

北播磨総合医療センター企業団病院事業の費用等徴収条例施行
規程

〔平成25年10月1日〕
企業管理規程第27号

改正	平成26年2月18日	企業管理規程第1号
	平成26年12月25日	企業管理規程第6号
	平成27年12月28日	企業管理規程第8号
	平成28年3月31日	企業管理規程第12号
	平成28年9月1日	企業管理規程第13号
	平成28年10月1日	企業管理規程第14号
	平成29年7月1日	企業管理規程第7号
	平成29年10月1日	企業管理規程第9号
	平成30年3月31日	企業管理規程第3号
	平成30年6月30日	企業管理規程第7号
	平成30年12月1日	企業管理規程第9号
	令和元年7月1日	企業管理規程第5号
	令和2年4月1日	企業管理規程第4号
	令和3年4月1日	企業管理規程第11号
	令和3年5月1日	企業管理規程第3号
	令和4年4月1日	企業管理規程第7号
	令和4年12月23日	企業管理規程第15号
	令和5年5月22日	企業管理規程第6号
	令和5年8月29日	企業管理規程第9号
	令和5年9月30日	企業管理規程第10号
	令和6年3月31日	企業管理規程第7号
	令和6年12月17日	企業管理規程第10号
	令和7年3月31日	企業管理規程第6号

(趣旨)

第1条 この規程は、北播磨総合医療センター企業団病院事業の費用等徴収条例（平成25年北播磨総合医療センター企業団条例第13号。以下「条例」という。）の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

(費用等の額)

第2条 条例第2条第5号に規定する企業長が定める額は、次に掲げる額とする。

- (1) 衛生器材 購入価格の1.2倍
- (2) 薬価基準未収載医薬品で指定するもの 購入価格の1.2倍
- (3) 診療に関する面談料（患者本人の場合を除く。） 5,500円
- (4) 乳児健康診査 1回につき 2,500円
- (5) 新生児聴覚検査 1回につき 6,600円
- (6) 人間ドックの検査料金 別表第1
- (7) 産婦人科の保険適用外の料金 別表第2
- (8) 形成外科の保険適用外の料金 別表第3
- (9) 歯科口腔外科の保険適用外の料金 別表第4
- (10) 小児科の保険適用外の料金 別表第5
- (11) 前各号に定めるもののほか、費用等として徴収すべき額は、実費相当額を基準として企業長が定める額とする。

2 条例別表第3各項に規定する手数料の額は、次に掲げる額とする。

- (1) 普通診断書及び証明書
 - ア 普通診断書 1通につき2,200円
 - イ 普通証明書 1通につき2,200円
- (2) 死亡診断書
 - ア 法的な届出のもの 1通につき2,200円
 - イ その他のもの（複雑なものを除く。） 1通につき3,300円
- (3) その他の文書
 - ア 身体検査書及び受験、入社用診断書 1通につき2,200円
 - イ 複雑な診断書及び証明書 1通につき3,300円
 - ウ 自動車損害賠償保障法による診断書及び証明書 1通につき4,400円
 - エ 複雑な後遺症診断書 1通につき4,400円
 - オ 死体検案書 1通につき4,400円
 - カ 法令等に規定があるものはその規定による文書料
 - キ 出産証明書 1通につき3,300円
 - ク その他の文書 1通につき5,500円以内

(費用等の納付)

第3条 費用等は、毎月末日及び退院の日までの分をそれぞれ納入通知書によ

り企業長が指定する期日までに納付するものとする。ただし、企業長が特に定めるものについては、この限りでない。

（費用等の延納又は分割納付申請）

第4条 条例第4条ただし書の規定により、費用等の延納又は分割納付の適用を受けようとする者は、特別の理由を証明しうる書面を添えて費用等の延納・分割納付承認申請書（様式第1号）を企業長に提出しなければならない。

（使用料及び手数料の減免申請）

第5条 条例第5条の規定により費用等の減免を受けようとする者は、特別の事情を証明しうる書面を添えて費用等の減免申請書（様式第2号）を企業長に提出しなければならない。

