

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称            | 医療機関所在地                                 | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------|------------------------|-----------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01,0106,9<br>(01,0355,8) | 公益財団法人 甲南会<br>甲南医療センター | 〒658-0064<br>神戸市東灘区鴨子ケ原 1 丁目 5 -<br>1 6 | 461 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 106号<br>徴収開始年月日：平成26年 9月 1日<br>治験薬名称<br>リナクロチド<br>ラニレスタット<br>シナカルセト塩酸塩<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>1:内服薬 2:第Ⅱ相 20<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 4<br>1:内服薬 2:第Ⅱ相 5<br><br>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4017号<br>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 1 55,000<br>01:個室 25 25,300<br>01:個室 78 19,800<br>01:個室 11 14,300<br>01:個室 44 0<br>04: 4 人室 260 0<br>全許可病床数 419床 費用徴収病床数 115床 割合 27.4%<br><br>2 0 0 床以上の病院の初診<br>(病院初診) 第 222号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>2,200<br><br>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 69号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,700<br><br>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 64号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,300<br><br>医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療<br>(規定回数超) 第 62号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>診療の名称 徴収額<br>02:リハビリテーション 2,695<br>02:リハビリテーション 1,980<br>02:リハビリテーション 2,035<br>02:リハビリテーション 1,925 |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称        | 医療機関所在地                         | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------|--------------------|---------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |                    |                                 |     | 入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 786号<br>入院料区分 01: (一般入院) 急性期一<br>徴収開始年月日: 令和 6年 6月 1日<br>対象者数 徴収日数 徴収料金<br>2,785<br><br>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<br>(レンズ支給) 第 275号<br>徴収開始年月日: 令和 5年 7月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>Clareon非球面PanOp 30200BZX0029400 280,000<br>Clareon非球面PanOp 30300BZX0015300 300,000<br><br>間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 46号<br>徴収開始年月日: 令和 7年 8月 1日<br>販売名 徴収額<br>FreeStyleリブレ2 (Reader) 6,600<br>FreeStyleリブレ2 (センサー) 7,150 |
| 01,0255,4 | 東神戸病院              | 〒658-0051<br>神戸市東灘区住吉本町1丁目24-13 | 154 | 入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 317号<br>入院料区分 40: (一般入院) 10対1<br>徴収開始年月日: 平成16年 4月 1日<br>対象者数 徴収日数 徴収料金<br>605                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 01,0268,7 | 医療法人社団五仁会<br>住吉川病院 | 〒658-0084<br>神戸市東灘区甲南町5丁目6番7号   | 45  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3417号<br>徴収開始年月日: 令和元年10月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 5 14,300<br>01:個室 2 19,800<br>02:2人室 2 3,850<br>02:2人室 4 5,500<br>04:4人室 32 0<br>全許可病床数 45床 費用徴収病床数 13床 割合 28.9%<br><br>間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 81号<br>徴収開始年月日: 令和 8年 1月30日<br>販売名 徴収額<br>FreeStyleリブレ2 (センサー) 8,250<br>FreeStyleリブレ2 (Reader) 8,800                                                                                                                 |
|           |                    |                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称      | 医療機関所在地                               | 病床数 | 報告内容                                                              |
|-----------|------------------|---------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------|
| 01,0270,3 | 医療法人明倫会 宮地<br>病院 | 〒658-0016<br>神戸市東灘区本山中町 4 丁目 1 －<br>8 | 88  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4070号<br>徴収開始年月日：令和 7年11月 1日<br>区分 |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                                                    | 医 療 機 関 名 称              | 医療機関所在地                        | 病床数 | 報告内容                                                        |      |         |       |          |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------|------|---------|-------|----------|
| 01,0386,7<br>(01,0179,2)                                  | 公益財団法人甲南会<br>六甲アイランド甲南病院 | 〒658-0032<br>神戸市東灘区向洋町中2丁目11   | 198 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4042号<br>徴収開始年月日：令和 7年 8月 1日 |      |         |       |          |
|                                                           |                          |                                |     | 区分                                                          | 病床数  | 徴収金額    |       |          |
|                                                           |                          |                                |     | 01:個室                                                       | 11   | 17,600  |       |          |
|                                                           |                          |                                |     | 01:個室                                                       | 57   | 12,100  |       |          |
|                                                           |                          |                                |     | 01:個室                                                       | 4    | 8,800   |       |          |
|                                                           |                          |                                |     | 01:個室                                                       | 2    | 0       |       |          |
|                                                           |                          |                                |     | 02: 2 人室                                                    | 2    | 0       |       |          |
|                                                           |                          |                                |     | 03: 3 人室                                                    | 6    | 0       |       |          |
|                                                           |                          |                                |     | 04: 4 人室                                                    | 116  | 0       |       |          |
|                                                           |                          |                                |     | 全許可病床数                                                      | 198床 | 費用徴収病床数 | 72床   | 割合 36.4% |
|                                                           |                          |                                |     | 入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 714号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日      |      |         |       |          |
|                                                           |                          |                                |     | 入院料区分                                                       | 対象者数 | 徴収日数    | 徴収料金  |          |
|                                                           |                          |                                |     | 02: (一般入院) 急性期一                                             |      |         | 2,673 |          |
|                                                           |                          |                                |     | 11: (一般入院) 特別入院                                             |      |         | 1,000 |          |
|                                                           |                          |                                |     | 金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 54号<br>徴収開始年月日：平成13年 7月 1日        |      |         |       |          |
| 金属                                                        | その他金属                    | 上顎                             | 下顎  |                                                             |      |         |       |          |
| う蝕に罹患している患者の指導管理<br>(う蝕管理) 第 53号<br>徴収開始年月日：平成13年 7月 1日   |                          |                                |     |                                                             |      |         |       |          |
| 継続管理種類                                                    | 価格                       |                                |     |                                                             |      |         |       |          |
| 01:フッ化物局所                                                 |                          |                                |     |                                                             |      |         |       |          |
| 02:小窩裂溝填塞                                                 |                          |                                |     |                                                             |      |         |       |          |
| 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 62号<br>徴収開始年月日：令和 7年10月 1日 |                          |                                |     |                                                             |      |         |       |          |
| 販売名                                                       | 徴収額                      |                                |     |                                                             |      |         |       |          |
| FreeStyleリブレ2 (Reader)                                    | 6,600                    |                                |     |                                                             |      |         |       |          |
| FreeStyleリブレ2 (センサー)                                      | 7,150                    |                                |     |                                                             |      |         |       |          |
| 01,0450,1                                                 | 登村レディスクリニック              | 〒658-0046<br>神戸市東灘区御影本町4丁目11-5 | 5   | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3948号<br>徴収開始年月日：令和 5年 9月 1日 |      |         |       |          |
|                                                           |                          |                                |     | 区分                                                          | 病床数  | 徴収金額    |       |          |
|                                                           |                          |                                |     | 01:個室                                                       | 1    | 20,000  |       |          |
|                                                           |                          |                                |     | 01:個室                                                       | 1    | 27,000  |       |          |
|                                                           |                          |                                |     | 01:個室                                                       | 3    | 0       |       |          |
|                                                           |                          |                                |     | 全許可病床数                                                      | 5床   | 費用徴収病床数 | 2床    | 割合 40.0% |
|                                                           |                          |                                |     |                                                             |      |         |       |          |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称          | 医療機関所在地                                         | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------|----------------------|-------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01,0451,9 | 藤原内科クリニック            | 〒658-0015<br>神戸市東灘区本山南町9丁目4-3<br>2ラフィーネ本山1階110号 |     | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 15号<br>徴収開始年月日：平成29年 2月24日<br>医療機器の販売名 徴収額 医療機器管理室 技師の人数<br>フリースタイルリブレリーダー 7,656 2:無<br>フリースタイルリブレセンサー 7,656 2:無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 01,0505,2 | 医療法人社団坂井瑠実クリニック      | 〒658-0046<br>神戸市東灘区御影本町2丁目11-10                 | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3674号<br>徴収開始年月日：令和 2年 9月18日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 1 12,000<br>01:個室 2 6,000<br>01:個室 4 3,000<br>02:2人室 4 0<br>04:4人室 8 0<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 7床 割合 36.8%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 01,0516,9 | 岩谷内科医院               | 〒658-0084<br>神戸市東灘区甲南町3-7-26                    |     | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 21号<br>徴収開始年月日：平成29年 4月 1日<br>医療機器の販売名 徴収額 医療機器管理室 技師の人数<br>フリースタイルセンサー 7,500<br>フリースタイルリーダー 7,500                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 01,0559,9 | 医療法人社団 元就会<br>宮脇内科医院 | 〒658-0003<br>神戸市東灘区本山北町3丁目4番11号                 |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 30号<br>徴収開始年月日：令和 7年 7月 1日<br>販売名 徴収額<br>FreeStyleリブレ2 (センサー) 7,500<br>FreeStyleリブレ2 (リーダー) 7,500                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 01,0604,3 | かみもと眼科               | 〒658-0015<br>神戸市東灘区本山南町8丁目5-25                  |     | 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<br>(レンズ支給) 第 454号<br>徴収開始年月日：令和 7年 4月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>Clareon非球面PanOp 30200BZX0029400 320,000<br>Clareon非球面PanOp 30300BZX0015300 350,000<br>ファインビジョンHP 30400BZX0019700 270,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 320,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 350,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 320,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 30600BZX0002400 320,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 30600BZX0002500 350,000<br>テクニス ピュアシー焦点深度拡 30600BZX0016700 320,000<br>テクニス ピュアシートーリック 30600BZX0016800 350,000 |
|           |                      |                                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称               | 医療機関所在地                                          | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------|---------------------------|--------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01,0612,6 | きたむらクリニック                 | 〒658-0047<br>神戸市東灘区御影 2 丁目 3 2 - 6               |     | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 147号<br>治験薬名称<br>AS P 0 4 5 6<br>AS P 0 4 5 6<br>S S M治験<br>徴収開始年月日：平成27年 9月16日<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 10<br>1:内服薬 2:第Ⅱ相 8<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 01,0637,3 | 医療法人明倫会 本山<br>リハビリテーション病院 | 〒658-0015<br>神戸市東灘区本山南町 7 丁目 7 番<br>1 5 号        | 120 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3455号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 105 0<br>01:個室 15 11,000<br>全許可病床数 120床 費用徴収病床数 15床 割合 12.5%<br>医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療<br>(規定回数超) 第 77号<br>徴収開始年月日：令和 3年 4月 1日<br>診療の名称 徴収額<br>02:リハビリテーション 2,695<br>02:リハビリテーション 1,980<br>02:リハビリテーション 2,035<br>02:リハビリテーション 1,925                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 01,0644,9 | 松原眼科クリニック                 | 〒658-0053<br>神戸市東灘区住吉宮町 4 丁目 4 番<br>地の 1 - 2 1 6 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 606号<br>徴収開始年月日：令和 8年 3月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 380,000<br>ファインビジョンHP 30400BZX0019700 300,000<br>Clareon PanOpix 30200BZX0029300 380,000<br>Clareon PanOpix 30400BZX0025000 380,000<br>テクニス オデッセイ VBS 30600BZX0002400 380,000<br>テクニス オデッセイ TVB 30600BZX0002500 380,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016700 380,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016800 380,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 380,000<br>Clareon PanOpti 30700BZX0029800 380,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026300 380,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026400 380,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0022900 380,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0023000 380,000<br>アクリバトリノバPro 30600BZX0018900 380,000<br>Clareon PanOpti 30800BZX0001500 380,000 |
|           |                           |                                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                                                            | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------|-------------|--------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01,0676,1 | 甲南やまゆりクリニック | 〒658-0084<br>神戸市東灘区甲南町 3 丁目 2 番 2 号ラ・ギャレットビル 4 階                   |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 113号<br>診療科      予約料      予約料      予約料      予約料      予約料<br>10:小      1,000      1,000      1,000      1,000      1,000<br>徴収開始年月日：令和 6年 4月 1日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 01,0706,6 | かしもと眼科医院    | 〒658-0011<br>神戸市東灘区森南町 1 丁目 9 番 7 号オルシア甲南山手 2 F                    |     | 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<br>(レンズ支給) 第 577号<br>徴収開始年月日：令和 7年11月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名      医薬品医療機器等法承認番号      徴収額<br>テクニスオデッセイVB   Sim   3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0      300,000<br>テクニスオデッセイTVB   Si   3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0      350,000<br>Clareon   非球面Pano   3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0      300,000<br>Clareon   非球面Pano   3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0      350,000<br>Clareon   PanOpti   3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0      320,000<br>Clareon   PanOpti   3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0      370,000<br>Clareon   Vivity   3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0      320,000<br>ファインビジョンHP   3 0 4 0 0 B Z X 0 0 1 9 7 0 0      300,000<br>Vivonex   ジェメトリック   3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 3 0 0      300,000<br>Vivonex   ジェメトリック   3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 4 0 0      350,000<br>TECNIS   PureSee   3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 7 0 0      300,000<br>TECNIS   PureSee   3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 8 0 0      350,000 |
| 01,0728,0 | さかた内科クリニック  | 〒658-0032<br>神戸市東灘区向洋町中 5 丁目 1 5 番地R I Cセントラルタワー内マーケットシーン 1 0 2 号室 |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 65号<br>徴収開始年月日：令和 7年 7月 1日<br>販売名      徴収額<br>FreeStyleリブレ2   Reader      7,500<br>FreeStyleリブレ2   センサー      6,380                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|           |             |                                                                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                                                | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------|-------------|--------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01,0739,7 | きしもと眼科      | 〒658-0083<br>神戸市東灘区魚崎中町一丁目9番<br>11号YMビル魚崎中町301ー<br>A号室 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 595号<br>徴収開始年月日：令和 8年 1月 5日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>徴収額<br>テクニスシンフォニーVB<br>22900BZX0000500<br>200,000<br>テクニスシンフォニートーリック<br>22900BZX0036000<br>250,000<br>テクニスマルチフォーカルアクリ<br>22100BZX0019500<br>180,000<br>テクニスマルチフォーカルワンピ<br>22300BZX0027700<br>180,000<br>テクニスシナジーVB Simp<br>30200BZX0005500<br>300,000<br>テクニスシナジーTVB Sim<br>30200BZX0013900<br>350,000<br>アクリソフIQ PanOpti<br>23100BZX0004200<br>300,000<br>アクリソフIQ PanOpti<br>23100BZX0004300<br>350,000<br>Clareon PanOpti<br>30200BZX0029300<br>330,000<br>Clareon PanOpti<br>30400BZX0025000<br>380,000<br>Clareon PanOpti<br>30200BZX0029400<br>330,000<br>Clareon PanOpti<br>30300BZX0015300<br>380,000<br>Clareon Vivity<br>30500BZX0004100<br>330,000<br>Vivonex ジェメトリック<br>30500BZX0026300<br>300,000<br>Vivonex ジェメトリック<br>30500BZX0026400<br>350,000<br>Clareon Vivity<br>30700BZX0007900<br>380,000<br>テクニスオデッセイ<br>30600BZX0002400<br>300,000<br>テクニスオデッセイ トーリック<br>30600BZX0002500<br>350,000<br>Vivonex ジェメトリック<br>30600BZX0022900<br>300,000<br>Vivonex ジェメトリック<br>30600BZX0023000<br>350,000<br>テクニスピュアシー オプティブ<br>30600BZX0016700<br>300,000<br>テクニスピュアシー トーリック<br>30600BZX0016800<br>350,000<br>ファインビジョンHP<br>30400BZX0019700<br>300,000 |
|           |             |                                                        |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称   | 医療機関所在地                                   | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------|---------------|-------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01,0753,8 | 眼科やまなか医院      | 〒658-0046<br>神戸市東灘区御影本町4丁目10番1号御影駅NKビル3F  |     | 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<br>(レンズ支給) 第 581号 徴収開始年月日：令和 7年11月21日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>テクニスシンフォニーVB 22900BZX0000500 190,000<br>テクニスシンフォニーVB TO 22900BZX0036000 210,000<br>テクニスシナジーVB 30200BZX0005500 300,000<br>テクニスシナジーTVB 30200BZX0013900 350,000<br>クラレオンPanOptixトリ 30200BZX0029400 300,000<br>クラレオンPanOptix T 30300BZX0015300 350,000<br>クラレオンPanOptix ト 30200BZX0029300 300,000<br>クラレオンPanOptix T 30400BZX0025000 350,000<br>クラレオンVivity Ext 30500BZX0004100 300,000<br>ファインビジョンHP 30400BZX0019700 300,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 30600BZX0002400 310,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 30600BZX0002500 360,000<br>テクニスピュアシー オプティブ 30600BZX0016700 310,000<br>テクニスピュアシー トーリックII 30600BZX0016800 360,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 350,000<br>Vivine x ジェメトリック 30500BZX0026300 300,000<br>Vivine x ジェメトリック 30500BZX0026400 350,000<br>Vivine x ジェメトリック 30600BZX0022900 300,000<br>Vivine x ジェメトリック 30600BZX0023000 350,000 |
| 01,0767,8 | 甲南山手おしたにクリニック | 〒658-0001<br>神戸市東灘区森北町1丁目6-25ARビル甲南山手駅前1B |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 55号 徴収開始年月日：令和 7年 9月 1日<br>販売名 徴収額<br>FreeStyleリブレ2 (センサー) 7,000<br>FreeStyleリブレ2 (Reader) 7,500                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|           |               |                                           |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称  | 医療機関所在地                                 | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------|--------------|-----------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01,0796,7 | 森井眼科クリニック    | 〒658-0054<br>神戸市東灘区御影中町一丁目6番9号ウエダビル2，3階 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 561号<br>徴収開始年月日：令和 7年 9月 2日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>V i v i n e x ジュメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 3 0 0 300,000<br>V i v i n e x ジュメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 4 0 0 350,000<br>C l a r e o n V i v i t y 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 300,000<br>ファインビジョンHP 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 1 9 7 0 0 300,000<br>テクニスオデッセイVB Si m 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0 300,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0 350,000<br>テクニス Pure See 焦点 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 7 0 0 300,000<br>テクニス Pure See TO 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 8 0 0 350,000<br>C l a r e o n 非球面PanO 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 300,000<br>C l a r e o n PanOpti 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0 300,000<br>C l a r e o n PanOpti 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0 350,000<br>C l a r e o n 非球面PanO 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 350,000<br>C l a r e o n V i v i t y 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0 350,000<br>アクリバトリノバPro 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 8 9 0 0 300,000<br>アクリバトリノバPro トーリッ 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 5 3 0 0 350,000 |
| 01,0802,3 | 三都ブレインクリニック  | 〒658-0051<br>神戸市東灘区住吉本町1丁目7－2石橋ビル605号   |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 139号<br>徴収開始年月日：令和 8年 2月 1日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>59:他 3,000 3,000 3,000 3,000 3,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 02,0140,6 | 医療法人愛和会 金沢病院 | 〒657-0057<br>神戸市灘区神ノ木通4丁目2－15           | 164 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4055号<br>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 4 5,500<br>01:個室 5 7,700<br>02:2人室 22 0<br>03:3人室 9 0<br>04:4人室 120 0<br>全許可病床数 160床 費用徴収病床数 9床 割合 5.6%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 683号<br>徴収開始年月日：令和元年10月1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>08:（一般入院）地域一般 1,740                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|           |              |                                         |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                             | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------|-------------|-------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 02,0312,1 | 医療法人康雄会 西病院 | 〒657-0037<br>神戸市灘区備後町 3 丁目 2 － 1 8  | 73  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4024号<br>徴収開始年月日：令和 7年 7月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 13,200<br>01:個室 2 9,350<br>01:個室 1 8,800<br>01:個室 3 7,700<br>01:個室 3 5,500<br>02: 2 人室 2 0<br>03: 3 人室 6 0<br>04: 4 人室 24 0<br>05: 5 人室以上 42 0<br>全許可病床数 84床 費用徴収病床数 10床 割合 11.9%                                                                                                                                  |
| 02,0332,9 | 医療法人 昭生病院   | 〒657-0011<br>神戸市灘区鶴甲 3 丁目 1 3 － 1 9 | 103 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3684号<br>徴収開始年月日：令和 2年11月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 11 11,000<br>01:個室 2 9,900<br>01:個室 7 5,500<br>02: 2 人室 2 2,750<br>02: 2 人室 4 5,500<br>03: 3 人室 3 5,500<br>03: 3 人室 12 0<br>04: 4 人室 44 0<br>05: 5 人室以上 18 0<br>全許可病床数 103床 費用徴収病床数 29床 割合 28.2%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 722号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分<br>対象者数<br>徴収日数<br>徴収料金<br>06: (一般入院) 急性期一 2,200 |
|           |             |                                     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称   | 医療機関所在地                               | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------|---------------|---------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 02,0365,9 | 医療法人財団 神戸海星病院 | 〒657-0068<br>神戸市灘区篠原北町 3 丁目 1 1 － 1 5 | 176 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 130号<br>徴収開始年月日：平成27年 7月 1日<br>治験薬名称<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>AMG145 2:注射薬 3:第Ⅲ相 8<br>精製ヒアルロン酸ナトリウム関節 2:注射薬 3:第Ⅲ相 20<br>KCT-0809 3:外用薬 2:第Ⅱ相 6<br>ASP2151 1:内服薬 3:第Ⅲ相 6<br>ASP2151 1:内服薬 3:第Ⅲ相 6<br><br>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3374号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 22 22,000<br>01:個室 6 19,800<br>01:個室 10 17,600<br>02: 2 人室 2 55,000<br>02: 2 人室 4 11,000<br>02: 2 人室 16 5,500<br>04: 4 人室 116 0<br>全許可病床数 176床 費用徴収病床数 60床 割合 34.1%<br><br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 596号<br>徴収開始年月日：平成29年 9月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>38: (一般入院) 7 対 1 入 2,577<br><br>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<br>(レンズ支給) 第 628号<br>徴収開始年月日：令和 8年 4月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>Clareon非球面PanOp 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 300,000<br>Clareon非球面PanOp 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 350,000<br>Clareon PanOpti 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0 300,000<br>Clareon PanOpti 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0 350,000<br>Clareon Vivity 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 300,000<br>ファインビジョンHP 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 1 9 7 0 0 300,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0 300,000<br>TECNIS PureSee 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 7 0 0 300,000<br>Clareon Vivity 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0 350,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0 350,000<br>TECNIS PureSee 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 8 0 0 350,000 |
|           |               |                                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                                      | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------|-------------|----------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 02,0501,9 | 皮ふ科しみずクリニック | 〒657-0846<br>神戸市灘区岩屋北町7丁目1－30<br>ラ・メルベージュ301 |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 27号<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>20:皮膚 1,000<br>徴収開始年月日：平成20年 7月 1日                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 02,0506,8 | 中井病院        | 〒657-0833<br>神戸市灘区大内通6丁目1番3号                 | 48  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3460号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 1 5,500<br>02:2人室 2 3,300<br>02:2人室 10 3,850<br>03:3人室 6 0<br>04:4人室 24 0<br>05:5人室以上 5 0<br>全許可病床数 48床 費用徴収病床数 13床 割合 27.1%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 696号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>10:（一般入院）地域一般 1,480<br>11:（一般入院）特別入院 910 |
| 02,0513,4 | みわ心療クリニック   | 〒657-0846<br>神戸市灘区岩屋北町5－1－11<br>田甫ビル3階       |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 77号<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>35:心内 3,000<br>徴収開始年月日：令和 2年 6月 1日                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 02,0518,3 | そら整形外科クリニック | 〒657-0846<br>神戸市灘区岩屋北町5丁目1番31号<br>メディカルハット2階 |     | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 142号<br>徴収開始年月日：平成27年 7月 1日<br>治験薬名称 内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>デュロキシセチン塩酸塩 1:内服薬 3:第Ⅲ相 4<br>デュロキシセチン塩酸塩 1:内服薬 3:第Ⅲ相 8<br>デュロキシセチン塩酸塩 1:内服薬 3:第Ⅲ相 1                                                                                                                                                                        |
| 02,0520,9 | 片山キッズクリニック  | 〒657-0845<br>神戸市灘区岩屋中町4丁目2番7号<br>BBプラザ2階     |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 48号<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>10:小 1,000<br>徴収開始年月日：平成27年 6月25日                                                                                                                                                                                                                                                      |
|           |             |                                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                                      | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                            |
|-----------|-------------|----------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 02,0527,4 | 田所病院        | 〒657-0842<br>神戸市灘区船寺通1丁目2-1                  | 60  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3871号<br>徴収開始年月日：令和 5年11月 6日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 18 4,950<br>01:個室 3 2,750<br>02:2人室 4 3,850<br>03:3人室 27 0<br>04:4人室 8 0<br>全許可病床数 60床 費用徴収病床数 25床 割合 41.7% |
| 02,0534,0 | たかしま皮フ科     | 〒657-0027<br>神戸市灘区永手町5丁目8-12<br>ロイヤルレナウンビル2F |     | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 163号<br>徴収開始年月日：平成28年 7月 1日<br>治験薬名称 内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>ASP2151 1:内服薬 3:第Ⅲ相 6<br>ASP2151 1:内服薬 3:第Ⅲ相 4<br>M518101 3:外用薬 3:第Ⅲ相 5<br>M521101 1:内服薬 3:第Ⅲ相 5             |
| 02,0543,1 | おがわ内科クリニック  | 〒657-0835<br>神戸市灘区灘北通10丁目1-3-101             |     | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 10号<br>徴収開始年月日：平成29年 2月10日<br>医療機器の販売名 徴収額 医療機器管理室 技師の人数<br>FreeStyleリブレセンサ 7,000 2:無<br>FreeStyleリブレRea 7,000 2:無                                         |
| 02,0568,8 | きもと内科クリニック  | 〒657-0845<br>神戸市灘区岩屋中町4-2-7シ<br>マブンビルBBプラザ3F |     | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 135号<br>徴収開始年月日：平成27年 7月 1日<br>治験薬名称 内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>ASPO456 1:内服薬 3:第Ⅲ相 10<br>ASPO456 1:内服薬 2:第Ⅱ相 8                                                              |
| 02,0571,2 | たなべ産婦人科     | 〒657-0028<br>神戸市灘区森後町三丁目5番30号                | 6   | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 2882号<br>徴収開始年月日：平成27年 9月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 3 0<br>01:個室 1 20,000<br>01:個室 2 18,000<br>全許可病床数 6床 費用徴収病床数 3床 割合 50.0%                                    |
| 02,0580,3 | 谷眼科医院       | 〒657-0028<br>神戸市灘区森後町3丁目1番7号<br>嶋田ビル1F       |     | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 171号<br>徴収開始年月日：平成29年 7月 1日<br>治験薬名称 内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>KCT-0809 3:外用薬 3:第Ⅲ相 2<br>KCT-0809 3:外用薬 3:第Ⅲ相 4                                                             |
|           |             |                                              |     |                                                                                                                                                                                                 |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                              | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------|-------------|--------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 02,0609,0 | 高倉整形外科クリニック | 〒657-0033<br>神戸市灘区徳井町 5 丁目 4 番 2 1 号 |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 114号<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>12: 整外 5,500 5,500 5,500 5,500 5,500<br>32: リハ 7,700 7,700 7,700 7,700 7,700<br>36: リウ 6,600 6,600 6,600 6,600 6,600                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 02,0632,2 | 吉田アーデント病院   | 〒657-0835<br>神戸市灘区灘北通 5 丁目 9 番 1 号   | 80  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3708号<br>徴収開始年月日：令和 3年 6月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01: 個室 4 0<br>01: 個室 4 16,500<br>01: 個室 14 11,000<br>02: 2 人室 6 5,500<br>04: 4 人室 52 0<br>全許可病床数 80床 費用徴収病床数 24床 割合 30.0%<br>入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 816号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>04: (一般入院) 急性期一 2,410                                                                                                                                            |
| 02,0634,8 | 六甲病院        | 〒657-0022<br>神戸市灘区土山町 5 番 1 号        | 178 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3904号<br>徴収開始年月日：令和 6年 4月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01: 個室 10 0<br>01: 個室 1 21,780<br>01: 個室 2 20,570<br>01: 個室 8 18,150<br>01: 個室 17 14,520<br>01: 個室 14 12,100<br>02: 2 人室 4 0<br>02: 2 人室 2 10,890<br>02: 2 人室 8 7,260<br>03: 3 人室 45 0<br>04: 4 人室 52 0<br>全許可病床数 163床 費用徴収病床数 52床 割合 31.9%<br>入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 766号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>04: (一般入院) 急性期一 2,376<br>11: (一般入院) 特別入院 1,001 |
|           |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称           | 医療機関所在地                                        | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------|-----------------------|------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 02,0638,9 | おおすぎ眼科                | 〒657-0831<br>神戸市灘区水道筋5丁目2番2号<br>セイントビル3階・4階・5階 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 480号 徴収開始年月日：令和 7年 5月20日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>Clareon非球面PanOp 30200BZX0029400 300,000<br>Clareon非球面PanOp 30300BZX0015300 350,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 300,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 350,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 30600BZX0002400 320,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 30600BZX0002500 370,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 300,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 350,000 |
| 02,0652,0 | おおや内科 糖尿病・<br>心臓クリニック | 〒657-0036<br>神戸市灘区桜口町4丁目2-1-<br>107            |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 79号 徴収開始年月日：令和 8年 1月15日<br>販売名 徴収額<br>FreeStyleリブレ2 (センサー) 7,000<br>FreeStyleリブレ2 (Reader) 7,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 02,0656,1 | ごとう糖尿病内科クリ<br>ニック     | 〒657-0028<br>神戸市灘区森後町3丁目5番41<br>号FTKビル2F       |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 37号 徴収開始年月日：令和 7年 6月25日<br>販売名 徴収額<br>FreeStyleリブレ2 (センサー) 7,000<br>FreeStyleリブレ2 (Reader) 7,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 02,0657,9 | 六甲なのはな眼科              | 〒657-0064<br>神戸市灘区山田町3-1-15六<br>甲アトリエハウス 202   |     | 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<br>(レンズ支給) 第 576号 徴収開始年月日：令和 7年12月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 300,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 350,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 300,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 350,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 30600BZX0002400 320,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 30600BZX0002500 370,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016700 320,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016800 370,000   |
|           |                       |                                                |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                              | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------|-------------|--------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 05,0012,0<br>(05,0009,2) | 三菱神戸病院      | 〒652-0863<br>神戸市兵庫区和田宮通 6 丁目 1 ー 3 4 | 164 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3761号<br>徴収開始年月日：令和 4年 4月11日                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                          |             |                                      |     | 区分<br>01:個室 12 11,000<br>01:個室 5 15,400<br>01:個室 3 17,600<br>01:個室 4 19,800<br>01:個室 5 22,000<br>01:個室 1 27,500<br>02: 2 人室 2 3,300<br>02: 2 人室 2 4,400<br>02: 2 人室 2 5,500<br>02: 2 人室 2 7,700<br>02: 2 人室 2 0<br>03: 3 人室 3 0<br>03: 3 人室 30 1,100<br>04: 4 人室 44 0<br>04: 4 人室 12 1,100<br>05: 5 人室以上 35 0<br>全許可病床数 164床 費用徴収病床数 80床 割合 48.8% |
|                          |             |                                      |     | 入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 656号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>38: (一般入院) 7 対 1 入 2,480                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                          |             |                                      |     | 金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 3573号<br>徴収開始年月日：令和 2年 7月13日                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                          |             |                                      |     | 金属 04:チタン 222,000<br>その他金属 上顎 222,000<br>下顎                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                          |             |                                      |     | 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<br>(レンズ支給) 第 543号<br>徴収開始年月日：令和 7年 7月30日                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                          |             |                                      |     | 多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                          |             |                                      |     | 多焦点後房レンズ (2 焦点) (A 2 2 3 0 0 B Z X 0 0 2 7 7 0 0 155,000                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                          |             |                                      |     | 多焦点後房レンズ (2 焦点) (A 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 0 0 5 0 0 155,000                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                          |             |                                      |     | 多焦点後房レンズ (3 焦点) (日 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 208,000                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                          |             |                                      |     | 多焦点後房レンズ (3 焦点) CN 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0 208,000                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                          |             |                                      |     | 多焦点後房レンズ (3 焦点) XY 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 2 9 0 0 208,000                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                          |             |                                      |     | 多焦点後房レンズ (3 焦点) CN 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0 232,000                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                          |             |                                      |     | 多焦点後房レンズ (3 焦点) CN 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0 232,000                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                          |             |                                      |     | 多焦点後房レンズ (3 焦点) XY 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 3 0 0 0 232,000                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                          |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| </                       |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                           | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------|-------------|-----------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 05,0040,1<br>(05,0076,1) | 医療法人 川崎病院   | 〒652-0042<br>神戸市兵庫区東山町 3 丁目 3 - 1 | 275 | <div>薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br/>(機器使用) 第 23号      徴収開始年月日：平成29年 4月17日<br/>医療機器の販売名      徴収額      医療機器管理室   技師の人数<br/>F r e e s t y l e リ プ レ   セ ン      9,000   1:有      11<br/>F r e e s t y l e リ プ レ   R e      9,000   1:有      11<br/>F r e e s t y l e リ プ レ   F S      5,000   1:有      11</div> <div>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br/>(入療養提供) 第 3528号      徴収開始年月日：令和元年12月 1日<br/>区分      病床数      徴収金額<br/>01:個室      18      0<br/>01:個室      4      22,000<br/>01:個室      34      12,100<br/>01:個室      11      11,000<br/>02: 2 人 室      2      0<br/>02: 2 人 室      28      6,600<br/>03: 3 人 室      45      0<br/>04: 4 人 室      88      0<br/>04: 4 人 室      48      3,300<br/>全許可病床数      278床      費用徴収病床数      125床      割合 45.0%</div> <div>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br/>(大病院初診) 第 71号      徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br/>徴収額      初診患者数   徴収患者数<br/>7,000<br/>5,000</div> <div>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br/>(大病院再診) 第 66号      徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br/>徴収額      再診患者数   徴収患者数<br/>3,000<br/>1,900</div> <div>入院期間が1 8 0 日を超える入院<br/>(超過入院) 第 762号      徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br/>入院料区分      対象者数      徴収日数      徴収料金<br/>01: (一般入院) 急性期一                2,723</div> <div>金属床による総義歯の提供<br/>(金属総義歯) 第 177号      徴収開始年月日：平成13年 7月 1日<br/>金属      その他金属      上顎      下顎</div> |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称   | 医療機関所在地                               | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------|---------------|---------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |               |                                       |     | う蝕に罹患している患者の指導管理<br>(う蝕管理) 第 175号<br>徴収開始年月日：平成13年 7月 1日<br>継続管理種類                      価格<br>01:フッ化物局所<br>02:小窩裂溝填塞                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 05,0303,3 | 医療法人 尚生会 湊川病院 | 〒652-0041<br>神戸市兵庫区湊川町 3 丁目 1 3 - 2 0 | 241 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3618号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分                      病床数      徴収金額<br>01:個室                      29                      0<br>01:個室                      41                      3,300<br>01:個室                      1                      1,650<br>02: 2 人室                      12                      0<br>03: 3 人室                      21                      0<br>04: 4 人室                      44                      0<br>05: 5 人室以上                      152                      0<br>全許可病床数                      300床      費用徴収病床数                      42床      割合 14.0% |
| 05,0416,3 | 医療法人仁風会 小原病院  | 〒652-0032<br>神戸市兵庫区荒田町 1 丁目 9 番 1 9 号 | 145 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3872号<br>徴収開始年月日：令和 5年11月 1日<br>区分                      病床数      徴収金額<br>01:個室                      4                      7,150<br>01:個室                      1                      3,300<br>02: 2 人室                      12                      0<br>03: 3 人室                      12                      0<br>04: 4 人室                      36                      0<br>05: 5 人室以上                      55                      0<br>全許可病床数                      120床      費用徴収病床数                      5床      割合 4.2%                                                            |
| 05,0563,2 | 井上病院          | 〒652-0046<br>神戸市兵庫区上沢通 3 丁目 1 - 4     | 56  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3449号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分                      病床数      徴収金額<br>01:個室                      2                      16,500<br>01:個室                      6                      8,800<br>04: 4 人室                      48                      0<br>全許可病床数                      56床      費用徴収病床数                      8床      割合 14.3%                                                                                                                                                                                                                                               |
|           |               |                                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称           | 医療機関所在地                             | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------|-----------------------|-------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 05,0583,0                | 社会医療法人榮昌会<br>吉田病院     | 〒652-0803<br>神戸市兵庫区大開通 9 丁目 2 番 6 号 | 139 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3318号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 13,200<br>01:個室 1 7,700<br>01:個室 1 5,500<br>01:個室 2 0<br>03:3人室 12 0<br>04:4人室 100 0<br>05:5人室以上 10 0<br>05:5人室以上 12 0<br>全許可病床数 139床 費用徴収病床数 3床 割合 2.2%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 527号<br>徴収開始年月日：平成26年 8月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>38:（一般入院）7対1入 2,577                                                                                                                                                                                     |
| 05,0635,8<br>(05,0278,3) | 公益財団法人兵庫県健康財団保健検診センター | 〒652-0032<br>神戸市兵庫区荒田町 2 丁目 1 － 1 2 |     | 金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 237号<br>徴収開始年月日：平成13年 7月 1日<br>金属 その他金属 上顎 下顎<br>う蝕に罹患している患者の指導管理<br>(う蝕管理) 第 233号<br>徴収開始年月日：平成13年 7月 1日<br>継続管理種類 価格<br>01:フッ化物局所<br>02:小窩裂溝填塞                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 05,0658,0                | 長田眼科医院                | 〒652-0802<br>神戸市兵庫区水木通 1 丁目 1 － 1 1 | 2   | 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<br>(レンズ支給) 第 612号<br>徴収開始年月日：令和 8年 4月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>Clareon PanOpti 30700BZX0029800 310,000<br>Clareon PanOpti 30800BZX0001500 350,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 290,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 330,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 290,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 330,000<br>TECNIS Odyssey 30600BZX0002400 290,000<br>TECNIS Odyssey 30600BZX0002500 330,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016700 290,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016800 330,000 |
|                          |                       |                                     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| 医療機関番号          | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                                          | 病床数 | 報告内容                                                                    |                 |                      |
|-----------------|-------------|--------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|
| 05,0676,2       | 神戸百年記念病院    | 〒652-0855<br>神戸市兵庫区御崎町1丁目9番1号                    | 199 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3913号<br>徴収開始年月日：令和 5年10月 1日             |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     | 区分                                                                      | 病床数             | 徴収金額                 |
