

保険外負担一覧①

2026(令和8)年6月1日現在

名 称	金額(円・税込)
病院様式一般診断書	2,200
入院・通院・手術等証明書(保険会社証明用)	7,700
介護診断書(保険会社証明用)	7,700
障害年金診断書	5,500
受診状況等証明書(障害年金)	3,300
身体障害者申請用診断書	5,500
後遺障害診断書(保険会社証明用)	7,700
診療報酬明細書	2,200
特定疾患診断書	3,300
補装具意見書	2,200
就業可能証明書	2,200
症状照会回答書(保険会社証明用)	7,700
特定疾患(重症認定)診断書	3,300
精密検査結果成績書	2,200
診断書(健康管理手当用)	2,200
自賠請求用診断書(保険会社証明用)	7,700
自賠請求用明細書(保険会社証明用)	7,700
後遺障害診断書料(自賠・保険会社証明用)	7,700
診療情報提供書(宛先なしのもの)	2,750
英字版診療情報提供書	5,500
英字版病院様式一般診断書	4,400
領収証明書	1,100
診療明細書再発行料	1,100
診察券再発行料	110
ブレスオー洗浄料	330
診療記録開示手数料(電子カルテ・1件につき)	2,200
診療記録コピー(白黒1枚につき)	11
診療記録コピー(カラーB5～A4)1枚につき	44
診療記録コピー(カラーB4～A3)1枚につき	88
プリント1枚につき	44
フィルムCD-Rコピー料	3,300
面談料(保険会社依頼分)30分	7,700
手術記録動画コピー(DVD1枚につき)	11,000

保険外負担一覧②

2026(令和8)年6月1日現在

名 称	金額(円・税込)
自費手術時入院料(食事料含む)	55,000
自費手術時全身麻酔加算料金	110,000
近視矯正手術定検終了後診察料	5,500
オルソケラトロジー治療費用(初年レンズ代金込)(片眼)※新規取扱終了	110,000
オルソケラトロジー治療費用(初年度)(レンズ代金除く)(片眼)※新規取扱終了	77,000
オルソケラトロジー定期検診費用(1年経過以降)1回	5,500
角膜クロスリンキング(片眼)	209,000
前房フェイキック(アルチザン)手術料金(片眼)	110,000
後房フェイキックIOL(ICL)手術料金(片眼)	110,000
後房フェイキックIOL(ICL)後、レンズ摘出料金(片眼)	110,000
後房フェイキックIOL(ICL)後、レンズ入替料金(片眼)	297,000
角膜内リング(手術料金)(片眼)	143,000
Add-on眼内レンズ手術料金(片眼)	132,000
多焦点眼内レンズ手術料金(自由診療・片眼・レンズ代事前支払済)	275,000
後房フェイキックIOL(ICL)位置調整料金	11,000
後房フェイキックIOL(ICL)位置調整料金(粘弾性物質使用有り)	22,000
アルチフレックス位置調整料金	22,000
アルチザン位置調整料金	22,000
眼内レンズ(自費マルチ)位置調整料金	11,000
眼内レンズ(自費マルチ)位置調整料金(粘弾性物質使用有り)	22,000
オルソケラトロジー交換レンズ代金(片眼)※新規取扱終了	55,000
オルソケラトロジートリアルレンズ代金(片眼)※新規取扱終了	33,000
前房フェイキック(アルチザントーリック)レンズ代金(片眼)	275,000
後房フェイキックIOL(ICL)レンズ代金(片眼)	297,000
後房フェイキックIOL(ICLトーリック)レンズ代金(片眼)	407,000
多焦点眼内レンズ代金(自由診療・片眼)	330,000
多焦点眼内トーリックレンズ代金(自由診療・片眼)	407,000
EyebridSiliconeコンタクトレンズ※新規取扱終了	47,300
EyebridSiliconeコンタクトレンズ(トーリック)※新規取扱終了	49,500
EyebridSiliconeコンタクトレンズ(遠近両用)※新規取扱終了	49,500
EyebridSiliconeコンタクトレンズ(遠近両用トーリック)※新規取扱終了	55,000
角膜内リング(リング代金)(片眼)	165,000
Add-on眼内レンズ(単焦点)代金(片眼)	110,000

負担一覧③

2026(令和8)年6月1日現在

名 称	金額(円・税込)
Add-on眼内レンズ(トーリック)代金(片眼)	165,000
Add-on眼内レンズ(多焦点)代金(片眼)	275,000
自費手術・術前検査料	11,000
Add-on眼内レンズ手術・術前検査料	11,000
HIV-1RNA定量/RT-PCR・B-V・微生物学的判断料	7,700
自費検査料(IL-10)	8,800
自費検査料(MOG抗体)	26,400
自費検査料(HHV6)	33,000
自費検査料(抗寄生虫スクリーニング検査)	5,500
アイドック健診・Aコース(基本のみ)	12,000
アイドック健診・Bコース(基本+オプション)	18,000
緑巾着袋(病院名入り)(1枚) 110	110
コレクジェルケアプラス 1本	1,100
レンズキャッチ 1個	1,100
プロジェント 1本	1,100
クリアデューSL 1本	1,100
EyebridSiliconeコンタクトレンズ交換手数料※新規取扱終了	11,000
レンズケース 1個	165
スポイト 1個	220
送料(レターパックライト)	430
送料(レターパックプラス)	600
自費食事料(1食につき)	880
付添食事料(1食につき)	880
面談料(保険会社を除く)30分	5,500