（通知）

第6条 企業長は、前2条の規定により延納若しくは分割納付又は減免の決定をしたときは、直ちに申請者に通知するものとする。

（委任）

第7条 この規程に定めるもののほか必要な事項は、企業長が定める。

附 則

この規程は、平成25年10月1日から施行する。

附 則（平成26年2月18日企業管理規程第1号）

この規程は、公布の日（平成26年2月18日）から施行し、別表第1第2項を改める規定は、平成26年4月1日から適用する。

附 則（平成26年12月25日企業管理規程第6号）

この規程は、平成27年1月1日から施行する。

附 則（平成27年12月28日企業管理規程第8号）

この規程は、平成28年1月1日から施行する。

附 則（平成28年3月31日企業管理規程第12号）

この規程は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（平成28年9月1日企業管理規程第13号）

この規程は、平成28年9月1日から施行する。

附 則（平成28年10月1日企業管理規程第14号）

この規程は、平成28年10月1日から施行する。

附 則（平成29年7月1日企業管理規程第7号）

この規程は、平成29年7月1日から施行する。

附 則（平成29年10月1日企業管理規程第9号）

この規程は、平成29年10月1日から施行する。

附 則（平成30年3月31日企業管理規程第3号）

この規程は、平成30年4月1日から施行する。

附 則（平成30年6月30日企業管理規程第7号）

この規程は、平成30年7月1日から施行する。

附 則（平成30年12月1日企業管理規程第9号）

この規程は、平成31年4月1日から施行する。

附 則（令和元年7月1日企業管理規程第5号）

この規程は、令和元年7月1日から施行する。

附 則（令和2年4月1日企業管理規程第4号）

この規程は、令和2年4月1日から施行する。

附 則（令和2年12月18日企業管理規程第11号）

この規程は、令和3年4月1日から施行する。

附 則（令和3年4月15日企業管理規程第3号）

この規程は、令和3年5月1日から施行する。

附 則（令和4年4月1日企業管理規程第7号）

この規程は、令和4年4月1日から施行する。

附 則（令和4年12月23日企業管理規程第15号）

この規程は、令和5年4月1日から施行する。

附 則（令和5年5月22日企業管理規程第6号）

この規程は、令和5年4月1日から施行する。

附 則（令和5年8月29日企業管理規程第9号）

この規程は、令和5年8月1日から施行する。

附 則（令和5年9月30日企業管理規程第10号）

この規程は、令和5年10月1日から施行する。

附 則（令和6年3月31日企業管理規程第7号）

この規程は、令和6年4月1日から施行する。

附 則（令和6年12月17日企業管理規程第10号）

この規程は、令和7年4月1日から施行する。

附 則（令和7年3月31日企業管理規程第6号）

この規程は、令和7年4月1日から施行する。

別表第 1（第 2 条関係）

人間ドックの検査料金

区 分	料 金
1 人間ドック	
(1) 日帰りコース	
(ア) 日帰り基本コース	三木・小野市民 48,400円 その他 52,800円
(イ) 日帰りすい臓コース	三木・小野市民 102,300円 その他 105,600円
(2) 1泊2日コース	
(ア) 糖尿・心血管コース	三木・小野市民 75,900円 その他 84,700円
(イ) 大腸カメラコース	三木・小野市民 72,600円 その他 81,400円
(3) PET-CTがん検診	
(ア) 標準コース	三木・小野市民 144,100円 その他 147,400円
(4) 脳ドック検診	
(ア) 標準コース	63,800円
(5) フレイルドック検診	
(ア) 標準コース	29,480円
2 オプション検査	
(1) MR I・MR A（脳の検査）	26,950円
(2) 胸部C T（肺がんの検査）	19,250円
(3) 骨密度測定検査	3,960円
(4) 血液型検査	550円
(5) エイズ（H I V）検査	1,320円

(6) 梅毒検査	220円
(7) 血中ピロリ抗体検査（保険対象外の場合）	880円
(8) 腫瘍マーカー1項目（男性用P S A）	3,080円
(9) 腫瘍マーカー4項目（男性用）	6,160円
(10) 腫瘍マーカー4項目（女性用）	6,160円
(11) 乳がん検診（マンモグラフィ・エコー）	10,120円
(12) 乳がん検診（マンモグラフィ）	6,270円
(13) 子宮がん検診（頸・体細胞診・エコー）	17,050円
(14) 子宮がん検診（頸のみ細胞診・エコー）	11,330円
(15) 睡眠時無呼吸症候群	7,920円
(16) P E T－C T	103,290円
(17) 大腸カメラ検査（大腸カメラコース以外の方）	17,490円
(18) 認知機能検査（脳ドック受診者のみ対象）	4,950円
(19) C D－R（検査画像の持ち帰り）	1,100円
(20) 口腔がん検診 Aコース	8,140円
(21) 口腔がん検診 Bコース	25,410円
(22) 血圧脈波（動脈硬化検査）	1,430円
(23) 鎮静剤使用（胃カメラ・大腸カメラ施行時）	1,100円
(24) リポ蛋白（a）（糖尿・心血管コース以外の方）	1,210円
(25) 脳機能検査（のうK N O W）（脳ドック以外の方）	1,100円
3 上記に掲げるもののほか、人間ドックに要する費用等は、企業長が定める。	
4 オプション検査の料金については、診療報酬改定年の10月に次年度及び次々年度の料金を決定する。	
5 人間ドックを2コース以上受診する場合については、1コース追加につき1万円をコース料金から減額する。ただし、受診できるコースの上限は3コースまでとする。	