|                 |             |                                                  |     | 01:個室                                                                   | 1               | 44,000               |
|                 |             |                                                  |     | 01:個室                                                                   | 1               | 33,000               |
|                 |             |                                                  |     | 01:個室                                                                   | 9               | 17,600               |
|                 |             |                                                  |     | 01:個室                                                                   | 2               | 12,100               |
|                 |             |                                                  |     | 01:個室                                                                   | 12              | 6,600                |
|                 |             |                                                  |     | 01:個室                                                                   | 2               | 4,400                |
|                 |             |                                                  |     | 01:個室                                                                   | 4               | 0                    |
|                 |             |                                                  |     | 02: 2人室                                                                 | 12              | 0                    |
|                 |             |                                                  |     | 03: 3人室                                                                 | 60              | 0                    |
|                 |             |                                                  |     | 04: 4人室                                                                 | 84              | 0                    |
|                 |             |                                                  |     | 05: 5人室以上                                                               | 12              | 0                    |
|                 |             |                                                  |     | 全許可病床数                                                                  | 199床            | 費用徴収病床数 27床 割合 13.6% |
|                 |             |                                                  |     | 入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 790号<br>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日                 |                 |                      |
| 入院料区分           | 対象者数        | 徴収日数 徴収料金                                        |     |                                                                         |                 |                      |
| 01: (一般入院) 急性期一 |             | 2,783                                            |     |                                                                         |                 |                      |
| 05,0701,8       | やながわ眼科      | 〒652-0803<br>神戸市兵庫区大開通八丁目2番地<br>2ワコーレザ・神戸ハウス108号 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 536号<br>徴収開始年月日：令和 7年 7月25日 |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     | 多焦点眼内レンズの販売名                                                            | 医薬品医療機器等法承認番号   | 徴収額                  |
|                 |             |                                                  |     | Clareon PanOpti                                                         | 30200BZX0029300 | 300,000              |
|                 |             |                                                  |     | Clareon PanOpti                                                         | 30400BZX0025000 | 320,000              |
|                 |             |                                                  |     | Clareon Vivity                                                          | 30500BZX0004100 | 300,000              |
|                 |             |                                                  |     | テクニスオデッセイVB Sim                                                         | 30600BZX0002400 | 300,000              |
|                 |             |                                                  |     | テクニスオデッセイTVB Si                                                         | 30600BZX0002500 | 320,000              |
|                 |             |                                                  |     | ファインビジョンHP                                                              | 30400BZX0019700 | 300,000              |
|                 |             |                                                  |     | Clareon Vivity                                                          | 30700BZX0007900 | 320,000              |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |
|                 |             |                                                  |     |                                                                         |                 |                      |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称        | 医療機関所在地                                           | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------|--------------------|---------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 05,0706,7 | 社会医療法人社団正峰会 神戸大山病院 | 〒652-0802<br>神戸市兵庫区水木通 1 0 丁目 1 番 1 2 号           | 120 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4010号<br>徴収開始年月日：令和 7年 6月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 31 10,000<br>01:個室 1 7,000<br>01:個室 12 0<br>02: 2 人室 4 5,000<br>04: 4 人室 72 0<br>全許可病床数 120床 費用徴収病床数 36床 割合 30.0%<br>入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 538号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>40: (一般入院) 1 0 対 1 2,160 |
| 05,0707,5 | 大野こころのクリニック        | 〒652-0897<br>神戸市兵庫区駅南通 1 丁目 2 番 3 号兵庫駅南ビル 2 0 3 号 |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 124号<br>徴収開始年月日：令和 7年 4月 1日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>02:精 4,000 4,000 4,000                                                                                                                                                                                             |
| 05,0728,1 | 湊の杜病院              | 〒652-0035<br>神戸市兵庫区西多聞通 1 丁目 1 番 2 1 号            | 44  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3319号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 2 4,400<br>01:個室 1 5,500<br>02: 2 人室 2 1,100<br>03: 3 人室 3 0<br>04: 4 人室 36 0<br>全許可病床数 44床 費用徴収病床数 5床 割合 11.4%<br>入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 648号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>10: (一般入院) 地域一般 1,590       |
| 05,0741,4 | でぐちクリニック           | 〒652-0803<br>神戸市兵庫区大開通 1 丁目 1 - 1 神鉄ビル B 1        |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 133号<br>徴収開始年月日：令和 7年12月 1日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>01:内 2,200<br>59:他 2,200                                                                                                                                                                                           |
|           |                    |                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称          | 医療機関所在地                        | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------|----------------------|--------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 05,0750,5 | かしわぎ内科クリニック          | 〒652-0802<br>神戸市兵庫区水木通5丁目1番2号  |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 120号<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>32:リハ 3,300 3,300 3,300 3,300 3,300<br>徴収開始年月日: 令和 7年 4月 1日                                                                                                                                                                                              |
| 06,0227,2 | 医療法人楠和会 公文病院         | 〒653-0021<br>神戸市長田区梅ヶ香町1丁目12-7 | 111 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3395号<br>徴収開始年月日: 令和元年10月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 1 8,800<br>01:個室 2 6,600<br>01:個室 6 5,500<br>01:個室 5 3,300<br>01:個室 2 2,200<br>02: 2 人室 8 3,300<br>02: 2 人室 4 1,100<br>02: 2 人室 10 0<br>03: 3 人室 15 0<br>04: 4 人室 52 0<br>05: 5 人室以上 6 0<br>全許可病床数 111床 費用徴収病床数 28床 割合 25.2% |
| 06,0364,3 | 神戸医療生活協同組合<br>神戸協同病院 | 〒653-0041<br>神戸市長田区久保町2丁目4-7   | 165 | 入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 219号<br>徴収開始年月日: 平成16年10月12日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>47: (一般入院) I 群 1 1,814<br>21: (療養入院) 1 1,814                                                                                                                                                                                 |
| 06,0462,5 | 適寿リハビリテーション病院        | 〒653-0876<br>神戸市長田区花山町2丁目11-32 | 110 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3436号<br>徴収開始年月日: 令和元年10月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 1 0<br>02: 2 人室 8 3,850<br>02: 2 人室 6 0<br>04: 4 人室 16 330<br>04: 4 人室 16 0<br>05: 5 人室以上 36 0<br>全許可病床数 83床 費用徴収病床数 24床 割合 28.9%                                                                                            |
| 06,0530,9 | たかとり診療所              | 〒653-0052<br>神戸市長田区海運町3丁目4-5   |     | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 16号<br>徴収開始年月日: 平成29年 3月 1日<br>医療機器の販売名 徴収額 医療機器管理室 技師の人数<br>FreeStyleリブレ (Re 7,000<br>FreeStyleリブレ (セン 7,000                                                                                                                                                               |
|           |                      |                                |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                            | 病床数 | 報告内容                                                                                                                             |
|-----------|-------------|------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 06,0540,8 | 朝日診療所       | 〒653-0834<br>神戸市長田区川西通2丁目3－1       |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 72号<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>01:内 200 200 200 200 200<br>徴収開始年月日：令和元年12月 1日                            |
| 06,0541,6 | 江原内科クリニック   | 〒653-0843<br>神戸市長田区御屋敷通3丁目1－3 4    |     | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 13号<br>医療機器の販売名 徴収額 医療機器管理室 技師の人数<br>F r e e S t y l e リブレ 8,000 2:無<br>徴収開始年月日：平成29年 2月13日 |
| 06,0597,8 | ことしろクリニック   | 〒653-0003<br>神戸市長田区五番町7丁目3番1－2 0 1 |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 84号<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>02:精 3,000 3,000<br>02:精 5,000 5,000<br>徴収開始年月日：令和 2年 8月21日               |
|           |             |                                    |     |                                                                                                                                  |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称         | 医療機関所在地                          | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                                            |                                     |          |
|--------------------------|---------------------|----------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------|
| 06,0613,3<br>(06,0260,9) | 神戸市立医療センター<br>西市民病院 | 〒653-0013<br>神戸市長田区一番町 2 丁目 4 番地 | 358 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4011号<br>徴収開始年月日：令和 7年 6月 1日                                                                                                             |                                                                                              |                                                                                                                                            |                                     |          |
|                          |                     |                                  |     | 区分<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>02: 2 人室<br>03: 3 人室<br>04: 4 人室<br>04: 4 人室<br>04: 4 人室<br>05: 5 人室以上<br>全許可病床数 | 病床数<br>2<br>0<br>6<br>0<br>27<br>0<br>4<br>0<br>24<br>2<br>3<br>48<br>0<br>228<br>14<br>358床 | 徴収金額<br>19,800<br>25,740<br>13,750<br>17,875<br>13,200<br>17,160<br>11,000<br>14,300<br>0<br>0<br>0<br>4,400<br>5,720<br>0<br>0<br>費用徴収病床数 | 87床                                 | 割合 24.3% |
|                          |                     |                                  |     | 特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 49号<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,000<br>5,000                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                                            |                                     |          |
|                          |                     |                                  |     | 特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 44号<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,000<br>1,900                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                                            |                                     |          |
|                          |                     |                                  |     | 金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 3553号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日                                                                                                                   |                                                                                              |                                                                                                                                            |                                     |          |
|                          |                     |                                  |     | 金属<br>40:その他<br>04:チタン<br>40:その他                                                                                                                                        | その他金属<br>C O - C r 合金<br>金合金                                                                 | 上顎<br>220,000<br>330,000<br>440,000                                                                                                        | 下顎<br>220,000<br>330,000<br>440,000 |          |
|                          |                     |                                  |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 73号<br>徴収開始年月日：令和 7年12月15日                                                                                                               |                                                                                              |                                                                                                                                            |                                     |          |
|                          |                     |                                  |     | 販売名<br>F r e e S t y l e<br>F r e e S t y l e                                                                                                                           | リブレ 2<br>リブレ 2                                                                               | R e a d e r<br>センサー                                                                                                                        | 徴収額<br>8,000<br>7,000               |          |
|                          |                     |                                  |     |                                                                                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                                            |                                     |          |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称        | 医療機関所在地                                   | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------|--------------------|-------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 06,0620,8 | 毛利眼科・西神戸クリニック      | 〒653-0811<br>神戸市長田区大塚町1丁目8番1<br>1号ブレノ長田1階 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 579号 徴収開始年月日：令和 7年11月25日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>テクニスオデッセイVB Sim 30600BZX0002400 330,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 30600BZX0002500 380,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026300 350,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026400 400,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0022900 350,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0023000 400,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 06,0626,5 | 新長田眼科病院            | 〒653-0036<br>神戸市長田区腕塚町4-1-13              | 20  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3548号 徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 1 16,500<br>01:個室 1 13,200<br>03:3人室 18 0<br>全許可病床数 20床 費用徴収病床数 2床 割合 10.0%<br>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<br>(レンズ支給) 第 626号 徴収開始年月日：令和 8年 3月 5日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 297,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 319,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 297,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 319,000<br>Clareon PanOpti 30700BZX0029800 319,000<br>Clareon PanOpti 30800BZX0001500 341,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 30600BZX0002400 280,500<br>テクニスオデッセイTVB Si 30600BZX0002500 302,500<br>テクニスピュアシー Simpl 30600BZX0016700 280,500<br>テクニスピュアシー トーリック 30600BZX0016800 302,500 |
| 06,0631,5 | 医療法人社団 十善会<br>野瀬病院 | 〒653-0042<br>神戸市長田区二葉町5丁目1-3<br>6         | 90  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3598号 徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 6 11,000<br>04:4人室 84 0<br>全許可病床数 90床 費用徴収病床数 6床 割合 6.7%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|           |                    |                                           |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称        | 医療機関所在地                                   | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------|--------------------|-------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 06,0638,0                | 丸山病院               | 〒653-0875<br>神戸市長田区丸山町 3 丁目 4 番 2<br>2 号  | 90  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3853号<br>徴収開始年月日：令和 5年 8月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 3 5,500<br>02: 2 人室 24 0<br>03: 3 人室 27 0<br>04: 4 人室 40 0<br>全許可病床数 94床 費用徴収病床数 3床 割合 3.2%                                                                                                                                                                            |
| 06,0645,5                | アキヨシ整形外科           | 〒653-0854<br>神戸市長田区平和台町 1 丁目 1 番<br>2 1 号 | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3778号<br>徴収開始年月日：令和 4年 8月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 5 16,500<br>02: 2 人室 4 1,100<br>03: 3 人室 6 0<br>04: 4 人室 4 0<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 9床 割合 47.4%                                                                                                                                                                         |
| 06,0647,1                | 神戸朝日病院             | 〒653-0801<br>神戸市長田区房王寺町 3 丁目 5 番<br>2 5 号 | 134 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3541号<br>徴収開始年月日：令和 2年 2月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 4 16,500<br>01:個室 2 8,800<br>02: 2 人室 6 5,500<br>02: 2 人室 8 4,400<br>04: 4 人室 36 0<br>05: 5 人室以上 78 0<br>全許可病床数 134床 費用徴収病床数 20床 割合 14.9%<br><br>入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 828号<br>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日<br>入院料区分<br>対象者数<br>徴収日数<br>徴収料金<br>04: (一般入院) 急性期一 2,190 |
| 06,0656,2<br>(06,0276,5) | 医療法人一輝会 荻原<br>記念病院 | 〒653-0037<br>神戸市長田区大橋町 7 丁目 1 番 1         | 142 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3828号<br>徴収開始年月日：令和 5年 4月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 10 13,200<br>02: 2 人室 4 3,300<br>04: 4 人室 128 0<br>全許可病床数 142床 費用徴収病床数 14床 割合 9.9%                                                                                                                                                                                     |
|                          |                    |                                           |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称        | 医療機関所在地                         | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------|--------------------|---------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 07,0086,0 | 医療法人一高会 野村<br>海浜病院 | 〒654-0055<br>神戸市須磨区須磨浦通2丁目1－4 1 | 176 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3869号<br>徴収開始年月日：令和 5年11月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 1 20,000<br>01:個室 1 15,000<br>01:個室 1 12,000<br>01:個室 11 10,000<br>01:個室 10 7,000<br>02:2人室 2 4,000<br>02:2人室 2 3,500<br>03:3人室 3 3,500<br>03:3人室 9 0<br>04:4人室 40 0<br>05:5人室以上 96 0<br>全許可病床数 176床 費用徴収病床数 31床 割合 17.6%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 757号<br>徴収開始年月日：令和 4年 5月30日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>08:（一般入院）地域一般 1,740 |
| 07,0252,8 | 益子産婦人科医院           | 〒654-0023<br>神戸市須磨区戎町3丁目5－1 5   |     | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3580号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 4 11,000<br>01:個室 1 16,500<br>01:個室 7 0<br>全許可病床数 12床 費用徴収病床数 5床 割合 41.7%                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 07,0266,8 | 阿部内科医院             | 〒654-0162<br>神戸市須磨区神の谷7丁目1－3    |     | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 17号<br>徴収開始年月日：平成29年 3月27日<br>医療機器の販売名 徴収額 医療機器管理室 技師の人数<br>FreeStyleリブレ（Re 7,560<br>FreeStyleリブレ（セン 7,560<br>予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 57号<br>徴収開始年月日：平成29年 7月 1日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>01:内                                                                                                                                                                                      |
|           |                    |                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称   | 医療機関所在地                            | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------|---------------|------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 07,0279,1 | 松岡神経内科        | 〒654-0154<br>神戸市須磨区中落合 2 丁目 2 － 5  |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 128号<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>04:神内 500<br>徴収開始年月日：令和 7年 6月 1日                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 07,0320,3 | 医療法人社団董会北須磨病院 | 〒654-0102<br>神戸市須磨区東白川台 1 丁目 1 － 1 | 144 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3538号<br>徴収開始年月日：令和 2年 2月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 2 22,000<br>01:個室 3 16,500<br>01:個室 2 13,200<br>01:個室 7 11,000<br>02: 2 人室 4 5,500<br>03: 3 人室 18 0<br>04: 4 人室 108 0<br>全許可病床数 144床 費用徴収病床数 18床 割合 12.5%<br>入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 639号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>05: (一般入院) 急性期一 2,231<br>徴収開始年月日：平成30年 4月 1日 |
| 07,0327,8 | 高井眼科医院        | 〒654-0151<br>神戸市須磨区北落合 2 － 1 1 － 7 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 62号<br>徴収開始年月日：令和 2年 7月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>テクニスシンフォニーVB (ZX 2 2 9 0 0 BZX0000500 280,000<br>テクニスシンフォニートーリック 2 2 9 0 0 BZX0036000 300,000<br>テクニスマルチフォーカルワンピ 2 2 3 0 0 BZX0027700 150,000<br>アルコンアクリソフIQPanO 2 3 1 0 0 BZX0004200 320,000<br>アルコンアクリソフIQPanO 2 3 1 0 0 BZX0004300 350,000     |
|           |               |                                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称    | 医療機関所在地                               | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------|----------------|---------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 07,0380,7 | 高橋病院           | 〒654-0026<br>神戸市須磨区大池町 5 丁目 1 8 番 1 号 | 112 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 161号<br>徴収開始年月日：平成28年 7月 1日<br>治験薬名称<br>BAY59-7939<br>BAY59-7939<br>BAY59-7939<br>ONO-1162<br>ダビガトランエテキシラート<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 52<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 10<br>1:内服薬 2:第Ⅱ相 10<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 3<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 10<br><br>医療機器の治験に係る診療<br>(機器治験) 第 4号<br>徴収開始年月日：平成28年 7月 1日<br>治験機器名称 区分 対象患者数 徴収額<br>BTR-1131 3:第Ⅲ相 15<br>Comboステント (OMKKO 3:第Ⅲ相 19<br><br>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4035号<br>徴収開始年月日：令和 7年 4月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 8 9,000<br>01:個室 4 11,000<br>01:個室 6 13,000<br>01:個室 2 15,000<br>01:個室 3 0<br>04: 4 人室 84 0<br>05: 5 人室以上 5 0<br>全許可病床数 112床 費用徴収病床数 20床 割合 17.9%<br><br>入院期間が1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 699号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>01: (一般入院) 急性期一 2,480 |
| 07,0398,9 | 新須磨リハビリテーション病院 | 〒654-0142<br>神戸市須磨区友が丘 7 丁目 1 番 3 1 号 | 56  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3632号<br>徴収開始年月日：平成29年12月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 2 15,000<br>01:個室 2 10,000<br>04: 4 人室 52 0<br>全許可病床数 56床 費用徴収病床数 4床 割合 7.1%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|           |                |                                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                        | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                  |
|-----------|-------------|--------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 07,0438,3 | 須磨浦病院       | 〒654-0076<br>神戸市須磨区一ノ谷町3丁目3番8号 | 126 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3609号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>01:個室 5 7,700<br>01:個室 2 8,800<br>02:2人室 4 0<br>02:2人室 10 3,850<br>03:3人室 57 0<br>04:4人室 48 0<br>全許可病床数 126床 費用徴収病床数 17床 割合 13.5% |
|           |             |                                |     |                                                                                                                                                                                                       |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                                  | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------|-------------|------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 07,0444,1<br>(07,0205,2) | 新須磨病院       | 〒654-0048<br>神戸市須磨区衣掛町 3 丁目 1 番 1<br>4 号 | 147 | <div>医薬品の治験に係る診療<br/>(治験診療) 第 149号<br/>徴収開始年月日：平成27年10月 1日<br/>治験薬名称<br/>NE 5 8 0 9 5<br/>リバーロキサバン<br/>チカグレロル<br/>プラスグレレル塩酸塩<br/>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br/>1:内服薬 3:第Ⅲ相 13<br/>1:内服薬 3:第Ⅲ相 20<br/>1:内服薬 3:第Ⅲ相 25<br/>1:内服薬 3:第Ⅲ相 12</div> <div>医療機器の治験に係る診療<br/>(機器治験) 第 3号<br/>徴収開始年月日：平成27年10月 1日<br/>治験機器名称 区分 対象患者数 徴収額<br/>パクリタキセルコーディングカテ 2:第Ⅱ相 10<br/>A S - 2 5 3:第Ⅲ相 5</div> <div>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br/>(入療養提供) 第 3381号<br/>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br/>区分 病床数 徴収金額<br/>01:個室 4 12,100<br/>01:個室 10 13,200<br/>01:個室 2 24,200<br/>01:個室 1 33,000<br/>04: 4 人室 116 0<br/>05: 5 人室以上 14 0<br/>全許可病床数 147床 費用徴収病床数 17床 割合 11.6%</div> <div>入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br/>(超過入院) 第 581号<br/>徴収開始年月日：平成29年 1月 1日<br/>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br/>38: (一般入院) 7 対 1 入 2,581</div> <div>金属床による総義歯の提供<br/>(金属総義歯) 第 3549号<br/>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br/>金属 その他金属 上顎 下顎<br/>03:コバルト 200,000 200,000</div> <div>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<br/>(レンズ支給) 第 623号<br/>徴収開始年月日：令和 8年 2月19日<br/>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br/>C l a r e o n 非球面 P a n O p 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 330,000<br/>C l a r e o n 非球面 P a n O p 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 352,000<br/>C l a r e o n P a n O p t i 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0 330,000<br/>C l a r e o n P a n O p t i 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0 352,000<br/>C l a r e o n V i v i t y 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 330,000<br/>C l a r e o n V i v i t y 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0 352,000</div> |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                          | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------|-------------|----------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |             |                                  |     | <div>Clareon PanOpti 30700BZX0029800 385,000</div> <div>Clareon PanOpti 30800BZX0001500 440,000</div> <div>間歇スキャン式持続血糖測定器の使用</div> <div>(血糖測定器) 第 2号</div> <div>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日</div> <div>販売名</div> <div>徴収額</div> <div>Freestyle リブレ2 6,050</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 07,0476,3 | 尾原病院        | 〒654-0121<br>神戸市須磨区妙法寺字荒打308番地の1 | 98  | <div>入院医療に係る特別の療養環境の提供</div> <div>(入療養提供) 第 4094号</div> <div>徴収開始年月日：令和 8年 3月 1日</div> <div>区分</div> <div>病床数</div> <div>徴収金額</div> <div>01:個室 1 3,850</div> <div>01:個室 7 5,500</div> <div>01:個室 90 0</div> <div>全許可病床数 98床 費用徴収病床数 8床 割合 8.2%</div> <div>入院期間が180日を超える入院</div> <div>(超過入院) 第 833号</div> <div>徴収開始年月日：令和 8年 3月 1日</div> <div>入院料区分</div> <div>対象者数</div> <div>徴収日数</div> <div>徴収料金</div> <div>08: (一般入院) 地域一般 1,940</div>                                                                                                         |
| 08,0093,4 | 舞子台病院       | 〒655-0046<br>神戸市垂水区舞子台7丁目2-1     | 120 | <div>入院医療に係る特別の療養環境の提供</div> <div>(入療養提供) 第 3380号</div> <div>徴収開始年月日：令和元年10月 1日</div> <div>区分</div> <div>病床数</div> <div>徴収金額</div> <div>01:個室 15 8,800</div> <div>01:個室 1 5,500</div> <div>01:個室 1 0</div> <div>02: 2人室 2 4,400</div> <div>02: 2人室 4 3,300</div> <div>03: 3人室 12 0</div> <div>04: 4人室 85 0</div> <div>全許可病床数 120床 費用徴収病床数 22床 割合 18.3%</div> <div>入院期間が180日を超える入院</div> <div>(超過入院) 第 552号</div> <div>徴収開始年月日：平成26年 7月 1日</div> <div>入院料区分</div> <div>対象者数</div> <div>徴収日数</div> <div>徴収料金</div> <div>41: (一般入院) 13対1 1,680</div> |
|           |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称     | 医療機関所在地                       | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------|-----------------|-------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08,0210,4 | 医療法人薫風会 佐野病院    | 〒655-0031<br>神戸市垂水区清水が丘2丁目5－1 | 131 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4029号<br>徴収開始年月日：令和 7年 4月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 1 17,600<br>01:個室 29 13,200<br>01:個室 1 11,000<br>02:2人室 4 6,050<br>02:2人室 4 4,950<br>04:4人室 8 1,650<br>04:4人室 84 0<br>全許可病床数 131床 費用徴収病床数 47床 割合 35.9%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 739号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>01:（一般入院）急性期一 2,625                                       |
| 08,0275,7 | 医療法人徳洲会 神戸徳洲会病院 | 〒655-0017<br>神戸市垂水区上高丸1丁目3－10 | 309 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3798号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 16 0<br>01:個室 55 2,200<br>01:個室 2 3,300<br>01:個室 2 4,400<br>02:2人室 2 0<br>02:2人室 8 1,100<br>03:3人室 12 0<br>04:4人室 120 0<br>05:5人室以上 84 0<br>05:5人室以上 8 0<br>全許可病床数 309床 費用徴収病床数 67床 割合 21.7%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 710号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>01:（一般入院）急性期一 2,387 |
|           |                 |                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                               | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------|-------------|---------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08,0347,4 | 眼科 中橋クリニック  | 〒655-0881<br>神戸市垂水区東垂水町字管の口6<br>3 4－1 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 498号<br>徴収開始年月日：令和 7年 6月11日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>徴収額<br>Clareon非球面PanOp 30200BZX0029400 270,000<br>Clareon非球面PanOp 30300BZX0015300 330,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 270,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 330,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 270,000<br>テクニスシナジーVB Simp 30200BZX0005500 270,000<br>テクニスシナジーTVB Sim 30200BZX0013900 330,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026300 270,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026400 330,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0022900 270,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0023000 330,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 330,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 30600BZX0002400 270,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 30600BZX0002500 330,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016700 270,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016800 330,000 |
|           |             |                                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                       | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------|-------------|-------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08,0424,1 | 神戸掖済会病院     | 〒655-0004<br>神戸市垂水区学が丘1丁目21-1 | 315 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3768号<br>徴収開始年月日：令和 4年 5月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 2 8,800<br>01:個室 52 12,100<br>01:個室 9 0<br>02:2人室 8 0<br>03:3人室 6 0<br>04:4人室 240 0<br>05:5人室以上 8 0<br>全許可病床数 325床 費用徴収病床数 54床 割合 16.6%<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 78号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,700<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 72号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,300<br>医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療<br>(規定回数超) 第 67号<br>徴収開始年月日：令和 2年 5月 1日<br>診療の名称<br>徴収額<br>01:検査 1,400<br>01:検査 1,150<br>01:検査 1,130<br>01:検査 1,400<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 820号<br>徴収開始年月日：令和 7年 2月 1日<br>入院料区分<br>対象者数 徴収日数 徴収料金<br>01:（一般入院）急性期一 2,532<br>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<br>(レンズ支給) 第 627号<br>徴収開始年月日：令和 8年 4月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>徴収額<br>テクニスオデッセイVB Sim 30600BZX0002400 320,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 30600BZX0002500 340,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029400 320,000<br>Clareon PanOpti 30300BZX0015300 340,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 320,000 |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号 | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地 | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------|-------------|---------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|        |             |         |     | <div>Clareon PanOpti30400BZX0025000340,000</div> <div>Clareon Vivity30500BZX0004100320,000</div> <div>Clareon Vivity30700BZX0007900340,000</div> <div>Vivonex ジェメトリック30500BZX0026300320,000</div> <div>Vivonex ジェメトリック30500BZX0026400340,000</div> <div>Vivonex ジェメトリック30600BZX0022900320,000</div> <div>Vivonex ジェメトリック30600BZX0023000340,000</div> <div>テクニスピュアシー Simpl30600BZX0016700320,000</div> <div>テクニスピュアシー Simpl30600BZX0016800340,000</div> <div>Clareon PanOpti30700BZX0029800320,000</div> <div>Clareon PanOpti30800BZX0001500340,000</div> <div>間歇スキャン式持続血糖測定器の使用</div> <div>(血糖測定器) 第 32号</div> <div>徴収開始年月日：令和 7年 7月 1日</div> <div>販売名</div> <div>徴収額</div> <div>FreeStyleリブレ2 (Reader)7,798</div> <div>FreeStyleリブレ2 (センサー)7,480</div> |
|        |             |         |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| 医療機関番号                                                                                          | 医 療 機 関 名 称                                           | 医療機関所在地                                    | 病床数 | 報告内容                                                                    |                               |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------|
| 08,0430,8<br>(08,0227,4)                                                                        | 医療法人社団董会名谷<br>病院                                      | 〒655-0852<br>神戸市垂水区名谷町字梨原 2 3 5<br>0－2     | 112 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3512号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日              |                               |         |
|                                                                                                 |                                                       |                                            |     | 区分                                                                      | 病床数                           | 徴収金額    |
|                                                                                                 |                                                       |                                            |     | 01:個室                                                                   | 2                             | 15,400  |
|                                                                                                 |                                                       |                                            |     | 01:個室                                                                   | 1                             | 22,000  |
|                                                                                                 |                                                       |                                            |     | 01:個室                                                                   | 2                             | 13,200  |
|                                                                                                 |                                                       |                                            |     | 02: 2 人室                                                                | 10                            | 5,500   |
|                                                                                                 |                                                       |                                            |     | 03: 3 人室                                                                | 6                             | 0       |
|                                                                                                 |                                                       |                                            |     | 03: 3 人室                                                                | 3                             | 5,500   |
|                                                                                                 |                                                       |                                            |     | 04: 4 人室                                                                | 88                            | 0       |
|                                                                                                 |                                                       |                                            |     | 全許可病床数                                                                  | 112床                          | 費用徴収病床数 |
| 時間外診察<br>(時間外診察) 第 11号<br>徴収額<br>700                                                            | 徴収開始年月日：平成14年 8月 1日                                   |                                            |     |                                                                         |                               |         |
| 医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療<br>(規定回数超) 第 6号<br>診療の名称<br>02:リハビリテーション<br>02:リハビリテーション<br>02:リハビリテーション | 徴収開始年月日：平成18年 4月 1日<br>徴収額<br>1,000<br>1,800<br>1,800 |                                            |     |                                                                         |                               |         |
| 入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 476号<br>入院料区分<br>40: (一般入院) 1 0 対 1                               | 徴収開始年月日：平成26年 4月 1日<br>対象者数 徴収日数 徴収料金<br>2,157        |                                            |     |                                                                         |                               |         |
| 08,0507,3                                                                                       | いのうえ眼科                                                | 〒655-0048<br>神戸市垂水区西舞子 2 丁目 1 4 番<br>1 1 号 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 477号<br>徴収開始年月日：令和 7年 5月19日 |                               |         |
|                                                                                                 |                                                       |                                            |     | 多焦点眼内レンズの販売名                                                            | 医薬品医療機器等法承認番号                 | 徴収額     |
|                                                                                                 |                                                       |                                            |     | C l a r e o n 非球面 P a n O p                                             | 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 | 310,000 |
|                                                                                                 |                                                       |                                            |     | C l a r e o n 非球面 P a n O p                                             | 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 | 360,000 |
|                                                                                                 |                                                       |                                            |     | C l a r e o n P a n O p t i                                             | 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0 | 310,000 |
|                                                                                                 |                                                       |                                            |     | C l a r e o n P a n O p t i                                             | 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0 | 360,000 |
|                                                                                                 |                                                       |                                            |     | V i v i n e x ジェメトリック                                                   | 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 3 0 0 | 310,000 |
|                                                                                                 |                                                       |                                            |     | V i v i n e x ジェメトリック                                                   | 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 4 0 0 | 360,000 |
|                                                                                                 |                                                       |                                            |     | V i v i n e x ジェメトリック                                                   | 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 2 9 0 0 | 310,000 |
|                                                                                                 |                                                       |                                            |     | V i v i n e x ジェメトリック                                                   | 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 3 0 0 0 | 360,000 |
|                                                                                                 |                                                       |                                            |     |                                                                         |                               |         |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                                      | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------|-------------|----------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08,0513,1 | おじま眼科クリニック  | 〒655-0893<br>神戸市垂水区日向2丁目1番4号<br>垂水駅前ゴールドビル3階 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 569号<br>徴収開始年月日：令和7年11月1日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029400 310,000<br>Clareon PanOpti 30300BZX0015300 330,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 310,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 330,000<br>テクニスオデッセイ VB 30600BZX0002400 310,000<br>テクニスオデッセイ TVB 30600BZX0002500 330,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026300 295,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026400 315,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0022900 295,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0023000 315,000<br>テクニスピュアシー 30600BZX0016700 310,000<br>テクニスピュアシー トーリック 30600BZX0016800 330,000 |
| 08,0524,8 | すやま眼科       | 〒655-0047<br>神戸市垂水区東舞子町10-1テ<br>ィオ舞子7階 702号室 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 600号<br>徴収開始年月日：令和8年2月13日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 300,000<br>Clareon 非球面PanO 30200BZX0029400 300,000<br>Clareon 非球面PanO 30300BZX0015300 320,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 300,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 320,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 320,000<br>テクニスピュアシー Simpl 30600BZX0016700 300,000<br>テクニスピュアシー Simpl 30600BZX0016800 320,000<br>Clareon PanOpti 30700BZX0029800 310,000<br>Clareon PanOpti 30800BZX0001500 330,000                                                                            |
| 08,0534,7 | 深水内科医院      | 〒655-0007<br>神戸市垂水区多聞台4丁目122番                |     | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 18号<br>徴収開始年月日：平成29年3月6日<br>医療機器の販売名<br>FreeStyleリブレ (Re 7,700<br>FreeStyleリブレ (セン 7,700                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|           |             |                                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称        | 医療機関所在地                                             | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------|--------------------|-----------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08,0579,2 | 社会医療法人社団順心会 順心神戸病院 | 〒655-0008<br>神戸市垂水区小東台 8 6 8 番 3 7                  | 118 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3903号<br>徴収開始年月日：令和 6年 4月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 12 13,200<br>02: 2人室 4 0<br>02: 2人室 4 3,300<br>04: 4人室 88 0<br>05: 5人室以上 10 0<br>全許可病床数 118床 費用徴収病床数 16床 割合 13.6%<br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 747号 徴収開始年月日：令和 3年 7月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>06: (一般入院) 急性期一 2,073                                                                                                                                           |
| 08,0605,5 | 舞多聞こころのクリニック       | 〒655-0051<br>神戸市垂水区舞多聞西 5 丁目 1 - 3                  |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 115号 徴収開始年月日：令和 6年 8月26日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>02:精 8,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 08,0609,7 | たけもと眼科             | 〒655-0027<br>神戸市垂水区神田町 1 - 1 7 プリ<br>コ垂水南館 3階 3 0 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<br>(レンズ支給) 第 489号 徴収開始年月日：令和 7年 5月23日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>テクニスシナジーVB Simp 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 0 5 5 0 0 275,000<br>テクニスシナジーTVB Sim 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 1 3 9 0 0 300,000<br>Clareon PanOpti 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 305,000<br>Clareon PanOpti 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 285,000<br>Clareon Vivity 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 300,000<br>Clareon Vivity 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0 320,000 |
