

和歌山県立医科大学附属病院保険外負担一覧表

(令和8年 2月 16日改訂)

1. 労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)又は自動車損害賠償保障法(昭和30年法律第97号)の適用を受ける場合の医療費を算定する場合における1点あたりに乗ずる単価は、次のとおりとする。

- (1) 労働者災害補償保険法の適用のあるもの 11.5円
- (2) 自動車損害賠償保障法の適用のあるもの 15円

2. 保険外負担は、次のとおりとする。

【1】保険外併用療養費（評価療養）

(1) 先進医療に係る費用

- ア S-1 内服投与並びにパクリタキセル静脈内及び腹腔内投与併用療法
1回につき 20,240円
- イ 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
切除が可能なすい臓がん（70歳以上80歳未満の患者に係るものに限る）
1回につき 400円
- ウ ウイルスに起因する難治性の眼感染疾患に対する迅速診断（PCR法）
21,060円

【2】保険外併用療養費（選定療養）

(1) 入院料

区 分	等 級	1人1日につき	備 考
一般病室	特等A	26,400円	
	特等B	16,500円	
	1等A	11,000円	
	1等B	7,700円	

(2) 患者初診料 紹介なし患者初診料加算 1件につき

内科 7,130円 歯科 5,090円

(2-2) 患者再診料 他院紹介後患者再診料加算 1件につき

内科 3,050円 歯科 1,930円

(3) 白内障に罹患している患者に対する水晶体再建術に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点レンズの支給

ア レンズ規格（DEN00V, DRN00V, CNWTT0, CNATT0, CNAET0）

1眼につき 209,920円

イ レンズ規格（XY1-G, XY1-GP） 1眼につき 211,020円

ウ レンズ規格（DET150・225・300・375, DRT150・225・300・375, CNLET2・3・4・5・6, CNWTT2・3・4・5, CNATT2・3・4・5・6） 1眼につき 253,920円

エ レンズ規格（XY1-GT2・3・4・5・6, XY1-GPT2・3・4・5・6）

1眼につき 255,020円

※費用には多焦点レンズの支給に係る検査費用を含む。

(4) 長期収載品の選定療養に係る料金(医療上必要があると認められる場合又は後発医薬品を提供することが困難な場合を除く。)

長期収載品の規格単位ごとの「長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1」の価格（厚労省マスタで「長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1に相当する費用」として公表）に基づき、平成20年厚生労働省告示第59号（以下「算定告示」）の診療報酬の算定方法の例により薬剤料に係る点数を算定し10円を乗じた額に100分の110を乗じて得た額

【3】療養の給付と直接関係ないサービス等

(1) 文書料

- ア 自動車損害賠償保障法関係診断書、訴訟関係診断書、死体検案書その他特に複雑な診断書及び自動車損害賠償保障法関係診療報酬明細書、生命保険関係診断書その他特に複雑な証明書 1件につき 4,400円
- イ 各種障害年金等受給診断書、特別児童扶養手当認定診断書その他複雑な診断書及び証明書 1件につき 3,300円
- ウ 死亡診断書、普通診断書、健康診断書、身体障害者手帳交付用診断書、特定疾患・小児慢性特定疾患公費負担申請用診断書、精神障害者保健福祉手帳交付用

診断書、自立支援医療(精神通院医療用)診断書その他通常の診断書及び出産手当金証明書、母性健康管理指導事項連絡カードその他通常の証明書

1件につき 2,200円

エ 死亡診断書(死亡届市町村提出用)その他簡単な診断書及び妊娠証明書(母子手帳交付用)、出生証明書(出生届市町村提出用)、死産証明書(死産届市町村提出用)、医療費支払証明書、入院・通院証明書その他簡単な証明書