別表第 2（第 2 条関係）

産婦人科の保険適用外の料金

区 分		料 金
1	妊娠反応検査料	実費額の1.2倍
2	羊水染色体検査等料	実費額の1.2倍
3	避妊リング	
	(1) 挿入料	22,000円
	(2) 抜去料	11,000円
4	人工妊娠中絶	
	(1) 1 1 週以下の場合	110,000円
	(2) 1 2 週以上 2 1 週以下の場合	220,000円
5	妊娠初期検査料	20,000円
6	妊婦検診料（1 回につき）	6,000円
7	妊婦検査料	
	(1) 第 2 0 週妊婦検査（クラミジア検査）	6,000円
	(2) 第 2 8 週妊婦検査（採血・G B S・カンジダ・エコー検査）	10,000円
	(3) 第 3 6 週妊婦検査（H P L・C B C・エコー検査）	6,000円
8	分娩介助料（帝王切開による場合を含む。1 児につき）	
	(1) 時間内（午前 8 時 3 0 分～午後 5 時）	三木市又は小野市に住所を有する者が分娩する場合 100,000円 三木市又は小野市以外に住所を有する者が分娩する場合 120,000円
	(2) 時間外（午後 5 時～1 0 時、午前 6 時～8 時 3 0 分）	三木市又は小野市に住所を有する者が分娩する場合 120,000円 三木市又は小野市以外に住所を有する者が分娩する場合 140,000円
	(3) 休日、深夜（午後 1 0 時～午前 6 時）	三木市又は小野市に住所を有する者が分娩する場合 140,000円

	三木市又は小野市以外に住所を有する者が分娩する場合 160,000円
9 胎盤処置料（1件につき）	1,500円
10 産後指導料（1回につき）	2,300円
11 分娩監視料（1回につき）	5,000円
12 産科医療補償料	12,000円
13 死産胎児処置料（1児につき）	1,000円
14 産褥検診（1回につき）	1,500円
15 新生児介補料（1日につき）	5,000円
16 新生児初診料（1児につき）	5,200円
17 にこにこ外来	2,000円
18 母乳相談（1回につき）	
(1) 時間内（午前8時30分～午後5時）	3,000円
(2) 時間外（午後5時～10時、午前6時～8時30分）	3,600円
(3) 休日、深夜（午後10時～午前6時）	4,200円
19 乳房マッサージ（1回につき）	
(1) 時間内（午前8時30分～午後5時）	4,400円
(2) 時間外（午後5時～10時、午前6時～8時30分）	4,400円
(3) 休日、深夜（午後10時～午前6時）	5,500円
20 産後マッサージ（1回につき）	4,000円
21 産後ケア（日帰り型・1日につき）	20,000円
22 産後ケア（宿泊型・1日につき）	30,000円
23 先天性代謝異常検査	500円
24 拡大新生児マススクリーニング検査	10,450円
25 分娩セット	3,740円
26 分娩衛生材料セット	3,740円