|           |                    |                                                     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称      | 医療機関所在地                   | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------|------------------|---------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09,0018,9<br>(09,0082,1) | 医療法人信和会 明和<br>病院 | 〒663-8186<br>西宮市上鳴尾町4－3 1 | 257 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4083号<br>徴収開始年月日：令和 7年11月30日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 8 16,500<br>01:個室 7 14,300<br>01:個室 32 13,200<br>01:個室 18 8,250<br>01:個室 3 0<br>02: 2 人室 2 0<br>03: 3 人室 18 0<br>04: 4 人室 32 2,200<br>04: 4 人室 132 0<br>05: 5 人室以上 5 0<br>全許可病床数 257床 費用徴収病床数 97床 割合 37.7%<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 74号<br>徴収開始年月日：令和 5年12月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,700<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 69号<br>徴収開始年月日：令和 5年12月 1日<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,300<br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 708号<br>徴収開始年月日：令和元年10月31日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>01: (一般入院) 急性期一 2,620<br>金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 3554号<br>徴収開始年月日：令和元年10月31日<br>金属 その他金属 上顎 下顎<br>03: コバルト 220,000 220,000<br>04: チタン 275,000 275,000<br>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<br>(レンズ支給) 第 382号<br>徴収開始年月日：令和 6年 9月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>テクニスシンフォニーVB 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 0 0 5 0 0 182,000<br>テクニスシンフォニートーリック 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 3 6 0 0 0 182,000<br>テクニスマルチフォーカルワンピ 2 2 3 0 0 B Z X 0 0 2 7 7 0 0 182,000<br>C l a r e o n非球面 P a n O 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 341,000 |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称  | 医療機関所在地                              | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------|--------------|--------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |              |                                      |     | Clareon非球面 Pano 30200BZX0029400 292,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 292,000                                                                                                                                                                                       |
| 09,0061,9 | 医療法人喜望会 谷向病院 | 〒663-8215<br>西宮市今津水波町 6－3 0          | 180 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3797号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 1 16,500<br>01:個室 3 11,000<br>01:個室 28 8,800<br>04:4人室 148 0<br>全許可病床数 180床 費用徴収病床数 32床 割合 17.8%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 761号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>04:（一般入院）急性期一 2,160 |
| 09,0181,5 | 関西学院保健館      | 〒662-0891<br>西宮市上ヶ原 1 番町 1 番 1 5 5 号 |     | 金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 590号<br>徴収開始年月日：平成13年 7月 1日<br>金属 その他金属 上顎 下顎<br>う蝕に罹患している患者の指導管理<br>(う蝕管理) 第 581号<br>徴収開始年月日：平成13年 7月 1日<br>継続管理種類 価格<br>01:フッ化物局所<br>02:小窩裂溝填塞                                                                                              |
|           |              |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称       | 医療機関所在地                            | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------|-------------------|------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09,0244,1                | 医療法人芳恵会 三好病院      | 〒663-8112<br>西宮市甲子園口北町 2 4 - 9     | 99  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4022号<br>徴収開始年月日：令和 7年 6月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 14 11,000<br>01:個室 1 13,200<br>01:個室 1 22,000<br>02: 2 人室 2 3,300<br>02: 2 人室 4 4,950<br>02: 2 人室 12 5,500<br>02: 2 人室 6 0<br>03: 3 人室 15 0<br>04: 4 人室 44 0<br>全許可病床数 99床 費用徴収病床数 34床 割合 34.3%<br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 698号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>04: (一般入院) 急性期一 2,200<br>12: (一般入院) 特定入院 1,650 |
| 09,0271,4                | 医療法人内海慈仁会<br>有馬病院 | 〒651-1412<br>西宮市山口町下山口 1 6 3 7 - 5 | 353 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4067号<br>徴収開始年月日：令和 7年 9月16日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 8 12,100<br>01:個室 21 6,050<br>01:個室 14 2,200<br>01:個室 11 1,650<br>01:個室 24 0<br>02: 2 人室 10 550<br>02: 2 人室 26 0<br>04: 4 人室 64 550<br>04: 4 人室 60 0<br>05: 5 人室以上 115 0<br>全許可病床数 353床 費用徴収病床数 128床 割合 36.3%                                                                                                                         |
| 09,0372,0<br>(09,0186,0) | 西宮すなご医療福祉セ<br>ンター | 〒663-8131<br>西宮市武庫川町 2 番 9 号       | 182 | 金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 468号<br>徴収開始年月日：平成13年 7月 1日<br>金属 その他金属 上顎 下顎<br>03: コバルト 250,000 250,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                          |                   |                                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                    | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------|-------------|----------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09,0457,9<br>(09,0324,7) | 兵庫医科大学病院    | 〒663-8131<br>西宮市武庫川町 1 － 1 | 963 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4025号<br>徴収開始年月日：令和 7年 6月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室<br>15<br>0<br>01:個室<br>2<br>49,500<br>01:個室<br>9<br>31,900<br>01:個室<br>11<br>28,600<br>01:個室<br>6<br>26,400<br>01:個室<br>20<br>19,800<br>01:個室<br>56<br>18,700<br>01:個室<br>78<br>12,100<br>01:個室<br>5<br>6,600<br>02: 2 人室<br>6<br>0<br>02: 2 人室<br>10<br>3,850<br>03: 3 人室<br>6<br>0<br>04: 4 人室<br>156<br>0<br>04: 4 人室<br>88<br>4,400<br>04: 4 人室<br>100<br>2,200<br>05: 5 人室以上<br>329<br>0<br>全許可病床数<br>897床<br>費用徴収病床数<br>385床<br>割合<br>42.9%<br>時間外診察<br>(時間外診察) 第 62号<br>徴収開始年月日：令和 6年 4月 1日<br>徴収額<br>8,800<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 77号<br>徴収開始年月日：令和 4年 4月 1日<br>徴収額<br>初診患者数<br>徴収患者数<br>11,000<br>11,000<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 71号<br>徴収開始年月日：令和 4年 4月 1日<br>徴収額<br>再診患者数<br>徴収患者数<br>3,300<br>3,300<br>入院期間が1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 672号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分<br>対象者数<br>徴収日数<br>徴収料金<br>13: (特定入院) 7 対 1 入<br>2,640 |

| 医療機関番号 | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地 | 病床数 | 報告内容                                                        |
|--------|-------------|---------|-----|-------------------------------------------------------------|
|        |             |         |     | 金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 3546号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>金属 |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称           | 医療機関所在地                     | 病床数     | 報告内容                |       |                      |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------------|---------|---------------------|-------|----------------------|
| 09,0646,7<br>(09,0377,5) | 医療法人社団アガペ会<br>アガペ甲山病院 | 〒662-0001<br>西宮市甲山町 5 3 - 4 | 166     | 入院医療に係る特別の療養環境の提供   |       |                      |
|                          |                       |                             |         | (入療養提供) 第 3057号     |       |                      |
|                          |                       |                             |         | 徴収開始年月日：平成29年 1月 1日 |       |                      |
|                          |                       |                             |         | 区分                  | 病床数   | 徴収金額                 |
|                          |                       |                             |         | 01:個室               | 9     | 10,500               |
|                          |                       |                             |         | 01:個室               | 1     | 8,400                |
|                          |                       |                             |         | 01:個室               | 6     | 8,000                |
|                          |                       |                             |         | 01:個室               | 4     | 6,500                |
|                          |                       |                             |         | 01:個室               | 2     | 5,500                |
|                          |                       |                             |         | 01:個室               | 12    | 5,000                |
|                          |                       |                             |         | 02: 2 人室            | 4     | 6,300                |
|                          |                       |                             |         | 02: 2 人室            | 4     | 4,500                |
|                          |                       |                             |         | 02: 2 人室            | 2     | 4,200                |
|                          |                       |                             |         | 02: 2 人室            | 4     | 4,000                |
|                          |                       |                             |         | 02: 2 人室            | 4     | 3,500                |
|                          |                       |                             |         | 02: 2 人室            | 2     | 3,000                |
|                          |                       |                             |         | 03: 3 人室            | 9     | 3,150                |
|                          |                       |                             |         | 04: 4 人室            | 4     | 2,100                |
|                          |                       |                             |         | 04: 4 人室            | 80    | 0                    |
|                          |                       |                             |         | 05: 5 人室以上          | 19    | 0                    |
|                          |                       |                             |         | 全許可病床数              | 166床  | 費用徴収病床数 67床 割合 40.4% |
|                          |                       |                             |         | 金属床による総義歯の提供        |       |                      |
|                          |                       |                             |         | (金属総義歯) 第 559号      |       |                      |
|                          |                       |                             |         | 徴収開始年月日：平成13年 7月 1日 |       |                      |
|                          |                       |                             |         | 金属                  | その他金属 | 上顎                   |
| 03: コバルト                 |                       | 250,000                     | 250,000 |                     |       |                      |
| 01: 白金                   |                       | 400,000                     | 400,000 |                     |       |                      |
| う蝕に罹患している患者の指導管理         |                       |                             |         |                     |       |                      |
| (う蝕管理) 第 558号            |                       |                             |         |                     |       |                      |
| 徴収開始年月日：平成13年 7月 1日      |                       |                             |         |                     |       |                      |
| 継続管理種類                   | 価格                    |                             |         |                     |       |                      |
| 01: フッ化物局所               |                       |                             |         |                     |       |                      |
| 02: 小窩裂溝填塞               |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |
|                          |                       |                             |         |                     |       |                      |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称         | 医療機関所在地                         | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------|---------------------|---------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09,0649,1<br>(09,0851,9) | 社会医療法人渡邊高記念会 西宮渡辺病院 | 〒662-0863<br>西宮市室川町 1 0－2 2     | 180 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3981号<br>徴収開始年月日：令和 7年 2月 1日<br>区分<br>01:個室 2 28,600<br>01:個室 2 26,400<br>01:個室 26 11,000<br>01:個室 4 8,800<br>01:個室 10 0<br>02: 2 人室 4 4,400<br>02: 2 人室 10 0<br>03: 3 人室 6 0<br>04: 4 人室 96 0<br>05: 5 人室以上 20 0<br>全許可病床数 180床 費用徴収病床数 38床 割合 21.1%<br>予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 118号<br>徴収開始年月日：令和 7年 2月 1日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>02:精 2,000<br>35:心内 2,750 2,750<br>入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 326号<br>徴収開始年月日：平成21年 4月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>40: (一般入院) 1 0 対 1 1,950 |
| 09,0661,6                | 医療法人社団緑水会<br>北摂中央病院 | 〒669-1101<br>西宮市塩瀬町生瀬 1 2 8 1－5 | 190 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3581号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>01:個室 6 4,400<br>01:個室 12 3,300<br>04: 4 人室 172 0<br>全許可病床数 190床 費用徴収病床数 18床 割合 9.5%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                          |                     |                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                       | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------|-------------|-------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09,0742,4 | 西宮協立脳神経外科病院 | 〒663-8211<br>西宮市今津山中町 1 1 - 1 | 167 | <div>医薬品の治験に係る診療<br/>(治験診療) 第 79号<br/>治験薬名称<br/>デスモテプラゼ (L u A E 03<br/>プラスグレル塩酸塩 (C S - 74<br/>T A K - 4 3 8 (CCT301)<br/>T A K - 4 3 8 (CCT302)<br/>T A K - 4 3 8 (OCT301)<br/>T A K - 4 3 8 (OCT302)<br/>N01159<br/>CS747S-A-J304<br/>D961UC 0 0 0 0 2<br/><br/>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br/>(入療養提供) 第 3565号<br/>区分<br/>01:個室<br/>01:個室<br/>01:個室<br/>01:個室<br/>04: 4 人室<br/>05: 5 人室以上<br/>全許可病床数<br/>161床<br/>費用徴収病床数<br/>74床<br/>割合 46.0%<br/><br/>徴収開始年月日：平成24年 9月 7日<br/>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br/>2:注射薬 2:第Ⅱ相 2<br/>1:内服薬 3:第Ⅲ相 20<br/>1:内服薬 3:第Ⅲ相 6<br/>1:内服薬 3:第Ⅲ相 12<br/>1:内服薬 3:第Ⅲ相 4<br/>1:内服薬 3:第Ⅲ相 8<br/>1:内服薬 3:第Ⅲ相 1<br/>1:内服薬 3:第Ⅲ相 12<br/>1:内服薬 3:第Ⅲ相 4<br/><br/>徴収開始年月日：令和 2年 5月18日</div> |
|           |             |                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号     | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                       | 病床数     | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |     |      |       |   |   |       |   |       |          |   |   |          |   |       |          |   |   |          |    |   |            |     |   |        |      |                     |    |       |    |    |         |  |         |         |       |  |         |         |        |  |         |         |        |    |           |  |           |  |
|------------|-------------|-------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|------|-------|---|---|-------|---|-------|----------|---|---|----------|---|-------|----------|---|---|----------|----|---|------------|-----|---|--------|------|---------------------|----|-------|----|----|---------|--|---------|---------|-------|--|---------|---------|--------|--|---------|---------|--------|----|-----------|--|-----------|--|
| 09,0745,7  | 仁明会病院       | 〒662-0001<br>西宮市甲山町 5 3 - 2 0 | 302     | <div>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br/>(入療養提供) 第 3717号<br/>徴収開始年月日：令和 3年 7月 1日</div> <table><tr><th>区分</th><th>病床数</th><th>徴収金額</th></tr><tr><td>01:個室</td><td>8</td><td>0</td></tr><tr><td>01:個室</td><td>9</td><td>1,650</td></tr><tr><td>02: 2 人室</td><td>4</td><td>0</td></tr><tr><td>02: 2 人室</td><td>8</td><td>1,100</td></tr><tr><td>03: 3 人室</td><td>3</td><td>0</td></tr><tr><td>04: 4 人室</td><td>28</td><td>0</td></tr><tr><td>05: 5 人室以上</td><td>206</td><td>0</td></tr><tr><td>全許可病床数</td><td>266床</td><td>費用徴収病床数 17床 割合 6.4%</td></tr></table> <div>金属床による総義歯の提供<br/>(金属総義歯) 第 579号<br/>徴収開始年月日：平成13年 7月 1日</div> <table><tr><th>金属</th><th>その他金属</th><th>上顎</th><th>下顎</th></tr><tr><td>03:コバルト</td><td></td><td>250,000</td><td>250,000</td></tr><tr><td>01:白金</td><td></td><td>500,000</td><td>500,000</td></tr><tr><td>04:チタン</td><td></td><td>300,000</td><td>300,000</td></tr></table> <div>う蝕に罹患している患者の指導管理<br/>(う蝕管理) 第 570号<br/>徴収開始年月日：平成13年 7月 1日</div> <table><tr><th>継続管理種類</th><th>価格</th></tr><tr><td>01:フッ化物局所</td><td></td></tr><tr><td>02:小窩裂溝填塞</td><td></td></tr></table> | 区分 | 病床数 | 徴収金額 | 01:個室 | 8 | 0 | 01:個室 | 9 | 1,650 | 02: 2 人室 | 4 | 0 | 02: 2 人室 | 8 | 1,100 | 03: 3 人室 | 3 | 0 | 04: 4 人室 | 28 | 0 | 05: 5 人室以上 | 206 | 0 | 全許可病床数 | 266床 | 費用徴収病床数 17床 割合 6.4% | 金属 | その他金属 | 上顎 | 下顎 | 03:コバルト |  | 250,000 | 250,000 | 01:白金 |  | 500,000 | 500,000 | 04:チタン |  | 300,000 | 300,000 | 継続管理種類 | 価格 | 01:フッ化物局所 |  | 02:小窩裂溝填塞 |  |
| 区分         | 病床数         | 徴収金額                          |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |     |      |       |   |   |       |   |       |          |   |   |          |   |       |          |   |   |          |    |   |            |     |   |        |      |                     |    |       |    |    |         |  |         |         |       |  |         |         |        |  |         |         |        |    |           |  |           |  |
| 01:個室      | 8           | 0                             |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |     |      |       |   |   |       |   |       |          |   |   |          |   |       |          |   |   |          |    |   |            |     |   |        |      |                     |    |       |    |    |         |  |         |         |       |  |         |         |        |  |         |         |        |    |           |  |           |  |
| 01:個室      | 9           | 1,650                         |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |     |      |       |   |   |       |   |       |          |   |   |          |   |       |          |   |   |          |    |   |            |     |   |        |      |                     |    |       |    |    |         |  |         |         |       |  |         |         |        |  |         |         |        |    |           |  |           |  |
| 02: 2 人室   | 4           | 0                             |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |     |      |       |   |   |       |   |       |          |   |   |          |   |       |          |   |   |          |    |   |            |     |   |        |      |                     |    |       |    |    |         |  |         |         |       |  |         |         |        |  |         |         |        |    |           |  |           |  |
| 02: 2 人室   | 8           | 1,100                         |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |     |      |       |   |   |       |   |       |          |   |   |          |   |       |          |   |   |          |    |   |            |     |   |        |      |                     |    |       |    |    |         |  |         |         |       |  |         |         |        |  |         |         |        |    |           |  |           |  |
| 03: 3 人室   | 3           | 0                             |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |     |      |       |   |   |       |   |       |          |   |   |          |   |       |          |   |   |          |    |   |            |     |   |        |      |                     |    |       |    |    |         |  |         |         |       |  |         |         |        |  |         |         |        |    |           |  |           |  |
| 04: 4 人室   | 28          | 0                             |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |     |      |       |   |   |       |   |       |          |   |   |          |   |       |          |   |   |          |    |   |            |     |   |        |      |                     |    |       |    |    |         |  |         |         |       |  |         |         |        |  |         |         |        |    |           |  |           |  |
| 05: 5 人室以上 | 206         | 0                             |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |     |      |       |   |   |       |   |       |          |   |   |          |   |       |          |   |   |          |    |   |            |     |   |        |      |                     |    |       |    |    |         |  |         |         |       |  |         |         |        |  |         |         |        |    |           |  |           |  |
| 全許可病床数     | 266床        | 費用徴収病床数 17床 割合 6.4%           |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |     |      |       |   |   |       |   |       |          |   |   |          |   |       |          |   |   |          |    |   |            |     |   |        |      |                     |    |       |    |    |         |  |         |         |       |  |         |         |        |  |         |         |        |    |           |  |           |  |
| 金属         | その他金属       | 上顎                            | 下顎      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |     |      |       |   |   |       |   |       |          |   |   |          |   |       |          |   |   |          |    |   |            |     |   |        |      |                     |    |       |    |    |         |  |         |         |       |  |         |         |        |  |         |         |        |    |           |  |           |  |
| 03:コバルト    |             | 250,000                       | 250,000 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |     |      |       |   |   |       |   |       |          |   |   |          |   |       |          |   |   |          |    |   |            |     |   |        |      |                     |    |       |    |    |         |  |         |         |       |  |         |         |        |  |         |         |        |    |           |  |           |  |
| 01:白金      |             | 500,000                       | 500,000 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |     |      |       |   |   |       |   |       |          |   |   |          |   |       |          |   |   |          |    |   |            |     |   |        |      |                     |    |       |    |    |         |  |         |         |       |  |         |         |        |  |         |         |        |    |           |  |           |  |
| 04:チタン     |             | 300,000                       | 300,000 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |     |      |       |   |   |       |   |       |          |   |   |          |   |       |          |   |   |          |    |   |            |     |   |        |      |                     |    |       |    |    |         |  |         |         |       |  |         |         |        |  |         |         |        |    |           |  |           |  |
| 継続管理種類     | 価格          |                               |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |     |      |       |   |   |       |   |       |          |   |   |          |   |       |          |   |   |          |    |   |            |     |   |        |      |                     |    |       |    |    |         |  |         |         |       |  |         |         |        |  |         |         |        |    |           |  |           |  |
| 01:フッ化物局所  |             |                               |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |     |      |       |   |   |       |   |       |          |   |   |          |   |       |          |   |   |          |    |   |            |     |   |        |      |                     |    |       |    |    |         |  |         |         |       |  |         |         |        |  |         |         |        |    |           |  |           |  |
| 02:小窩裂溝填塞  |             |                               |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |     |      |       |   |   |       |   |       |          |   |   |          |   |       |          |   |   |          |    |   |            |     |   |        |      |                     |    |       |    |    |         |  |         |         |       |  |         |         |        |  |         |         |        |    |           |  |           |  |
|            |             |                               |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |     |      |       |   |   |       |   |       |          |   |   |          |   |       |          |   |   |          |    |   |            |     |   |        |      |                     |    |       |    |    |         |  |         |         |       |  |         |         |        |  |         |         |        |    |           |  |           |  |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                     | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------|-------------|-----------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09,0808,3 | 笹生病院        | 〒662-0964<br>西宮市弓場町 5 － 3 7 | 195 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4054号<br>徴収開始年月日：令和 7年 2月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 35,000<br>01:個室 1 18,000<br>01:個室 1 17,000<br>01:個室 11 16,000<br>01:個室 11 15,000<br>01:個室 4 14,000<br>01:個室 2 10,000<br>02: 2 人室 6 0<br>02: 2 人室 6 4,000<br>02: 2 人室 6 3,000<br>04: 4 人室 136 0<br>05: 5 人室以上 10 0<br>全許可病床数 195床 費用徴収病床数 43床 割合 22.1%<br>間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 27号<br>徴収開始年月日：令和 7年 6月 1日<br>販売名<br>徴収額<br>FreeStyleリブレ2 (Reader) 7,000<br>FreeStyleリブレ2 (センサー) 7,000 |
|           |             |                             |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                        | 病床数 | 報告内容                                                                                                           |                                                             |                                                                                     |                                     |          |
|--------------------------|-------------|--------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------|
| 09,0842,2<br>(09,0453,4) | 上ヶ原病院       | 〒662-0884<br>西宮市上ヶ原十番町 1 － 8 5 | 124 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3639号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日                                                     |                                                             |                                                                                     |                                     |          |
|                          |             |                                |     | 区分<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>02: 2 人室<br>02: 2 人室<br>02: 2 人室<br>04: 4 人室<br>05: 5 人室以上<br>全許可病床数 | 病床数<br>3<br>6<br>15<br>3<br>2<br>4<br>8<br>40<br>43<br>124床 | 徴収金額<br>0<br>19,800<br>13,200<br>11,000<br>0<br>8,800<br>4,400<br>0<br>0<br>費用徴収病床数 | 36床                                 | 割合 29.0% |
|                          |             |                                |     | 入院期間が1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 534号<br>入院料区分<br>40: (一般入院) 1 0 対 1                                             | 対象者数                                                        | 徴収日数                                                                                | 徴収料金<br>2,000                       |          |
|                          |             |                                |     | 金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 3322号<br>徴収開始年月日：平成26年 4月 1日                                                         |                                                             |                                                                                     |                                     |          |
|                          |             |                                |     | 金属<br>03:コバルト<br>04:チタン<br>02:金                                                                                | その他金属                                                       | 上顎<br>324,000<br>399,600<br>572,400                                                 | 下顎<br>324,000<br>399,600<br>572,400 |          |
|                          |             |                                |     | う蝕に罹患している患者の指導管理<br>(う蝕管理) 第 3014号<br>徴収開始年月日：平成26年 4月 1日                                                      |                                                             |                                                                                     |                                     |          |
|                          |             |                                |     | 継続管理種類<br>01:フッ化物局所                                                                                            | 価格<br>1,620                                                 |                                                                                     |                                     |          |
|                          |             |                                |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 80号<br>徴収開始年月日：令和 8年 1月29日                                                      |                                                             |                                                                                     |                                     |          |
|                          |             |                                |     | 販売名<br>F r e e S t y l e リ ブ レ 2 ( セ ン サ ー )<br>F r e e S t y l e リ ブ レ 2 ( R e a d e r )                      | 徴収額<br>7,700<br>7,700                                       |                                                                                     |                                     |          |
|                          |             |                                |     |                                                                                                                |                                                             |                                                                                     |                                     |          |
|                          |             |                                |     |                                                                                                                |                                                             |                                                                                     |                                     |          |
|                          |             |                                |     |                                                                                                                |                                                             |                                                                                     |                                     |          |
|                          |             |                                |     |                                                                                                                |                                                             |                                                                                     |                                     |          |
|                          |             |                                |     |                                                                                                                |                                                             |                                                                                     |                                     |          |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称  | 医療機関所在地                              | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------|--------------|--------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09,0848,9 | 高田上谷病院       | 〒651-1421<br>西宮市山口町上山口4丁目2番6号<br>14号 | 88  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3852号<br>徴収開始年月日：令和 5年 4月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 12 0<br>01:個室 1 3,300<br>01:個室 19 5,500<br>01:個室 12 7,700<br>01:個室 5 13,200<br>01:個室 5 15,400<br>02: 2 人室 8 0<br>02: 2 人室 2 5,500<br>03: 3 人室 12 0<br>04: 4 人室 12 0<br>全許可病床数 88床 費用徴収病床数 44床 割合 50.0%                                                                                                              |
| 09,0939,6 | 医療法人社団西宮回生病院 | 〒662-0957<br>西宮市大浜町1番4号              | 180 | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 42号<br>徴収開始年月日：令和 7年11月 1日<br>医療機器の販売名 徴収額 医療機器管理室 技師の人数<br>軟骨修復材モチジェル 230,000 2:無<br><br>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3937号<br>徴収開始年月日：令和 6年 9月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 22 2,200<br>01:個室 12 3,300<br>01:個室 8 5,500<br>01:個室 1 6,600<br>01:個室 3 7,700<br>01:個室 14 13,200<br>01:個室 72 0<br>02: 2 人室 12 0<br>04: 4 人室 36 0<br>全許可病床数 180床 費用徴収病床数 60床 割合 33.3% |
|           |              |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称            | 医療機関所在地                     | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------|------------------------|-----------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09,0956,0 | 医療法人協和会 協和<br>マリナホスピタル | 〒662-0934<br>西宮市西宮浜4丁目15-1  | 140 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3788号<br>徴収開始年月日：令和 4年 9月 1日<br>区分<br>01:個室 16 13,200<br>02:2人室 4 3,300<br>04:4人室 120 0<br>全許可病床数 140床 費用徴収病床数 20床 割合 14.3%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 788号<br>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>11:（一般入院）特別入院 1,009          |
| 09,0982,6 | 永田整形外科                 | 〒663-8179<br>西宮市甲子園九番町2-25  |     | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3752号<br>徴収開始年月日：令和 4年 2月 1日<br>区分<br>01:個室 2 16,200<br>01:個室 7 10,800<br>01:個室 2 0<br>02:2人室 8 0<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 9床 割合 47.4%<br>予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 90号<br>徴収開始年月日：令和 4年 2月 1日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>12:整外 550 550 550 550 550 |
| 09,2054,2 | 西宮協立リハビリテー<br>ション病院    | 〒662-0002<br>西宮市鷲林寺南町2-13   | 120 | 医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療<br>(規定回数超) 第 86号<br>徴収開始年月日：令和 6年 7月 1日<br>診療の名称 徴収額<br>02:リハビリテーション 3,080<br>02:リハビリテーション 2,420<br>02:リハビリテーション 2,420                                                                                                                                 |
| 09,2089,8 | 木内女性クリニック              | 〒663-8204<br>西宮市高松町4番8号の302 |     | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 157号<br>徴収開始年月日：平成28年 7月 1日<br>治験薬名称 内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>TAK-385/CCT-002 1:内服薬 3:第Ⅲ相 6<br>TAK-385-3008 1:内服薬 3:第Ⅲ相 4                                                                                                                                |
|           |                        |                             |     |                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                            | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------|-------------|------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09,2139,1 | 渡辺内科クリニック   | 〒662-0971<br>西宮市和上町 2 － 3 9        |     | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 25号<br>徴収開始年月日：平成20年 7月19日<br>治験薬名称<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>NNC90-1170 (lira 2:注射薬 2:第Ⅱ相 4<br>NNC90-1170 (lira 2:注射薬 3:第Ⅲ相 4<br>SMP508 (レパグリニド) 1:内服薬 3:第Ⅲ相 4<br>TAK583 1:内服薬 2:第Ⅱ相 4<br><br>薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 7号<br>徴収開始年月日：平成29年 2月 1日<br>医療機器の販売名 徴収額 医療機器管理室 技師の人数<br>F r e e S t y l e リブレRe a 7,000 1:有 0<br>F r e e S t y l e リブレセンサ 7,000 1:有 0 |
| 09,2166,4 | 新川医院        | 〒663-8183<br>西宮市里中町 3 丁目 1 0 番 7 号 |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 66号<br>徴収開始年月日：平成31年 2月 1日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>02:精 3,000 3,000 3,000 3,000 3,000<br>35:心内 3,000 3,000 3,000 3,000 3,000                                                                                                                                                                                                                                             |
|           |             |                                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| 医療機関番号                                                                                   | 医 療 機 関 名 称                | 医療機関所在地                       | 病床数 | 報告内容                                                                       |                     |         |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------|--------------|
| 09,2187,0                                                                                | 社会医療法人渡邊高記念会西宮渡辺心臓脳・血管センター | 〒662-0911<br>西宮市池田町 3 番 2 5 号 | 112 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4076号<br>徴収開始年月日：令和 7年11月 1日                |                     |         |              |
|                                                                                          |                            |                               |     | 区分                                                                         | 病床数                 | 徴収金額    |              |
|                                                                                          |                            |                               |     | 01:個室                                                                      | 20                  | 0       |              |
|                                                                                          |                            |                               |     | 01:個室                                                                      | 2                   | 27,500  |              |
|                                                                                          |                            |                               |     | 01:個室                                                                      | 1                   | 19,800  |              |
|                                                                                          |                            |                               |     | 01:個室                                                                      | 1                   | 16,500  |              |
|                                                                                          |                            |                               |     | 01:個室                                                                      | 16                  | 11,000  |              |
|                                                                                          |                            |                               |     | 01:個室                                                                      | 3                   | 6,600   |              |
|                                                                                          |                            |                               |     | 02: 2 人室                                                                   | 2                   | 6,600   |              |
|                                                                                          |                            |                               |     | 02: 2 人室                                                                   | 8                   | 0       |              |
|                                                                                          |                            |                               |     | 03: 3 人室                                                                   | 3                   | 0       |              |
|                                                                                          |                            |                               |     | 04: 4 人室                                                                   | 8                   | 3,300   |              |
|                                                                                          |                            |                               |     | 04: 4 人室                                                                   | 48                  | 0       |              |
|                                                                                          |                            |                               |     | 全許可病床数                                                                     | 112床                | 費用徴収病床数 | 33床 割合 29.5% |
|                                                                                          |                            |                               |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 116号<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>02:精 2,750 2,750   | 徴収開始年月日：令和 7年 1月 1日 |         |              |
| 入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 831号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>38: (一般入院) 7 対 1 入 0 0 2,530 | 徴収開始年月日：令和 7年12月 1日        |                               |     |                                                                            |                     |         |              |
| 09,2212,6                                                                                | 浅井診療所                      | 〒662-0912<br>西宮市松原町 3 番 3 号   |     | 医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療<br>(規定回数超) 第 76号<br>診療の名称 徴収額<br>02:リハビリテーション 1,700 |                     |         |              |
|                                                                                          |                            |                               |     |                                                                            |                     |         |              |
|                                                                                          |                            |                               |     |                                                                            |                     |         |              |
|                                                                                          |                            |                               |     |                                                                            |                     |         |              |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称  | 医療機関所在地                                          | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------|--------------|--------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09,2215,9 | 奥村眼科         | 〒663-8126<br>西宮市小松北町 1－1－2 7 エム<br>プラン小松ビル 2 0 2 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 580号<br>徴収開始年月日：令和 7年11月20日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>徴収額<br>テクニス シナジーVB Sim 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 0 5 5 0 0 300,000<br>テクニス シナジーTVB Si 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 1 3 9 0 0 350,000<br>テクニス シンフォニーVB 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 0 0 5 0 0 200,000<br>テクニス シンフォニー トーリ 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 3 6 0 0 0 250,000<br>Clareon PanOpti 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 300,000<br>Clareon PanOpti 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 350,000<br>Clareon PanOpti 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0 300,000<br>Clareon PanOpti 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0 350,000<br>Clareon Vivity 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 300,000<br>ファインビジョンHP 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 1 9 7 0 0 300,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 3 0 0 300,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 4 0 0 350,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 2 9 0 0 300,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 3 0 0 0 350,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0 310,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0 360,000<br>テクニスピュアシー オプティブ 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 7 0 0 310,000<br>テクニスピュアシー トーリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 8 0 0 360,000<br>Clareon Vivity 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0 350,000 |
| 09,2225,8 | 神崎レディースクリニック | 〒663-8013<br>西宮市門前町 2－1 8                        |     | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3672号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 13,200<br>01:個室 2 16,500<br>01:個室 4 0<br>全許可病床数 7床 費用徴収病床数 3床 割合 42.9%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 09,2230,8 | 布谷整形外科病院     | 〒663-8132<br>西宮市東鳴尾町 1 丁目 7 番 2 6 号              | 86  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3523号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 11,000<br>01:個室 9 8,800<br>02: 2 人室 8 4,950<br>03: 3 人室 9 3,300<br>03: 3 人室 3 0<br>04: 4 人室 4 770<br>04: 4 人室 32 0<br>05: 5 人室以上 20 0<br>全許可病床数 86床 費用徴収病床数 31床 割合 36.0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|           |              |                                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称    | 医療機関所在地                              | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------|----------------|--------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09,2245,6 | 徐クリニック         | 〒662-0822<br>西宮市松籟荘１０番２５号            |     | 予約に基づく診療<br>(予約診療) 第 78号<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>26:婦 220 220 220 220 220<br>徴収開始年月日：令和元年10月１日<br><br>医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結等<br>(精子凍結) 第 1号<br>徴収額<br>15,000<br>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 09,2258,9 | よしおかクリニック泌尿器科  | 〒663-8006<br>西宮市段上町１丁目２番３４号          |     | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 45号<br>治験薬名称<br>SMP-986<br>徴収開始年月日：平成22年 9月16日<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>1:内服薬 2:第Ⅱ相 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 09,2260,5 | 和田眼科           | 〒663-8245<br>西宮市津門呉羽町１番２８号今津医療センター２階 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 456号<br>徴収開始年月日：令和 7年 3月31日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>テクニスシナジーVB Simp 30200BZX0005500 319,000<br>テクニスシナジーTVB Sim 30200BZX0013900 368,500<br>Clareon非球面PanOp 30200BZX0029400 297,000<br>Clareon非球面PanOp 30300BZX0015300 346,500<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 297,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 30600BZX0002400 297,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 30600BZX0002500 346,500                                         |
| 09,2261,3 | えの眼科さくら夙川クリニック | 〒662-0977<br>西宮市神楽町１１番２７号            |     | 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<br>(レンズ支給) 第 43号<br>徴収開始年月日：令和 2年 5月20日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>テクニスシンフォニーVB 22900BZX0000500 200,000<br>テクニスシンフォニートーリック 22900BZX0036000 250,000<br>テクニスマルチフォーカルワンピ 22300BZX0027700 180,000<br>テクニスマルチフォーカルアクリ 22100BZX0019500 180,000<br>アルコンアクリソフIQPanO 23100BZX0004200 280,000<br>アルコンアクリソフIQPanO 23100BZX0004300 330,000<br>アルコンアクリソフIQレストア 22600BZX0017900 200,000<br>アルコンアクリソフIQレストア 22700BZX0000600 250,000 |
