

別表 1

1 保険適用外の料金

区分	金額 (税込)
	円
診察費用	990
予防歯科	5,500
機械的歯面清掃	16,830
歯科ドック専門外来	
保存処置 (歯牙1歯あたりの費用)	
ゴールドインレー	55,000
ハイブリッドインレー	33,000
セラミックインレー	49,500
補綴処置 (単歯、ブリッジ、ポンティックを含む1歯あたりの費用)	
ゴールドクラウン	88,000
ハイブリッドセラミッククラウン (金属不使用)	71,500
セラミッククラウン (陶材焼付用合金裏層)	110,000
オールセラミッククラウン (ジルコニア)	121,000
オールセラミッククラウン (e-max)	110,000
仮封冠	2,200
仮義歯料 第2条第1項の本文に規定する料金の額を準用する	
有床義歯料 (アタッチメント費用を含まない)	
部分床義歯 (コバルトクロム) 基本料	220,000
人工歯 (1 歯あたり)	5,500
部分床義歯 (チタン) 基本料	220,000
人工歯 (1 歯あたり)	7,700
部分床義歯 (金合金と白金加金)	260,000
人口歯 (1 歯あたり)	11,000
ノンクラスプ義歯 (コバルトクロム裏層)	209,524
人工歯 (1 歯あたり)	5,500
ノンクラスプ義歯 (チタン裏層)	314,285
人工歯 (1 歯あたり)	7,700
ノンクラスプ義歯 (樹脂のみ)	104,762
人口歯 (1 歯あたり)	4,400
磁性アタッチメント	66,000
義歯修理料金 リベース含む	22,000

インプラント処置料金	
インプラント相談料（検査費用を除く）	5,500
定期観察料	2,200
紹介状作成	3,352
インプラント埋入術（1本当たり）	198,000
インプラント再埋入術（適用は歯牙と同じ）	38,500
IPインプラント埋入術（1本当たり）	27,500
インプラント2次手術（1本当たり）	20,952
遊離歯肉移植術	25,410
インプラント仮封冠作製（1歯あたり）	31,500
最終補綴印象（1歯あたり）	20,952
顎骨模型（フルサイズ）とサージカルガイドのセット（片顎）	
4歯まで	98,476
5歯まで	102,667
6歯まで	107,900
7歯まで	112,096
アバットメント（ジルコニア、鋳造アバットメントを除く）	52,380
アバットメント（ジルコニア、鋳造アバットメント）	73,333
ハイブリッドセラミッククラウン	71,500
セラミッククラウン	110,000
ジルコニアコーピングオールセラミッククラウン	121,000
インプラント上部構造 修理	
メタル含む 1歯につき	62,500
メタル含まない 1歯につき	33,000
インプラント上部冠 連結システム	
インプラント連結バー装置（2本）	104,762
上記にインプラント支持が1本増す毎に加算	26,190
ロケーター装置（1本当たり）	41,905
ボールアバットメントo-ring 装置（1本当たり）	82,500
磁性アタッチメント装置（1本あたり）	82,500
アタッチメント（バー、マグネット）（1本あたり）	165,000
	1,047
装置調整料金（1本当たり）	

マウスガード	5,500
検査費用	2,200
スタディモデル	706
デンタルX線（1枚当たり）	5,510
パノラマX線（1枚当たり）	8,380
コーンビームCT	16,850
CT	
血液検査料	
第2条第1項の本文に規定する料金の額を準用する	15,714
インプラント埋入シミュレーション（1顎当たり）	52,380
サージカルガイド（1顎当たり）	
口腔外科関連	
第2条第1項の本文に規定する料金の額を準用する	
骨造成関連（材料代を含む）	125,714
サイナスリフト	52,380
ソケットリフト	62,856
GBR法	20,952
ソケットプリザーベーション	52,380
スプリットクレスト（1本につき）	31,428
自家骨採取手術料	

2 差額徴収の対象となる料金

区分	差額徴収額（税込）
（保存科、補綴科、小児歯科領域） 鑄造歯冠修復料 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2節に定める使用材料の点数に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 特定療養費に係る金属床総義歯の料金

1床当たりの価格（税込）	徴収額（税込）
全部床義歯（コバルトクロム） 264,000円	左記に定める1床当たりの価格から特定療養費を控除した金額
全部床義歯（チタン） 308,000円	
全部床義歯（白金加金） 440,000円	
全部床義歯（金合金） 440,000円	

4 特定療養費に係る齲蝕に罹患している患者の指導管理に関する料金

区分	徴収額 (税込)
フッ化物局所応用 (1 口腔 1 回につき)	2,200円