27 上記に掲げるもののほか、産婦人科の保険適用外の費用等は、企業長が定める。

別表第3（第2条関係）

形成外科の保険適用外の料金

次に掲げる金額に消費税等相当額を加えた額とする。

区 分	料 金
1 初診料（相談料を含む。）（保険点数の1点20円で算定した額）	
2 再診料（保険点数の1点20円で算定した額）	
3 レーザー照射	
(1) アレックス（1ショットにつき）	500円
(2) Vビーム	500円
ア 1ショットにつき	500円
イ ペンレス1枚につき	4,000円
4 薬剤費	
(1) ハイドロキノン（5％）・乳酸プラスチベース（7％） 10g	4,400円
(2) ハイドロキノン（5％）・アスコルビン酸親水軟膏 （7％） 10g	4,400円
(3) トレチノイン（0.05％・0.1％） 10g	7,410円
(4) ペンレス（1枚につき）	110円
(5) リンデロンVG軟膏（0.12％） 1g	70円
(6) ワセリン白色 10g	20円
(7) キシロカインポリアンプ（1％） 10ml	230円
(8) キシロカイン注射液（0.5％）・エピレナミン 1 0ml	230円
(9) 塩化アルミニウムローション（1本につき）	480円
5 ワイヤーを用いた爪処置	
(1) コレクティオチタン又はマチワイヤMD	4,010円
(2) コレクティオクランプ	4,760円
(3) ワイヤー抜去（再診料のみ。）（1回につき、保険点数の1点20円で算定した額）	
(4) 経過観察（再診料のみ。）（1回につき、保険点数の1点20円で算定した額）	
6 上記に掲げるもののほか、形成外科の保険適用外の費用等は、企業長が定める。	

別表第4（第2条関係）

歯科口腔外科の保険適用外の料金

次に掲げる金額に消費税等相当額を加えた額とする。

区 分	料 金
1 鑄造歯冠修復料（インレー、アンレー）	
（1） 白金加金	
ア 大臼歯	33,490円
イ 前歯・小臼歯	32,370円
（2） 金合金	
ア 大臼歯	32,870円
イ 前歯・小臼歯	31,960円
（3） チタン（前歯・小臼歯・大臼歯）	30,800円
（4） ハイブリッドセラミックレジンインレー	29,560円
（5） ポーセレンインレー	30,770円
（6） 隣接面加算料（1面につき）	10,300円
（7） 咬頭被覆料	12,030円
2 GBR（骨再生誘導法）（1歯につき）	30,000円
3 支台築造料	
（1） 白金加金	16,620円
（2） 金合金	16,210円
（3） 金パラ銀合金	14,970円
（4） チタン	14,470円
4 全部鑄造冠料	
（1） 白金加金	62,720円
（2） 金合金	62,810円
（3） チタン	58,260円
5 前装冠料	
（1） レジン前装冠（硬質）・ハイブリッドセラミック冠	
ア 白金加金	70,000円
イ 金合金	68,710円
ウ チタン	65,240円
エ 14金	59,030円

区 分	料 金
オ 金パラ	56,710円
(2) 陶歯前装冠	
ア 白金加金	75,460円
イ 金合金	74,640円
ウ 陶材焼付冠	80,000円
エ チタン	70,920円
オ 陶材焼付用チタン	71,560円
6 歯冠継続歯料・全部被覆冠（オールセラミック冠を含む。）	
(1) ジャケット冠陶材	79,860円
(2) オールハイブリッドセラミック	75,710円
(3) チタン	58,260円
7 橋体	
(1) 前歯部（レジン前装金属裏装（ハイブリッドセラミック前装を含む。））	
ア 白金加金	70,000円
イ 金合金	65,380円
ウ チタン	61,790円
エ 14金	66,490円
オ 金パラ	64,170円
(2) 前歯部（陶歯前装金属裏装）	
ア 白金加金	75,380円
イ 金合金	74,560円
ウ 陶材焼付用合金	80,000円
エ チタン	71,120円
オ 陶材焼付用チタン	71,260円
(3) 臼歯部（金属）	
ア 白金加金	61,400円
イ 金合金	60,580円
ウ チタン	56,890円
(4) 臼歯部（陶歯・陶材）	
ア 白金加金	75,240円
イ 金合金	74,420円

区 分	料 金
ウ 陶材焼付用合金	80,000円
エ チタン	70,620円
オ 陶材焼付用チタン	73,840円
(5) 臼歯部（レジン前装金属裏装）	
ア 白金加金	70,000円
イ 金合金	60,270円
ウ チタン	56,700円
エ 14金	59,850円
オ 金パラ	58,280円
(6) 前歯・臼歯部（オールハイブリットセラミック）	66,780円
8 金属床義歯（維持装置等を含む。）	
(1) 12～14 歯欠損床	
ア 白金加金	321,660円
イ 金合金	307,750円
ウ 特殊合金	200,060円
エ チタン合金	287,440円
(2) 9～11 歯欠損床	
ア 白金加金	274,340円
イ 金合金	259,810円
ウ 特殊合金	189,200円
エ チタン合金	239,510円
(3) 5～8 歯欠損床	
ア 白金加金	228,450円
イ 金合金	213,910円
ウ 特殊合金	178,600円
エ チタン合金	206,230円
(4) 1～4 歯欠損床	
ア 白金加金	181,860円
イ 金合金	167,640円
ウ 特殊合金	161,220円
エ チタン合金	159,490円