|           |                |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称  | 医療機関所在地                                       | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------|--------------|-----------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09,2277,9 | サトウ眼科        | 〒663-8231<br>西宮市津門西口町 1－3 西宮アネックス 1 0 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<br>(レンズ支給) 第 541号<br>徴収開始年月日：令和 7年 8月 7日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>医 薬 品 医 療 機 器 等 法 承 認 番 号<br>徴 収 額<br>Clareon 非球面 PanOp 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 290,000<br>Clareon 非球面 PanOp 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 350,000<br>Clareon Vivity 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 290,000<br>テクニスコデッセイ VB Sim 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0 290,000<br>テクニスコデッセイ TVB Si 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0 350,000<br>VivineX ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 3 0 0 290,000<br>VivineX ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 4 0 0 350,000<br>VivineX ジェメトリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 2 9 0 0 290,000<br>VivineX ジェメトリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 3 0 0 0 350,000<br>Clareon Vivity 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0 350,000<br>TECNIS PureSee 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 7 0 0 290,000<br>TECNIS PureSee 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 8 0 0 350,000 |
| 09,2289,4 | 坂牧眼科         | 〒663-8183<br>西宮市里中町 2－8－1 2                   |     | 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<br>(レンズ支給) 第 546号<br>徴収開始年月日：令和 7年 8月 31日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>医 薬 品 医 療 機 器 等 法 承 認 番 号<br>徴 収 額<br>テクニシンフォニー VB 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 0 0 5 0 0 280,000<br>テクニシンフォニー トーリック 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 3 6 0 0 0 330,000<br>テクニシナジー オプティブル 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 0 5 5 0 0 280,000<br>テクニシナジー トーリック II 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 1 3 9 0 0 330,000<br>アルコンアクリソフ IQ Pan 2 3 1 0 0 B Z X 0 0 0 4 2 0 0 280,000<br>アルコンアクリソフ IQ Pan 2 3 1 0 0 B Z X 0 0 0 4 3 0 0 330,000<br>VivineX ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 3 0 0 280,000<br>VivineX ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 4 0 0 330,000<br>テクニスピュアシー オプティブ 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 7 0 0 290,000<br>テクニスピュアシー トーリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 8 0 0 340,000                                                                                                                     |
| 09,2297,7 | 梅岡耳鼻咽喉科クリニック | 〒662-0084<br>西宮市樋之池町 2 2 番 2 号                |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 134号<br>徴収開始年月日：令和 7年 11月 25日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>28: 耳い 3,300 3,300 3,300 3,300 3,300                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 09,2302,5 | ほしな眼科クリニック   | 〒663-8013<br>西宮市門前町 3 番 2 号 ラッスル<br>プラザ門前 1 F |     | 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<br>(レンズ支給) 第 300号<br>徴収開始年月日：令和 5年 9月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>医 薬 品 医 療 機 器 等 法 承 認 番 号<br>徴 収 額<br>アルコンアクリソフ IQ PanO 2 3 1 0 0 B Z X 0 0 0 4 2 0 0 310,000<br>アルコンアクリソフ IQ PanO 2 3 1 0 0 B Z X 0 0 0 4 3 0 0 360,000<br>Clareon 非球面 PanOp 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 320,000<br>Clareon 非球面 PanOp 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 370,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|           |              |                                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称        | 医療機関所在地                                   | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------|--------------------|-------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09,2306,6 | 阪神西宮駅前梅岡耳鼻咽喉科クリニック | 〒662-0973<br>西宮市田中町 5 番 1 0 号             |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 135号<br>診療科      予約料      予約料      予約料      予約料      予約料<br>28:耳い      3,300      3,300      3,300      3,300      3,300<br>徴収開始年月日：令和 7年11月25日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 09,2315,7 | 医療法人敬愛会 西宮敬愛会病院    | 〒663-8203<br>西宮市深津町 7 番 5                 | 231 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3887号<br>徴収開始年月日：令和 6年 2月 1日<br>区分      病床数      徴収金額<br>01:個室      7      0<br>01:個室      2      11,000<br>01:個室      4      8,250<br>02:2人室      6      0<br>04:4人室      212      0<br>全許可病床数      231床      費用徴収病床数      6床      割合 2.6%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 09,2344,7 | かなやま眼科クリニック        | 〒662-0863<br>西宮市室川町 4－2 0 ニュー室川ビル 1 0 2 号 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 574号<br>徴収開始年月日：令和 7年11月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名      医薬品医療機器等法承認番号      徴収額<br>C l a r e o n 非球面 P a n O p      3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0      300,000<br>C l a r e o n 非球面 P a n O p      3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0      350,000<br>テクニスオデッセイ V B S i      3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0      300,000<br>テクニスオデッセイ T V B S      3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0      350,000<br>C l a r e o n P a n O p t i      3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0      320,000<br>C l a r e o n P a n O p t i      3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0      350,000<br>C l a r e o n V i v i t y      3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0      320,000<br>ファインビジョンHP      3 0 4 0 0 B Z X 0 0 1 9 7 0 0      300,000<br>V i v i n e x ジェメトリック      3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 3 0 0      300,000<br>V i v i n e x ジェメトリック      3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 4 0 0      350,000<br>T E C N I S P u r e S e e      3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 7 0 0      300,000<br>T E C N I S P u r e S e e      3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 8 0 0      350,000 |
| 09,2368,6 | 整形外科たかひろクリニック      | 〒663-8107<br>西宮市瓦林町 2 0 番 1 1 号           |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 59号<br>診療科      予約料      予約料      予約料      予約料      予約料<br>12:整外      860      860      860      860      860<br>徴収開始年月日：平成29年 9月 1日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|           |                    |                                           |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称  | 医療機関所在地                                 | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------|--------------|-----------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09,2370,2 | せきむかい眼科クリニック | 〒662-0051<br>西宮市羽衣町 7－3 0 夙川グリーンタウン 3 階 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 528号<br>徴収開始年月日：令和 7年 8月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>テクニスマルチフォーカルワンピ 2 2 3 0 0 B Z X 0 0 2 7 7 0 0 199,000<br>テクニスマルチフォーカルアクリ 2 2 1 0 0 B Z X 0 0 1 9 5 0 0 199,000<br>Clareon 非球面 Pan 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 299,000<br>Clareon 非球面 Pan 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 349,000<br>Clareon Vivity 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 299,000<br>ファインビジョンHP 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 1 9 7 0 0 299,000<br>テクニスコデッセイVB Sim 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0 299,000<br>テクニスコデッセイTVB Si 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0 349,000<br>TECNIS PureSee 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 7 0 0 299,000<br>TECNIS PureSee 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 8 0 0 349,000<br>Clareon Vivity 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0 349,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 09,2376,9 | ふじもと眼科       | 〒662-0973<br>西宮市田中町 3 番 1－2 0 7 号       |     | 時間外診察<br>(時間外診察) 第 48号<br>徴収額<br>1,620<br>徴収開始年月日：平成29年11月20日<br>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<br>(レンズ支給) 第 526号<br>徴収開始年月日：令和 7年 7月18日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>テクニスシンフォニーVB 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 0 0 5 0 0 200,000<br>テクニスシンフォニートーリック 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 3 6 0 0 0 250,000<br>Clareon 非球面 PanOp 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 320,000<br>Clareon 非球面 PanOp 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 370,000<br>テクニスシナジーVB Simp 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 0 5 5 0 0 300,000<br>テクニスシナジーTVB Sim 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 1 3 9 0 0 350,000<br>ファインビジョンHP 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 1 9 7 0 0 300,000<br>Clareon Vivity 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 320,000<br>テクニスコデッセイVB Sim 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0 330,000<br>テクニスコデッセイTVB Si 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0 380,000<br>Clareon Vivity 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0 370,000<br>Clareon PanOpti 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0 320,000<br>Clareon PanOpti 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0 370,000<br>TECNIS PureSee 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 7 0 0 330,000<br>TECNIS PureSee 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 8 0 0 380,000 |
|           |              |                                         |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称                     | 医療機関所在地                                 | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------|---------------------------------|-----------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09,2382,7 | 林医院                             | 〒663-8113<br>西宮市甲子園口3丁目9番23号            |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 54号<br>徴収開始年月日：令和 7年 9月 1日<br>販売名 徴収額<br>FreeStyleリブレ2 (センサー) 5,000<br>FreeStyleリブレ2 (Reader) 5,000<br>Dexcom G7 CGMシステム (モニター) 4,000<br>Dexcom G7 CGMシステム (センサートラン 4,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 09,2392,6 | レディース&マタニティクリニック サンタクルス ザ シュクガワ | 〒662-0063<br>西宮市相生町8番11号                | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3113号<br>徴収開始年月日：平成29年 4月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 5 36,000<br>01:個室 2 44,000<br>01:個室 1 94,000<br>01:個室 1 114,000<br>01:個室 6 0<br>04:4人室 4 0<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 9床 割合 47.4%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 09,2439,5 | 玉田クリニック                         | 〒662-0832<br>西宮市甲風園1丁目10-1              |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 19号<br>徴収開始年月日：令和 7年 4月 1日<br>販売名 徴収額<br>Dexcom G7 CGMシステム (センサー) 5,000<br>Dexcom G7 CGMシステム (モニター) 8,800<br>FreeStyle リブレ2 (センサー) 7,500<br>FreeStyle リブレ2 (Reader) 8,800                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 09,2445,2 | 医療法人社団きもと眼科                     | 〒663-8152<br>西宮市甲子園町26番14号甲子園メディカルプラザ3F |     | 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<br>(レンズ支給) 第 506号<br>徴収開始年月日：令和 7年 6月20日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>テクニスオデッセイVB Sim 30600BZX0002400 299,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 30600BZX0002500 349,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016700 299,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016800 349,000<br>ファインビジョンHP 30400BZX0019700 299,000<br>Vivinox ジェメトリック 30500BZX0026300 299,000<br>Vivinox ジェメトリック 30500BZX0026400 349,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 299,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 349,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 299,000 |
|           |                                 |                                         |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称                        | 医療機関所在地                                     | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------|------------------------------------|---------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09,2476,7 | 社会医療法人渡邊高記念会 西宮渡辺脳卒中・心臓リハビリテーション病院 | 〒662-0931<br>西宮市前浜町4番3号                     | 34  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3739号<br>徴収開始年月日：令和 3年12月 1日<br>区分<br>02: 2 人室<br>04: 4 人室<br>04: 4 人室<br>全許可病床数<br>34床<br>病床数<br>2<br>8<br>24<br>費用徴収病床数<br>10床<br>徴収金額<br>3,300<br>2,750<br>0<br>割合 29.4%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 09,2497,3 | 漢方内科・内科しずかクリニック                    | 〒662-0051<br>西宮市羽衣町7番30号夙川グリーンタウン203号室      |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 112号<br>徴収開始年月日：令和 6年 8月 1日<br>診療科<br>01:内<br>予約料<br>10,000<br>予約料<br>10,000<br>予約料<br>10,000<br>予約料<br>10,000<br>予約料<br>10,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 09,2567,3 | あずま糖尿病内科クリニック                      | 〒662-0075<br>西宮市南越木岩町7番8号サンクチュアリ・ヴィラ・ザ苦楽園2F |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 25号<br>徴収開始年月日：令和 7年 5月 1日<br>販売名<br>FreeStyleリブレ2 (センサー)<br>FreeStyleリブレ2 (Reader)<br>徴収額<br>7,500<br>7,500                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 09,2574,9 | とみい眼科クリニック 夙川                      | 〒662-0054<br>西宮市大谷町7番地1号A棟201号              |     | 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<br>(レンズ支給) 第 320号<br>徴収開始年月日：令和 5年11月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>Clareon PanOpti<br>Clareon PanOpti<br>テクニスマルチフォーカルワンピ<br>テクニスシンフォニーVB<br>テクニスシナジーVB Simp<br>テクニスシナジーTVB Sim<br>Clareon Vivity<br>Clareon PanOpti<br>Clareon PanOpti<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>30200BZX0029400<br>30300BZX0015300<br>22300BZX0027700<br>22900BZX0000500<br>30200BZX0000500<br>30200BZX0013900<br>30500BZX0004100<br>30200BZX0029300<br>30400BZX0025000<br>徴収額<br>270,000<br>308,000<br>170,000<br>178,000<br>268,000<br>318,000<br>270,000<br>270,000<br>308,000 |
| 09,2575,6 | やまゆりクリニック西宮北口分院                    | 〒663-8032<br>西宮市高木西町24番13号                  |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 104号<br>徴収開始年月日：令和 5年11月15日<br>診療科<br>10:小<br>予約料<br>1,000<br>予約料<br>予約料<br>予約料<br>予約料<br>予約料                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 09,2585,5 | 英ウイメンズクリニックにしのみや院                  | 〒663-8204<br>西宮市高松町5番39号なでしこビル7階            |     | 医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結等<br>(精子凍結) 第 5号<br>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日<br>徴収額<br>35,200<br>22,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|           |                                    |                                             |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称      | 医療機関所在地                                                | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------|------------------|--------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09,2595,4 | 岡田クリニック          | 〒663-8176<br>西宮市甲子園六番町 1 4 番 2 5 号                     |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 35号<br>徴収開始年月日：令和 7年 7月 1日<br>販売名<br>FreeStyleリブレ2 (センサー) 7,000<br>FreeStyleリブレ2 (Reader) 7,500                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 09,2598,8 | くればやし内科          | 〒663-8024<br>西宮市薬師町 2 - 5 6 クリニック<br>ステーション西宮北口 1 - B  |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 5号<br>徴収開始年月日：令和 6年 8月 6日<br>販売名<br>FreeStyleリブレ2センサー 6,250<br>FreeStyleリブレ2 Reader 7,089                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 09,2599,6 | うえむら眼科クリニック      | 〒663-8101<br>西宮市松山町 1 3 - 2 6 甲子園口<br>グリーンプレイスB棟 2 0 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<br>(レンズ支給) 第 625号<br>徴収開始年月日：令和 8年 2月 18日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>Clareon Vivity 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 300,000<br>ファインビジョンHP 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 1 9 7 0 0 300,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0 300,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0 350,000<br>Clareon Vivity 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0 350,000<br>テクニスPureSee 焦点深 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 7 0 0 300,000<br>テクニスPureSee トーリ 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 8 0 0 350,000<br>Vivinox ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 3 0 0 300,000<br>Vivinox ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 4 0 0 350,000<br>Vivinox ジェメトリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 2 9 0 0 300,000<br>Vivinox ジェメトリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 3 0 0 0 350,000<br>Clareon PanOpti 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 2 9 8 0 0 330,000<br>Clareon PanOpti 3 0 8 0 0 B Z X 0 0 0 1 5 0 0 380,000 |
| 09,2608,5 | 臨港クリニック          | 〒662-0928<br>西宮市石在町 1 9 - 3 4                          |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 78号<br>徴収開始年月日：令和 8年 1月 16日<br>販売名<br>FreeStyleリブレ2 (センサー) 7,700<br>FreeStyleリブレ2 (Reader) 7,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 09,2609,3 | ひとら整形外科リハビリクリニック | 〒663-8101<br>西宮市松山町 1 3 - 2 4 - 2 0 5                  |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 123号<br>徴収開始年月日：令和 7年 4月 1日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>12:整外 2,000 2,000 2,000 2,000 2,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|           |                  |                                                        |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称           | 医療機関所在地                                        | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------|-----------------------|------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09,2630,9 | まつば眼科                 | 〒663-8163<br>西宮市甲子園三保町9番13号                    |     | 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<br>(レンズ支給) 第 588号 徴収開始年月日：令和 8年 1月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 310,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 340,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 310,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 340,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016700 320,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016800 350,000<br>ファインビジョンHP 30400BZX0019700 300,000         |
| 09,2648,1 | めいわりハビリテーシ<br>ョン病院    | 〒663-8179<br>西宮市甲子園九番町15番22号                   | 153 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3943号 徴収開始年月日：令和 6年 9月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 4 0<br>01:個室 14 11,000<br>01:個室 4 12,100<br>01:個室 3 10,000<br>04:4人室 128 0<br>全許可病床数 153床 費用徴収病床数 21床 割合 13.7%                                                                                                                                                                                                                    |
| 09,2657,2 | 医療法人社団和田眼科<br>夙川院     | 〒662-0043<br>西宮市常磐町1-27ヤマイチP<br>L A Z Aさくら夙川2階 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 455号 徴収開始年月日：令和 7年 3月31日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 297,000<br>テクニスシナジーVB Simp 30200BZX0005500 319,000<br>テクニスシナジーTVB トーリ 30200BZX0013900 368,500<br>Clareon 非球面PanO 30200BZX0029400 297,000<br>Clareon 非球面PanO 30300BZX0015300 346,500<br>テクニスオデッセイVB Sim 30600BZX0002400 297,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 30600BZX0002500 346,500 |
| 09,2667,1 | いながき内科クリニッ<br>ク       | 〒662-0975<br>西宮市市庭町9番12号香櫨館3<br>階              |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 41号 徴収開始年月日：令和 7年 8月 1日<br>販売名 徴収額<br>FreeStyleリブレ2 (センサー) 6,600<br>FreeStyleリブレ2 (Reader) 7,700                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 09,2669,7 | 阪神西宮うめはなここ<br>ろのクリニック | 〒662-0915<br>西宮市馬場町2番29号                       |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 138号 徴収開始年月日：令和 7年11月25日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>35:心内 5,500 5,500 5,500 5,500 5,500                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|           |                       |                                                |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称   | 医療機関所在地                                        | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------|---------------|------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09,2670,5 | なないろ皮ふ科西宮     | 〒662-0051<br>西宮市羽衣町 1 0 - 5 アミスタ夙川 2 階 2 0 2 号 |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 119号<br>診療科      予約料      予約料      予約料      予約料      予約料<br>20:皮                      400                      400                      400                      400                      400<br>徴収開始年月日：令和 7年 2月 1日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 09,2682,0 | 阪神西宮よしおかクリニック | 〒662-0971<br>西宮市和上町 1 - 3 5 西宮三和ビル 2 階         |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 66号<br>販売名                                      徴収額<br>フリースタイルリブレ 2 センサー                                      7,700<br>徴収開始年月日：令和 7年11月 1日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 09,2695,2 | はやしま小児科       | 〒663-8025<br>西宮市荒木町 1 6 番 7 号                  |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 126号<br>診療科      予約料      予約料      予約料      予約料      予約料<br>10:小                      1,000                      1,000                      1,000                      1,000                      1,000<br>徴収開始年月日：令和 7年 6月 1日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 09,2696,0 | 都クリニック        | 〒663-8134<br>西宮市上田中町 1 7 - 2 6                 |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 71号<br>販売名                                      徴収額<br>FreeStyleリブレ 2 (センサー)                                      7,000<br>FreeStyleリブレ 2 (Reader)                                      8,000<br>徴収開始年月日：令和 7年12月11日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 10,0002,1 | 市立芦屋病院        | 〒659-0012<br>芦屋市朝日ヶ丘町 3 9 - 1                  | 199 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3468号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分                                      病床数      徴収金額<br>01:個室                                      68                      0<br>01:個室                                      3                      55,000<br>01:個室                                      0                      66,000<br>01:個室                                      4                      33,000<br>01:個室                                      0                      39,600<br>01:個室                                      52                      11,000<br>01:個室                                      0                      13,200<br>02: 2 人室                                      16                      0<br>04: 4 人室                                      56                      0<br>全許可病床数                      199床      費用徴収病床数                      59床      割合 29.6% |
|           |               |                                                |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称       | 医療機関所在地                          | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------|-------------------|----------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10,0211,8 | 医療法人昭圭会南芦屋<br>浜病院 | 〒659-0034<br>芦屋市陽光町 3－2 1        | 83  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3645号<br>徴収開始年月日：令和 2年 8月13日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 4 14,300<br>01:個室 9 11,000<br>02: 2 人室 14 5,500<br>04: 4 人室 56 0<br>全許可病床数 83床 費用徴収病床数 27床 割合 32.5%<br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 732号<br>徴収開始年月日：令和 2年 8月14日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>05:（一般入院）急性期一 0 0 2,354                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 10,0257,1 | 芦屋坂井瑠実クリニッ<br>ク   | 〒659-0054<br>芦屋市浜芦屋町 1 0 番 1 3 号 | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 1624号<br>徴収開始年月日：平成17年 4月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 1 20,000<br>01:個室 4 12,000<br>01:個室 4 10,000<br>全許可病床数 9床 費用徴収病床数 9床 割合 100.0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 10,0265,4 | さわだ眼科・皮膚科         | 〒659-0013<br>芦屋市岩園町 7 番 2 5 号    |     | 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<br>(レンズ支給) 第 443号<br>徴収開始年月日：令和 7年 3月 3日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>テクニス シンフォニー VB 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 0 0 5 0 0 200,000<br>テクニス シンフォニー トーリ 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 3 6 0 0 0 250,000<br>テクニスシナジーVB S i m p 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 0 5 5 0 0 280,000<br>テクニスシナジーTVB S i m 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 1 3 9 0 0 330,000<br>Clareon非球面PanOp 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 290,000<br>Clareon非球面PanOp 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 340,000<br>Clareon PanOpti 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0 290,000<br>Clareon PanOpti 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0 340,000<br>Clareon Vivity 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 290,000<br>ファインビジョンHP 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 1 9 7 0 0 280,000<br>テクニスオデッセイVB S i m 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0 300,000<br>テクニスオデッセイTVB S i 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0 350,000 |
| 10,0287,8 | さとうクリニック          | 〒659-0066<br>芦屋市大榭町 3－2 3        |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 81号<br>徴収開始年月日：令和 2年 1月10日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>35:心内 3,500<br>02:精 3,500                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|           |                   |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称           | 医療機関所在地                                  | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------|-----------------------|------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10,0316,5 | J R 芦屋駅前梅華会耳鼻咽喉科クリニック | 〒659-0093<br>芦屋市船戸町 1 番 2 9 号モンテメル西館 6 階 |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 136号<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>28:耳い 3,300 3,300 3,300 3,300 3,300<br>徴収開始年月日：令和 7年11月25日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 10,0337,1 | ペインクリニック 芦屋ピッコロ診療所    | 〒659-0093<br>芦屋市船戸町 3 - 1 9 1 階          |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 89号<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>59:他 3,000 3,000 3,000 3,000 3,000<br>徴収開始年月日：令和 3年 4月 1日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 10,0346,2 | いとう眼科クリニック            | 〒659-0025<br>芦屋市浜町 9 番 1 2 号             |     | 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<br>(レンズ支給) 第 468号<br>徴収開始年月日：令和 7年 4月18日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>テクニスシンフォニーVB 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 0 0 5 0 0 200,000<br>テクニスシンフォニートーリック 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 3 6 0 0 0 250,000<br>テクニスマルチフォーカルワンピ 2 2 3 0 0 B Z X 0 0 2 7 7 0 0 180,000<br>テクニスマルチフォーカルアクリ 2 2 1 0 0 B Z X 0 0 1 9 5 0 0 180,000<br>アルコンアクリソフ I Q P a n O 2 3 1 0 0 B Z X 0 0 0 4 2 0 0 280,000<br>アルコンアクリソフ I Q P a n O 2 3 1 0 0 B Z X 0 0 0 4 3 0 0 330,000<br>テクニスシナジーVB Simp 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 0 5 5 0 0 280,000<br>テクニスシナジーTVB Sim 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 1 3 9 0 0 330,000<br>Clareon非球面PanOp 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 300,000<br>Clareon非球面PanOp 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 350,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 3 0 0 318,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 4 0 0 373,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 2 9 0 0 318,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 3 0 0 0 373,000<br>テクニスオデッセイ 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0 368,000<br>テクニスオデッセイ トーリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0 423,000 |
| 10,0356,1 | オガタファミリークリニック         | 〒659-0094<br>芦屋市松ノ内町 2 番 3 号エウルビル 2、3 階  |     | 医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結等<br>(精子凍結) 第 7号<br>徴収額<br>30,000<br>徴収開始年月日：令和 7年12月 1日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|           |                       |                                          |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称   | 医療機関所在地                                                                          | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10,0372,8 | えの眼科西あしやクリニック | 〒659-0085<br>芦屋市西芦屋町 6 番 7                                                       |     | 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<br>(レンズ支給) 第 613号 徴収開始年月日：令和 8年 2月24日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>テクニスシンフォニーVB 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 0 0 5 0 0 242,000<br>テクニスシンフォニートーリック 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 0 3 6 0 0 0 297,000<br>テクニスマルチフォーカルワンピ 2 2 3 0 0 B Z X 0 0 2 7 7 0 0 220,000<br>テクニスマルチフォーカルアクリ 2 2 1 0 0 B Z X 0 0 1 9 5 0 0 220,000<br>アルコンアクリソフ I Q P a n O 2 3 1 0 0 B Z X 0 0 0 4 2 0 0 330,000<br>アルコンアクリソフ I Q レストア 2 2 6 0 0 B Z X 0 0 1 7 9 0 0 242,000<br>アルコンアクリソフ I Q レストア 2 2 7 0 0 B Z X 0 0 0 0 6 0 0 297,000<br>アルコンアクリソフ I Q P a n O 2 3 1 0 0 B Z X 0 0 0 4 3 0 0 385,000<br>テクニスシナジーVB Simp 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 0 5 5 0 0 330,000<br>テクニスシナジーTVB Sim 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 1 3 9 0 0 385,000<br>Clareon 非球面 P a n O p 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 341,000<br>Clareon 非球面 P a n O p 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 396,000<br>Clareon Vivity 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 341,000<br>ファインビジョンHP 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 1 9 7 0 0 300,000<br>テクニスオデッセイ 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0 320,000<br>テクニスオデッセイトーリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0 370,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 3 0 0 341,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 4 0 0 396,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 2 9 0 0 341,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 3 0 0 0 396,000<br>テクニスピュアシーオブティブル 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 7 0 0 341,000<br>テクニスピュアシートーリックII 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 8 0 0 396,000<br>Clareon Vivity 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0 396,000<br>ファインビジョンHP 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 1 9 7 0 0 308,000<br>テクニスオデッセイ 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0 341,000<br>テクニスオデッセイ トーリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0 396,000<br>Clareon PanOpti 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 2 9 8 0 0 361,000<br>Clareon PanOpti 3 0 8 0 0 B Z X 0 0 0 1 5 0 0 416,000 |
| 10,0395,9 | 芦屋まつおクリニック    | 〒659-0083<br>芦屋市西山町 1 1 番 1 8 号 CH<br>. 1 5 8. BLDG. ASHIY<br>AGAWA 2 階 2 0 1 号室 |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 53号 徴収開始年月日：令和 7年 9月 1日<br>販売名 徴収額<br>FreeStyle リブレ 2 (センサー) 7,700<br>FreeStyle リブレ 2 (Reader) 5,500<br>Dexcom G7 CGMシステム センサーパック 7,700<br>Dexcom G7 CGMシステム モニタ 5,500                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|           |               |                                                                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称  | 医療機関所在地                       | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------|--------------|-------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11,0059,9 | 医療法人回生会 宝塚病院 | 〒665-0022<br>宝塚市野上 2 丁目 1 － 2 | 131 | <div>医薬品の治験に係る診療<br/>(治験診療) 第 172号<br/>徴収開始年月日：平成29年 7月 1日</div> <div>治験薬名称<br/>S Y R－4 7 2<br/>B A Y 1 0 2 1 1 8 9<br/>リバーロキサバン<br/>A C Z 8 8 5</div> <div>内・注・外   区分   対象患者数   徴収額<br/>1:内服薬   3:第Ⅲ相   2<br/>1:内服薬   3:第Ⅲ相   3<br/>1:内服薬   3:第Ⅲ相   6<br/>2:注射薬   3:第Ⅲ相   8</div> <div>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br/>(入療養提供) 第 3950号<br/>徴収開始年月日：令和 6年10月 1日</div> <div>区分   病床数   徴収金額<br/>01:個室   23   11,000<br/>01:個室   6   7,700<br/>01:個室   1   6,600<br/>02: 2 人室   2   7,700<br/>03: 3 人室   3   4,400<br/>04: 4 人室   88   0<br/>05: 5 人室以上   8   0<br/>全許可病床数   131床   費用徴収病床数   35床   割合 26.7%</div> <div>入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br/>(超過入院) 第 796号<br/>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日</div> <div>入院料区分   対象者数   徴収日数   徴収料金<br/>01：（一般入院）急性期一   0   0   2,780</div> |
|           |              |                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称        | 医療機関所在地                     | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------|--------------------|-----------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11,0108,4 | 医療法人尚和会 宝塚<br>第一病院 | 〒665-0832<br>宝塚市向月町 1 9 - 5 | 199 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4074号<br>徴収開始年月日：令和 7年11月 1日<br>区分<br>01:個室 2 0<br>01:個室 1 33,000<br>01:個室 1 22,000<br>01:個室 16 16,500<br>01:個室 1 13,200<br>01:個室 2 7,150<br>02: 2 人室 58 2,200<br>03: 3 人室 12 1,100<br>04: 4 人室 100 0<br>05: 5 人室以上 6 0<br>全許可病床数 199床 費用徴収病床数 91床 割合 45.7%<br><br>医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療<br>(規定回数超) 第 70号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>診療の名称<br>02:リハビリテーション 2,695<br>02:リハビリテーション 2,035<br>02:リハビリテーション 1,925<br>02:リハビリテーション 1,980<br><br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 731号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分<br>04: (一般入院) 急性期一 2,376<br>11: (一般入院) 特別入院 1,002<br><br>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<br>(レンズ支給) 第 584号<br>徴収開始年月日：令和 7年12月 3日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>C l a r e o n P a n O p t i 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0 300,000<br>C l a r e o n P a n O p t i 3 0 4 0 0 B X Z 0 0 2 5 0 0 0 350,000<br>C l a r e o n V i v i t y 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 300,000<br>C l a r e o n V i v i t y 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0 350,000 |
|           |                    |                             |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                       | 病床数 | 報告内容                                                                                                                            |                                                                         |                                                                                                   |         |          |
|--------------------------|-------------|-------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|
| 11,0177,9<br>(11,0185,8) | 宝塚市立病院      | 〒665-0827<br>宝塚市小浜 4 丁目 5 − 1 | 436 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3322号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日                                                                      |                                                                         |                                                                                                   |         |          |
|                          |             |                               |     | 区分<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>02: 2 人室<br>04: 4 人室<br>05: 5 人室以上<br>05: 5 人室以上<br>全許可病床数 | 病床数<br>12<br>10<br><br>27<br><br>16<br><br>8<br>110<br>198<br>8<br>389床 | 徴収金額<br>0<br>16,500<br>22,000<br>8,800<br>11,000<br>7,700<br>9,900<br>0<br>0<br>0<br>0<br>費用徴収病床数 | 53床     | 割合 13.6% |
|                          |             |                               |     | 特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 42号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日                                                          |                                                                         |                                                                                                   |         |          |
|                          |             |                               |     | 徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,700<br>5,500                                                                                               |                                                                         |                                                                                                   |         |          |
|                          |             |                               |     | 特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 37号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日                                                          |                                                                         |                                                                                                   |         |          |
|                          |             |                               |     | 徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,300<br>2,090                                                                                               |                                                                         |                                                                                                   |         |          |
|                          |             |                               |     | 金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 3545号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日                                                                           |                                                                         |                                                                                                   |         |          |
|                          |             |                               |     | 金属                                                                                                                              | その他金属                                                                   | 上顎                                                                                                | 下顎      |          |
|                          |             |                               |     | 01:白金                                                                                                                           |                                                                         | 440,000                                                                                           | 440,000 |          |
|                          |             |                               |     | 03:コバルト                                                                                                                         |                                                                         | 264,000                                                                                           | 264,000 |          |
|                          |             |                               |     | 04:チタン                                                                                                                          |                                                                         | 440,000                                                                                           | 440,000 |          |
|                          |             |                               |     | う蝕に罹患している患者の指導管理<br>(う蝕管理) 第 807号<br>徴収開始年月日：平成13年 7月 1日                                                                        |                                                                         |                                                                                                   |         |          |
|                          |             |                               |     | 継続管理種類 価格                                                                                                                       |                                                                         |                                                                                                   |         |          |
|                          |             |                               |     |                                                                                                                                 |                                                                         |                                                                                                   |         |          |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称  | 医療機関所在地                             | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------|--------------|-------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11,0203,3<br>(11,0132,0) | 宝塚市国民健康保険診療所 | 〒669-1211<br>宝塚市大原野字南穴虫 1－8 5       |     | 金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 783号<br>徴収開始年月日：平成13年 7月 1日<br>金属<br>03:コバルト 150,000 150,000<br>04:チタン 200,000 200,000<br>その他金属<br>上顎<br>下顎<br>う蝕に罹患している患者の指導管理<br>(う蝕管理) 第 821号<br>徴収開始年月日：平成13年 7月 1日<br>継続管理種類 価格                                                                                                                                                  |
| 11,0268,6                | 沢村泌尿器科クリニック  | 〒665-0842<br>宝塚市川面 5－8－2 第二大谷ビル 2 階 |     | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 159号<br>徴収開始年月日：平成28年 7月 1日<br>治験薬名称 内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>KPR-114V 1:内服薬 3:第Ⅲ相 12                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 11,0312,2                | 岸本医院         | 〒665-0054<br>宝塚市鹿塩 2 丁目 1 1－1 0     |     | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 26号<br>徴収開始年月日：平成29年 5月 1日<br>医療機器の販売名 徴収額 医療機器管理室 技師の人数<br>フリースタイルリブレ 7,650<br>フリースタイルリブレセンサー 7,650                                                                                                                                                                                                                       |
| 11,0325,4                | こだま病院        | 〒665-0841<br>宝塚市御殿山 1 丁目 3－2        | 110 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3784号<br>徴収開始年月日：令和 3年11月12日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 1 27,500<br>01:個室 15 12,100<br>02: 2 人室 4 0<br>03: 3 人室 3 3,300<br>03: 3 人室 3 0<br>04: 4 人室 36 1,100<br>04: 4 人室 48 0<br>全許可病床数 110床 費用徴収病床数 55床 割合 50.0%<br>入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 713号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>38: (一般入院) 7 対 1 入 2,480 |
|                          |              |                                     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称                                 | 医療機関所在地                           | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------|---------------------------------------------|-----------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11,0343,7 | 合田外科                                        | 〒665-0045<br>宝塚市光明町 2 9 - 7       |     | 金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 2566号<br>徴収開始年月日：平成14年 8月 1日<br>金属<br>03:コバルト<br>04:チタン<br>05:スルフォン<br>その他金属<br>上顎<br>下顎<br>263,200<br>313,200<br>45,000<br>263,200<br>313,200<br>う蝕に罹患している患者の指導管理<br>(う蝕管理) 第 2480号<br>徴収開始年月日：平成14年 8月 1日<br>継続管理種類<br>01:フッ化物局所<br>02:小窩裂溝填塞<br>価格<br>1,500<br>1,500                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 11,0421,1 | 医療法人尚和会 宝塚<br>リハビリテーション病<br>院               | 〒665-0833<br>宝塚市鶴の荘 2 2 番 2 号     | 162 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 2757号<br>徴収開始年月日：平成26年10月 1日<br>区分<br>01:個室<br>01:個室<br>04: 4 人室<br>04: 4 人室<br>全許可病床数<br>病床数<br>徴収金額<br>6<br>24<br>24<br>108<br>21,000<br>12,600<br>2,100<br>0<br>162床<br>費用徴収病床数<br>54床<br>割合 33.3%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 11,0425,2 | レディース&マタニテ<br>ィクリニック サンタ<br>クルス ザ タカラヅ<br>カ | 〒665-0844<br>宝塚市武庫川町 6 番 2 2 号    | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 2404号<br>徴収開始年月日：平成25年 1月 1日<br>区分<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>全許可病床数<br>病床数<br>徴収金額<br>4<br>2<br>1<br>1<br>1<br>10<br>20,000<br>24,000<br>36,000<br>42,000<br>48,000<br>0<br>19床<br>費用徴収病床数<br>9床<br>割合 47.4%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 11,0436,9 | とみい眼科クリニック                                  | 〒665-0034<br>宝塚市小林 5 丁目 4 番 1 9 号 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 395号<br>徴収開始年月日：令和 6年 8月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>アクリソフ I Q P a n O p t<br>アクリソフ I Q P a n O p t<br>C l a r e o n P a n O p t i<br>C l a r e o n P a n O p t i<br>テクニス マルチフォーカル ワ<br>テクニス シンフォニーVB<br>テクニス シナジーVB S i m<br>テクニス シナジーTVB S i<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>2 3 1 0 0 B Z X 0 0 0 4 2 0 0<br>2 3 1 0 0 B Z X 0 0 0 4 3 0 0<br>3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0<br>3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0<br>2 2 3 0 0 B Z X 0 0 2 7 7 0 0<br>2 2 9 0 0 B Z X 0 0 0 0 5 0 0<br>3 0 2 0 0 B Z X 0 0 0 5 5 0 0<br>3 0 2 0 0 B Z X 0 0 1 3 9 0 0<br>徴収額<br>250,000<br>284,000<br>270,000<br>308,000<br>170,000<br>178,000<br>268,000<br>318,000 |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称          | 医療機関所在地                                        | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------|----------------------|------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11,0464,1 | さくら眼科クリニック           | 〒665-0845<br>宝塚市栄町 1 丁目 6 － 2 花のみち<br>2 番館 3 F |     | 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<br>(レンズ支給) 第 349号<br>徴収開始年月日：令和 6年 3月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>テクニスシンフォニーVB<br>テクニスシンフォニートーリック<br>テクニスマルチ one pie<br>Clareon 非球面 PanO<br>Clareon 非球面 PanO<br>Clareon PanOpti<br>Clareon PanOpti<br>Clareon Vivity<br>テクニスシナジー VB Sim<br>テクニスシナジー TVB Si<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>徴収額<br>2 2 9 0 0 B Z X 0 0 0 0 5 0 0<br>2 2 9 0 0 B Z X 0 0 3 6 0 0 0<br>2 2 3 0 0 B Z X 0 0 2 7 7 0 0<br>3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0<br>3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0<br>3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0<br>3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0<br>3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0<br>3 0 2 0 0 B Z X 0 0 0 5 5 0 0<br>3 0 2 0 0 B Z X 0 0 1 3 9 0 0<br>180,000<br>230,000<br>150,000<br>350,000<br>380,000<br>350,000<br>380,000<br>320,000<br>300,000<br>350,000 |
| 11,0467,4 | 双愛整形外科               | 〒665-0031<br>宝塚市末広町 2 番 8 号                    | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3573号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室<br>01:個室<br>02: 2 人室<br>02: 2 人室<br>03: 3 人室<br>04: 4 人室<br>全許可病床数<br>19床<br>費用徴収病床数<br>8床<br>割合 42.1%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 11,0497,1 | 医療法人愛心会 東宝<br>塚さとう病院 | 〒665-0873<br>宝塚市長尾町 2 番 1 号                    | 127 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3810号<br>徴収開始年月日：令和 5年 1月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>04: 4 人室<br>05: 5 人室以上<br>全許可病床数<br>118床<br>費用徴収病床数<br>23床<br>割合 19.5%<br>入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 744号<br>徴収開始年月日：令和 3年 5月 1日<br>入院料区分<br>対象者数<br>徴収日数<br>徴収料金<br>01: (一般入院) 急性期一<br>2,723                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|           |                      |                                                |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称      | 医療機関所在地                                 | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------|------------------|-----------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11,0506,9 | 宝塚磯病院            | 〒665-0033<br>宝塚市伊子志4丁目3番1号              | 160 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3706号<br>徴収開始年月日：令和 3年 6月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 3 13,200<br>01:個室 3 11,000<br>01:個室 3 7,700<br>02:2人室 2 0<br>03:3人室 9 0<br>04:4人室 140 0<br>全許可病床数 160床 費用徴収病床数 9床 割合 5.6%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 11,0518,4 | 仁川眼科医院           | 〒665-0061<br>宝塚市仁川北2丁目7-1-202           |     | 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<br>(レンズ支給) 第 525号<br>徴収開始年月日：令和 7年 7月10日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>徴収額<br>テクニスシンフォニーVB 22900BZX0000500 170,000<br>テクニスシンフォニートーリック 22900BZX0036000 200,000<br>Clareon非球面PanOp 30200BZX0029400 300,000<br>Clareon非球面PanOp 30300BZX0015300 350,000<br>ファインビジョンHP 30400BZX0019700 270,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 300,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 30600BZX0002400 300,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 30600BZX0002500 350,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 350,000<br>テクニス PureSee 焦点 30600BZX0016700 300,000<br>テクニス PureSee トー 30600BZX0016800 350,000 |