1件につき 1,100円

(2) 日常生活用品

ア 紙オムツ (M) 1枚につき 90円

イ 紙オムツ (L) 1枚につき 100円

ウ 紙オムツ (小児用) 1枚につき 60円

エ 尿とりパッド 1枚につき 20円

オ TENAフレックスマキシ 1枚につき 120円

カ TENAフレックスプラス 1枚につき 90円

キ TENAスリップスーパー 1枚につき 130円

ク 寝衣 1着につき 1,400円

(3) 任意予防接種

ア インフルエンザワクチン 1回につき 5,410円

イ 肺炎球菌ワクチン (ニューモバックス) 1回につき 8,580円

ウ 肺炎球菌ワクチン (バクニュバンス) 1回につき 11,660円

エ 水痘ワクチン 1回につき 8,030円

オ 乾燥組換え带状疱疹ワクチン 1回につき 22,000円

カ 日本脳炎ワクチン 1回につき 7,380円

キ 二種混合ワクチン (ジフテリア・破傷風) 1回につき 5,250円

ク 三種混合ワクチン (百日せき・ジフテリア・破傷風) 1回につき 5,510円

ケ 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)

1回につき 11,000円

コ 五種混合ワクチン (百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ)

1回につき 19,910円

サ 麻しん・風しん混合ワクチン (ミールビック) 1回につき 9,170円

シ 麻しん・風しん混合ワクチン (タケダ) 1回につき 10,500円

ス BCGワクチン 1回につき 10,940円

セ 不活化ポリオワクチン 1回につき 9,840円

ソ 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) ワクチン 1回につき 6,930円

タ ヒブワクチン 1回につき 8,740円

チ A型肝炎ワクチン 1回につき 8,560円

ツ B型肝炎ワクチン (ビームゲン) 1回につき 6,220円

テ B型肝炎ワクチン (ヘプタバックス) 1回につき 6,060円

ト 破傷風ワクチン 1回につき 4,920円

ナ 狂犬病ワクチン 1回につき 15,800円

ニ 9価ヒトパピローマウイルスワクチン (HPV) 1回につき 25,850円

ヌ 4価髄膜炎菌ワクチン (破傷風トキソイド結合体) 1回につき 23,380円

ネ RSウイルスワクチン 1回につき 30,140円

(4) エバシエルド筋注接種料 1回につき 3,100円

(5) エンゼルケア

ア エンゼルケアセットベーシック 1回につき 4,450円

イ エンゼルケアセット咽頭・直腸用 1回につき 4,290円

(6) 患者又はその家族等以外の第三者との医師面談料 1回につき 6,130円

(7) 薬剤に係るキャンセル料 ルタテラ静注 1回につき 2,601,500円

(8) 診療記録開示に係る料金

ア 文書、図面又は写真 1枚につき
A3まで白黒 10円
A3までカラー 40円
A3を超え A2まで 50円
A2を超え A1まで 60円
A1を超え A0まで 110円

イ 電磁的記録

(ア) 複合機により用紙に複写したもの 1枚につき
A3まで白黒 10円
A3までカラー 40円
A3を超え A2まで 50円
A2を超え A1まで 60円
A1を超え A0まで 110円

(イ) CD 1枚につき 70円

(ウ) DVD 1枚につき 80円

※ア～イの用紙の両面を用いるときは、片面を1枚として額を算定する。

【4】自由診療

(各科共通)

(1) セカンドオピニオン 1回につき(45分以内) 15,140円

(1-2) オンライン・セカンドオピニオン 1回につき(45分以内) 18,140円

(周産期関連)