区 分	料 金
9 レジン床義歯（人工歯は含むが、維持装置等は含まない。）	
(1) 9～14 歯欠損	170,070円
(2) 1～8 歯欠損	135,300円
10 特殊義歯料（維持装置等を含む。）	
(1) 全部床	179,330円
(2) 9～14 歯欠損床	144,550円
(3) 1～8 歯欠損床	127,370円
11 軟質裏装材によるリベース料	32,140円
12 軟質裏装義歯（レジン床）	
(1) 全部床	191,340円
(2) 9～14 歯欠損床	153,490円
(3) 1～8 歯欠損床	120,480円
13 鑄造バー	
(1) 白金加金	29,970円
(2) 金合金	28,320円
(3) 特殊合金	17,010円
(4) チタン合金	26,660円
14 鉤	
(1) 鑄造鉤	
ア 白金加金	24,600円
イ 金合金	24,110円
ウ 特殊合金	21,990円
エ チタン合金	25,660円
(2) 屈曲鉤	
ア 白金加金	18,660円
イ 特殊合金	17,870円
15 フック・スパー・スティー・レスト料	
(1) 鑄造フック・スパー・スティー・レスト	
ア 白金加金	16,150円
イ 金合金	15,730円
ウ 特殊合金	13,960円
エ チタン合金	15,770円

区 分	料 金
(2) 屈曲フック・スパー・スティー・レスト（白金加金）	11,200円
16 臼歯金属歯料	
(1) 白金加金	19,940円
(2) 金合金	19,520円
(3) 金パラ銀合金	18,280円
(4) チタン	19,250円
(5) 特殊合金	19,180円
17 テレスコープクラウン	
(1) 白金加金	90,940円
(2) 金パラ銀合金	85,410円
18 可撤式メタルオンレー	
(1) 白金加金	97,650円
(2) 金合金	84,840円
(3) 金パラ	63,320円
19 ミーリング装置（1歯につき）	
(1) 支台歯	87,490円
(2) 支台歯バー・ダミー	83,240円
20 特殊義歯修理料	20,280円
21 ラミネートベニア	59,140円
22 磁性アタッチメント（根面キャップ料は別に算定）	45,000円
23 ドルダーバーアタッチメント（1歯につき）	90,000円
24 コーヌスアタッチメント（1歯につき）	60,000円
25 便宜抜去	
(1) 前歯	1,660円
(2) 臼歯	2,870円
(3) 難抜歯	5,080円
(4) 埋伏歯	11,030円
(5) 下顎完全埋伏智歯（骨性）	12,130円
(6) 下顎水平埋伏智歯	12,130円
26 上顎洞底挙上術	
(1) 上顎洞底挙上術（口腔内片側）	70,000円
(2) 上顎洞底挙上術（口腔内両側）	100,000円
(3) 上顎洞底挙上術（口腔外両側）	180,000円

区 分	料 金
27 ベニアグラフト1／2顎未満（1回につき）	50,000円
28 ベニアグラフト1／2顎以上（1回につき）	70,000円
29 自家骨移植（腸骨採取）加算金額（1回につき）	120,000円
30 C T検査	16,840円
31 パノラマ撮影（デジタル画像）の診療情報提供料	4,410円
32 歯科用レントゲン（1枚につき）	550円
33 インプラント材植立料（共通）	
(1) 相談料	3,000円
(2) 基本検査料	8,860円
(3) 顎骨精密検査・植立可否診断基本診療料	680円
34 全身精密検査・診断	
(1) 心電図	1,660円
(2) 血液検査	12,800円
35 インプラント局所麻酔術前検査料（1回につき）	15,000円
36 インプラント全身麻酔術前検査料（1回につき）	20,000円
37 インプラント材植立（2次手術）定期観察料	1,670円
38 インプラント固定式	
(1) 1本目	300,000円
(2) 2本目以降1本につき	180,000円
39 インプラント可撤式	
(1) 1本目	420,000円
(2) 2本目以降1本につき	170,000円
40 インプラント入院料（1日につき）	30,000円
41 インプラント全身麻酔料	
(1) 1本～6本未満（1本につき）	30,000円
(2) 6本以上（1回につき）	180,000円
42 インプラント術後管理料	40,000円
43 上記に掲げるもののほか、歯科口腔外科の保険適用外の費用等は、企業長が定める。	

別表第 5（第 2 条関係）

小児科の保険適用外の料金

区 分	料 金
1 ペアレントトレーニング（1 回につき）	1,650円