| 11,0519,2 | 大橋クリニック          | 〒665-0034<br>宝塚市小林2丁目10-17ストリート小林2F     |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 68号<br>徴収開始年月日：令和元年 9月17日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>02:精 3,500 3,500 3,500 3,500 3,500                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 11,0552,3 | 星空こども・アレルギークリニック | 〒665-0061<br>宝塚市仁川北2丁目5-1さらら仁川北館1階1-101 |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 121号<br>徴収開始年月日：令和 7年 4月 1日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>10:小 3,300 3,300 3,300 3,300 3,300                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 11,0568,9 | 宝塚南口駅前まきお内科クリニック | 〒665-0004<br>宝塚市梅野町1番1号3階               |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 39号<br>徴収開始年月日：令和 7年 7月11日<br>販売名<br>徴収額<br>フリースタイルリブレ2（センサー） 7,700<br>フリースタイルリブレ2（リーダー） 7,700                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|           |                  |                                         |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称            | 医療機関所在地                        | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------|------------------------|--------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11,0577,0 | うぐいす眼科                 | 〒665-0874<br>宝塚市中筋8丁目13番13号    |     | 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<br>(レンズ支給) 第 609号<br>徴収開始年月日：令和 8年 2月16日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>Clareon 非球面PanO 30200BZX0029400 380,000<br>Clareon 非球面PanO 30300BZX0015300 380,000<br>ファインビジョンHP 30400BZX0019700 300,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 380,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 380,000<br>テクニスコデッセイVB Sim 30600BZX0002400 380,000<br>テクニスコデッセイTVB Si 30600BZX0002500 380,000<br>Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026300 380,000<br>Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026400 380,000<br>Vivinex ジェメトリック 30600BZX0022900 380,000<br>Vivinex ジェメトリック 30600BZX0023000 380,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016700 380,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016800 380,000<br>Clareon PanOpti 30700BZX0029800 380,000<br>Clareon PanOpti 30800BZX0001500 380,000 |
| 11,0584,6 | 一般社団法人 つどいの森 こもればの森診療所 | 〒665-0816<br>宝塚市平井五丁目1番43-2号1階 |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 140号<br>徴収開始年月日：令和 8年 3月 1日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>59:他 3,300 3,300 3,300 3,300 3,300                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 12,0064,7 | 医療法人社団尚仁会<br>平島病院      | 〒669-1531<br>三田市天神1丁目2-15      | 147 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3727号<br>徴収開始年月日：令和 3年 8月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 2 7,700<br>01:個室 4 8,800<br>01:個室 1 11,000<br>02:2人室 4 3,300<br>03:3人室 6 4,400<br>04:4人室 124 0<br>05:5人室以上 16 0<br>全許可病床数 157床 費用徴収病床数 17床 割合 10.8%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 301号<br>徴収開始年月日：平成16年 4月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>40: (一般入院) 10対1 1,500                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|           |                        |                                |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                            | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------|-------------|------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12,0092,8 | 浅井眼科医院      | 〒669-1322<br>三田市すずかけ台２－３－１えるむプラザ３階 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 571号<br>徴収開始年月日：令和 7年10月20日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>Clareon非球面PanOp 30200BZX0029400 300,000<br>Clareon非球面PanOp 30300BZX0015300 330,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 300,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 330,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 300,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 30600BZX0002400 300,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 30600BZX0002500 330,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 330,000                                                                                                                                             |
| 12,0097,7 | 三田市民病院      | 〒669-1321<br>三田市けやき台３丁目１番地１        | 300 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3323号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>01:個室 7 0<br>01:個室 4 8,800<br>01:個室 9,900<br>01:個室 51 12,100<br>01:個室 14,300<br>01:個室 5 19,800<br>01:個室 22,000<br>02:2人室 14 0<br>03:3人室 3 0<br>04:4人室 216 0<br>全許可病床数 300床 費用徴収病床数 60床 割合 20.0%<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 50号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,000<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 45号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,000<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 743号<br>徴収開始年月日：令和 3年 4月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>01:（一般入院）急性期一 2,728 |
|           |             |                                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称       | 医療機関所在地                                       | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------|-------------------|-----------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12,0101,7 | 大坪胃腸科外科           | 〒669-1535<br>三田市南が丘 1－3 9－2 3                 | 18  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 1100号<br>徴収開始年月日：平成16年 7月 1日<br>区分<br>02: 2 人室<br>05: 5 人室以上<br>全許可病床数<br>18床<br>病床数<br>6<br>12<br>費用徴収病床数<br>6床<br>徴収金額<br>3,500<br>割合 33.3%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 12,0131,4 | どうもと内科クリニッ<br>ク   | 〒669-1322<br>三田市すずかけ台 2 丁目 3－1 え<br>るむプラザ 3 階 |     | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 184号<br>治験薬名称<br>S S M注射薬（丸山ワクチン）<br>徴収開始年月日：平成30年 4月 4日<br>内・注・外 区分<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相<br>対象患者数 徴収額<br>1 200                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 12,0154,6 | すぎたファミリークリ<br>ニック | 〒669-1324<br>三田市ゆりのき台 2 丁目 2 5 番地<br>1        |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 63号<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>10:小 540 540 540 540<br>01:内 1,080 1,080 1,080 1,080<br>時間外診察<br>(時間外診察) 第 52号<br>徴収額<br>540<br>徴収開始年月日：平成30年 2月13日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 12,0177,7 | 伊田眼科クリニック         | 〒669-1544<br>三田市武庫が丘 7 丁目 7－4                 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 565号<br>徴収開始年月日：令和 7年 9月10日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>Clareon非球面PanOp<br>Clareon非球面PanOp<br>ファインビジョンHP<br>Clareon Vivity<br>テクニスオデッセイVB Sim<br>テクニスオデッセイTVB Si<br>PureSee 焦点深度拡張型<br>PureSee Toric 焦<br>Vivinox ジェメトリック<br>Vivinox ジェメトリック<br>Clareon Vivity<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0<br>3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0<br>3 0 4 0 0 B Z X 0 0 1 9 7 0 0<br>3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0<br>3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0<br>3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0<br>3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 7 0 0<br>3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 8 0 0<br>3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 2 9 0 0<br>3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 3 0 0 0<br>3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0<br>徴収額<br>270,000<br>290,000<br>215,000<br>270,000<br>300,000<br>320,000<br>265,000<br>280,000<br>285,000<br>300,000<br>295,000 |
|           |                   |                                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称    | 医療機関所在地                      | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------|----------------|------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12,0195,9 | さんだりハビリテーション病院 | 〒669-1547<br>三田市富士が丘5丁目16番1  | 69  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3989号<br>徴収開始年月日：令和7年4月1日<br>区分<br>01:個室 1 9,900<br>01:個室 6 7,700<br>02:2人室 6 0<br>04:4人室 56 0<br>全許可病床数 69床 費用徴収病床数 7床 割合 10.1%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 12,0201,5 | まんかいメディカルクリニック | 〒669-1322<br>三田市すずかけ台1丁目12番地 |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 69号<br>徴収開始年月日：令和7年12月1日<br>販売名 徴収額<br>FreeStyleリブレ2(センサー) 6,600<br>FreeStyleリブレ2(Reader) 6,600                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 12,0218,9 | ひろスポーツクリニック    | 〒669-1535<br>三田市南が丘2丁目13番80  |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 107号<br>徴収開始年月日：令和6年4月1日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>12:整外 5,000 5,000 5,000 5,000 5,000<br>32:リハ 5,000 5,000 5,000 5,000 5,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 12,0223,9 | せや眼科           | 〒669-1528<br>三田市駅前町1番24-101号 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 497号<br>徴収開始年月日：令和7年6月1日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 320,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 370,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029400 320,000<br>Clareon PanOpti 30300BZX0015300 370,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 320,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 370,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026300 350,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026400 400,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0022900 350,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0023000 400,000 |
|           |                |                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称  | 医療機関所在地                                   | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------|--------------|-------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12,0227,0 | あしだ眼科クリニック   | 〒669-1323<br>三田市あかしあ台5丁目3番1号<br>ウッディ殿ビル4階 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 603号      徴収開始年月日：令和 8年 2月19日<br>多焦点眼内レンズの販売名      医薬品医療機器等法承認番号      徴収額<br>Clareon Vivity      30500BZX0004100      320,000<br>Clareon Vivity      30700BZX0007900      320,000<br>Clareon PanOpti      30200BZX0029300      320,000<br>Clareon PanOpti      30400BZX0025000      320,000<br>Clareon PanOpti      30700BZX0029800      360,000<br>Clareon PanOpti      30800BZX0001500      360,000<br>Vivonex ジェメトリック      30500BZX0026300      350,000<br>Vivonex ジェメトリック      30500BZX0026400      350,000<br>Vivonex ジェメトリック      30600BZX0022900      350,000<br>Vivonex ジェメトリック      30600BZX0023000      350,000<br>TECNIS PureSee      30600BZX0016700      360,000<br>TECNIS PureSee      30600BZX0016800      360,000<br>ファインビジョンHP      30400BZX0019700      280,000 |
| 13,0098,3 | 医療法人敬愛会 大塚病院 | 〒669-3641<br>丹波市氷上町絹山513                  | 385 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3151号      徴収開始年月日：平成29年12月 1日<br>区分      病床数      徴収金額<br>01:個室      1      10,000<br>01:個室      4      6,000<br>01:個室      23      0<br>02:2人室      128      0<br>03:3人室      9      0<br>04:4人室      220      0<br>全許可病床数      385床      費用徴収病床数      5床      割合 1.3%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 769号      徴収開始年月日：令和 4年 4月 1日<br>入院料区分      対象者数      徴収日数      徴収料金<br>05:（一般入院）急性期一                2,358                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 13,0137,9 | 香良病院         | 〒669-3642<br>丹波市氷上町香良107                  | 266 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3970号      徴収開始年月日：令和 7年 1月 1日<br>区分      病床数      徴収金額<br>01:個室      16      2,200<br>01:個室      16      2,750<br>01:個室      14      3,850<br>01:個室      8      0<br>04:4人室      212      0<br>全許可病床数      266床      費用徴収病床数      46床      割合 17.3%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|           |              |                                           |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称  | 医療機関所在地                               | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------|--------------|---------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13,0168,4                | さくら眼科        | 〒669-3467<br>丹波市氷上町本郷字道ノ下3 1 8<br>－ 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<br>(レンズ支給) 第 610号<br>徴収開始年月日：令和 8年 2月24日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>徴収額<br>アルコン Clareon Pa 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 300,000<br>アルコン Clareon Pa 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 330,000<br>Clareon PanOpti 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0 300,000<br>Clareon PanOpti 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0 330,000<br>テクニスピュアシー Simpl 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 7 0 0 310,000<br>テクニスピュアシー トーリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 8 0 0 360,000<br>Clareon PanOpti 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 2 9 8 0 0 330,000<br>Clareon PanOpti 3 0 8 0 0 B Z X 0 0 0 1 5 0 0 360,000                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 13,0183,3<br>(13,0092,2) | 兵庫県立丹波医療センター | 〒669-3464<br>丹波市氷上町石生2 0 0 2－7        | 320 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3991号<br>徴収開始年月日：令和 7年 4月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 39 0<br>01:個室 32 12,000<br>01:個室 20 9,200<br>01:個室 12 6,900<br>02:2人室 4 0<br>03:3人室 3 0<br>04:4人室 204 0<br>05:5人室以上 6 0<br>全許可病床数 320床 費用徴収病床数 64床 割合 20.0%<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 53号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,000<br>5,000<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 48号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,000<br>1,900<br>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<br>(レンズ支給) 第 505号<br>徴収開始年月日：令和 7年 7月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>徴収額<br>Clareon PanOpti 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0 269,000<br>Clareon PanOpti 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0 291,000<br>Clareon Vivity 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 269,000<br>Clareon Vivity 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0 291,000 |
|                          |              |                                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称          | 医療機関所在地                          | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------|----------------------|----------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14,0071,8<br>(14,0045,8) | 岡本病院                 | 〒669-2202<br>丹波篠山市東吹 1 0 1 5 番 1 | 140 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3555号<br>徴収開始年月日：令和 2年 4月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 13 5,500<br>03: 3 人室 3 0<br>04: 4 人室 124 0<br>全許可病床数 140床 費用徴収病床数 13床 割合 9.3%                                                                                                                                                                                 |
| 14,0075,9                | 山鳥病院                 | 〒669-2513<br>丹波篠山市福住 3 9 9       | 31  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3589号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 3,300<br>02: 2 人室 6 2,200<br>04: 4 人室 24 0<br>全許可病床数 31床 費用徴収病床数 7床 割合 22.6%                                                                                                                                                                                 |
| 14,0085,8                | 兵庫医科大学ささやま<br>医療センター | 〒669-2321<br>丹波篠山市黒岡 5 番地        | 138 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4009号<br>徴収開始年月日：令和 7年 4月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 18,700<br>01:個室 2 7,700<br>01:個室 9 6,600<br>02: 2 人室 2 0<br>04: 4 人室 64 0<br>04: 4 人室 16 1,100<br>全許可病床数 94床 費用徴収病床数 28床 割合 29.8%<br><br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 668号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分<br>対象者数<br>徴収日数<br>徴収料金<br>04: (一般入院) 急性期一 2,380 |
|                          |                      |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称           | 医療機関所在地                          | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------|-----------------------|----------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14,0104,7 | 医療法人社団みどり会<br>にしき記念病院 | 〒669-2721<br>丹波篠山市西谷 5 7 5 番地の 1 | 48  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 2228号<br>徴収開始年月日：平成23年 7月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 2 6,000<br>02: 2 人室 10 3,000<br>03: 3 人室 3 1,000<br>04: 4 人室 16 0<br>05: 5 人室以上 5 0<br>05: 5 人室以上 12 0<br>全許可病床数 48床 費用徴収病床数 15床 割合 31.3%<br>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<br>(レンズ支給) 第 503号<br>徴収開始年月日：令和 7年 7月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>ファインビジョンHP 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 1 9 7 0 0 250,000<br>Clareon非球面PanOp 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 300,000<br>Clareon非球面PanOp 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 330,000<br>Clareon Vivity 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 300,000<br>Clareon Vivity 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0 330,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 3 0 0 260,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 4 0 0 290,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 2 9 0 0 260,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 3 0 0 0 290,000 |
| 14,0117,9 | タマル産婦人科               | 〒669-2202<br>丹波篠山市東吹 4 0 4 番地 1  | 12  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 2534号<br>徴収開始年月日：平成26年 1月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 10 0<br>01:個室 2 5,000<br>全許可病床数 12床 費用徴収病床数 2床 割合 16.7%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 15,0089,7 | 鈴木整形外科                | 〒656-0101<br>洲本市納 2 3 1          | 2   | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 2392号<br>徴収開始年月日：平成21年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 2 8,000<br>02: 2 人室 6 2,500<br>02: 2 人室 2<br>04: 4 人室 8<br>全許可病床数 18床 費用徴収病床数 8床 割合 44.4%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|           |                       |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称    | 医療機関所在地                      | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------|----------------|------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15,0092,1 | 洲本伊月病院         | 〒656-0014<br>洲本市桑間4 2 8      | 178 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3640号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 3,050<br>01:個室 1 5,090<br>01:個室 5 7,120<br>02:2人室 6 0<br>03:3人室 45 0<br>04:4人室 120 0<br>全許可病床数 178床 費用徴収病床数 7床 割合 3.9%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 15,0112,7 | 藤井眼科           | 〒656-0026<br>洲本市栄町1丁目3番27号   |     | 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<br>(レンズ支給) 第 476号<br>徴収開始年月日：令和7年 6月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>徴収額<br>アルコンアクリソフIQPanO 23100BZX0004200 363,000<br>アルコンアクリソフIQPanO 23100BZX0004300 418,000<br>アルコンアクリソフIQレストア 22600BZX0017900 275,000<br>アルコンアクリソフIQレストア 22700BZX0000600 330,000<br>Clareon非球面PanOp 30200BZX0029400 385,000<br>Clareon非球面PanOp 30300BZX0015300 440,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 385,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 385,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 440,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 440,000 |
| 15,0121,8 | 洲本市国民健康保険五色診療所 | 〒656-1331<br>洲本市五色町都志大日707番地 |     | 時間外診察<br>(時間外診察) 第 20号<br>徴収額<br>500<br>徴収開始年月日：平成18年 2月11日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 15,0134,1 | 井上内科消化器クリニック   | 〒656-0013<br>洲本市下加茂一丁目640番地1 |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 48号<br>徴収開始年月日：令和7年 8月 4日<br>販売名<br>徴収額<br>FreeStyleリブレ2 8,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|           |                |                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称  | 医療機関所在地                     | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------|--------------|-----------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15,0135,8<br>(15,0071,1) | 兵庫県立淡路医療センター | 〒656-0021<br>洲本市塩屋1丁目1番137号 | 441 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3995号<br>徴収開始年月日：令和 7年 4月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 37 0<br>01:個室 14 12,000<br>01:個室 24 15,000<br>02: 2 人室 26 0<br>03: 3 人室 9 0<br>04: 4 人室 280 0<br>05: 5 人室以上 12 0<br>全許可病床数 402床 費用徴収病床数 38床 割合 9.5%<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 73号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,000<br>5,000<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 68号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,000<br>1,900 |
| 15,0137,4                | 溝上 眼科        | 〒656-0101<br>洲本市納303-5      | 5   | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3109号<br>徴収開始年月日：平成26年 3月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 2 5,000<br>03: 3 人室 3 0<br>全許可病床数 5床 費用徴収病床数 2床 割合 40.0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 16,0111,7                | 高山クリニック      | 〒656-2132<br>淡路市志筑新島6-37    | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3811号<br>徴収開始年月日：令和 5年 3月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 22,000<br>01:個室 2 8,800<br>02: 2 人室 4 5,500<br>04: 4 人室 12 0<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 7床 割合 36.8%                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                          |              |                             |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称         | 医療機関所在地                     | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------|---------------------|-----------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16,0112,5<br>(16,0076,8) | 社会医療法人社団 順心会 順心淡路病院 | 〒656-2156<br>淡路市大町下 6 6 - 1 | 172 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3327号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 6 11,000<br>02: 2 人室 30 3,300<br>04: 4 人室 136 0<br>全許可病床数 172床 費用徴収病床数 36床 割合 20.9%<br><br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 781号<br>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>08: (一般入院) 地域一般 1,940<br><br>う蝕に罹患している患者の指導管理<br>(う蝕管理) 第 3000号<br>徴収開始年月日：平成26年 4月 1日<br>継続管理種類 価格<br>01:フッ化物局所 520 |
| 16,0115,8                | 東浦平成病院              | 〒656-2311<br>淡路市久留麻 1 8 6 7 | 199 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3942号<br>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 1 3,000<br>01:個室 3 5,000<br>02: 2 人室 4 0<br>03: 3 人室 3 0<br>04: 4 人室 188 0<br>全許可病床数 199床 費用徴収病床数 4床 割合 2.0%                                                                                                                                                                                        |
|                          |                     |                             |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                          | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------|-------------|----------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16,0145,5 | 聖隷淡路病院      | 〒656-2306<br>淡路市夢舞台 1－1          | 152 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3862号<br>徴収開始年月日：令和 5年 5月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 5 0<br>01:個室 36 6,600<br>01:個室 3 7,700<br>04: 4 人室 72 0<br>04: 4 人室 36 2,200<br>全許可病床数 152床 費用徴収病床数 75床 割合 49.3%<br>入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 675号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>04: (一般入院) 急性期一 2,200<br>間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 57号<br>徴収開始年月日：令和 7年10月 1日<br>販売名 徴収額<br>FreeStyleリブレ2 (Reader) 6,600<br>FreeStyleリブレ2 (センサー) 8,000<br>DEXCOM G7 CGMシステム モニター 5,300<br>DEXCOM G7 CGMシステム センサーキット 6,000 |
| 17,0091,9 | 中林病院        | 〒656-0455<br>南あわじ市神代国衛 1 6 8 0－1 | 93  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4006号<br>徴収開始年月日：令和 7年 6月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 9 2,200<br>01:個室 2 3,850<br>01:個室 1 7,700<br>02: 2 人室 2 0<br>03: 3 人室 3 0<br>04: 4 人室 52 0<br>05: 5 人室以上 24 0<br>全許可病床数 93床 費用徴収病床数 12床 割合 12.9%<br>入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 489号<br>徴収開始年月日：平成26年 4月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>40: (一般入院) 1 0 対 1 2,000                                                                                                                                                                      |
|           |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

[令和 8年 4月 1日            現在   医科]

令和 8 年 4 月 1 日作成 88 頁

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称   | 医療機関所在地                             | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                       |
|-----------|---------------|-------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17,0092,7 | 八木病院          | 〒656-0446<br>南あわじ市八木寺内1 1 4 7 番地    | 98  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4045号<br>徴収開始年月日：令和 7年 8月 1日<br>区分<br>01:個室 9 4,400<br>02:2人室 24 0<br>03:3人室 21 0<br>04:4人室 44 0<br>全許可病床数 98床 費用徴収病床数 9床 割合 9.2%                                           |
| 17,0104,0 | 医療法人社団正啓会福原医院 | 〒656-0332<br>南あわじ市湊5 6 9－1          |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 70号<br>徴収開始年月日：令和 7年12月 8日<br>販売名 徴収額<br>FreeStyleリブレ2 8,000                                                                                                                |
| 17,0124,8 | 翠鳳第一病院        | 〒656-0122<br>南あわじ市広田広田字畑田1 3 4 番地 1 | 119 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3946号<br>徴収開始年月日：令和 6年 8月 1日<br>区分<br>01:個室 2 3,300<br>02:2人室 2 3,300<br>02:2人室 6 2,200<br>02:2人室 10 0<br>03:3人室 3 2,200<br>03:3人室 96 0<br>全許可病床数 119床 費用徴収病床数 13床 割合 10.9% |
|           |               |                                     |     |                                                                                                                                                                                                            |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                                      | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------|-------------|----------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18,0088,3<br>(18,0038,4) | 西脇市立西脇病院    | 〒677-0043<br>西脇市下戸田 6 5 2 番地の 1              | 320 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3952号<br>徴収開始年月日：令和 6年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 17 0<br>01:個室 78 9,620<br>01:個室 0 7,700<br>01:個室 2 16,500<br>01:個室 0 13,200<br>03: 3 人室 3 0<br>04: 4 人室 200 0<br>05: 5 人室以上 20 0<br>全許可病床数 320床 費用徴収病床数 80床 割合 25.0%<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 67号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,000<br>5,000<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 62号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,000<br>1,900 |
| 19,0044,4                | 私立育が丘クリニック  | 〒675-1325<br>小野市檉山町字水谷拍子谷 1 4 7<br>5 - 6 8 9 | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3624号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 6,600<br>02: 2 人室 2 3,300<br>04: 4 人室 4 0<br>05: 5 人室以上 12 0<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 3床 割合 15.8%                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 19,0048,5                | わかば・産婦人科    | 〒675-1367<br>小野市敷地町 1 5 0 0 番地 5             | 12  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 2361号<br>徴収開始年月日：平成24年 8月29日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 4 6,000<br>01:個室 2 5,000<br>01:個室 2 0<br>04: 4 人室 4 0<br>全許可病床数 12床 費用徴収病床数 6床 割合 50.0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                          |             |                                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称   | 医療機関所在地                            | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------|---------------|------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19,0064,2 | 土井リハビリテーション病院 | 〒675-1352<br>小野市復井町字中ノ池1 7 2 3 - 2 | 144 | 医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療<br>(規定回数超) 第 88号<br>診療の名称<br>02:リハビリテーション<br>02:リハビリテーション<br>02:リハビリテーション<br>徴収開始年月日：令和 8年 1月 1日<br>徴収額<br>2,695<br>1,980<br>2,035                                                                    |
| 19,0083,2 | 小野レディースクリニック  | 〒675-1375<br>小野市西本町 5 3 8 番地の 3    | 15  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 1583号<br>徴収開始年月日：平成16年 7月 1日<br>区分<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>02: 2 人室<br>03: 3 人室<br>全許可病床数<br>15床<br>病床数<br>4<br>3<br>1<br>4<br>3<br>費用徴収病床数<br>7床<br>徴収金額<br>4,000<br>3,000<br>割合 46.7% |
| 19,0093,1 | 復井診療所         | 〒675-1352<br>小野市復井町 9 1 6 - 1 2    | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3490号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>01:個室<br>01:個室<br>02: 2 人室<br>04: 4 人室<br>全許可病床数<br>19床<br>病床数<br>1<br>2<br>4<br>12<br>費用徴収病床数<br>7床<br>徴収金額<br>4,400<br>3,300<br>1,100<br>0<br>割合 36.8% |
|           |               |                                    |     |                                                                                                                                                                                                                              |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                             | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------|-------------|-------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19,0101,2<br>(19,0051,5) | 北播磨総合医療センター | 〒675-1392<br>小野市市場町 9 2 6 番地の 2 5 0 | 450 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3988号<br>徴収開始年月日：令和 7年 4月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 98 7,700<br>01:個室 0 9,625<br>01:個室 14 13,200<br>01:個室 0 16,500<br>01:個室 10 7,700<br>01:個室 27 0<br>03: 3 人室 6 0<br>04: 4 人室 248 0<br>05: 5 人室以上 7 0<br>05: 5 人室以上 10 0<br>05: 5 人室以上 20 0<br>全許可病床数 440床 費用徴収病床数 122床 割合 27.7%<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 44号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,700<br>5,500<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 39号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,850<br>2,090 |
|                          |             |                                     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称       | 医療機関所在地                             | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------|-------------------|-------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19,0102,0<br>(19,0052,3) | 栄宏会小野病院           | 〒675-1316<br>小野市天神町 9 7 3 番         | 116 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4071号<br>徴収開始年月日：令和 7年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 12,100<br>01:個室 2 9,900<br>01:個室 6 7,260<br>01:個室 2 5,500<br>02: 2 人室 4 0<br>03: 3 人室 15 0<br>03: 3 人室 30 660<br>04: 4 人室 56 0<br>全許可病床数 116床 費用徴収病床数 41床 割合 35.3%<br>間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 83号<br>徴収開始年月日：令和 8年 3月 1日<br>販売名<br>徴収額<br>FreeStyleリブレ2 (センサー) 7,480<br>FreeStyleリブレ2 (Reader) 7,810 |
| 19,0104,6                | 医療法人社団薫楓会緑<br>駿病院 | 〒675-1322<br>小野市匠台 7 2 番 1          | 180 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3332号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 12 3,300<br>02: 2 人室 4 2,200<br>04: 4 人室 164 0<br>全許可病床数 180床 費用徴収病床数 16床 割合 8.9%<br>医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療<br>(規定回数超) 第 59号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>診療の名称<br>徴収額<br>02:リハビリテーション 2,200<br>02:リハビリテーション 2,200<br>02:リハビリテーション 2,200                                                                           |
| 19,0105,3<br>(19,0053,1) | 兵庫あおの病院           | 〒675-1327<br>小野市市場町 9 2 6 番地の 4 5 3 | 250 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3333号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 18 0<br>01:個室 2 5,500<br>01:個室 4 6,600<br>01:個室 2 8,800<br>02: 2 人室 8 0<br>04: 4 人室 212 0<br>04: 4 人室 4 2,200<br>全許可病床数 250床 費用徴収病床数 12床 割合 4.8%                                                                                                                                                               |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称        | 医療機関所在地                               | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------|--------------------|---------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20,0088,9 | 明石こころのホスピタル        | 〒673-0044<br>明石市藤江1 3 1 5             | 276 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3818号<br>徴収開始年月日：令和 5年 4月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 64 3,300<br>01:個室 67 2,200<br>01:個室 3 4,400<br>01:個室 11 0<br>03:3人室 3 0<br>04:4人室 128 0<br>全許可病床数 276床 費用徴収病床数 134床 割合 48.6%                                                                                                             |
| 20,0131,7 | 医療法人公仁会 明石<br>仁十病院 | 〒674-0074<br>明石市魚住町清水字帝釈山1 8 7<br>1－3 | 149 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3895号<br>徴収開始年月日：令和 6年 1月 9日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 5 9,900<br>01:個室 2 8,800<br>02:2人室 8 4,400<br>03:3人室 6 0<br>04:4人室 128 0<br>全許可病床数 149床 費用徴収病床数 15床 割合 10.1%<br><br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 725号<br>徴収開始年月日：令和 2年 4月 1日<br>入院料区分<br>対象者数<br>徴収日数<br>徴収料金<br>08:（一般入院）地域一般 1,683      |
| 20,0238,0 | 医療法人明仁会 明舞<br>中央病院 | 〒673-0862<br>明石市松が丘4丁目1－3 2           | 189 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4003号<br>徴収開始年月日：令和 7年 5月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 2 22,000<br>01:個室 19 7,700<br>02:2人室 16 3,300<br>04:4人室 156 0<br>05:5人室以上 6 0<br>全許可病床数 199床 費用徴収病床数 37床 割合 18.6%<br><br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 745号<br>徴収開始年月日：令和 3年 4月 1日<br>入院料区分<br>対象者数<br>徴収日数<br>徴収料金<br>04:（一般入院）急性期一 2,376 |
|           |                    |                                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称        | 医療機関所在地                                  | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------|--------------------|------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20,0243,0 | 特定医療法人誠仁会<br>大久保病院 | 〒674-0051<br>明石市大久保町大窪 2 0 9 5 番地<br>の 1 | 199 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 98号<br>治験薬名称<br>徴収開始年月日：平成26年 7月 1日<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 12<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 9<br><br>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3886号<br>徴収開始年月日：令和 6年 1月 7日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 18 0<br>01:個室 9 11,000<br>01:個室 4 8,800<br>01:個室 17 6,600<br>02: 2 人室 4 0<br>03: 3 人室 3 0<br>04: 4 人室 144 0<br>全許可病床数 199床 費用徴収病床数 30床 割合 15.1%<br><br>入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 625号<br>徴収開始年月日：平成30年10月16日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>11: (一般入院) 特別入院 1 22 19,360 |
| 20,0282,8 | 医療法人久仁会 明石<br>同仁病院 | 〒674-0074<br>明石市魚住町清水 2 1 8 3 番地         | 99  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3597号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 12 5,500<br>03: 3 人室 3 0<br>04: 4 人室 84 0<br>全許可病床数 99床 費用徴収病床数 12床 割合 12.1%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|           |                    |                                          |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                        | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------|-------------|--------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20,0315,6<br>(20,0162,8) | 兵庫県立がんセンター  | 〒673-0021<br>明石市北王子町 1 3 - 7 0 | 360 | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 39号 徴収開始年月日：平成31年 4月 1日<br>医療機器の販売名 徴収額 医療機器管理室 技師の人数<br>O n c o G u i d e T M N C 708,000 1:有 2<br><br>薬価基準の収載医薬品の薬機法と異なる用法等に係る投与<br>(薬価基準) 第 21号 徴収開始年月日：令和 5年 2月22日<br>販売名 徴収額<br>ジャカビ錠 5 m g 3,530<br>イマチニブ錠 1 0 0 m g 「NK」 490<br><br>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3993号 徴収開始年月日：令和 7年 4月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 6 0<br>01:個室 4 21,000<br>01:個室 4 17,000<br>01:個室 53 12,000<br>02: 2 人室 14 0<br>03: 3 人室 3 0<br>04: 4 人室 268 0<br>05: 5 人室以上 8 0<br>全許可病床数 360床 費用徴収病床数 61床 割合 16.9%<br><br>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 76号 徴収開始年月日：令和 6年 3月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,000<br>5,000<br><br>金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 1061号 徴収開始年月日：平成13年 7月 1日<br>金属 その他金属 上顎 下顎<br><br>う蝕に罹患している患者の指導管理<br>(う蝕管理) 第 896号 徴収開始年月日：平成13年 7月 1日<br>継続管理種類 価格<br>01:フッ化物局所<br>02:小窩裂溝填塞 |
|                          |             |                                |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称          | 医療機関所在地                              | 病床数 | 報告内容                                                              |
|-----------|----------------------|--------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------|
| 20,0324,8 | 医療法人社団せいゆう<br>会 神明病院 | 〒674-0051<br>明石市大久保町大窪字山田 2 5 2<br>0 | 71  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3687号<br>徴収開始年月日：令和 2年12月 1日<br>区分 |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                         | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------|-------------|---------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20,0348,7 | あさぎり病院      | 〒673-0852<br>明石市朝霧台 1 1 2 0 - 2 | 98  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4091号<br>徴収開始年月日：令和 8年 2月16日<br>区分<br>01:個室 5 11,000<br>01:個室 4 14,000<br>01:個室 1 17,000<br>01:個室 3 0<br>02: 2 人室 2 2,300<br>02: 2 人室 22 3,500<br>04: 4 人室 56 0<br>05: 5 人室以上 5 0<br>全許可病床数 98床 費用徴収病床数 34床 割合 34.7%<br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 671号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>06: (一般入院) 急性期一 0 0 2,080<br>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<br>(レンズ支給) 第 523号<br>徴収開始年月日：令和 7年 8月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>アルコンアクリソフ I Q レストア 2 2 6 0 0 B Z X 0 0 1 7 9 0 0 198,000<br>エイエフール アイシー 2 2 3 0 0 B Z X 0 0 4 2 7 0 0 198,000<br>Clareon 非球面 PanOp 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 350,000<br>Clareon 非球面 PanOp 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 300,000<br>Clareon Vivity 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 300,000<br>ファインビジョンHP 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 1 9 7 0 0 300,000<br>Clareon PanOpti 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0 300,000<br>Clareon PanOpti 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0 350,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 3 0 0 300,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 4 0 0 350,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0 300,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0 350,000<br>Clareon Vivity 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0 350,000<br>TECNIS PureSee 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 7 0 0 300,000<br>TECNIS PureSee 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 8 0 0 350,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 2 9 0 0 300,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 3 0 0 0 350,000 |
|           |             |                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称       | 医療機関所在地                          | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------|-------------------|----------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20,0358,6 | 医療法人社団弘成会<br>明海病院 | 〒673-0044<br>明石市藤江 2 0 1         | 60  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3720号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 5 6,600<br>01:個室 7 4,400<br>03:3人室 36 0<br>04:4人室 12 0<br>全許可病床数 60床 費用徴収病床数 12床 割合 20.0%<br>医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療<br>(規定回数超) 第 19号<br>徴収開始年月日：平成20年 5月 1日<br>診療の名称<br>徴収額<br>02:リハビリテーション 750                                                                                               |
| 20,0367,7 | 中山クリニック           | 〒674-0071<br>明石市魚住町金ヶ崎 3 7 0     | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3977号<br>徴収開始年月日：令和 7年 2月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 2 15,000<br>01:個室 1 18,000<br>04:4人室 16 0<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 3床 割合 15.8%                                                                                                                                                                                                                  |
| 20,0377,6 | 明石回生病院            | 〒674-0092<br>明石市二見町東二見 5 4 9 - 1 | 155 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3508号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 0<br>01:個室 10 11,000<br>02:2人室 4 0<br>02:2人室 12 3,300<br>04:4人室 128 0<br>全許可病床数 155床 費用徴収病床数 22床 割合 14.2%<br>時間外診察<br>(時間外診察) 第 60号<br>徴収開始年月日：令和 4年 2月 1日<br>徴収額<br>650<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 810号<br>徴収開始年月日：令和 6年10月 1日<br>入院料区分<br>対象者数<br>徴収日数<br>徴収料金<br>02:（一般入院）急性期一 2,466 |
|           |                   |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                                   | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------|-------------|-------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20,0470,9 | 野木病院        | 〒674-0072<br>明石市魚住町長坂寺字ツエ池 1 0<br>0 3 - 1 | 99  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4077号<br>徴収開始年月日：令和 7年12月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 9 8,250<br>01:個室 2 11,000<br>01:個室 2 0<br>02: 2 人室 10 3,300<br>02: 2 人室 2 3,850<br>02: 2 人室 4 0<br>03: 3 人室 18 0<br>04: 4 人室 52 0<br>全許可病床数 99床 費用徴収病床数 23床 割合 23.2%<br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 801号<br>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>05: (一般入院) 急性期一 2,395 |
| 20,0474,1 | 博愛産科婦人科     | 〒674-0094<br>明石市二見町西二見 4 5 0 - 5          | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 2253号<br>徴収開始年月日：平成23年 4月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 7 6,800<br>01:個室 1 10,000<br>01:個室 1 15,000<br>02: 2 人室 6 0<br>04: 4 人室 4 0<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 9床 割合 47.4%                                                                                                                                                                      |
| 20,0492,3 | 戸田内科・脳神経内科  | 〒674-0081<br>明石市魚住町錦が丘 4 - 5 - 1          |     | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 145号<br>徴収開始年月日：平成25年 8月 1日<br>治験薬名称<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>HP-3000-07 3:外用薬 3:第Ⅲ相 4<br>HP-3000-06 3:外用薬 3:第Ⅲ相 10<br>TVP-1012 (CCT-00 1:内服薬 3:第Ⅲ相 6<br>TVP-1012 (OCT-00 1:内服薬 3:第Ⅲ相 5<br>TVP-1012 (CCT-00 1:内服薬 2:第Ⅱ相 12<br>TVP-1012 (CCT-00 1:内服薬 3:第Ⅲ相 12<br>SK&F101468 1:内服薬 3:第Ⅲ相 6<br>AD-810N 1:内服薬 3:第Ⅲ相 4                                   |
|           |             |                                           |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称        | 医療機関所在地                                | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------|--------------------|----------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20,0594,6 | 瞳潤会田村眼科            | 〒673-0891<br>明石市大明石町1丁目7番33号<br>大手ビル1階 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 615号<br>徴収開始年月日：令和8年3月1日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>SV25T0<br>SV25T3／SV25T4／S<br>TFNT00<br>TFNT30／TFNT40／T<br>CNWTT0<br>CNWTT2／CNWTT3／C<br>POD F GF<br>CNAET0<br>XY1-G<br>XY1-GT2／GT3／GT4<br>CNLET2／CNLET3／C<br>DRN00V<br>DRT150／DRT225／D<br>CNATT0<br>CNATT2／CNATT3／C<br>DEN00V<br>DET150／DET225／D<br>XY1-GP<br>XY1-GPT2／GPT3／G<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>徴収額<br>22600BZX0017900<br>22700BZX0000600<br>23100BZX0004200<br>23100BZX0004300<br>30200BZX0029400<br>30300BZX0015300<br>30400BZX0019700<br>30500BZX0004100<br>30500BZX0026300<br>30500BZX0026400<br>30700BZX0007900<br>30600BZX0002400<br>30600BZX0002500<br>30200BZX0029300<br>30400BZX0025000<br>30600BZX0016700<br>30600BZX0016800<br>30600BZX0022900<br>30600BZX0023000<br>186,240<br>206,240<br>286,240<br>336,240<br>296,240<br>346,240<br>296,240<br>296,240<br>346,240<br>346,240<br>346,240<br>296,240<br>346,240<br>296,240<br>346,240<br>296,240<br>346,240<br>296,240<br>346,240 |
| 20,0595,3 | 医療法人社団 仁恵会<br>石井病院 | 〒673-0881<br>明石市天文町1丁目5番11号            | 103 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3591号<br>徴収開始年月日：令和元年10月1日<br>区分<br>01:個室<br>01:個室<br>04:4人室<br>全許可病床数<br>103床<br>病床数<br>1<br>10<br>92<br>費用徴収病床数<br>11床<br>徴収金額<br>17,600<br>9,350<br>0<br>割合 10.7%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 720号<br>徴収開始年月日：令和元年10月1日<br>入院料区分<br>06:（一般入院）急性期一<br>対象者数<br>徴収日数<br>徴収料金<br>2,277                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|           |                    |                                        |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                                           | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------|-------------|---------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20,0603,5 | あさひ病院       | 〒673-0033<br>明石市林崎町 2 丁目 1 番 3 1 号                | 100 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3336号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 2 11,000<br>01:個室 6 5,500<br>01:個室 2 0<br>02: 2 人室 8 1,100<br>04: 4 人室 72 0<br>05: 5 人室以上 10 0<br>全許可病床数 100床 費用徴収病床数 16床 割合 16.0%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 787号<br>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>10: (一般入院) 地域一般 1,654 |
| 20,0609,2 | きはるクリニック    | 〒673-0891<br>明石市大明石町 1 丁目 7 番 4 号白<br>菊グランドビル 5 F |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 117号<br>徴収開始年月日：令和 7年 1月 6日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>02:精 5,500 5,500 5,500 5,500 5,500<br>35:心内 5,500 5,500 5,500 5,500 5,500                                                                                                                                                                             |
| 20,0612,6 | 王子クリニック     | 〒673-0021<br>明石市北王子町 1 3 番 6 0 号                  | 18  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 1825号<br>徴収開始年月日：平成20年 4月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 1 12,000<br>01:個室 1 9,000<br>01:個室 7 8,000<br>02: 2 人室 2<br>04: 4 人室 8<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 9床 割合 47.4%                                                                                                                                      |
|           |             |                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                             | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------|-------------|-------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20,0616,7 | 大西脳神経外科病院   | 〒674-0064<br>明石市大久保町江井島1 6 6 1 番地 1 | 182 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3973号<br>徴収開始年月日：令和 7年 1月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 3 23,000<br>01:個室 1 17,000<br>01:個室 2 13,000<br>01:個室 2 10,000<br>01:個室 2 5,000<br>02: 2 人室 8 5,000<br>02: 2 人室 32 3,500<br>02: 2 人室 2 3,000<br>04: 4 人室 112 0<br>05: 5 人室以上 18 0<br>全許可病床数 182床 費用徴収病床数 52床 割合 28.6% |
| 20,0624,1 | 鈴木内科クリニック   | 〒674-0074<br>明石市魚住町清水2 2 6 5        |     | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 20号<br>徴収開始年月日：平成29年 2月22日<br>医療機器の販売名 徴収額 医療機器管理室 技師の人数<br>FreeStyleリブレ (Re 7,500<br>FreeStyleリブレ (セン 7,500                                                                                                                                                               |
| 20,0641,5 | 王子回生病院      | 〒673-0029<br>明石市大道町2 丁目2 番3 号       | 69  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3491号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 4 10,186<br>01:個室 5 8,151<br>02: 2 人室 4 0<br>04: 4 人室 56 0<br>全許可病床数 69床 費用徴収病床数 9床 割合 13.0%<br>時間外診察<br>(時間外診察) 第 31号<br>徴収額<br>650                                                                                   |