(2) 分べん料

ア 分べん料 1件につき 80,000円

イ 時間外加算料 1件につき 18,000円

ウ 深夜加算料(午後10時から午前6時まで) 1件につき 36,000円

エ 双生児等加算料 1児につき 40,000円

(2-2) プロウペス臍用剤 10mg 1個につき 24,600円

(3) 産科医療補償制度に係る費用 1児につき 12,000円

(4) 新生児介補料 1児1日につき 13,600円

(4-2) 新生児聴覚検査(AABR) 1回につき 5,320円

(4-3) 拡大新生児マススクリーニング検査

ア 拡大新生児マススクリーニング検査(9疾患) 1回につき 12,860円

イ 拡大新生児マススクリーニング検査(7疾患) 1回につき 8,930円

(5) 硬膜外麻酔分べん加算

ア 硬膜外麻酔分べん加算 1件につき 98,740円

イ 硬膜外麻酔分べん加算深夜(休日)加算 1件につき 70,400円

(6) 妊婦健診に係る費用

ア 妊婦健診(初診) 5,700円

イ 妊婦健診(再診) 3,700円

ウ 1ヶ月健診(産褥) 3,700円

エ 1ヶ月健診(乳児健診) 4,700円

(7) 乳房マッサージ 3,100円

(8) 母親教室に係る費用

ア 母親教室 2,000円

イ 母親教室(初回) 2,300円

ウ 両親教室 3,100円

エ 産後母親教室 2,000円

(9) 避妊リング処置料

ア 挿入 1回につき 35,200円

イ 除去 1回につき 15,400円

(10) 人工受精に係る費用 1回につき 17,270円

(11) 体外受精に係る費用

ア 採卵 1回につき 126,720円

イ 媒精 1回につき 56,320円

ウ 培養(3日間) 1回につき 70,510円

エ 培養(5日間) 1回につき 89,760円

オ 胚移植 1回につき 99,550円

カ 受精卵凍結保存 1回につき 44,110円

キ 精子凍結保存 1回につき 51,700円

ク 凍結受精卵解凍 1回につき 65,340円

ケ 凍結精子解凍 1回につき 39,710円

(12) プレコンセプションケア相談料 1回につき 11,000円

(美容・皮膚科・形成外科関連)

(13) ケミカルピーリング処置料

ア ケミカルピーリング(美容) 1回につき 13,100円

イ ケミカルピーリング(その他) 1回につき 7,150円

(14) レーザー照射(美容) 1件につき 13,490円

(15) ボトックス治療 1回につき 35,640円

(16) 人工物を用いた乳房再建術(人工物に係る費用を除く。)

1回につき 233,860円

- (17) 顔面の陥凹性病変に対するヒアルロン酸注入療法
 ア ジュビダーム ウルトラ 1回につき 52,940 円
 イ ジュビダーム ウルトラプラス 1回につき 55,990 円
- (18) 円形脱毛症に対する免疫療法 1回につき 2,200 円
- (19) 美容・後遺症相談料
 ア 30分まで 1回につき 8,760 円
 イ 1時間まで 1回につき 14,160 円
 ウ 1時間以降 30分毎 7,080 円
- (20) レーザーによる脱毛治療
 ア 両ワキ 1回につき 4,400円
 イ 両ヒジ下 1回につき 11,000円
 ウ 両ヒジ上 1回につき 11,000円
 エ 両手指甲 1回につき 3,300円
 オ 両ヒザ下 1回につき 13,200円
 カ 両ヒザ上 1回につき 13,200円
 キ 両ヒザ 1回につき 4,400円
 ク 両足指甲 1回につき 3,300円
 ケ うなじ（襟足） 1回につき 6,600円
 コ 背中上 1回につき 13,200円
 サ 背中下 1回につき 13,200円
 シ 腰 1回につき 11,000円
 ス ヒップ（Oライン除く） 1回につき 13,200円
 セ 胸 1回につき 11,000円
 ソ 乳輪周り 1回につき 11,000円
 タ へそ周り（直径10cm） 1回につき 5,500円
 チ お腹 1回につき 6,600円
 ツ Vライン 1回につき 11,000円
 テ Iライン 1回につき 11,000円
 ト Oライン 1回につき 11,000円
- (21) 位置的頭蓋変形による斜頭、短頭に対する治療
 ア 初回 392,330円
 イ 2回目以降定期観察料 1回につき 5,070円

