930円 3回目以降 29,490円 (8) 子宮内細菌叢検査（EMMA・ALICE法） 1回目 57,210円 2回目以降 34,110円 子宮内膜受容能検査（ERA）と併せて行う場合 126,510円 (9) 子宮内フローラ検査 1回につき 36,090円
6 患者申出療養に係る使用料	健康保険法の規定に基づき厚生労働大臣の定める患者申出療養にかかる使用料にあっては、次に定める額 パクリタキセル腹腔内投与及び静脈内投与並びにS－1内服併用療法 初回（腹腔内投与を受けている場合） 42,000円 初回（腹腔内投与を受けていない場合） 82,000円 2回目以降 1回につき 20,000円
7 選定療養に係る使用料	健康保険法の規定に基づき厚生労働大臣の定める選定療養にあっては、次に定める額 (1)白内障患者に対する水晶体再建術に使用する多焦点眼内レンズ支給 Clareon PanOptix TORIC Trifocal 1枚につき 221,720円（税込） Clareon PanOptix Trifocal 1枚につき 191,600円（税込） Clareon PanOptix TORIC Trifocal AutoNoMe 1枚につき 221,720円（税込） Clareon PanOptix Trifocal AutoNoMe 1枚につき 191,600円（税込） Clareon Vivity TORIC Extended Vision AutoNoMe 1枚につき 218,960円（税込） Clareon Vivity Extended Vision AutoNoMe 1枚につき 199,160円（税込） TECNIS Odyssey TORIC 1枚につき 215,660円（税込） TECNIS Odyssey 1枚につき 193,660円（税込） TECNIS PureSee TORIC 1枚につき 215,660円（税込） TECNIS PureSee 1枚につき 193,660円（税込） (2) 長期収載品の院内処方 処方された長期収載品の薬価と当該医薬品に係る後発医薬品の最高価格帯の価格差の2分の1の額に100分の110を乗じて得た額 (3) 精子の凍結及び融解 ア 精子凍結保存 1回につき 11,000円（税込） イ 精子凍結保存更新 1年につき 7,700円（税込）

【特別室一覧】

◎特別室MS（1日当たりの加算料；57,200円）（税込） 室名 M500（1室）
◎特別室A（1日当たりの加算料；19,800円）（税込） 室名 581,781（2室）
◎特別室MA（1日当たりの加算料；7,700円）（税込） 室名 M316, M317, M318, M319, M421, M472, M510, M513, M568, M571（10室）
◎特別室B（1日当たりの加算料；6,600円）（税込） 室名 501, 601, 651, 771, 801, 851, 901, 951, 1051（9室）
◎特別室MB（1日当たりの加算料；4,950円）（税込） 室名 M301, M303, M304, M306, M307, M309, M310, M311, M313, M314, M315, M414, M415, M416, M417, M418, M422, M451, M452, M453, M456, M461, M464, M465, M466, M467, M468, M469, M473, M512, M559, M560, M561, M562, M566, M567（36室）
◎特別室C（1日当たりの加算料；3,080円）（税込） 室名 503, 505, 506, 556, 557, 558, 560, 578, 580, 606, 607, 608, 610, 611, 612, 653, 655, 656, 657, 658, 660, 678, 680, 756, 757, 758, 778, 780, 806, 807, 808, 810, 811, 812, 857, 860, 878, 910, 911, 912, 957, 958, 960, 961, 962, 963, 965, 966, 1061, 1062, 1063, M402（52室）

ただし、療養等の資産の譲渡等又は助産に係る資産の譲渡等に該当する特別病室の提供にあっては、それぞれの額に110分の100を乗じて得た額とする。