|           |             |                                     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称           | 医療機関所在地                            | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------|-----------------------|------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20,0643,1 | 社会医療法人愛仁会<br>明石医療センター | 〒674-0063<br>明石市大久保町八木 7 4 3 - 3 3 | 392 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 62号<br>治験薬名称<br>C S 7 4 7 S<br>O N O - 1 1 0 1<br>徴収開始年月日：平成23年 9月30日<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 8<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 4<br><br>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4090号<br>徴収開始年月日：令和 8年 3月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 80 9,900<br>01:個室 11 11,000<br>01:個室 7 12,100<br>01:個室 1 16,500<br>01:個室 1 18,700<br>01:個室 32 0<br>04:4人室 260 0<br>全許可病床数 392床 費用徴収病床数 100床 割合 25.5%<br><br>2 0 0 床以上の病院の初診<br>(病院初診) 第 250号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,700<br><br>2 0 0 床以上の病院の再診<br>(病院再診) 第 27号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,300<br><br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 667号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>01:（一般入院）急性期一 2,720<br><br>間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 24号<br>徴収開始年月日：令和 7年 5月 1日<br>販売名 徴収額<br>F r e e S t y l e リ ブ レ 2 ( R e a d e r ) 7,800<br>F r e e S t y l e リ ブ レ 2 ( セ ン サ ー ) 7,500 |
|           |                       |                                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                       | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------|-------------|-------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20,0646,4 | 明石市立市民病院    | 〒673-0848<br>明石市鷹匠町 1 番 3 3 号 | 317 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4061号<br>徴収開始年月日：令和 7年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室<br>47<br>8,800<br>01:個室<br>0<br>10,560<br>01:個室<br>2<br>19,800<br>01:個室<br>0<br>23,760<br>01:個室<br>1<br>13,200<br>01:個室<br>0<br>15,840<br>01:個室<br>24<br>0<br>02: 2 人室<br>8<br>0<br>02: 2 人室<br>27<br>0<br>04: 4 人室<br>208<br>0<br>全許可病床数<br>317床<br>費用徴収病床数<br>50床<br>割合 15.8%<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 62号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額<br>初診患者数<br>徴収患者数<br>7,700<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 57号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額<br>再診患者数<br>徴収患者数<br>3,300<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 678号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分<br>対象者数<br>徴収日数<br>徴収料金<br>01: (一般入院) 急性期一<br>2,722<br>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<br>(レンズ支給) 第 587号<br>徴収開始年月日：令和 7年12月15日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>徴収額<br>Clareon非球面PanOp<br>30200BZX0029400<br>202,345<br>Clareon非球面PanOp<br>30300BZX0015300<br>230,505<br>Clareon PanOpti<br>30200BZX0029300<br>202,345<br>Clareon PanOpti<br>30400BZX0025000<br>230,505<br>Clareon Vivity<br>30500BZX0004100<br>202,345<br>テクニスオデッセイVB Sim<br>30600BZX0002400<br>188,705<br>テクニスオデッセイTVB Si<br>30600BZX0002500<br>210,705<br>テクニスピュアシー オプティブ<br>30600BZX0016700<br>188,705<br>テクニスピュアシー トーリック<br>30600BZX0016800<br>210,705 |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称                   | 医療機関所在地                               | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------|-------------------------------|---------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |                               |                                       |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 49号<br>販売名<br>F r e e S t y l e リブレ2 (センサー)<br>F r e e S t y l e リブレ2 (R e a d e r )<br>徴収開始年月日：令和 7年 9月 1日<br>徴収額<br>7,480<br>7,797                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 20,0655,5 | 新見眼科                          | 〒674-0092<br>明石市二見町東二見 9 0 1 番 1      |     | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 160号<br>治験薬名称<br>AGN-150998<br>徴収開始年月日：平成28年 7月 1日<br>内・注・外 区分      対象患者数 徴収額<br>2:注射薬   3:第Ⅲ相      3<br><br>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<br>(レンズ支給) 第 616号<br>徴収開始年月日：令和 8年 3月 2日<br>多焦点眼内レンズの販売名      医薬品医療機器等法承認番号      徴収額<br>C l a r e o n   P a n O p t i   3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0      300,000<br>C l a r e o n   P a n O p t i   3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0      350,000<br>C l a r e o n   V i v i t y   3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0      300,000<br>C l a r e o n   P a n O p t i   3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0      300,000<br>C l a r e o n   P a n O p t i   3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0      350,000<br>ファインビジョンHP      3 0 4 0 0 B Z X 0 0 1 9 7 0 0      300,000<br>V i v i n e x   ジェメトリック      3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 3 0 0      300,000<br>V i v i n e x   ジェメトリック      3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 4 0 0      350,000<br>テクニスオデッセイVB   S i m      3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0      300,000<br>テクニスオデッセイTVB   S i      3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0      350,000<br>C l a r e o n   V i v i t y   3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0      350,000<br>テクニスPureSee      3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 7 0 0      300,000<br>テクニスPureSee   T o r      3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 8 0 0      350,000<br>V i v i n e x   ジェメトリック      3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 2 9 0 0      300,000<br>V i v i n e x   ジェメトリック      3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 3 0 0 0      350,000<br>C l a r e o n   P a n O p t i   3 0 7 0 0 B Z X 0 0 2 9 8 0 0      350,000<br>C l a r e o n   P a n O p t i   3 0 8 0 0 B Z X 0 0 0 1 5 0 0      400,000 |
| 20,0656,3 | 医療法人伯鳳会 明石<br>リハビリテーション病<br>院 | 〒674-0094<br>明石市二見町西二見 6 8 5 番地の<br>3 | 109 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4020号<br>徴収開始年月日：令和 7年 6月 1日<br>区分      病床数      徴収金額<br>01:個室      22      3,760<br>01:個室      1      7,600<br>02: 2 人室      6      2,600<br>04: 4 人室      80      0<br>全許可病床数      109床      費用徴収病床数      29床      割合 26.6%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|           |                               |                                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称         | 医療機関所在地                                                  | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------|---------------------|----------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20,0678,7 | 藤井眼科クリニック           | 〒673-0016<br>明石市松の内2丁目8番地の2                              |     | 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<br>(レンズ支給) 第 414号<br>徴収開始年月日：令和 7年 1月 6日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>V i v i n e x ジュメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 3 0 0 330,000<br>V i v i n e x ジュメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 4 0 0 380,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 20,0701,7 | フタバ眼科               | 〒674-0068<br>明石市大久保町ゆりのき通2丁目<br>2番6号SHUNDO BLD.<br>3階、4階 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 618号<br>徴収開始年月日：令和 8年 3月 2日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>C l a r e o n P a n O p t i 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 300,000<br>C l a r e o n P a n O p t i 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 350,000<br>C l a r e o n V i v i t y 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 300,000<br>C l a r e o n P a n O p t i 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0 300,000<br>C l a r e o n P a n O p t i 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0 350,000<br>ファインビジョンHP 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 1 9 7 0 0 300,000<br>テクニスオデッセイVB S i m 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0 300,000<br>テクニスオデッセイTVB S i 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0 350,000<br>C l a r e o n V i v i t y 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0 350,000<br>テクニスPureSee 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 7 0 0 300,000<br>テクニスPureSee T o r 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 8 0 0 350,000<br>V i v i n e x ジュメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 3 0 0 300,000<br>V i v i n e x ジュメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 4 0 0 350,000<br>V i v i n e x ジュメトリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 2 9 0 0 300,000<br>V i v i n e x ジュメトリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 3 0 0 0 350,000<br>C l a r e o n P a n O p t i 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 2 9 8 0 0 350,000<br>C l a r e o n P a n O p t i 3 0 8 0 0 B Z X 0 0 0 1 5 0 0 400,000 |
| 20,0716,5 | 医療法人社団医仁会<br>ふくやま病院 | 〒673-0028<br>明石市硯町二丁目5番55号                               | 104 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3930号<br>徴収開始年月日：令和 6年 8月 1日<br>区分<br>01:個室 2 0<br>01:個室 2 11,000<br>01:個室 24 8,800<br>04:4人室 64 0<br>全許可病床数 92床 費用徴収病床数 26床 割合 28.3%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|           |                     |                                                          |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称           | 医療機関所在地                                          | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------|-----------------------|--------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20,0718,1 | 医療法人社団 ししだ<br>眼科クリニック | 〒673-0001<br>明石市明南町 1 丁目 3 番 1 号                 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 519号<br>徴収開始年月日：令和 7年 6月27日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>Clareon 非球面 PanOp 30200BZX0029400 300,000<br>Clareon 非球面 PanOp 30300BZX0015300 350,000<br>BVI 疎水性アクリル多焦点眼内 30400BZX0019700 300,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 300,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 300,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 350,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 350,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026300 300,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026400 350,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0022900 300,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0023000 350,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 30600BZX0002400 300,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 30600BZX0002500 300,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016700 300,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016800 350,000 |
| 20,0729,8 | クリニック ちえのわ            | 〒673-0886<br>明石市東仲ノ町 1 1 番 3 0 号K T<br>Sビル5階     |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 103号<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>02:精<br>35:心内<br>徴収開始年月日：令和 5年11月 1日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 20,0748,8 | よこた内科クリニック            | 〒673-0891<br>明石市大明石町 1 丁目 6 番 1 号パ<br>ピオスあかし 3 階 |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 21号<br>徴収開始年月日：令和 7年 4月15日<br>販売名 徴収額<br>リブレ 7,700<br>リブレセンサー 7,700<br>リブレ2 9,000<br>リブレ2センサー 7,700<br>DEXCOM G7 CGM システムセンサー 7,700<br>DEXCOM G7 CGM システムモニター 5,500                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|           |                       |                                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称       | 医療機関所在地                                                | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20,0778,5                | 下山眼科              | 〒673-0028<br>明石市碓町 2 丁目 5 番 6 6 号                      |     | 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<br>(レンズ支給) 第 542号<br>徴収開始年月日：令和 7年 8月18日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>Clareon 非球面PanOp 30200BZX0029400 300,000<br>Clareon 非球面PanOp 30300BZX0015300 350,000<br>テクニスシナジー オプティブル 30200BZX0005500 300,000<br>テクニスシナジー トーリックII 30200BZX0013900 350,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 300,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 350,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 300,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 30600BZX0002400 310,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 30600BZX0002500 360,000<br>ファインビジョンHP 30400BZX0019700 300,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016800 310,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016700 360,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0022900 300,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026300 300,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026400 350,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0023000 350,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 350,000 |
| 20,0794,2                | かめいメンタル・メモリークリニック | 〒674-0059<br>明石市大久保町茜 2 丁目 4 番 9 号<br>大久保茜クリニックモール 2 階 |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 97号<br>徴収開始年月日：令和 5年 6月 1日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>02:精 5,500 5,500 5,500 5,500 5,500<br>35:心内 3,300 3,300 3,300 3,300 3,300                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 20,0798,3<br>(20,0403,6) | 江井島病院             | 〒674-0065<br>明石市大久保町西島 4 3 4 番地の 5                     | 120 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4066号<br>徴収開始年月日：令和 7年10月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 5 12,100<br>01:個室 12 9,900<br>03:3人室 3 660<br>04:4人室 40 660<br>04:4人室 60 0<br>全許可病床数 120床 費用徴収病床数 60床 割合 50.0%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 777号<br>徴収開始年月日：令和 6年 2月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>06:（一般入院）急性期一 1,998                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                          |                   |                                                        |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称                    | 医療機関所在地                       | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20,0813,0                | 糖尿病内科むらまえクリニック                 | 〒673-0005<br>明石市小久保2丁目6番9号 5階 |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 15号<br>徴収開始年月日：令和 7年 2月18日<br>販売名<br>F r e e S t y l e リブレ2センサー 12,000<br>F r e e S t y l e リブレ2R e a d e r 7,089<br>D e x c o m G 7 CGMシステムセンサー 12,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 20,0816,3<br>(20,0416,8) | 医療法人慶和会 明石<br>やまだ内科歯科クリニ<br>ック | 〒673-0891<br>明石市大明石町1丁目9－2 3  |     | 金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 3715号<br>徴収開始年月日：令和 7年 6月20日<br>金属 上顎 下顎<br>03:コバルト 242,000 242,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 21,0102,6                | 高砂市民病院                         | 〒676-0015<br>高砂市荒井町紙町3 3－1    | 199 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3897号<br>徴収開始年月日：令和 6年 2月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 19 0<br>01:個室 2 22,000<br>01:個室 0 16,500<br>01:個室 5 9,900<br>01:個室 0 7,700<br>01:個室 12 7,700<br>01:個室 0 5,500<br>03:3人室 6 0<br>04:4人室 112 0<br>05:5人室以上 5 0<br>全許可病床数 161床 費用徴収病床数 19床 割合 11.8%<br>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<br>(レンズ支給) 第 630号<br>徴収開始年月日：令和 8年 4月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>C l a r e o n V i v i t y 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 218,000<br>C l a r e o n 非球面 P a n O 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 218,000<br>C l a r e o n 非球面 P a n O 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 240,000<br>C l a r e o n P a n O p t i 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0 218,000<br>C l a r e o n P a n O p t i 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0 240,000<br>C l a r e o n V i v i t y 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0 240,000<br>C l a r e o n P a n O p t i 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 2 9 8 0 0 244,000<br>C l a r e o n P a n O p t i 3 0 8 0 0 B Z X 0 0 0 1 5 0 0 266,000 |
|                          |                                |                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                             | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------|-------------|-------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21,0108,3 | 大森産婦人科医院    | 〒676-0072<br>高砂市伊保港町 2 - 5 - 1 7    | 18  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 2081号<br>徴収開始年月日：平成22年 4月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 3 7,500<br>01:個室 11 0<br>02: 2 人室 2 0<br>03: 3 人室 3 0<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 3床 割合 15.8%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 21,0109,1 | 大森整形外科医院    | 〒676-0082<br>高砂市曽根町 4 4 7 - 1       |     | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 2363号<br>徴収開始年月日：平成23年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 6 5,500<br>01:個室 1 8,000<br>04: 4 人室 12 0<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 7床 割合 36.8%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 21,0124,0 | 横山外科胃腸科医院   | 〒676-0021<br>高砂市高砂町朝日町 2 - 8 - 2 8  | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3612号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 3,300<br>02: 2 人室 6 2,750<br>04: 4 人室 12 0<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 7床 割合 36.8%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 21,0147,1 | 眼科多木医院      | 〒676-0022<br>高砂市高砂町浜田町 2 丁目 7 - 4 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<br>(レンズ支給) 第 594号<br>徴収開始年月日：令和 8年 1月12日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>徴収額<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 300,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 350,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 300,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 350,000<br>Vivinox ジェメトリック 30500BZX0026300 300,000<br>Vivinox ジェメトリック 30500BZX0026400 350,000<br>Vivinox ジェメトリック 30600BZX0022900 300,000<br>Vivinox ジェメトリック 30600BZX0023000 350,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016700 300,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016800 350,000 |
| 21,0148,9 | 阪本医院        | 〒676-0808<br>高砂市神爪 1 丁目 1 1 - 1 5   |     | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 28号<br>徴収開始年月日：平成29年 6月15日<br>医療機器の販売名<br>徴収額<br>医療機器管理室 技師の人数<br>FreeStyleリブレ (Re 7,000<br>FreeStyleリブレ (セン 7,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|           |             |                                     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称   | 医療機関所在地                                 | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------|---------------|-----------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21,0165,3 | 医療法人徳洲会高砂西部病院 | 〒676-0812<br>高砂市中筋 1 丁目 1 0 番 4 1 号     | 219 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 170号<br>徴収開始年月日：平成29年 3月31日<br>治験薬名称<br>リナグリプチン<br>V a d a d u s t a t<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 10<br>1:内服薬 2:第Ⅱ相 2<br><br>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3530号<br>徴収開始年月日：令和 2年 1月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 12 0<br>01:個室 3 13,200<br>01:個室 2 7,700<br>01:個室 26 5,500<br>02: 2 人室 16 0<br>04: 4 人室 160 0<br>全許可病床数 219床 費用徴収病床数 31床 割合 14.2%<br><br>予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 33号<br>徴収開始年月日：平成25年 4月 1日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>27:眼 3,000<br><br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 490号<br>徴収開始年月日：平成26年 4月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>40: (一般入院) 1 0 対 1 1,990 |
| 21,0169,5 | かとうクリニック      | 〒676-0807<br>高砂市米田町島才田 3 8 番地イオンアイモール高砂 |     | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 173号<br>徴収開始年月日：平成29年 7月 1日<br>治験薬名称<br>N Z - 6 8 7<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 22,0059,6 | 共立会病院         | 〒675-0054<br>加古川市米田町平津 5 9 6            | 100 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3338号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 8 2,200<br>02: 2 人室 4 0<br>04: 4 人室 88 0<br>全許可病床数 100床 費用徴収病床数 8床 割合 8.0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|           |               |                                         |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称                       | 医療機関所在地                              | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22,0092,7                | 東加古川病院                            | 〒675-0101<br>加古川市平岡町新在家 1 1 9 7 - 3  | 425 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4092号<br>徴収開始年月日：令和 5年10月 1日<br>区分<br>01:個室 39 0<br>01:個室 1 5,500<br>02: 2 人室 38 0<br>03: 3 人室 54 0<br>04: 4 人室 272 0<br>05: 5 人室以上 15 0<br>05: 5 人室以上 6 0<br>全許可病床数 425床 費用徴収病床数 1床 割合 0.2%                                                                                                                                                                 |
| 22,0224,6                | 医療法人社団松本会<br>松本病院                 | 〒675-0039<br>加古川市加古川町粟津 2 3 2 番地 - 1 | 185 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3539号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>01:個室 1 0<br>01:個室 3 12,870<br>01:個室 1 9,900<br>01:個室 1 9,350<br>01:個室 3 6,930<br>02: 2 人室 40 0<br>02: 2 人室 74 4,950<br>03: 3 人室 15 0<br>04: 4 人室 52 0<br>全許可病床数 190床 費用徴収病床数 82床 割合 43.2%<br><br>入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 603号<br>徴収開始年月日：平成26年 6月 5日<br>入院料区分<br>40: (一般入院) 1 0 対 1<br>対象者数 徴収日数 徴収料金<br>2,158 |
| 22,0226,1<br>(22,0119,4) | 社会医療法人社団順心<br>会 順心リハビリテー<br>ション病院 | 〒675-0005<br>加古川市神野町石守 1 6 3 2       | 180 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4057号<br>徴収開始年月日：令和 3年 4月 1日<br>区分<br>01:個室 1 5,000<br>01:個室 2 0<br>02: 2 人室 30 0<br>03: 3 人室 27 0<br>04: 4 人室 120 0<br>全許可病床数 180床 費用徴収病床数 1床 割合 0.6%                                                                                                                                                                                                       |
|                          |                                   |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称         | 医療機関所在地                               | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------|---------------------|---------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22,0231,1 | 医療法人社団仙齡会<br>いなみ野病院 | 〒675-0104<br>加古川市平岡町土山字川池4 2 3<br>－ 2 | 120 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3850号<br>徴収開始年月日：令和 5年 6月 1日<br>区分<br>01:個室<br>04: 4 人室<br>全許可病床数<br>120床<br>病床数<br>24<br>96<br>費用徴収病床数<br>24床<br>徴収金額<br>3,300<br>0<br>割合 20.0%                                                                           |
| 22,0280,8 | 中谷整形外科病院            | 〒675-0101<br>加古川市平岡町新在家1 0 5          | 59  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3646号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>01:個室<br>02: 2 人室<br>03: 3 人室<br>04: 4 人室<br>05: 5 人室以上<br>全許可病床数<br>59床<br>病床数<br>8<br>8<br>9<br>12<br>22<br>費用徴収病床数<br>25床<br>徴収金額<br>5,500<br>3,300<br>2,200<br>0<br>0<br>割合 42.4% |
| 22,0285,7 | 医療法人社団仙齡会はりまクリニック   | 〒675-0023<br>加古川市尾上町池田6 2 1－ 1        |     | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 29号<br>徴収開始年月日：平成29年 6月15日<br>医療機器の販売名<br>F r e e S t y l eリブレ (セン<br>F r e e S t y l eリブレ (R e<br>徴収額<br>7,656<br>7,656<br>医療機器管理室<br>2:無<br>2:無<br>技師の人数<br>0<br>0                                                 |
| 22,0324,4 | 医療法人回起会 奥産<br>婦人科   | 〒675-0038<br>加古川市加古川町木村7 0 0－ 1       | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4086号<br>徴収開始年月日：令和 8年 2月 1日<br>区分<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>02: 2 人室<br>03: 3 人室<br>全許可病床数<br>19床<br>病床数<br>5<br>8<br>1<br>2<br>3<br>費用徴収病床数<br>9床<br>徴収金額<br>0<br>8,000<br>10,000<br>0<br>0<br>割合 47.4%              |
|           |                     |                                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                           |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称              | 医療機関所在地                                | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------|--------------------------|----------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22,0326,9 | 前田眼科                     | 〒675-0026<br>加古川市尾上町旭2丁目27-1           |     | 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<br>(レンズ支給) 第 438号<br>徴収開始年月日：令和7年3月1日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 300,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 350,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 300,000<br>ファインビジョンHP 30400BZX0019700 300,000                                                                                           |
| 22,0337,6 | ファミリークリニック<br>加古川        | 〒675-0031<br>加古川市加古川町北在家2447           |     | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 14号<br>徴収開始年月日：平成29年2月20日<br>医療機器の販売名<br>FreeStyleリブレ (Re 7,560 2:無<br>FreeStyleリブレ (セン 7,100 2:無                                                                                                                                                                                                               |
| 22,0348,3 | とべ眼科                     | 〒675-0101<br>加古川市平岡町新在家599-4<br>鳥徳ビル1階 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 225号<br>徴収開始年月日：令和4年11月1日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>テクニスシナジーVB Simp 30200BZX0005500 270,000<br>テクニスシナジーTVB Sim 30200BZX0013900 330,000<br>テクニスシンフォニーVB 22900BZX0000500 200,000<br>テクニスシンフォニートリック 22900BZX0036000 250,000                                                                                        |
| 22,0351,7 | 松野眼科医院                   | 〒675-0039<br>加古川市加古川町粟津271-1           |     | 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<br>(レンズ支給) 第 473号<br>徴収開始年月日：令和7年7月1日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 300,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 320,000<br>Clareon 非球面 Pan 30200BZX0029400 280,000<br>Clareon 非球面 Pan 30300BZX0015300 300,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 300,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 320,000 |
| 22,0417,6 | 医療法人社団 つむら<br>循環器内科クリニック | 〒675-0101<br>加古川市平岡町新在家二丁目26<br>8番地1   |     | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 140号<br>徴収開始年月日：平成27年7月1日<br>治験薬名称<br>MK-0859<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 10                                                                                                                                                                                                                                        |
|           |                          |                                        |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称           | 医療機関所在地                           | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------|-----------------------|-----------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22,0436,6 | 医療法人社団せいわ会<br>たずみ病院   | 〒675-0022<br>加古川市尾上町口里 7 9 0－6 6  | 96  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3387号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>01:個室 2 11,000<br>01:個室 10 8,250<br>04: 4 人室 84 0<br>全許可病床数 96床 費用徴収病床数 12床 割合 12.5%<br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 676号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>04: (一般入院) 急性期一 2,376    |
| 22,0437,4 | 社会医療法人社団 順<br>心会 順心病院 | 〒675-0122<br>加古川市別府町別府 8 6 5 番 1  | 174 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3340号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>01:個室 12 13,200<br>04: 4 人室 144 0<br>05: 5 人室以上 18 0<br>全許可病床数 174床 費用徴収病床数 12床 割合 6.9%<br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 783号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>04: (一般入院) 急性期一 2,409 |
| 22,0471,3 | 加古川磯病院                | 〒675-1203<br>加古川市八幡町下村 1 3 5 3 番地 | 196 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3799号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>区分<br>01:個室 1 16,500<br>01:個室 5 11,000<br>01:個室 2 8,800<br>02: 2 人室 4 0<br>03: 3 人室 6 0<br>04: 4 人室 176 0<br>全許可病床数 194床 費用徴収病床数 8床 割合 4.1%                                         |
|           |                       |                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                    |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                          | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------|-------------|----------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22,0474,7<br>(22,0267,1) | 加古川中央市民病院   | 〒675-8611<br>加古川市加古川町本町 4 3 9 番地 | 600 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3945号<br>徴収開始年月日：令和 6年 9月 1日                                                                                                                                                                         |
|                          |             |                                  |     | 区分<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>02: 2 人室<br>02: 2 人室<br>04: 4 人室<br>05: 5 人室以上<br>全許可病床数<br>600床<br>費用徴収病床数<br>125床<br>割合 20.8% |
|                          |             |                                  |     | 特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 48号<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,700<br>5,500                                                                                                                                                |
|                          |             |                                  |     | 特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 43号<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,300<br>2,090                                                                                                                                                |
|                          |             |                                  |     | 入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 681号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>01: (一般入院) 急性期一<br>2,728                                                                                                                                                |
|                          |             |                                  |     | 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<br>(レンズ支給) 第 567号<br>徴収開始年月日：令和 7年10月 1日                                                                                                                                                             |
|                          |             |                                  |     | 多焦点眼内レンズの販売名<br>テクニスシンフォニーVB<br>テクニスシンフォニートリック<br>TECNIS Snergy I<br>22900BZX0000500<br>22900BZX0036000<br>30200BZX0005500<br>132,000<br>154,000<br>198,000                                                                         |
|                          |             |                                  |     | 医薬品医療機器等法承認番号<br>徴収額                                                                                                                                                                                                                |
|                          |             |                                  |     | 徴収額                                                                                                                                                                                                                                 |
|                          |             |                                  |     | 徴収額                                                                                                                                                                                                                                 |
|                          |             |                                  |     | 徴収額                                                                                                                                                                                                                                 |
|                          |             |                                  |     | 徴収額                                                                                                                                                                                                                                 |
|                          |             |                                  |     | 徴収額                                                                                                                                                                                                                                 |
|                          |             |                                  |     | 徴収額                                                                                                                                                                                                                                 |
|                          |             |                                  |     | 徴収額                                                                                                                                                                                                                                 |
|                          |             |                                  |     | 徴収額                                                                                                                                                                                                                                 |
|                          |             |                                  |     | 徴収額                                                                                                                                                                                                                                 |
|                          |             |                                  |     | 徴収額                                                                                                                                                                                                                                 |
|                          |             |                                  |     | 徴収額                                                                                                                                                                                                                                 |
|                          |             |                                  |     | 徴収額                                                                                                                                                                                                                                 |
|                          |             |                                  |     | 徴収額                                                                                                                                                                                                                                 |
|                          |             |                                  |     | 徴収額                                                                                                                                                                                                                                 |
|                          |             |                                  |     | 徴収額                                                                                                                                                                                                                                 |
|                          |             |                                  |     | 徴収額                                                                                                                                                                                                                                 |
|                          |             |                                  |     | 徴収額                                                                                                                                                                                                                                 |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
| 徴収額                      |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |
|                          |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                     |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称   | 医療機関所在地                                              | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------|---------------|------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                          |               |                                                      |     | TECNIS Snergy I 30200BZX0013900 220,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029400 220,000<br>Clareon PanOpti 30300BZX0015300 242,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 220,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 242,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 220,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 242,000<br>Vivinox Gemetri 30500BZX0026300 209,000<br>Vivinox Gemetri 30500BZX0026400 231,000<br>Vivinox Gemetri 30600BZX0022900 209,000<br>Vivinox Gemetri 30600BZX0023000 231,000                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 22,0475,4                | おおみち眼科        | 〒675-0101<br>加古川市平岡町新在家1588ー<br>21アビエスメディカルモール2<br>F |     | 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<br>(レンズ支給) 第 629号      徴収開始年月日：令和 8年 3月16日<br>多焦点眼内レンズの販売名      医薬品医療機器等法承認番号      徴収額<br>アクリソフIQPanOptix 23100BZX0004200 270,000<br>アクリソフIQPanOptix 23100BZX0004300 330,000<br>Clareon非球面PanOp 30200BZX0029400 300,000<br>Clareon非球面PanOp 30300BZX0015300 360,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 300,000<br>Vivinox ジェメトリック 30500BZX0026300 300,000<br>Vivinox ジェメトリック 30500BZX0026400 360,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 30600BZX0002400 330,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 30600BZX0002500 390,000<br>ファインビジョンHP 30400BZX0019700 300,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 360,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016700 330,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016800 390,000<br>Clareon PanOpti 30700BZX0029800 350,000<br>Clareon PanOpti 30800BZX0001500 400,000 |
| 22,0482,0<br>(22,0294,5) | フェニックス加古川記念病院 | 〒675-0054<br>加古川市米田町平津384ー1                          | 151 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4039号      徴収開始年月日：令和 6年 5月 1日<br>区分      病床数      徴収金額<br>01:個室      5      11,000<br>01:個室      1      5,500<br>02:2人室      12      3,300<br>03:3人室      9      0<br>04:4人室      76      0<br>05:5人室以上      5      0<br>05:5人室以上      12      0<br>全許可病床数      120床      費用徴収病床数      18床      割合 15.0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                          |               |                                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                            | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------|-------------|------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22,0516,5 | よこやま眼科クリニック | 〒675-0045<br>加古川市西神吉町岸 1 0 0 - 1 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<br>(レンズ支給) 第 621号 徴収開始年月日：令和 8年 3月 2日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029400 300,000<br>Clareon PanOpti 30300BZX0015300 350,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 300,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 300,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 350,000<br>ファインビジョンHP 30400BZX0019700 300,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 30600BZX0002400 300,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 30600BZX0002500 350,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 350,000<br>テクニスPureSee 30600BZX0016700 300,000<br>テクニスPureSee Tor 30600BZX0016800 350,000<br>Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026300 300,000<br>Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026400 350,000<br>Vivinex ジェメトリック 30600BZX0022900 300,000<br>Vivinex ジェメトリック 30600BZX0023000 350,000<br>Clareon PanOpti 30700BZX0029800 350,000<br>Clareon PanOpti 30800BZX0001500 400,000 |
| 22,0527,2 | はくほう会加古川病院  | 〒675-0009<br>加古川市神野町西条 1 5 4 5 - 1 | 199 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4019号 徴収開始年月日：令和 7年 6月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 4 12,000<br>01:個室 14 6,000<br>02:2人室 8 0<br>04:4人室 124 0<br>全許可病床数 150床 費用徴収病床数 18床 割合 12.0%<br>医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療<br>(規定回数超) 第 85号 徴収開始年月日：令和 6年 4月 1日<br>診療の名称 徴収額<br>02:リハビリテーション 2,695<br>02:リハビリテーション 1,980<br>02:リハビリテーション 2,035<br>02:リハビリテーション 935<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 784号 徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>02:（一般入院）急性期一 2,717                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|           |             |                                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称     | 医療機関所在地                                | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------|-----------------|----------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 23,0029,7<br>(23,0017,8) | 医療法人樹光会大村病院     | 〒673-0404<br>三木市大村 2 0 0 番地            | 445 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3566号<br>徴収開始年月日：令和 2年 6月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 22 500<br>01:個室 40 0<br>03: 3 人室 6 0<br>04: 4 人室 280 0<br>05: 5 人室以上 97 0<br>全許可病床数 445床 費用徴収病床数 22床 割合 4.9%                         |
| 23,0085,9                | 黒田東自由が丘診療所      | 〒673-0553<br>三木市志染町東自由が丘 2 丁目 3 9 1 番地 |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 9号<br>徴収開始年月日：令和 6年 9月25日<br>販売名 徴収額<br>F r e e S t y l eリブレ 2 7,000                                                                                                                            |
| 23,0127,9<br>(23,0081,4) | ときわ病院           | 〒673-0541<br>三木市志染町広野 5 丁目 2 7 1 番地    | 188 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3638号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 11 11,000<br>01:個室 7 5,500<br>01:個室 2 3,300<br>02: 2 人室 2 0<br>02: 2 人室 6 2,200<br>04: 4 人室 160 0<br>全許可病床数 188床 費用徴収病床数 26床 割合 13.8% |
| 23,0141,0                | みきやまりハビリテーション病院 | 〒673-0413<br>三木市大塚 1 丁目 5 番 8 9 号      | 166 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3507号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 3 3,300<br>01:個室 3 5,500<br>01:個室 2 0<br>02: 2 人室 6 0<br>04: 4 人室 152 0<br>全許可病床数 166床 費用徴収病床数 6床 割合 3.6%                             |
|                          |                 |                                        |     |                                                                                                                                                                                                                                |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                                | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------|-------------|----------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 23,0147,7 | 三木山陽病院      | 〒673-0501<br>三木市志染町吉田 1 2 1 3 番地の<br>1 | 197 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3307号<br>徴収開始年月日：令和元年 8月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 2 15,000<br>01:個室 16 8,000<br>01:個室 2 5,000<br>01:個室 5 3,000<br>01:個室 5 0<br>02: 2 人室 18 0<br>03: 3 人室 9 0<br>04: 4 人室 140 0<br>全許可病床数 197床 費用徴収病床数 25床 割合 12.7%<br>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<br>(レンズ支給) 第 330号<br>徴収開始年月日：令和 6年 1月19日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>徴収額<br>テクニスシンフォニーVB (ZX 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 0 0 5 0 0 200,000<br>テクニスシンフォニートーリック 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 3 6 0 0 0 244,000<br>Clareon非球面 PanO 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 272,000<br>Clareon非球面 PanO 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 292,050<br>Clareon PanOpti 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0 272,000<br>Clareon PanOpti 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0 292,050<br>Clareon Vivity 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 272,000 |
| 23,0149,3 | 服部病院        | 〒673-0413<br>三木市大塚 2 1 8 - 3           | 179 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3462号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 6 8,800<br>01:個室 6 6,600<br>01:個室 2 0<br>02: 2 人室 18 0<br>03: 3 人室 12 0<br>04: 4 人室 112 0<br>05: 5 人室以上 5 0<br>05: 5 人室以上 18 0<br>全許可病床数 179床 費用徴収病床数 12床 割合 6.7%<br>入院期間が1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 280号<br>徴収開始年月日：平成18年 7月 1日<br>入院料区分<br>対象者数<br>徴収日数<br>徴収料金<br>42: (一般入院) 1 5 対 1 1,500                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|           |             |                                        |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称  | 医療機関所在地                         | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------|--------------|---------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 23,0187,3 | 山本医院         | 〒673-0534<br>三木市緑が丘町本町一丁目2番地の10 |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 75号<br>販売名<br>D e x c o m G 7 C G Mシステム (センサー)<br>徴収開始年月日：令和 8年 1月 5日<br>徴収額<br>7,700                                                                                                                                                   |
| 23,0189,9 | みきやまクリニック    | 〒673-0403<br>三木市末広二丁目12番23号     | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3928号<br>徴収開始年月日：令和 6年 7月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 3 5,500<br>02:2人室 4 0<br>04:4人室 12 0<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 3床 割合 15.8%                                                                                                       |
| 25,0025,0 | 医療法人尚生会 加茂病院 | 〒679-0205<br>加東市北野713           | 402 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3659号<br>徴収開始年月日：平成30年12月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 8 3,500<br>01:個室 4 5,000<br>01:個室 21 0<br>02:2人室 2 0<br>03:3人室 48 500<br>04:4人室 28 0<br>05:5人室以上 40 0<br>05:5人室以上 216 0<br>05:5人室以上 35 0<br>全許可病床数 402床 費用徴収病床数 60床 割合 14.9% |
| 25,0063,1 | 坂本医院         | 〒673-1464<br>加東市上中3丁目29         |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 34号<br>徴収開始年月日：令和 7年 7月 2日<br>販売名<br>徴収額<br>F r e e S t y l eリブレ2 (センサー) 5,500<br>F r e e S t y l eリブレ2 (Reader) 5,000                                                                                                                  |
|           |              |                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                        |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                        | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------|-------------|--------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 25,0064,9 | 松原メイフラワー病院  | 〒673-1462<br>加東市藤田 9 4 4 － 2 5 | 99  | <div>医薬品の治験に係る診療<br/>(治験診療) 第 174号<br/>治験薬名称<br/>ON0-5920<br/>MRA<br/>FK-506<br/>MK-966<br/>D2E7<br/>MMS-188677<br/>YM-177<br/>DE-096<br/>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br/>1:内服薬 3:第Ⅲ相 3<br/>2:注射薬 3:第Ⅲ相 29<br/>1:内服薬 3:第Ⅲ相 3<br/>1:内服薬 3:第Ⅲ相 4<br/>2:注射薬 28<br/>2:注射薬 7<br/>1:内服薬 3:第Ⅲ相 30<br/>1:内服薬 2:第Ⅱ相 12<br/>徴収開始年月日：平成29年 7月 1日</div> <div>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br/>(入療養提供) 第 3633号<br/>区分 病床数 徴収金額<br/>01:個室 7 11,000<br/>02: 2 人室 6 3,300<br/>02: 2 人室 2 0<br/>04: 4 人室 84 0<br/>全許可病床数 99床 費用徴収病床数 13床 割合 13.1%<br/>徴収開始年月日：令和元年10月 1日</div> <div>入院期間が1 8 0 日を超える入院<br/>(超過入院) 第 576号<br/>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br/>40: (一般入院) 1 0 対 1 2,160<br/>徴収開始年月日：平成28年 4月 1日</div> |