（歯科関連）

- (22) インプラントに係る費用
 ア 診断料（相談含む） 一件につき 22,000 円
 イ サージカルガイドの作製
 （ア） 上下いずれか片顎（インプラント各一歯）の場合 66,710 円
 （イ） 両顎（インプラント各一歯）の場合 98,610 円
 （ウ） インプラントの追加 一歯につき 5,500 円
 ウ 植立手術（一次） 一歯につき 108,570 円
 エ 植立手術（二次） 一歯につき 59,400 円
 オ 定期観察料 一回につき 1,870 円
- (23) 補綴に係る費用
 ア 金属床義歯（1～8）コバルト、クロム 一床につき 152,570 円
 イ 金属床義歯（1～8）チタン 一床につき 174,020 円
 ウ 金属床義歯（1～8）貴金属 一床につき 216,920 円
 エ 金属床義歯（9～11）コバルト、クロム 一床につき 170,060 円
 オ 金属床義歯（9～11）チタン 一床につき 191,510 円
 カ 金属床義歯（9～11）貴金属 一床につき 241,560 円
 キ 金属床義歯（12～14）コバルト、クロム 一床につき 187,550 円
 ク 金属床義歯（12～14）チタン 一床につき 209,000 円
 ケ 金属床義歯（12～14）貴金属 一床につき 266,200 円
 コ 鉤 一個につき 10,230 円
 サ クラウン（金、白金） 一歯につき 55,220 円
 シ クラウン（ハイブリッド） 一歯につき 50,270 円
 ス クラウン（ポーセレン） 一歯につき 69,520 円
 セ クラウン（ジルコニアセラミック） 1歯につき 44,000 円
 ソ クラウン（フルジルコニア（ステインあり）） 1歯につき 37,180 円
 タ インレー（金、白金） 一歯につき 33,330 円
 チ インレー（ハイブリッド） 一歯につき 27,940 円

ツ	インレー（ポーセレン）	一歯につき	45,650 円
テ	インレー（ジルコニア）	一歯につき	27,500 円
ト	バーアタッチメント	一装置につき	77,880 円
ナ	その他のアタッチメント	一装置につき	54,670 円
(24)	GTR(GBR)に係る費用	一歯につき	33,220 円
(25)	睡眠時無呼吸スプリントに係る費用	一装置につき	56,210 円
(26)	サイナスリフト	1回につき	187,000 円
(27)	歯科矯正治療に伴う抜歯		
ア	便宜抜歯（一連につき）		3,740 円
イ	便宜抜歯（難抜歯）（一連につき）		6,680 円
ウ	上顎半埋伏智歯（一連につき）		3,740 円
エ	上顎完全埋伏智歯（一連につき）		14,020 円

（消化器関連）

(28)	ヘリコバクター・ピロリ菌検査及び除菌療法		
ア	除菌前検査	1回につき	14,410 円
イ	一次除菌追加料金	1回につき	15,400 円
ウ	二次除菌追加料金	1回につき	13,860 円
エ	三次除菌追加料金	1回につき	18,510 円
オ	四次除菌追加料金	1回につき	17,450 円
カ	一次除菌（薬剤にペニシリンを含まない）追加料金	1回につき	17,900 円
キ	二次除菌（薬剤にペニシリンを含まない）追加料金	1回につき	11,440 円
ク	三次除菌（薬剤にペニシリンを含まない）追加料金	1回につき	13,540 円
ケ	血液検査追加料金	1回につき	2,620 円
(29)	B型肝炎訴訟に係る検査料		
ア	HBV 分子系統解析検査	1回につき	27,390 円
イ	HBV サブジェノタイプ判定検査	1回につき	11,440 円
(30)	超音波内視鏡下金属マーカ留置術	1回につき	220,000 円
(31)	脾がんドック		
ア	プラチナプラン（血液・腹部エコー・MRI・超音波内視鏡検査）		121,660 円
イ	ゴールドプラン（血液・MRI・超音波内視鏡検査）		114,180 円
ウ	シルバープラン（血液・腹部エコー・MRI検査）		103,400 円
エ	ブロンズプラン（血液・超音波内視鏡検査）		88,440 円
オ	オプション		
	(ア) 腫瘍マーカー A P O A 2		3,740 円
	(イ) 腫瘍マーカー P S A		1,320 円
(32)	脾神経内分泌腫瘍に対する超音波内視鏡ガイド下エタノール注入療法		
	1回につき		241,370 円