|           |             |                                |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                        | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------|-------------|--------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 25,0072,2 | 加東市民病院      | 〒673-1451<br>加東市家原 8 5 番地      | 139 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3404号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 13 3,300<br>01:個室 3 4,400<br>01:個室 3 7,700<br>02: 2 人室 20 2,200<br>02: 2 人室 14 0<br>04: 4 人室 84 0<br>全許可病床数 137床 費用徴収病床数 39床 割合 28.5%<br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 827号<br>徴収開始年月日：令和 7年 9月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>04: (一般入院) 急性期一 2,412<br>間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 26号<br>徴収開始年月日：令和 7年 5月 1日<br>販売名 徴収額<br>FreeStyleリブレ2 (Reader) 6,600<br>FreeStyleリブレ2 (センサー) 7,700 |
| 26,0045,6 | 市立加西病院      | 〒675-2311<br>加西市北条町横尾 1 丁目 1 3 | 184 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3563号<br>徴収開始年月日：令和 2年 4月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 7 9,900<br>01:個室 11 7,700<br>01:個室 10 6,050<br>01:個室 1 0<br>02: 2 人室 2 3,300<br>02: 2 人室 10 0<br>04: 4 人室 152 0<br>全許可病床数 193床 費用徴収病床数 30床 割合 15.5%                                                                                                                                                                                                                                      |
|           |             |                                |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称        | 医療機関所在地                                       | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------|--------------------|-----------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 26,0086,0 | いまだ眼科              | 〒675-2312<br>加西市北条町北条2 8 番地の1 ア<br>スティアかさい2 階 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 415号<br>徴収開始年月日：令和 7年 1月 6日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>徴収額<br>アルコンアクリソフ I Q P a n O 2 3 1 0 0 B Z X 0 0 0 4 2 0 0 330,000<br>アルコンアクリソフ I Q P a n O 2 3 1 0 0 B Z X 0 0 0 4 3 0 0 380,000<br>テクニスマルチフォーカルワンピ 2 2 3 0 0 B Z X 0 0 2 7 7 0 0 220,000<br>テクニスシンフォニーVB 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 0 0 5 0 0 220,000<br>テクニスシンフォニートーリック 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 3 6 0 0 0 270,000<br>テクニスシナジーVB S i m p 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 0 5 5 0 0 330,000<br>テクニスシナジーTVB S i m 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 1 3 9 0 0 380,000<br>C l a r e o n 非球面 P a n O p 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 350,000<br>C l a r e o n 非球面 P a n O p 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 400,000<br>C l a r e o n V i v i t y 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 350,000<br>ファインビジョンHP 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 1 9 7 0 0 330,000<br>V i v i n e x ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 3 0 0 350,000<br>V i v i n e x ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 4 0 0 400,000<br>テクニスオデッセイVB S i m 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0 330,000<br>テクニスオデッセイTVB S i 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0 380,000 |
| 26,0111,6 | 医療法人紀陽会 北条<br>田仲病院 | 〒675-2312<br>加西市北条町北条3 9 1 番3                 | 48  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3753号<br>徴収開始年月日：令和 4年 3月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 2 8,400<br>01:個室 6 4,200<br>04:4人室 40 0<br>全許可病床数 48床 費用徴収病床数 8床 割合 16.7%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|           |                    |                                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                       | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------|-------------|-------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 27,0026,4<br>(27,0027,8) | 多可赤十字病院     | 〒679-1114<br>多可郡多可町中区岸上 2 8 0 | 96  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3773号                      徴収開始年月日：令和 4年 7月 1日<br>区分                      病床数      徴収金額<br>01:個室                      1                      0<br>01:個室                      21                      6,600<br>01:個室                      6                      4,400<br>02: 2 人室                      4                      0<br>04: 4 人室                      64                      0<br>全許可病床数              96床      費用徴収病床数              27床      割合 28.1%<br><br>予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 8号                      徴収開始年月日：平成14年 6月 1日<br>診療科              予約料              予約料              予約料              予約料              予約料<br>10:小              1,000<br><br>入院期間が1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 819号                      徴収開始年月日：令和 6年10月 1日<br>入院料区分                      対象者数      徴収日数      徴収料金<br>05: (一般入院) 急性期一                      2,395<br><br>間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 74号                      徴収開始年月日：令和 8年 1月 1日<br>販売名                      徴収額<br>FreeStyleリブレ2 (Reader)                      6,600<br>FreeStyleリブレ2 (センサー)                      7,700 |
|                          |             |                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称             | 医療機関所在地                                 | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------|-------------------------|-----------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 27,0033,0 | 社会医療法人社団 正<br>峰会 大山記念病院 | 〒679-0321<br>西脇市黒田庄町田高 3 1 3            | 199 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 175号<br>治験薬名称<br>DU－176b<br>徴収開始年月日：平成29年 6月30日<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 10<br><br>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3071号<br>徴収開始年月日：平成29年 6月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 4 10,000<br>01:個室 22 6,000<br>01:個室 13 5,000<br>02: 2 人室 8 3,000<br>04: 4 人室 20 1,000<br>04: 4 人室 132 0<br>全許可病床数 199床 費用徴収病床数 67床 割合 33.7%<br><br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 540号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>40: (一般入院) 10対1 2,160 |
| 27,0041,3 | 多可町国民健康保険八<br>千代診療所     | 〒677-0105<br>多可郡多可町八千代区下村 1 0 9<br>－ 1  |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 20号<br>徴収開始年月日：令和 7年 3月17日<br>販売名 徴収額<br>FreeStyleリブレ2 (センサー) 6,280                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 28,0040,3 | 私立稲美中央病院                | 〒675-1114<br>加古郡稲美町国安字運上林 1 2 8<br>6－23 | 140 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3663号<br>徴収開始年月日：令和 2年 9月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 4 11,000<br>01:個室 6 3,300<br>02: 2 人室 4 0<br>04: 4 人室 80 0<br>04: 4 人室 32 1,100<br>全許可病床数 126床 費用徴収病床数 42床 割合 33.3%<br><br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 638号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>09: (一般入院) 地域一般 1,680                                                                                                                                                |
|           |                         |                                         |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称          | 医療機関所在地                                  | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------|----------------------|------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 28,0049,4<br>(28,0044,1) | 医療法人社団友愛会<br>稲美しんわ病院 | 〒675-1121<br>加古郡稲美町北山 1 2 6 4 番地         | 298 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3866号<br>徴収開始年月日：令和 5年10月 1日<br>区分<br>01:個室 11 0<br>01:個室 4 1,100<br>01:個室 6 3,300<br>02: 2 人室 4 0<br>03: 3 人室 57 0<br>04: 4 人室 216 0<br>全許可病床数 298床 費用徴収病床数 10床 割合 3.4%                                                                                                  |
| 28,0074,2                | コスモクリニック             | 〒675-1115<br>加古郡稲美町国岡 2 丁目 9 番 7         |     | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 87号<br>徴収開始年月日：平成25年 7月 1日<br>治験薬名称 内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>TAK-385 1:内服薬 2:第Ⅱ相 5<br>TAK-385 1:内服薬 2:第Ⅱ相 5                                                                                                                                                                         |
| 28,0076,7<br>(28,0067,2) | 大西メディカルクリニ<br>ック     | 〒675-1115<br>加古郡稲美町国岡 2 丁目 9 番 1         |     | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 99号<br>徴収開始年月日：平成26年 7月 1日<br>治験薬名称 内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>AK 1 5 6 2:注射薬 3:第Ⅲ相 18<br>MN－1 0－T 2:注射薬 3:第Ⅲ相 10<br>L X－P 1:内服薬 3:第Ⅲ相 34<br>L X－P 1:内服薬 3:第Ⅲ相 8                                                                                                                      |
| 28,0079,1                | 医療法人社団仙齢会<br>はりま病院   | 〒675-0158<br>加古郡播磨町北野添 2 丁目 1 番 1<br>5 号 | 89  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3433号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>01:個室 2 12,100<br>01:個室 4 9,020<br>01:個室 15 6,050<br>02: 2 人室 4 0<br>04: 4 人室 64 0<br>全許可病床数 89床 費用徴収病床数 21床 割合 23.6%<br>入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 695号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>02: (一般入院) 急性期一 2,200 |
|                          |                      |                                          |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称           | 医療機関所在地                          | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30,0019,3<br>(30,0006,6) | 独立行政法人労働者健康安全機構関西労災病院 | 〒660-0064<br>尼崎市稲葉荘 3 丁目 1 － 6 9 | 642 | <div>薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br/>(機器使用) 第 43号      徴収開始年月日：令和 7年11月10日<br/>医療機器の販売名      徴収額      医療機器管理室   技師の人数<br/>A b s o r b G T 1 生体吸収性ス      0   1:有      9<br/>S p h e r e － 9 カテーテル      0   1:有      16</div> <div>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br/>(入療養提供) 第 3974号      徴収開始年月日：令和 7年 1月 1日<br/>区分      病床数      徴収金額<br/>01:個室      34      0<br/>01:個室      4      35,200<br/>01:個室      1      33,000<br/>01:個室      74      17,600<br/>02: 2 人室      14      0<br/>02: 2 人室      12      5,500<br/>02: 2 人室      4      3,850<br/>03: 3 人室      15      0<br/>04: 4 人室      224      0<br/>04: 4 人室      12      2,200<br/>04: 4 人室      40      1,650<br/>05: 5 人室以上      208      0<br/>全許可病床数      642床      費用徴収病床数      147床      割合 22.9%</div> <div>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br/>(大病院初診) 第 52号      徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br/>徴収額      初診患者数   徴収患者数<br/>7,700<br/>7,700</div> <div>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br/>(大病院再診) 第 47号      徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br/>徴収額      再診患者数   徴収患者数<br/>3,300<br/>3,300</div> <div>入院期間が1 8 0 日を超える入院<br/>(超過入院) 第 793号      徴収開始年月日：令和 6年 7月 1日<br/>入院料区分      対象者数      徴収日数      徴収料金<br/>01:（一般入院）急性期一                2,783</div> |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称          | 医療機関所在地                    | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------|----------------------|----------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                          |                      |                            |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 61号<br>販売名<br>F r e e S t y l e リブレ2センサー<br>徴収開始年月日：令和 7年10月23日<br>徴収額<br>7,700                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 30,0268,6<br>(30,0523,0) | 社会医療法人 中央会<br>尼崎中央病院 | 〒661-0976<br>尼崎市潮江1丁目12-1  | 216 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4065号<br>徴収開始年月日：令和 7年 9月30日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 5 0<br>01:個室 1 14,300<br>01:個室 3 11,000<br>01:個室 3 8,800<br>02:2人室 2 0<br>02:2人室 4 2,200<br>03:3人室 3 0<br>04:4人室 100 0<br>04:4人室 60 1,650<br>05:5人室以上 35 0<br>全許可病床数 216床 費用徴収病床数 71床 割合 32.9%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 651号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>01:（一般入院）急性期一 2,475<br>金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 3544号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>金属 その他金属 上顎 下顎<br>04:チタン チタン床RFD 385,000 385,000<br>04:チタン チタン床RPD 330,000 330,000 |
| 30,0270,2                | 医療法人岡田病院             | 〒660-0893<br>尼崎市西難波町4-5-18 | 60  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3678号<br>徴収開始年月日：令和 2年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 8 7,700<br>01:個室 1 22,000<br>02:2人室 10 4,400<br>03:3人室 9 0<br>04:4人室 32 0<br>全許可病床数 60床 費用徴収病床数 19床 割合 31.7%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                          |                      |                            |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| 医療機関番号             | 医 療 機 関 名 称       | 医療機関所在地                    | 病床数 | 報告内容               |                 |                             |     |                   |
|--------------------|-------------------|----------------------------|-----|--------------------|-----------------|-----------------------------|-----|-------------------|
| 30,0272,8          | 医療法人尼崎厚生会立<br>花病院 | 〒661-0025<br>尼崎市立花町4丁目3－18 | 272 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供  |                 |                             |     |                   |
|                    |                   |                            |     | (入療養提供) 第 3459号    |                 |                             |     |                   |
|                    |                   |                            |     | 徴収開始年月日：令和元年10月 1日 |                 |                             |     |                   |
|                    |                   |                            |     | 区分                 | 病床数             | 徴収金額                        |     |                   |
|                    |                   |                            |     | 01:個室              | 8               | 0                           |     |                   |
|                    |                   |                            |     | 01:個室              | 5               | 3,850                       |     |                   |
|                    |                   |                            |     | 01:個室              | 6               | 4,400                       |     |                   |
|                    |                   |                            |     | 01:個室              | 1               | 5,500                       |     |                   |
|                    |                   |                            |     | 01:個室              | 1               | 6,600                       |     |                   |
|                    |                   |                            |     | 01:個室              | 1               | 11,000                      |     |                   |
|                    |                   |                            |     | 01:個室              | 1               | 22,000                      |     |                   |
|                    |                   |                            |     | 02:2人室             | 2               | 0                           |     |                   |
|                    |                   |                            |     | 02:2人室             | 2               | 1,100                       |     |                   |
|                    |                   |                            |     | 02:2人室             | 6               | 2,200                       |     |                   |
|                    |                   |                            |     | 02:2人室             | 12              | 2,750                       |     |                   |
|                    |                   |                            |     | 02:2人室             | 4               | 3,850                       |     |                   |
|                    |                   |                            |     | 03:3人室             | 39              | 0                           |     |                   |
|                    |                   |                            |     | 04:4人室             | 164             | 0                           |     |                   |
|                    |                   |                            |     | 05:5人室以上           | 12              | 0                           |     |                   |
|                    |                   |                            |     | 05:5人室以上           | 8               | 0                           |     |                   |
|                    |                   |                            |     | 全許可病床数             | 272床            | 費用徴収病床数                     | 39床 | 割合 14.3%          |
|                    |                   |                            |     | 30,0310,6          | 医療法人旭会 園田病<br>院 | 〒661-0953<br>尼崎市東園田町2丁目48－7 | 84  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供 |
|                    |                   |                            |     |                    |                 |                             |     | (入療養提供) 第 3534号   |
| 徴収開始年月日：令和元年10月 1日 |                   |                            |     |                    |                 |                             |     |                   |
| 区分                 | 病床数               | 徴収金額                       |     |                    |                 |                             |     |                   |
| 01:個室              | 5                 | 3,300                      |     |                    |                 |                             |     |                   |
| 02:2人室             | 6                 | 0                          |     |                    |                 |                             |     |                   |
| 03:3人室             | 21                | 0                          |     |                    |                 |                             |     |                   |
| 04:4人室             | 52                | 0                          |     |                    |                 |                             |     |                   |
| 全許可病床数             | 84床               | 費用徴収病床数                    | 5床  | 割合 6.0%            |                 |                             |     |                   |
|                    |                   |                            |     |                    |                 |                             |     |                   |

| 医療機関番号             | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                             | 病床数 | 報告内容                                                                                                             |
|--------------------|-------------|-------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30,0513,5          | 中馬病院        | 〒660-0862<br>尼崎市開明町 3 丁目 2 9 番地     | 65  | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 44号<br>徴収開始年月日：令和 7年12月 1日<br>医療機器の販売名 徴収額 医療機器管理室 技師の人数<br>n o d o k a 300 |
|                    |             |                                     |     | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3386号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日                                                       |
|                    |             |                                     |     | 区分 病床数 徴収金額                                                                                                      |
|                    |             |                                     |     | 01:個室 5 11,000                                                                                                   |
|                    |             |                                     |     | 02: 2 人室 12 5,500                                                                                                |
|                    |             |                                     |     | 03: 3 人室 12 0                                                                                                    |
|                    |             |                                     |     | 04: 4 人室 36 0                                                                                                    |
|                    |             |                                     |     | 全許可病床数 65床 費用徴収病床数 17床 割合 26.2%                                                                                  |
|                    |             |                                     |     | 医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療<br>(規定回数超) 第 87号<br>徴収開始年月日：令和 6年 9月 1日                                                   |
|                    |             |                                     |     | 診療の名称 徴収額                                                                                                        |
| 02:リハビリテーション 2,035 |             |                                     |     |                                                                                                                  |
| 02:リハビリテーション 1,925 |             |                                     |     |                                                                                                                  |
| 02:リハビリテーション 2,200 |             |                                     |     |                                                                                                                  |
| 02:リハビリテーション 1,606 |             |                                     |     |                                                                                                                  |
| 30,0514,3          | 西武庫病院       | 〒661-0043<br>尼崎市武庫元町 2 丁目 4 番 1 3 号 | 59  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3470号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日                                                       |
|                    |             |                                     |     | 区分 病床数 徴収金額                                                                                                      |
|                    |             |                                     |     | 01:個室 3 7,700                                                                                                    |
|                    |             |                                     |     | 01:個室 1 6,600                                                                                                    |
|                    |             |                                     |     | 02: 2 人室 10 3,300                                                                                                |
|                    |             |                                     |     | 03: 3 人室 21 0                                                                                                    |
|                    |             |                                     |     | 04: 4 人室 24 0                                                                                                    |
|                    |             |                                     |     | 全許可病床数 59床 費用徴収病床数 14床 割合 23.7%                                                                                  |
|                    |             |                                     |     |                                                                                                                  |
|                    |             |                                     |     |                                                                                                                  |
|                    |             |                                     |     |                                                                                                                  |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称   | 医療機関所在地                             | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------|---------------|-------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30,0764,4 | 医療法人緑清会樋口胃腸病院 | 〒660-0881<br>尼崎市昭和通 1 丁目 1 7 - 6    | 49  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3940号<br>徴収開始年月日：令和 6年 9月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 2 5,500<br>02: 2 人室 6 2,750<br>04: 4 人室 28 0<br>05: 5 人室以上 10 0<br>05: 5 人室以上 6 0<br>全許可病床数 52床 費用徴収病床数 8床 割合 15.4%<br>入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 830号<br>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日<br>入院料区分<br>対象者数 徴収日数 徴収料金<br>10: (一般入院) 地域一般 1,650                                           |
| 30,0765,1 | 医療法人純徳会田中病院   | 〒660-0084<br>尼崎市武庫川町 2 丁目 2         | 131 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3980号<br>徴収開始年月日：令和 7年 3月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 2 22,000<br>01:個室 2 5,500<br>02: 2 人室 36 3,630<br>02: 2 人室 8 0<br>03: 3 人室 3 1,100<br>04: 4 人室 56 0<br>05: 5 人室以上 24 0<br>全許可病床数 131床 費用徴収病床数 43床 割合 32.8%<br>入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 564号<br>徴収開始年月日：平成28年 6月 1日<br>入院料区分<br>対象者数 徴収日数 徴収料金<br>42: (一般入院) 1 5 対 1 1,500 |
| 30,0828,7 | 阪神医生協診療所      | 〒660-0803<br>尼崎市長洲本通 1 丁目 1 6 - 1 7 | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 1184号<br>徴収開始年月日：平成16年 7月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 5 10,000<br>02: 2 人室 2 5,000<br>04: 4 人室 12<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 7床 割合 36.8%                                                                                                                                                                                                    |
|           |               |                                     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称          | 医療機関所在地                       | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                            |
|-----------|----------------------|-------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30,0938,4 | 医療法人社団立花内科<br>産婦人科医院 | 〒661-0025<br>尼崎市立花町4丁目3-22    | 17  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3636号<br>徴収開始年月日：平成26年 4月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 2 3,300<br>01:個室 2 5,500<br>01:個室 1 8,800<br>01:個室 1 11,000<br>01:個室 11 0<br>全許可病床数 17床 費用徴収病床数 6床 割合 35.3% |
| 30,0972,3 | 増田医院                 | 〒661-0965<br>尼崎市次屋1丁目24-15    |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 38号<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>32:リハ 2,000<br>徴収開始年月日：平成26年 1月 1日                                                                                                       |
| 30,2067,0 | 南川クリニック              | 〒661-0001<br>尼崎市塚口本町2丁目20-1   |     | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 2079号<br>徴収開始年月日：平成22年 7月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 5 10,000<br>01:個室 1 0<br>02:2人室 2 0<br>03:3人室 3 0<br>全許可病床数 11床 費用徴収病床数 5床 割合 45.5%                         |
| 30,2155,3 | 末包クリニック              | 〒661-0033<br>尼崎市南武庫之荘1丁目13-10 | 8   | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 2116号<br>徴収開始年月日：平成22年 7月16日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 4 10,000<br>01:個室 2 0<br>02:2人室 2 0<br>全許可病床数 8床 費用徴収病床数 4床 割合 50.0%                                        |
| 30,2209,8 | 徳田こどもクリニック           | 〒661-0965<br>尼崎市次屋3-6-50      |     | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 27号<br>徴収開始年月日：平成29年 4月11日<br>医療機器の販売名 徴収額 医療機器管理室 技師の人数<br>リブレリーダー 500<br>リブセンサー 7,500                                                                    |
|           |                      |                               |     |                                                                                                                                                                                                 |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                                        | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------|-------------|------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30,2215,5 | 桂クリニック      | 〒660-0893<br>尼崎市西難波町5丁目6－2 2                   | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3676号<br>徴収開始年月日：令和 2年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 16,500<br>02: 2 人室 8 2,200<br>02: 2 人室 2 0<br>03: 3 人室 3 0<br>05: 5 人室以上 5 0<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 9床 割合 47.4%                     |
| 30,2227,0 | アイワ病院       | 〒661-0953<br>尼崎市東園田町4丁目1 0 1－4                 | 46  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3432号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 4 6,600<br>01:個室 2 8,800<br>01:個室 2 11,000<br>04: 4 人室 8 0<br>05: 5 人室以上 30 0<br>全許可病床数 46床 費用徴収病床数 8床 割合 17.4%                       |
| 30,2233,8 | 合志病院        | 〒660-0807<br>尼崎市長洲西通1丁目8－2 0                   | 99  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3451号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 14,300<br>01:個室 11 7,700<br>02: 2 人室 2 0<br>04: 4 人室 16 2,200<br>04: 4 人室 64 0<br>05: 5 人室以上 5 0<br>全許可病床数 99床 費用徴収病床数 28床 割合 28.3% |
| 30,2238,7 | 潮江診療所       | 〒661-0975<br>尼崎市下坂部1丁目7－7                      |     | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 30号<br>徴収開始年月日：平成29年 6月 1日<br>医療機器の販売名 徴収額 医療機器管理室 技師の人数<br>Free Style リブセンサ 7,500 2:無 0<br>Free Style リブRea 7,500 2:無 0                                                                  |
| 30,2244,5 | はせがわ内科      | 〒661-0033<br>尼崎市南武庫之荘1丁目3番1号<br>ドルチェ武庫之荘1 0 5号 |     | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 5号<br>徴収開始年月日：平成29年 2月 1日<br>医療機器の販売名 徴収額 医療機器管理室 技師の人数<br>Free Style リブレ 7,000 2:無 0<br>Free Style リブレセ 7,000 2:無 0                                                                      |
|           |             |                                                |     |                                                                                                                                                                                                                                |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                     | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------|-------------|-----------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30,2249,4 | 近藤病院        | 〒660-0881<br>尼崎市昭和通4丁目114   | 99  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3463号<br>徴収開始年月日：令和元年10月1日<br>区分<br>01:個室 11 8,800<br>01:個室 3 0<br>02:2人室 2 4,400<br>02:2人室 6 0<br>03:3人室 12 0<br>04:4人室 48 0<br>05:5人室以上 5 0<br>05:5人室以上 12 0<br>全許可病床数 99床 費用徴収病床数 13床 割合 13.1%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 30,2277,5 | 田島診療所       | 〒660-0054<br>尼崎市西立花町2丁目14-8 |     | 予約に基づく診療<br>(予約診療) 第 79号<br>徴収開始年月日：平成27年7月1日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>12:整外 3,000 3,000 3,000 3,000 3,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 30,2329,4 | 遠谷眼科        | 〒661-0002<br>尼崎市塚口町1丁目10-31 | 4   | 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<br>(レンズ支給) 第 605号<br>徴収開始年月日：令和8年2月16日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>Clareon非球面PanOp 30200BZX0029400 255,000<br>Clareon非球面PanOp 30300BZX0015300 280,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 255,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 280,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 255,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 280,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 30600BZX0002400 231,000<br>テクニスオデッセイ トーリック 30600BZX0002500 255,000<br>テクニスピュアシー オプティブ 30600BZX0016700 231,000<br>テクニスピュアシー トーリック 30600BZX0016800 255,000<br>Clareon PanOpti 30700BZX0029800 280,000<br>Clareon PanOpti 30800BZX0001500 304,000<br>アクリバトリノバPro 30600BZX0018900 193,000<br>アクリバトリノバPro トーリ 30700BZX0005300 217,000 |
| 30,2337,7 | 大藤診療所       | 〒660-0862<br>尼崎市開明町2丁目43番地  |     | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 6号<br>徴収開始年月日：平成17年3月22日<br>治験薬名称 内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>TAK-375 1:内服薬 3:第Ⅲ相 3<br>KAD-1229 1:内服薬 3:第Ⅲ相 6<br>TAK-375 1:内服薬 3:第Ⅲ相 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|           |             |                             |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称        | 医療機関所在地                               | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------|--------------------|---------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30,2352,6                | 医療法人社団斐庵会<br>わしだ病院 | 〒661-0024<br>尼崎市三反田町 2 丁目 1 6 番 1 8 号 | 61  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3414号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 11,000<br>01:個室 4 4,400<br>02: 2 人室 4 2,200<br>04: 4 人室 52 0<br>全許可病床数 61床 費用徴収病床数 9床 割合 14.8%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 30,2409,4<br>(30,0640,2) | 安藤病院               | 〒660-0892<br>尼崎市東難波町 5 丁目 1 9 番 1 6 号 | 153 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3484号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 13,200<br>01:個室 3 8,800<br>01:個室 4 4,400<br>02: 2 人室 6 4,400<br>02: 2 人室 52 0<br>03: 3 人室 27 0<br>04: 4 人室 36 0<br>05: 5 人室以上 24 0<br>全許可病床数 153床 費用徴収病床数 14床 割合 9.2%<br><br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 694号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分<br>対象者数<br>徴収日数<br>徴収料金<br>05: (一般入院) 急性期一 2,277<br><br>金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 3447号<br>徴収開始年月日：平成28年 8月 1日<br>金属<br>その他金属<br>上顎<br>下顎<br>03:コバルト 270,000 270,000<br>01:白金 540,000 540,000<br>04:チタン 378,000 378,000 |
|                          |                    |                                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                            | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------|-------------|------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30,2447,4 | 池田病院        | 〒661-0002<br>尼崎市塚口町 1 丁目 1 8 番地の 5 | 37  | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 167号<br>徴収開始年月日：平成26年12月26日<br>治験薬名称<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>D S－5 5 6 5 1:内服薬 3:第Ⅲ相 4<br>C S－3 1 5 0 1:内服薬 2:第Ⅱ相 6<br>N H 1 2 1 8 2:注射薬 3:第Ⅲ相 9<br>M B 1 0 2 2 3 0 1:内服薬 3:第Ⅲ相 10<br><br>薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 12号<br>徴収開始年月日：平成29年 2月 6日<br>医療機器の販売名 徴収額 医療機器管理室 技師の人数<br>F r e e S t y l e リブレ R e a 7,700 2:無<br>F r e e S t y l e リブレセンサ 7,700 2:無<br><br>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3936号<br>徴収開始年月日：令和 6年 8月15日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 6 13,200<br>01:個室 2 14,300<br>02: 2 人室 10 0<br>03: 3 人室 3 0<br>04: 4 人室 16 0<br>全許可病床数 37床 費用徴収病床数 8床 割合 21.6%<br><br>入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 794号<br>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>08: (一般入院) 地域一般 1,760 |
|           |             |                                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                             | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------|-------------|-------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30,2515,8 | 尼崎新都心病院     | 〒661-0976<br>尼崎市潮江 1 丁目 3 番 4 3 号   | 150 | <div>医薬品の治験に係る診療<br/>(治験診療) 第 158号<br/>治験薬名称<br/>ACZ885<br/>Evacetrapid<br/>alirocumab<br/>徴収開始年月日：平成28年 7月 1日<br/>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br/>2:注射薬 3:第Ⅲ相 10<br/>1:内服薬 3:第Ⅲ相 10<br/>2:注射薬 3:第Ⅲ相 10</div> <div>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br/>(入療養提供) 第 3884号<br/>徴収開始年月日：令和 6年 1月 1日<br/>区分 病床数 徴収金額<br/>01:個室 4 0<br/>01:個室 5 15,000<br/>01:個室 20 10,000<br/>01:個室 25 8,000<br/>01:個室 1 4,400<br/>02: 2 人室 2 5,000<br/>02: 2 人室 2 3,500<br/>03: 3 人室 6 0<br/>04: 4 人室 80 0<br/>05: 5 人室以上 5 0<br/>全許可病床数 150床 費用徴収病床数 55床 割合 36.7%</div> <div>入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br/>(超過入院) 第 701号<br/>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br/>04: (一般入院) 急性期一 2,376</div> <div>間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br/>(血糖測定器) 第 58号<br/>徴収開始年月日：令和 7年10月 1日<br/>販売名 徴収額<br/>フリースタイルリブレ 2 センサーセット 7,300<br/>フリースタイルリブレ 2 リーダー 7,300</div> |
| 30,2523,2 | 毛利眼科        | 〒660-0801<br>尼崎市長洲東通 1 丁目 9 番 3 2 号 |     | <div>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<br/>(レンズ支給) 第 539号<br/>徴収開始年月日：令和 7年 8月18日<br/>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br/>テクニスオデッセイVB Sim 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0 330,000<br/>テクニスオデッセイTVB Si 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0 380,000<br/>V i v i n e x ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 3 0 0 350,000<br/>V i v i n e x ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 4 0 0 400,000<br/>V i v i n e x ジェメトリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 2 9 0 0 350,000<br/>V i v i n e x ジェメトリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 3 0 0 0 400,000</div>                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|           |             |                                     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称             | 医療機関所在地                                            | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------|-------------------------|----------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30,2568,7 | ささきクリニック                | 〒660-0827<br>尼崎市西大物町 1 2 番 4 1 号アマ<br>ゴッタ 4 階      |     | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 101号<br>治験薬名称<br>リナグリプチン<br>徴収開始年月日：平成26年 7月 1日<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 2<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 2                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 30,2605,7 | 武庫之荘駅前梅華会耳<br>鼻咽喉科クリニック | 〒661-0033<br>尼崎市南武庫之荘 1 丁目 1 3 番 3<br>号UNO武庫之荘 1 階 |     | 予約に基づく診察<br>(予約診療) 第 137号<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>28:耳い 3,300 3,300 3,300 3,300 3,300<br>徴収開始年月日：令和 7年11月25日                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 30,2608,1 | やまさきファミリーク<br>リニック      | 〒660-0861<br>尼崎市御園町 5 4 番地カーム尼崎<br>3 F             |     | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 31号<br>医療機器の販売名 徴収額 医療機器管理室 技師の人数<br>FreeStyleリブレリーダ 7,700 2:無 0<br>FreeStyleリブレセンサ 7,700 2:無 0<br>徴収開始年月日：平成29年 6月12日                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 30,2626,3 | はくほう会セントラル<br>病院        | 〒661-0953<br>尼崎市東園田町四丁目 2 3 番地の<br>1               | 254 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4016号<br>徴収開始年月日：令和 7年 6月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 4 16,000<br>01:個室 4 11,000<br>01:個室 5 9,000<br>01:個室 1 0<br>02: 2 人室 2 3,100<br>02: 2 人室 34 2,600<br>02: 2 人室 10 1,550<br>02: 2 人室 20 0<br>03: 3 人室 6 0<br>04: 4 人室 168 0<br>全許可病床数 254床 費用徴収病床数 59床 割合 23.2%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 799号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>11: (一般入院) 特別入院 1,009<br>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日 |
|           |                         |                                                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称        | 医療機関所在地                                  | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------|--------------------|------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30,2629,7<br>(30,0752,5) | 兵庫県立尼崎総合医療<br>センター | 〒660-8550<br>尼崎市東難波町 2 丁目 1 7 番 7 7<br>号 | 730 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4040号<br>徴収開始年月日：令和 7年 8月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 76 0<br>01:個室 5 36,000<br>01:個室 66 15,000<br>01:個室 29 12,000<br>01:個室 14 9,200<br>02: 2 人室 4 0<br>04: 4 人室 416 0<br>05: 5 人室以上 120 0<br>全許可病床数 730床 費用徴収病床数 114床 割合 15.6%<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 64号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,000<br>5,000<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 59号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,000<br>1,900<br>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<br>(レンズ支給) 第 554号<br>徴収開始年月日：令和 7年 9月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>テクニスシンフォニーオブティブ 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 0 0 5 0 0 170,000<br>テクニスシンフォニートーリック 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 3 6 0 0 0 195,000<br>テクニスマルチフォーカルワンピ 2 2 3 0 0 B Z X 0 0 2 7 7 0 0 170,000<br>アルコン多焦点眼内レンズアクリ 2 3 1 0 0 B Z X 0 0 0 4 2 0 0 260,000<br>アルコン多焦点眼内レンズアクリ 2 3 1 0 0 B Z X 0 0 0 4 3 0 0 280,000<br>テクニスシナジー オブティブル 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 0 5 5 0 0 278,000<br>テクニスシナジー トーリックⅡ 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 1 3 9 0 0 280,000<br>C l a r e o n 非球面 P a n O p 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 280,000<br>C l a r e o n 非球面 P a n O p 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 300,000<br>V i v i n e x ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 4 0 0 370,000<br>V i v i n e x ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 3 0 0 320,000<br>ファインビジョンHP 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 1 9 7 0 0 270,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0 300,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0 360,000<br>テクニスPureSee Tor 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 8 0 0 360,000<br>テクニスPureSee 焦点深 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 7 0 0 300,000 |
|                          |                    |                                          |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称           | 医療機関所在地                      | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------|-----------------------|------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30,2631,3 | 医療法人社団 渡部眼科           | 〒661-0976<br>尼崎市潮江一丁目3番43号   |     | 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<br>(レンズ支給) 第 496号      徴収開始年月日：令和 7年 6月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名      医薬品医療機器等法承認番号      徴収額<br>テクニスシナジーオプティブルー      30200BZX0005500      273,900<br>テクニスシナジートーリックIIオ      30200BZX0013900      295,900<br>Clareon PanOpti      30200BZX0029400      304,700<br>Clareon PanOpti      30300BZX0015300      353,100<br>Clareon Vivity      30500BZX0004100      304,700<br>テクニスオデッセイVB Sim      30600BZX0002400      304,700<br>テクニスオデッセイTVB Si      30600BZX0002500      353,100<br>Vivonex ジェメトリック      30500BZX0026300      304,700<br>Vivonex ジェメトリック      30500BZX0026400      353,100<br>ファインビジョンHP      30400BZX0019700      304,700<br>Clareon Vivity      30700BZX0007900      353,100<br>テクニスPureSee 焦点深      30600BZX0016700      304,700<br>テクニスPureSee トーリ      30600BZX0016800      353,100 |
| 30,2653,7 | 社会医療法人愛仁会<br>尼崎だいもつ病院 | 〒660-0828<br>尼崎市東大物町一丁目1番1号  | 199 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4080号      徴収開始年月日：令和 7年12月 1日<br>区分      病床数      徴収金額<br>01:個室      6      4,400<br>01:個室      37      3,300<br>03:3人室      156      0<br>全許可病床数      199床      費用徴収病床数      43床      割合 21.6%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 30,2702,2 | もりむら眼科                | 〒661-0981<br>尼崎市猪名寺3-5-15 2階 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 190号      徴収開始年月日：令和 4年 5月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名      医薬品医療機器等法承認番号      徴収額<br>テクニスシンフォニーVB      22900BZX0000500      185,000<br>テクニスシンフォニートーリック      22900BZX0036000      230,000<br>アルコンアクリソフIQPanO      23100BZX0004200      275,000<br>アルコンアクリソフIQPanO      23100BZX0004300      320,000<br>Clareon非球面PanOp      30200BZX0029400      290,000<br>Clareon非球面PanOp      30300BZX0015300      335,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|           |                       |                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称         | 医療機関所在地                                           | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------|---------------------|---------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30,2706,3 | 眼科山口クリニック           | 〒661-0953<br>兵庫県尼崎市東園田町 9 丁目 4 8 番 1 号            |     | 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<br>(レンズ支給) 第 624号 徴収開始年月日：令和 8年 3月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 352,000<br>テクニスコデッセイVB Sim 30600BZX0002400 363,000<br>テクニスコデッセイTVB Si 30600BZX0002500 418,000<br>Clareon 非球面 Pan 30200BZX0029400 352,000<br>Clareon 非球面 Pan 30300BZX0015300 407,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 407,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016700 363,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016800 418,000                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 30,2707,1 | 医療法人社団兼誠会つかぐち病院     | 〒661-0012<br>尼崎市南塚口町 6 丁目 8 番 1 号                 | 152 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3578号 徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 12 5,500<br>04: 4 人室 140 0<br>全許可病床数 152床 費用徴収病床数 12床 割合 7.9%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 30,2765,9 | 医療法人恭青会 いくの眼科 武庫之荘院 | 〒661-0033<br>尼崎市南武庫之荘一丁目 8 番 1 6 号ピネータテラス武庫之荘 1 階 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 596号 徴収開始年月日：令和 8年 1月19日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>アルコンアクリソフIQ Pan 23100BZX0004200 280,000<br>アルコンアクリソフIQ Pan 23100BZX0004300 330,000<br>テクニスマルチフォーカルワンピ 22300BZX0027700 180,000<br>テクニスシンフォニーVB 22900BZX0000500 180,000<br>テクニスシンフォニートーリック 22900BZX0036000 230,000<br>テクニスシナジーVB Simp 30200BZX0005500 320,000<br>テクニスシナジーTVB Sim 30200BZX0013900 370,000<br>テクニスマルチフォーカルアクリ 22100BZX0019500 160,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029400 290,000<br>Clareon PanOpti 30300BZX0015300 340,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 290,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 340,000<br>アクリバトリノバPro 30600BZX0018900 310,000<br>アクリバトリノバPro トーリ 30700BZX0005300 360,000 |
|           |                     |                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称         | 医療機関所在地                                              | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------|---------------------|------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30,2798,0 | とやま眼科クリニック          | 〒660-0881<br>尼崎市昭和通4丁目137宝メ<br>ディカルビル阪神尼崎2F-201<br>号 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 413号<br>徴収開始年月日：令和 7年 1月 7日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>徴収額<br>Clareon 非球面 Pan 30200BZX0029400 330,000<br>Clareon 非球面 Pan 30300BZX0015300 370,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 330,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 370,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 330,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 30600BZX0002400 330,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 30600BZX0002500 370,000 |
| 30,2810,3 | むこのそう心の診療所          | 〒661-0033<br>尼崎市南武庫之荘1丁目19-2<br>8-201                |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 105号<br>徴収開始年月日：令和 6年 2月15日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>02:精 3,300 3,300 3,300                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 30,2824,4 | 尼崎中央リハビリテー<br>ション病院 | 〒661-0012<br>尼崎市南塚口町6丁目8番22号                         | 96  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3972号<br>徴収開始年月日：令和 7年 1月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 8 4,000<br>02:2人室 2 0<br>03:3人室 3 0<br>04:4人室 80 0<br>全許可病床数 93床 費用徴収病床数 8床 割合 8.6%                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 30,2828,5 | 医療法人朗源会 おお<br>くま病院  | 〒660-0881<br>尼崎市昭和通二丁目12番8号                          | 147 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3958号<br>徴収開始年月日：令和 6年11月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 3 16,500<br>01:個室 3 13,200<br>02:2人室 8 3,300<br>02:2人室 4 2,750<br>03:3人室 9 0<br>04:4人室 120 0<br>全許可病床数 147床 費用徴収病床数 18床 割合 12.2%                                                                                                                                                                                                        |
| 30,2847,5 | 真野眼科                | 〒661-0976<br>尼崎市潮江5丁目4-17                            |     | 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<br>(レンズ支給) 第 544号<br>徴収開始年月日：令和 7年 8月20日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>徴収額<br>テクニスピュアシー VB Si 30600BZX0016700 242,000<br>テクニスピュアシー トーリック 30600BZX0016800 264,000<br>ファインビジョンHP 30400BZX0019700 242,000                                                                                                                                                                                 |