（移植関連）

(33)	H L A タイピング検査（造血幹細胞移植）		
ア	H L A - A , B , C , D R B 1 遺伝子型（r-SSOP:Luminex法）		
	(ア) 標準コース	1回につき	45,560 円
	(イ) 至急コース	1回につき	54,340 円
イ	H L A タイピング（NGS法）	1回につき	56,650 円
ウ	H L A - A , B , C , D R B 1 遺伝子型（Luminex PCR-SSO法）		
	1回につき		25,960 円
(34)	H L A 抗体検査（造血幹細胞移植）		
ア	H L A クラスⅠ抗体スクリーニング		
	(ア) 標準コース	1回につき	13,360 円
	(イ) 至急コース	1回につき	15,780 円
イ	H L A クラスⅡ抗体スクリーニング		
	(ア) 標準コース	1回につき	13,360 円
	(イ) 至急コース	1回につき	15,780 円
ウ	H L A クラスⅠ抗体同定		
	(ア) 標準コース	1回につき	25,460 円
	(イ) 至急コース	1回につき	30,300 円
エ	H L A クラスⅡ抗体同定		
	(ア) 標準コース	1回につき	25,460 円
	(イ) 至急コース	1回につき	30,300 円

- オ HLA抗体スクリーニング・特異性同定検査 1回につき 41,260円
- (35) HTLV-1 検査
- ア HTLV-1 DNA定量 1回につき 11,160円
- イ HTLV-1 プロウイルスDNA (クロナリティ) 1回につき 21,060円
- (36) HLA検査 (腎移植)
- ア HLA検査 (遺伝子型)
- (ア) HLA-A, -B, -C 遺伝子型 1回につき 22,090円
- (イ) HLA-DRB1 遺伝子型 1回につき 12,100円
- (ウ) HLA-DQA1/B1 遺伝子型 1回につき 12,100円
- (エ) HLA-DPB1 遺伝子型 1回につき 12,100円
- イ リンパ球クロスマッチ (LCT法+FCXM法) 1回につき 12,100円
- ウ HLA抗体スクリーニング検査 (クラスI+II抗体) 1回につき 22,090円
- エ HLA抗体特異性同定検査
- (ア) 初回 1回につき 35,200円
- (イ) 2回目以降 1回につき 24,200円

(遺伝診療関連)

- (37) 遺伝診療に係る費用
- ア 遺伝子カウンセリング料金
- (ア) 初回1時間まで 8,600円
- (イ) 初回1時間以降 30分毎 4,300円
- (ウ) 2回目以降1時間まで 6,300円
- (エ) 2回目以降1時間以降 30分毎 3,140円
- イ 無侵襲的出生前遺伝学的検査 1回につき 89,650円
- ウ 羊水染色体検査
- (ア) 分染法による羊水染色体検査 一胎につき 108,460円
- (イ) FISH法による13番・18番・21番染色体、X及びY染色体検査を合わせて実施する場合の加算金額 一胎につき 11,000円
- (ウ) FISH法による17番染色体検査 (スミス・マゲニス症候群) を合わせて実施する場合の加算金額 一胎児につき 44,000円
- エ 流死産胎児組織染色体検査 一胎につき 67,370円
- オ 遺伝性腫瘍遺伝子検査
- (ア) 発端者用BRCA1/2スクリーニング検査 1回につき 166,700円
- (イ) BRCA1/2 MLPA 1回につき 45,700円
- (ウ) 家族向けBRCA1/2の遺伝子解析 1回につき 34,700円
- (エ) MMRスクリーニング 1回につき 124,080円
- (オ) MLH1フルシーケンシング 1回につき 69,080円
- (カ) MSH2フルシーケンシング 1回につき 69,080円
- (キ) MSH6フルシーケンシング 1回につき 69,080円
- (ク) PMS2フルシーケンシング 1回につき 69,080円
- (ケ) MMR MLPA 1回につき 51,540円
- (コ) MLH1/MSH2 MLPA 1回につき 36,080円
- (サ) 追加MLH1/MSH2 MLPA 1回につき 25,080円
- (シ) MSH6/PMS2 MLPA 1回につき 35,040円
- (ス) 追加MSH6/PMS2 MLPA 1回につき 24,040円
- (セ) APCスクリーニング 1回につき 91,080円
- (ソ) TP53スクリーニング 1回につき 91,080円
- (タ) PTENスクリーニング 1回につき 91,080円
- (チ) ACTRisk (67遺伝子) 1回につき 244,040円
- (ツ) ACTRisk Care (31遺伝子) 1回につき 167,040円
- (テ) ACT Associate Assay (サンガー法) 1回につき 35,040円
- (ト) ACT Associate Assay (サンガー法 2座位目以降) 1回につき 18,540円
- (ナ) MLPA BRCA1 Assay (MLPA法) 1回につき 57,040円
- (ニ) MLPA BRCA2 Assay (MLPA法) 1回につき 57,040円
- (ヌ) ACT LGR associate Assay 1回につき 58,140円

(ネ)	遺伝性平滑筋腫症・腎細胞がん症候群	1回につき	29,170 円
(ノ)	Li-Fraumeni 症候群	1回につき	29,170 円
(ハ)	家族性大腸ポリポーシス	1回につき	34,160 円
(ヒ)	遺伝性びまん性胃癌	1回につき	34,160 円
(フ)	Lynch 症候群	1回につき	44,170 円
カ	遺伝性腫瘍パネル検査		
(ア)	遺伝性がん症候群パネル検査 (27 遺伝子)	1回につき	364,930 円
(イ)	遺伝性がん症候群パネル検査 (25 遺伝子：乳がん卵巣がんを除く)	1回につき	331,930 円
(ウ)	乳がん特化型パネル検査	1回につき	331,930 円
(エ)	高/中リスク乳がん特化型パネル検査	1回につき	265,930 円
(オ)	婦人科系腫瘍特化型パネル検査	1回につき	265,930 円
(カ)	乳がん及び婦人科系腫瘍特化型パネル検査	1回につき	331,930 円
(キ)	高リスク大腸がん特化型パネル検査	1回につき	265,930 円
(ク)	大腸がん特化型パネル検査	1回につき	331,930 円
(ケ)	内分泌系腫瘍特化型パネル検査	1回につき	265,930 円
(コ)	中枢神経系腫瘍・傍腫瘍性神経症候群特化型パネル検査	1回につき	331,930 円
(サ)	膵臓がん特化型パネル検査	1回につき	265,930 円
(シ)	腎細胞がん特化型パネル検査	1回につき	331,930 円
(ス)	前立腺特化型パネル検査	1回につき	266,040 円
キ	遺伝性腫瘍家系内変異解析		
(ア)	家系内変異解析 1 variant	1回につき	34,930 円
(イ)	家系内変異解析 2 variant	1回につき	51,430 円
(ウ)	家系内変異解析 3 variant	1回につき	67,930 円
ク	ミトコンドリア遺伝子点変異スクリーニング	1回につき	41,530 円
ケ	VHL 遺伝子解析	1回につき	28,210 円
コ	顔面肩甲上腕型筋ジストロフィー遺伝学的検査	1回につき	4,220 円
サ	GNEM オパチー遺伝学的検査 (GNEM 遺伝子)	1回につき	4,220 円
シ	カルパイン オパチー遺伝学的検査 (CAPN3 遺伝子)	1回につき	4,220 円
ス	ラミノパチー遺伝学的検査 (LMNA 遺伝子)	1回につき	4,220 円
セ	眼咽頭筋ジストロフィー遺伝学的検査 (PABPN1 遺伝子)	1回につき	4,220 円
ソ	眼咽頭遠位型ミオパチー遺伝学的検査 (LRP12 遺伝子)	1回につき	4,220 円
タ	ミトコンドリア脳筋症遺伝学的検査	1回につき	4,220 円
チ	小児四肢疼痛発作症遺伝子検査	1回につき	40,540 円
ツ	遺伝性ヘモクロマトーシス遺伝子検査	1回につき	40,540 円
テ	ヒト遺伝子単一エクソン解析		
(ア)	ヒト遺伝子単一エクソン解析 Sanger 法 1 箇所	1回につき	20,190 円
(イ)	ヒト遺伝子単一エクソン解析 Sanger 法 2 箇所	1回につき	33,500 円
(ウ)	ヒト遺伝子単一エクソン解析 Sanger 法 3 箇所	1回につき	46,810 円
(エ)	ヒト遺伝子単一エクソン解析 Sanger 法 4 箇所	1回につき	60,120 円
(オ)	ヒト遺伝子単一エクソン解析 Sanger 法 5 箇所	1回につき	73,430 円
ト	がん関連遺伝子のシングルサイト解析		
(ア)	がん関連遺伝子のシングルサイト解析 1 箇所	1回につき	13,200 円
(イ)	がん関連遺伝子のシングルサイト解析 2 箇所	1回につき	16,500 円
(ウ)	がん関連遺伝子のシングルサイト解析 3 箇所	1回につき	19,800 円
(エ)	がん関連遺伝子のシングルサイト解析 4 箇所	1回につき	23,100 円
(オ)	がん関連遺伝子のシングルサイト解析 5 箇所	1回につき	26,400 円
ナ	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	44,390 円
ニ	ジュベール症候群遺伝子検査	1回につき	51,650 円
ヌ	多発性軟骨性外骨腫症遺伝子検査	1回につき	40,650 円
ネ	孔脳症・裂脳症遺伝子検査	1回につき	40,650 円
ノ	性分化疾患遺伝子検査		
(ア)	Y 染色体を含むまたは不明な場合	1回につき	51,650 円
(イ)	Y 染色体を含まない場合	1回につき	51,650 円
ハ	血友病 A 遺伝子検査	1回につき	44,530 円
ヒ	原発性脂質異常症 (14 疾患) 遺伝子解析	1回につき	48,750 円
フ	褐色細胞腫・パラガングリオーマ遺伝子検査	1回につき	51,680 円

へ	Metaphase FISH 解析			
(ア)	1プローブ	1回につき	34,080 円	
(イ)	2プローブ	1回につき	63,780 円	
(ウ)	3プローブ以上	1回につき	92,380 円	
ホ	トリーチャーコリンズ症候群遺伝子検査	1回につき	37,000 円	
マ	偽性副甲状腺機能低下症遺伝子検査			
(ア)	シーケンシング検査	1回につき	37,000 円	
(イ)	MLPA検査	1回につき	52,000 円	
ミ	アポリポ蛋白E遺伝子検査	1回につき	11,610 円	
ム	オン・デマンド遺伝子検査			
(ア)	オン・デマンド遺伝子検査	1遺伝子 1回につき	29,270 円	
(イ)	オン・デマンド遺伝子検査	2遺伝子 1回につき	33,820 円	
(ウ)	オン・デマンド遺伝子検査	3遺伝子 1回につき	38,370 円	
(エ)	オン・デマンド遺伝子検査	4遺伝子 1回につき	42,910 円	
(オ)	オン・デマンド遺伝子検査	5遺伝子 1回につき	47,460 円	
(カ)	オン・デマンド遺伝子検査	6遺伝子 1回につき	59,160 円	
(キ)	オン・デマンド遺伝子検査	7遺伝子 1回につき	64,170 円	
(ク)	オン・デマンド遺伝子検査	8遺伝子 1回につき	69,160 円	
(ケ)	オン・デマンド遺伝子検査	9遺伝子 1回につき	74,170 円	
(コ)	オン・デマンド遺伝子検査	10遺伝子 1回につき	79,160 円	
メ	アンプリコン遺伝子検査	1回につき	17,000 円	
モ	代謝性疾患遺伝子検査			
(ア)	MODY 関連遺伝子 4 種 MLPA 解析	1回につき	34,220 円	
(イ)	MODY・NDM 関連遺伝子 17 種 NGS 解析	1回につき	44,830 円	
ヤ	シングルポイント検査	1回につき	19,170 円	

(その他)

- (38) EBウイルス検査 (クロナリティ) 1回につき 14,000円
- ※ 【2】は(1)から(4)まで、【3】は(2)から(7)まで、【4】は(1)、(9)から(38)までについては、消費税及び地方消費税を含んだ額となります。