|           |                     |                                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称        | 医療機関所在地                         | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------|--------------------|---------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31,0097,7                | 医療法人協和会 協立<br>記念病院 | 〒666-0121<br>川西市平野 1 丁目 3 9 - 1 | 465 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3790号<br>徴収開始年月日：令和 4年 9月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 15 13,365<br>01:個室 24 9,625<br>01:個室 1 8,800<br>01:個室 9 6,600<br>01:個室 14 0<br>02: 2 人室 2 5,346<br>02: 2 人室 2 0<br>04: 4 人室 4 3,740<br>04: 4 人室 16 3,201<br>04: 4 人室 132 0<br>05: 5 人室以上 218 0<br>全許可病床数 437床 費用徴収病床数 71床 割合 16.2%                           |
| 31,0099,3                | 医療法人晋真会 ベリ<br>タス病院 | 〒666-0125<br>川西市新田 1 丁目 2 - 2 3 | 199 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3575号<br>徴収開始年月日：令和 2年 8月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 10 5,500<br>01:個室 3 7,700<br>01:個室 4 11,000<br>02: 2 人室 22 5,500<br>02: 2 人室 8 0<br>03: 3 人室 27 0<br>04: 4 人室 120 0<br>05: 5 人室以上 5 0<br>全許可病床数 199床 費用徴収病床数 39床 割合 19.6%                                                                                    |
| 31,0114,0<br>(31,0152,6) | 正愛病院               | 〒666-0024<br>川西市久代 2 丁目 5 - 3 4 | 78  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4028号<br>徴収開始年月日：令和 7年 6月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 3 8,800<br>01:個室 2 5,500<br>02: 2 人室 8 3,300<br>03: 3 人室 6 2,200<br>03: 3 人室 3 0<br>04: 4 人室 56 0<br>全許可病床数 78床 費用徴収病床数 19床 割合 24.4%<br>入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 652号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分<br>対象者数<br>徴収日数<br>徴収料金<br>09: (一般入院) 地域一般 1,850 |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称   | 医療機関所在地                      | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------|---------------|------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31,0224,7 | 高橋産婦人科医院      | 〒666-0142<br>川西市清和台東1丁目3ー7 5 | 9   | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 2098号<br>徴収開始年月日：平成22年 1月 1日<br>区分<br>01:個室 2 5,000<br>01:個室 3 0<br>02:2人室 4 0<br>全許可病床数 9床 費用徴収病床数 2床 割合 22.2%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 31,0226,2 | カトウ眼科         | 〒666-0033<br>川西市栄町1 2ー8      |     | 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<br>(レンズ支給) 第 493号<br>徴収開始年月日：令和 7年 6月 5日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>Clareon非球面PanOp 30200BZX0029400 341,000<br>Clareon非球面PanOp 30300BZX0015300 361,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 341,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 361,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 30600BZX0002400 363,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 30600BZX0002500 418,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016700 363,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016800 418,000 |
| 31,0239,5 | 医療法人協和会第二協立病院 | 〒666-0033<br>川西市栄町5番2 8号     | 397 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4059号<br>徴収開始年月日：令和 5年 4月 1日<br>区分<br>01:個室 2 8,800<br>01:個室 9 6,600<br>01:個室 9 16,500<br>01:個室 8 13,200<br>03:3人室 9 0<br>04:4人室 360 0<br>全許可病床数 397床 費用徴収病床数 28床 割合 7.1%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 782号<br>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>11:（一般入院）特別入院 1,009<br>医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結等<br>(精子凍結) 第 2号<br>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日<br>徴収額<br>11,000<br>7,700                                          |
|           |               |                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                          | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------|-------------|----------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31,0279,1<br>(31,0155,9) | 自衛隊阪神病院     | 〒666-0024<br>川西市久代4丁目1番50号       | 200 | 入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 697号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>08: (一般入院) 地域一般 1,912                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 31,0292,4                | さいとう眼科      | 〒666-0021<br>川西市栄根2丁目6番32号 Vビル4階 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 416号<br>徴収開始年月日: 令和6年12月1日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>テクニスシナジーVB Simp 30200BZX0005500 305,000<br>テクニスシナジーTVB Sim 30200BZX0013900 360,000<br>Clareon非球面PanOp 30200BZX0029400 305,000<br>Clareon非球面PanOp 30300BZX0015300 340,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 30600BZX0002400 330,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 30600BZX0002500 365,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 305,000<br>ファインビジョンHP 30400BZX0019700 305,000 |
| 31,0295,7                | あさくら内科クリニック | 〒666-0112<br>川西市大和西1丁目97番地7      |     | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 24号<br>徴収開始年月日: 平成29年3月30日<br>医療機器の販売名 徴収額 医療機器管理室 技師の人数<br>FreeStyleリブレセンサ 7,656<br>FreeStyleリブレリーダ 7,656<br>間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 76号<br>徴収開始年月日: 令和8年1月5日<br>販売名 徴収額<br>FreeStyleリブレ2 センサー 7,500<br>FreeStyleリブレ2 Reader 7,000<br>DexcomG7 CGMシステム センサー 5,500<br>DexcomG7 CGMシステム モニター 7,700                                                                                                              |
|                          |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称       | 医療機関所在地                                         | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------|-------------------|-------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31,0296,5 | 福地眼科              | 〒666-0142<br>川西市清和台東3－1－8トナリエ清和台                |     | 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<br>(レンズ支給) 第 568号 徴収開始年月日：令和 7年10月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>Clareon非球面PanOp 30200BZX0029400 320,000<br>Clareon非球面PanOp 30300BZX0015300 370,000<br>テクニスコデッセイVB Sim 30600BZX0002400 350,000<br>テクニスコデッセイTVB Si 30600BZX0002500 400,000<br>ファインビジョンHP 30400BZX0019700 350,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016700 360,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016800 410,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026300 350,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026400 400,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0022900 350,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0023000 400,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 320,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 370,000 |
| 31,0326,0 | 医療法人 敬優会 川西まつもと眼科 | 〒666-0033<br>川西市栄町20番1号ベルフローラ・かわにし ウエストW-101B   |     | 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<br>(レンズ支給) 第 208号 徴収開始年月日：令和 4年 8月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>アルコンアクリソフIQレストア 22700BZX0000600 310,000<br>Clareon非球面PanOp 30200BZX0029400 320,000<br>Clareon非球面PanOp 30300BZX0015300 370,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 31,0343,5 | 医療法人社団あおい会 さやなぎ眼科 | 〒666-0017<br>川西市火打1丁目16－6オアシスタウンキセラ川西メディカルゾーン2階 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 560号 徴収開始年月日：令和 7年 8月25日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 340,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 340,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 395,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 395,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016700 350,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016800 405,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|           |                   |                                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称                | 医療機関所在地                     | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------|----------------------------|-----------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31,0348,4 | 川西市立総合医療センター               | 〒666-0017<br>川西市火打1丁目4番1号   | 405 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4084号<br>徴収開始年月日：令和 8年 2月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 2 22,000<br>01:個室 0 33,000<br>01:個室 114 3,300<br>01:個室 0 4,950<br>01:個室 289 0<br>全許可病床数 405床 費用徴収病床数 116床 割合 28.6%<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 51号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,000<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 46号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,000<br>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<br>(レンズ支給) 第 391号<br>徴収開始年月日：令和 6年 9月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>徴収額<br>テクニス マルチフォーカルワン 2 2 3 0 0 B Z X 0 0 2 7 7 0 0 200,000<br>テクニス シンフォニートーリック 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 3 6 0 0 0 220,000<br>テクニス シンフォニー VB 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 0 0 5 0 0 220,000<br>Clareon非球面PanOp 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 330,000<br>Clareon非球面PanOp 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 330,000<br>テクニスシナジー VB 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 0 5 5 0 0 330,000<br>テクニスシナジー トーリックV 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 1 3 9 0 0 330,000<br>Clareon Vivity 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 330,000<br>Clareon PanOpti 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0 330,000<br>Clareon PanOpti 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0 330,000 |
| 31,0351,8 | 医療法人せいふう会<br>川西リハビリテーション病院 | 〒666-0117<br>川西市東畦野5丁目18番1号 | 160 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3842号<br>徴収開始年月日：令和 5年 4月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 16 11,000<br>02:2人室 32 5,500<br>04:4人室 112 0<br>全許可病床数 160床 費用徴収病床数 48床 割合 30.0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|           |                            |                             |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称   | 医療機関所在地                      | 病床数 | 報告内容                                                             |
|-----------|---------------|------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------|
| 32,0028,0 | 医療法人社団衿正会生駒病院 | 〒666-0252<br>川辺郡猪名川町広根字九十九番地 | 198 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3412号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分 |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称        | 医療機関所在地                | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------|--------------------|------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 33,0011,4<br>(33,0018,5) | 公立学校共済組合近畿<br>中央病院 | 〒664-0872<br>伊丹市車塚3丁目1 | 445 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4089号<br>徴収開始年月日：令和 8年 3月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 1 18,700<br>01:個室 8 10,450<br>02:2人室 8 0<br>03:3人室 3 0<br>04:4人室 36 0<br>全許可病床数 56床 費用徴収病床数 9床 割合 16.1%<br>200床以上の病院の初診<br>(病院初診) 第 203号<br>徴収開始年月日：平成30年 4月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>5,000<br>3,000<br>200床以上の病院の再診<br>(病院再診) 第 8号<br>徴収開始年月日：平成30年 4月 1日<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>2,500<br>1,500<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 674号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>01:（一般入院）急性期一 2,720<br>金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 1662号<br>徴収開始年月日：平成13年 7月 1日<br>金属 その他金属 上顎 下顎<br>う蝕に罹患している患者の指導管理<br>(う蝕管理) 第 1529号<br>徴収開始年月日：平成13年 7月 1日<br>継続管理種類 価格<br>01:フッ化物局所<br>02:小窩裂溝填塞 |
|                          |                    |                        |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                        | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------|-------------|--------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 33,0208,6<br>(33,0116,7) | 市立伊丹病院      | 〒664-8540<br>伊丹市昆陽池 1 丁目 1 0 0 | 414 | <div>薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br/>(機器使用) 第 25号      徴収開始年月日：平成29年 5月 1日<br/>医療機器の販売名      徴収額      医療機器管理室      技師の人数<br/>FreeStyleリブレRea      7,500      1:有      3<br/>FreeStyleリブレセンサ      6,720      1:有      3</div> <div>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br/>(入療養提供) 第 4075号      徴収開始年月日：令和 7年 7月31日<br/>区分      病床数      徴収金額<br/>01:個室      65      8,800<br/>01:個室      0      12,100<br/>01:個室      2      11,000<br/>01:個室      0      14,300<br/>01:個室      4      13,200<br/>01:個室      0      17,600<br/>01:個室      1      17,600<br/>01:個室      0      23,100<br/>01:個室      10      0<br/>04: 4 人室      300      0<br/>05: 5 人室以上      20      0<br/>全許可病床数      402床      費用徴収病床数      72床      割合 17.9%</div> <div>2 0 0 床以上の病院の初診<br/>(病院初診) 第 249号      徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br/>徴収額      初診患者数      徴収患者数<br/>7,000<br/>5,000</div> <div>2 0 0 床以上の病院の再診<br/>(病院再診) 第 26号      徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br/>徴収額      再診患者数      徴収患者数<br/>3,000<br/>1,900</div> <div>金属床による総義歯の提供<br/>(金属総義歯) 第 3152号      徴収開始年月日：平成22年 7月 1日<br/>金属      その他金属      上顎      下顎<br/>03:コバルト      189,000      189,000<br/>04:チタン      187,420      187,420</div> <div>う蝕に罹患している患者の指導管理<br/>(う蝕管理) 第 1613号      徴収開始年月日：平成13年 7月 1日<br/>継続管理種類      価格<br/>01:フッ化物局所</div> |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称          | 医療機関所在地                     | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------|----------------------|-----------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |                      |                             |     | 02:小窩裂溝填塞                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 33,0237,5 | 医療法人社団星晶会<br>星優クリニック | 〒664-0897<br>伊丹市桜ヶ丘１丁目３－２　３ | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第　3677号<br>徴収開始年月日：令和　2年10月　1日<br>区分　　　　　　　　　　　病床数　　徴収金額<br>01:個室　　　　　　　　　　2　　　　3,300<br>03: 3人室　　　　　　　　  3　　　　0<br>04: 4人室　　　　　　　　  4　　　　0<br>05: 5人室以上　　　　　　10　　　　0<br>全許可病床数　　　19床　費用徴収病床数　　　2床　割合　10.5%                                                                       |
| 33,0255,7 | 太田外科診療所              | 〒664-0852<br>伊丹市南本町４丁目２番１０号 | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第　3606号<br>徴収開始年月日：令和　2年　4月　1日<br>区分　　　　　　　　　　　病床数　　徴収金額<br>01:個室　　　　　　　　　　3　　　5,500<br>02: 2人室　　　　　　　　  6　　　3,300<br>03: 3人室　　　　　　　　  6　　　　0<br>04: 4人室　　　　　　　　  4　　　　0<br>全許可病床数　　　19床　費用徴収病床数　　　9床　割合　47.4%<br><br>時間外診察<br>(時間外診察) 第　12号<br>徴収額<br>650<br>徴収開始年月日：平成14年　9月　1日 |
| 33,0281,3 | 吉江胃腸科外科              | 〒664-0861<br>伊丹市稲野町１－１　１　１  | 3   | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第　4052号<br>徴収開始年月日：令和　7年　9月　1日<br>区分　　　　　　　　　　　病床数　　徴収金額<br>01:個室　　　　　　　　　　2　　　　0<br>01:個室　　　　　　　　　　1　　　5,500<br>全許可病床数　　　3床　費用徴収病床数　　　1床　割合　33.3%                                                                                                                                |
| 33,0292,0 | 医療法人社団豊明会<br>常岡病院    | 〒664-0857<br>伊丹市行基町２丁目５     | 103 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第　3408号<br>徴収開始年月日：令和元年10月　1日<br>区分　　　　　　　　　　　病床数　　徴収金額<br>01:個室　　　　　　　　　14　　11,000<br>02: 2人室　　　　　　　　  2　　　3,300<br>02: 2人室　　　　　　　　  4　　　5,500<br>03: 3人室　　　　　　　　  3　　　2,200<br>03: 3人室　　　　　　　　12　　　　0<br>04: 4人室　　　　　　　　68　　　　0<br>全許可病床数　　103床　費用徴収病床数　　　23床　割合　22.3%          |
|           |                      |                             |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称        | 医療機関所在地                         | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------|--------------------|---------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 33,0301,9 | 医療法人社団 祐生会<br>祐生病院 | 〒664-0874<br>伊丹市山田 5－3－1 3      | 83  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3635号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 11 7,700<br>01:個室 2 13,200<br>02: 2 人室 16 3,300<br>04: 4 人室 24 0<br>05: 5 人室以上 30 0<br>全許可病床数 83床 費用徴収病床数 29床 割合 34.9%                                                                                                                                                             |
| 33,0328,2 | みやそう病院             | 〒664-0007<br>伊丹市北野 2 丁目 1 1 3－3 | 97  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3446号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 8 5,500<br>02: 2 人室 8 2,750<br>03: 3 人室 21 0<br>04: 4 人室 60 0<br>全許可病床数 97床 費用徴収病床数 16床 割合 16.5%<br><br>医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療<br>(規定回数超) 第 55号<br>徴収開始年月日：平成30年 4月 1日<br>診療の名称<br>徴収額<br>02: リハビリテーション 2,000<br>02: リハビリテーション 1,460<br>02: リハビリテーション 1,850<br>02: リハビリテーション 1,750 |
|           |                    |                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称         | 医療機関所在地                         | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------|---------------------|---------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 33,0376,1                | 伊丹中央眼科              | 〒664-0851<br>伊丹市中央 1 丁目 5 番 1 号 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 488号 徴収開始年月日：令和 7年 5月29日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>アルコンアクリソフ I Q P a n O 2 3 1 0 0 B Z X 0 0 0 4 2 0 0 280,000<br>アルコンアクリソフ I Q P a n O 2 3 1 0 0 B Z X 0 0 0 4 3 0 0 300,000<br>テクニスマルチフォーカルアクリ 2 2 1 0 0 B Z X 0 0 1 9 5 0 0 180,000<br>テクニスマルチフォーカルワンピ 2 2 3 0 0 B Z X 0 0 2 7 7 0 0 180,000<br>テクニスシンフォニーVB 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 0 0 5 0 0 180,000<br>テクニスシンフォニートーリック 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 3 6 0 0 0 230,000<br>テクニスシナジーVB Simp 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 0 5 5 0 0 280,000<br>テクニスシナジーTVB Sim 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 1 3 9 0 0 300,000<br>Clareon非球面PanOp 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 280,000<br>Clareon非球面PanOp 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 300,000<br>Clareon PanOpti 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0 280,000<br>Clareon PanOpti 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0 300,000<br>Clareon Vivity 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 280,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 3 0 0 280,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 4 0 0 300,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 2 9 0 0 280,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 3 0 0 0 300,000 |
| 33,0388,6                | 荘司外科                | 〒664-0851<br>伊丹市中央 1 - 2 - 1 6  |     | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3608号 徴収開始年月日：令和 2年 7月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 2 6,600<br>02:2人室 6 3,300<br>03:3人室 3 0<br>04:4人室 8 0<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 8床 割合 42.1%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 33,0392,8                | みずほレディースクリ<br>ニック   | 〒664-0013<br>伊丹市瑞穂町 5 - 7 2     | 9   | 時間外診察<br>(時間外診察) 第 32号 徴収開始年月日：平成26年 1月 6日<br>徴収額<br>2,100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 33,0406,6<br>(33,0267,8) | 医療法人社団 星晶会<br>あおい病院 | 〒664-0001<br>伊丹市荒牧 6 丁目 1 4 - 2 | 39  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3515号 徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 3 5,500<br>04:4人室 36 0<br>全許可病床数 39床 費用徴収病床数 3床 割合 7.7%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                          |                     |                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称           | 医療機関所在地                                      | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------|-----------------------|----------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 33,0427,2 | 伊丹恒生脳神経外科病院           | 〒664-0028<br>伊丹市西野一丁目 3 0 0 番地 1             | 80  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3456号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 9 8,800<br>02: 2 人室 4 4,400<br>03: 3 人室 3 0<br>04: 4 人室 64 0<br>全許可病床数 80床 費用徴収病床数 13床 割合 16.3%<br>医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療<br>(規定回数超) 第 66号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>診療の名称 徴収額<br>02: リハビリテーション 2,695<br>02: リハビリテーション 1,980<br>02: リハビリテーション 2,035<br>02: リハビリテーション 1,925<br>入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 829号<br>徴収開始年月日：令和 7年 9月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>02: (一般入院) 急性期一 2,717                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 33,0454,6 | 宮の前眼科                 | 〒664-0895<br>伊丹市宮ノ前一丁目 4 番 8 号みやのまち 3 号館 1 F |     | 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<br>(レンズ支給) 第 614号<br>徴収開始年月日：令和 8年 3月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>テクニスオデッセイVB Sim 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0 360,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0 360,000<br>Clareon 非球面Pano 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 360,000<br>Clareon 非球面Pano 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 360,000<br>Clareon PanOpti 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0 360,000<br>Clareon PanOpti 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0 360,000<br>Clareon Vivity 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 360,000<br>Clareon Vivity 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0 360,000<br>ファインビジョンHP 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 1 9 7 0 0 360,000<br>Clareon PanOpti 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 2 9 8 0 0 380,000<br>Clareon PanOpti 3 0 8 0 0 B Z X 0 0 0 1 5 0 0 380,000 |
| 33,0458,7 | 医療法人せいふう会<br>伊丹せいふう病院 | 〒664-0011<br>伊丹市鋳物師 5 丁目 7 9 番               | 178 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3961号<br>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 8 11,000<br>02: 2 人室 6 5,500<br>04: 4 人室 164 0<br>全許可病床数 178床 費用徴収病床数 14床 割合 7.9%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|           |                       |                                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称                | 医療機関所在地                                 | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------|----------------------------|-----------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 33,0497,5 | のぞみ眼科                      | 〒664-0006<br>伊丹市鴻池四丁目1番10号オアシスタウン伊丹鴻池2F |     | 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<br>(レンズ支給) 第 611号<br>徴収開始年月日：令和 8年 2月24日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>徴収額<br>アルコン Clareon Pa 30200BZX0029400 300,000<br>アルコン Clareon Pa 30300BZX0015300 330,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 300,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 330,000<br>テクニスピュアシー Simpl 30600BZX0016700 310,000<br>テクニスピュアシー トーリック 30600BZX0016800 360,000<br>Clareon PanOpti 30700BZX0029800 330,000<br>Clareon PanOpti 30800BZX0001500 360,000 |
| 33,0502,2 | 医療法人せいふう会<br>阪神リハビリテーション病院 | 〒664-0003<br>伊丹市大野1丁目59番地3              | 192 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4056号<br>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 16 11,000<br>02:2人室 32 5,500<br>04:4人室 144 0<br>全許可病床数 192床 費用徴収病床数 48床 割合 25.0%                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 34,0045,0 | 医療法人内海慈仁会<br>姫路北病院         | 〒679-2203<br>神崎郡福崎町南田原1134-2            | 317 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3348号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 14 0<br>01:個室 6 1,100<br>01:個室 5 1,485<br>01:個室 19 1,870<br>02:2人室 6 0<br>02:2人室 2 935<br>02:2人室 6 660<br>04:4人室 264 0<br>全許可病床数 322床 費用徴収病床数 38床 割合 11.8%                                                                                                                                                                                                                     |
|           |                            |                                         |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称        | 医療機関所在地                             | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------|--------------------|-------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 34,0072,4 | 日並内科外科医院           | 〒679-2131<br>姫路市香寺町犬飼 5 0 2 番地      | 13  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3657号<br>徴収開始年月日：平成26年 6月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 4 800<br>01:個室 2 1,300<br>02: 2 人室 10 0<br>03: 3 人室 3 0<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 6床 割合 31.6%<br>外来医療に係る特別の療養環境の提供<br>(外療養提供) 第 2号<br>徴収開始年月日：令和 8年 2月 1日<br>診察室 徴収金額<br>3 1,000 |
| 34,0073,2 | アキタケ診療所            | 〒679-2214<br>神崎郡福崎町福崎新 7 3 番地 3     | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 2117号<br>徴収開始年月日：平成22年 1月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 4 3,000<br>01:個室 4 5,000<br>02: 2 人室 2 0<br>03: 3 人室 9 0<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 8床 割合 42.1%                                                                                   |
| 34,0101,1 | ミナミ整形外科・内科<br>循環器科 | 〒679-2203<br>神崎郡福崎町南田原 2 9 7 1 番地 1 | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3856号<br>徴収開始年月日：令和 4年 4月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 2 4,000<br>02: 2 人室 2 2,000<br>03: 3 人室 3 1,500<br>04: 4 人室 12 0<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 7床 割合 36.8%                                                                           |
|           |                    |                                     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                            | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------|-------------|------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 34,0106,0<br>(34,0052,2) | 公立神崎総合病院    | 〒679-2414<br>神崎郡神河町粟賀町 3 8 5 番地    | 140 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3349号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 21 7,700<br>01:個室 0 6,600<br>01:個室 14 6,600<br>04: 4 人室 0 5,500<br>01:個室 5 0<br>04: 4 人室 100 0<br>全許可病床数 140床 費用徴収病床数 35床 割合 25.0%<br><br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 653号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分<br>対象者数<br>徴収日数<br>徴収料金<br>08: (一般入院) 地域一般 2,272<br>05: (一般入院) 急性期一 2,272<br><br>金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 3380号<br>徴収開始年月日：平成27年 4月20日<br>金属<br>その他金属<br>上顎<br>下顎<br>02:金 200,000 200,000<br>03:コバルト 120,000 120,000<br><br>間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 36号<br>徴収開始年月日：令和 7年 8月 1日<br>販売名<br>徴収額<br>FreeStyleリブレ2 (センサー) 7,680<br>FreeStyleリブレ2 (リーダー) 6,200 |
| 35,0059,8                | 松浦診療所       | 〒671-2121<br>姫路市夢前町宮置字田中 2 3 2 - 7 |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 77号<br>徴収開始年月日：令和 8年 1月 5日<br>販売名<br>徴収額<br>フリースタイルリブレ2センサー 8,300                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 36,0078,6                | 龍野中央病院      | 〒679-4121<br>たつの市龍野町島田 6 6 7       | 99  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4032号<br>徴収開始年月日：令和 7年 4月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 5 5,500<br>01:個室 6 7,700<br>01:個室 2 8,800<br>02: 2 人室 4 0<br>04: 4 人室 52 0<br>05: 5 人室以上 30 0<br>全許可病床数 99床 費用徴収病床数 13床 割合 13.1%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称            | 医療機関所在地                                | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------|------------------------|----------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 36,0079,4                | 西はりまクリニック              | 〒679-4132<br>たつの市誉田町福田 7 8 0－3 7       | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 2124号<br>徴収開始年月日：平成19年 4月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 8,000<br>01:個室 1 5,000<br>02: 2 人室 2 3,000<br>03: 3 人室 3 0<br>04: 4 人室 12 0<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 4床 割合 21.1%                                                |
| 36,0080,2                | 栗原病院                   | 〒679-4167<br>たつの市龍野町富永 4 9 5－1         | 36  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3629号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 16,500<br>01:個室 7 11,000<br>02: 2 人室 8 5,500<br>04: 4 人室 20 0<br>全許可病床数 36床 費用徴収病床数 16床 割合 44.4%<br>時間外診察<br>(時間外診察) 第 30号<br>徴収額<br>0<br>徴収開始年月日：平成25年 4月 9日 |
| 36,0096,8<br>(36,0045,1) | 兵庫県立リハビリテー<br>ション西播磨病院 | 〒679-5165<br>たつの市新宮町光都 1 丁目 7 番 1<br>号 | 100 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3999号<br>徴収開始年月日：令和 7年 4月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 21,000<br>01:個室 7 12,000<br>04: 4 人室 92 0<br>全許可病床数 100床 費用徴収病床数 8床 割合 8.0%                                                                                  |
|                          |                        |                                        |     |                                                                                                                                                                                                                                                          |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称         | 医療機関所在地                         | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------|---------------------|---------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 36,0114,9<br>(36,0057,6) | たつの市民病院             | 〒671-1311<br>たつの市御津町中島1666番地1   | 120 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3637号<br>徴収開始年月日：令和 2年 4月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 2 0<br>01:個室 3 9,900<br>01:個室 31 7,700<br>04:4人室 84 0<br>全許可病床数 120床 費用徴収病床数 34床 割合 28.3%<br>間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 63号<br>徴収開始年月日：令和 7年11月 4日<br>販売名<br>徴収額<br>FreeStyleリブレ2 7,400<br>FreeStyleリブレ2 (Reader) 8,400                                                                                                                                                                              |
| 36,0118,0                | 医療法人社団仁徳会<br>とくなが病院 | 〒679-4109<br>たつの市神岡町東菟崎字鍵田473番5 | 109 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3851号<br>徴収開始年月日：令和 5年 7月18日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 3 5,500<br>02:2人室 2 5,500<br>02:2人室 20 0<br>03:3人室 15 0<br>04:4人室 36 0<br>05:5人室以上 15 0<br>05:5人室以上 18 0<br>全許可病床数 109床 費用徴収病床数 5床 割合 4.6%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 817号<br>徴収開始年月日：令和 7年 1月 1日<br>入院料区分<br>対象者数<br>徴収日数<br>徴収料金<br>04: (一般入院) 急性期一 2,412<br>間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 47号<br>徴収開始年月日：令和 7年 8月 8日<br>販売名<br>徴収額<br>FreeStyleリブレ2 (Reader) 7,700<br>FreeStyleリブレ2 (センサー) 7,700 |
|                          |                     |                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                               | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------|-------------|---------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 36,0122,2 | たつの南眼科      | 〒671-1643<br>たつの市揖保川町神戸北山2 2 3<br>番地3 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 593号<br>徴収開始年月日：令和 8年 1月 5日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>Clareon非球面PanOp 30200BZX0029400 320,000<br>Clareon非球面PanOp 30300BZX0015300 360,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 320,000<br>Clareon PanOpti 30700BZX0029800 340,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 360,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 30600BZX0002400 330,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 30600BZX0002500 370,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016700 330,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016800 370,000<br>ファインビジョンHP 30400BZX0019700 320,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026300 330,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026400 370,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0022900 330,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0023000 370,000<br>アクリバトリノバPro 30600BZX0018900 330,000<br>アクリバトリノバPro トーリ 30700BZX0005300 370,000 |
| 36,0124,8 | 信原クリニック     | 〒679-4017<br>たつの市揖西町土師7 2 0 番地        | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4047号<br>徴収開始年月日：令和 6年 5月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 2 11,000<br>01:個室 7 6,600<br>01:個室 2 0<br>04:4人室 8 0<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 9床 割合 47.4%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|           |             |                                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称         | 医療機関所在地                           | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------|---------------------|-----------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 37,0030,5<br>(37,0014,5) | 医療法人社団一葉会<br>佐用共立病院 | 〒679-5301<br>佐用郡佐用町佐用 1 1 1 1     | 90  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3375号      徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分      病床数      徴収金額<br>01:個室      4      8,800<br>01:個室      2      5,500<br>02: 2 人室      4      0<br>04: 4 人室      4      1,650<br>04: 4 人室      76      0<br>全許可病床数      90床      費用徴収病床数      10床      割合 11.1%<br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 669号      徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分      対象者数      徴収日数      徴収料金<br>08: (一般入院) 地域一般      1,914<br>金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 3547号      徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>金属      その他金属      上顎      下顎<br>03: コバルト      220,000      220,000                                                           |
| 37,0033,9                | 医療法人聖医会 佐用<br>中央病院  | 〒679-5301<br>佐用郡佐用町佐用 3 5 2 9 - 3 | 131 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3749号      徴収開始年月日：令和 4年 2月 1日<br>区分      病床数      徴収金額<br>01:個室      1      0<br>01:個室      5      3,300<br>01:個室      5      4,400<br>01:個室      4      4,950<br>01:個室      1      5,500<br>01:個室      2      6,600<br>02: 2 人室      34      0<br>03: 3 人室      12      0<br>04: 4 人室      72      0<br>05: 5 人室以上      6      0<br>05: 5 人室以上      7      0<br>05: 5 人室以上      8      0<br>全許可病床数      157床      費用徴収病床数      17床      割合 10.8%<br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 715号      徴収開始年月日：令和元年12月 1日<br>入院料区分      対象者数      徴収日数      徴収料金<br>08: (一般入院) 地域一般      1,740 |
|                          |                     |                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                           | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------|-------------|-----------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 37,0047,9 | 尾崎病院        | 〒679-5225<br>佐用郡佐用町上三河 1 4 1 番地 4 | 60  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3923号<br>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日<br>区分<br>02: 2 人室 6 0<br>02: 2 人室 18 4,400<br>04: 4 人室 36 0<br>全許可病床数 60床 費用徴収病床数 18床 割合 30.0%<br>金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 3698号<br>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日<br>金属 その他金属 上顎 下顎<br>03: コバルト 240,000 240,000<br>40: その他 チタニウム 360,000 360,000<br>う蝕に罹患している患者の指導管理<br>(う蝕管理) 第 3245号<br>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日<br>継続管理種類 価格<br>01: フッ化物局所 1,000<br>02: 小窩裂溝填塞 2,000 |
|           |             |                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称  | 医療機関所在地                   | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------|--------------|---------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 38,0102,0                | 公立 宍粟総合病院    | 〒671-2576<br>宍粟市山崎町鹿沢9番地  | 187 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3679号<br>徴収開始年月日：令和 2年10月 1日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                          |              |                           |     | 区分                      病床数        徴収金額<br>01:個室                      3          13,200<br>01:個室                      0          11,000<br>01:個室                      4          9,350<br>01:個室                      0          7,700<br>01:個室                      9          7,700<br>01:個室                      0          6,600<br>01:個室                     12          6,050<br>01:個室                      0          4,950<br>01:個室                      1            0<br>02: 2人室                    2          2,750<br>02: 2人室                    0          2,200<br>02: 2人室                    22        2,200<br>02: 2人室                    0          1,650<br>02: 2人室                    10          0<br>03: 3人室                    3            0<br>04: 4人室                    76          0<br>05: 5人室以上              36          0<br>全許可病床数            178床    費用徴収病床数            52床    割合 29.2% |
|                          |              |                           |     | 入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 822号                      徴収開始年月日：令和 7年 4月 1日<br>入院料区分                      対象者数    徴収日数    徴収料金<br>01:（一般入院）急性期一                      2,785                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                          |              |                           |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 56号                      徴収開始年月日：令和 7年10月 1日<br>販売名                                              徴収額<br>FreeStyleリブレ2（センサー）                      7,000<br>FreeStyleリブレ2（Reader）                      7,300                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 38,0112,9<br>(38,0054,9) | 青山ファミリークリニック | 〒671-2555<br>宍粟市山崎町金谷96-1 |     | 金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 3722号                      徴収開始年月日：令和 7年12月 9日<br>金属                                      その他金属                      上顎                      下顎<br>02:金                                              528,000                      528,000<br>03:コバルト                                      346,500                      346,500<br><br>う蝕に罹患している患者の指導管理<br>(う蝕管理) 第 3260号                      徴収開始年月日：令和 7年12月 9日<br>継続管理種類                      価格<br>01:フッ化物局所                      2,310                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称      | 医療機関所在地                           | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------|------------------|-----------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 38,0114,5 | 医療法人社団 ウスキ<br>医院 | 〒671-2575<br>宍粟市山崎町山田 1 8 5 番地 2  | 14  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4041号<br>徴収開始年月日：令和 7年 7月18日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 9,900<br>01:個室 3 6,380<br>01:個室 1 4,400<br>01:個室 2 3,080<br>02: 2 人室 4 0<br>03: 3 人室 3 0<br>全許可病床数 14床 費用徴収病床数 7床 割合 50.0% |
| 39,0036,8 | 岡田整形外科           | 〒678-1200<br>赤穂郡上郡町与井字中垣内 3 9 － 1 | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3599号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 5,500<br>02: 2 人室 1 2,200<br>02: 2 人室 1 3,300<br>04: 4 人室 4 0<br>05: 5 人室以上 12 0<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 3床 割合 15.8%          |
| 40,0236,2 | 医療法人佑健会木村病<br>院  | 〒670-0875<br>姫路市南八代町 5 － 3        | 44  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3979号<br>徴収開始年月日：令和 7年 3月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 6 14,300<br>01:個室 2 12,100<br>02: 2 人室 4 9,900<br>02: 2 人室 2 7,700<br>05: 5 人室以上 30 0<br>全許可病床数 44床 費用徴収病床数 14床 割合 31.8%     |
|           |                  |                                   |     |                                                                                                                                                                                                                        |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                   | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------|-------------|---------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 40,0277,6 | 姫路聖マリア病院    | 〒670-0801<br>姫路市仁豊野 6 5 0 | 425 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3914号<br>徴収開始年月日：令和 6年 5月 1日<br>区分<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>02: 2 人室<br>02: 2 人室<br>03: 3 人室<br>04: 4 人室<br>05: 5 人室以上<br>全許可病床数<br>440床<br>病床数<br>13<br>39<br>10<br>3<br>57<br>28<br>66<br>123<br>80<br>21<br>費用徴収病床数<br>93床<br>徴収金額<br>12,100<br>8,800<br>6,600<br>3,300<br>0<br>3,300<br>0<br>0<br>0<br>0<br>割合 21.1%<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 70号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,700<br>5,500<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 65号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,300<br>2,090<br>金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 3552号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>金属<br>03:コバルト<br>04:チタン<br>02:金<br>その他金属<br>上顎<br>下顎<br>220,000<br>275,000<br>660,000<br>220,000<br>275,000<br>660,000<br>う蝕に罹患している患者の指導管理<br>(う蝕管理) 第 3157号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>継続管理種類<br>01:フッ化物局所<br>02:小窩裂溝填塞<br>価格<br>2,200<br>2,200 |
|           |             |                           |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称    | 医療機関所在地                      | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------|----------------|------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 40,0401,2 | 医療法人公仁会姫路中央病院  | 〒672-8048<br>姫路市飾磨区三宅2丁目36番地 | 235 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4051号<br>徴収開始年月日：令和 7年 9月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 3 22,000<br>01:個室 6 11,000<br>01:個室 5 9,900<br>01:個室 1 8,800<br>02:2人室 8 5,500<br>02:2人室 12 4,400<br>02:2人室 28 1,100<br>02:2人室 4 0<br>03:3人室 3 0<br>04:4人室 56 0<br>04:4人室 4 2,200<br>05:5人以上 105 0<br>全許可病床数 235床 費用徴収病床数 67床 割合 28.5%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 797号<br>徴収開始年月日：令和 6年 8月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>04:（一般入院）急性期一 0 0 2,412 |
| 40,0426,9 | 医療法人松浦会 姫路第一病院 | 〒671-0234<br>姫路市御国野町国分寺143   | 100 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3829号<br>徴収開始年月日：令和 5年 5月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 2 0<br>01:個室 2 35,200<br>01:個室 4 14,850<br>01:個室 2 12,100<br>02:2人室 2 3,300<br>04:4人室 76 0<br>04:4人室 12 880<br>全許可病床数 100床 費用徴収病床数 22床 割合 22.0%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 825号<br>徴収開始年月日：令和 7年 6月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>04:（一般入院）急性期一 2,412                                                                                            |
|           |                |                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                     | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------|-------------|-----------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 40,0427,7 | 医療法人全人会仁恵病院 | 〒670-0811<br>姫路市野里 2 7 5    | 211 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3766号<br>徴収開始年月日：令和 4年 5月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 13 0<br>01:個室 9 2,750<br>01:個室 1 3,300<br>01:個室 4 5,500<br>02: 2 人室 6 0<br>03: 3 人室 18 0<br>04: 4 人室 100 0<br>05: 5 人室以上 60 0<br>全許可病床数 211床 費用徴収病床数 14床 割合 6.6% |
| 40,0466,5 | 医療法人松浦会松浦病院 | 〒670-0845<br>姫路市城東町京口台 1 番地 | 54  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3791号<br>徴収開始年月日：令和 4年 1月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 16 6,000<br>02: 2 人室 2 0<br>04: 4 人室 36 0<br>全許可病床数 54床 費用徴収病床数 16床 割合 29.6%                                                                                     |
| 40,0477,2 | 森内科医院       | 〒670-0029<br>姫路市嵐山町 4 － 1   |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 82号<br>徴収開始年月日：令和 8年 2月 3日<br>販売名<br>徴収額<br>F r e e S t y l e リブレ 2 （センサー） 7,000                                                                                                                                            |
|           |             |                             |     |                                                                                                                                                                                                                                                            |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称        | 医療機関所在地                          | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------|--------------------|----------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 40,0492,1                | 医療法人仁寿会石川病院        | 〒671-0221<br>姫路市別所町別所 2 丁目 1 5 0 | 206 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3352号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 2 11,000<br>01:個室 17 9,900<br>03:3人室 21 0<br>04:4人室 136 0<br>05:5人室以上 30 0<br>全許可病床数 206床 費用徴収病床数 19床 割合 9.2%<br>医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療<br>(規定回数超) 第 60号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>診療の名称<br>徴収額<br>02:リハビリテーション 2,695<br>02:リハビリテーション 1,980<br>02:リハビリテーション 2,035<br>02:リハビリテーション 1,925<br>02:リハビリテーション 2,255<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 654号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分<br>対象者数 徴収日数 徴収料金<br>04:（一般入院）急性期一 2,290 |
| 40,0498,8<br>(40,0628,6) | 社会医療法人 恵風会<br>高岡病院 | 〒670-0061<br>姫路市西今宿 5 丁目 3 － 8   | 463 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3836号<br>徴収開始年月日：令和 5年 4月21日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 10,000<br>01:個室 42 2,000<br>01:個室 4 1,500<br>01:個室 13 1,000<br>01:個室 49 0<br>02:2人室 2 1,000<br>02:2人室 10 500<br>03:3人室 3 0<br>04:4人室 280 0<br>全許可病床数 404床 費用徴収病床数 72床 割合 17.8%                                                                                                                                                                                                                                        |
|                          |                    |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称   | 医療機関所在地                            | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------|---------------|------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 40,0522,5<br>(40,0762,3) | 医療法人ひまわり会八家病院 | 〒670-0061<br>姫路市西今宿 2 丁目 9 番 5 0 号 | 111 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3857号<br>徴収開始年月日：令和 3年12月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 2 16,500<br>01:個室 12 8,250<br>02: 2 人室 2 4,400<br>03: 3 人室 15 0<br>04: 4 人室 80 0<br>全許可病床数 111床 費用徴収病床数 16床 割合 14.4%<br>医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療<br>(規定回数超) 第 89号<br>徴収開始年月日：令和 8年 2月 3日<br>診療の名称<br>徴収額<br>02: リハビリテーション 2,200<br>02: リハビリテーション 2,040<br>02: リハビリテーション 1,930<br>02: リハビリテーション 1,610                                                                                                                      |
| 40,0524,1                | 城陽江尻病院        | 〒670-0947<br>姫路市北条 1 丁目 2 7 9      | 157 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 154号<br>徴収開始年月日：平成28年 6月 6日<br>治験薬名称<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>S Y R－4 7 2 1:内服薬 3:第Ⅲ相 1<br>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4005号<br>徴収開始年月日：令和 7年 5月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 2 0<br>01:個室 2 33,000<br>01:個室 4 15,400<br>01:個室 5 13,200<br>01:個室 6 11,000<br>02: 2 人室 2 0<br>03: 3 人室 3 0<br>04: 4 人室 48 0<br>05: 5 人室以上 85 0<br>全許可病床数 157床 費用徴収病床数 17床 割合 10.8%<br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 823号<br>徴収開始年月日：令和 7年 5月 1日<br>入院料区分<br>対象者数 徴収日数 徴収料金<br>04: (一般入院) 急性期一 2,412 |
|                          |               |                                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称        | 医療機関所在地                           | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------|--------------------|-----------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 40,0555,5 | 医療法人財団清良会書写病院      | 〒671-2203<br>姫路市書写台 2 丁目 2 8      | 92  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3593号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>01:個室 12 8,800<br>04: 4 人室 80 0<br>全許可病床数 92床 費用徴収病床数 12床 割合 13.0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 40,0556,3 | 社会医療法人 松藤会<br>入江病院 | 〒672-8092<br>姫路市飾磨区英賀春日町 2 丁目 2 5 | 199 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3562号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>01:個室 2 11,000<br>01:個室 2 8,800<br>01:個室 8 5,500<br>01:個室 12 3,300<br>01:個室 4 0<br>02: 2 人室 2 1,650<br>02: 2 人室 2 0<br>03: 3 人室 3 0<br>04: 4 人室 128 0<br>05: 5 人室以上 36 0<br>全許可病床数 199床 費用徴収病床数 26床 割合 13.1%<br><br>医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療<br>(規定回数超) 第 83号<br>徴収開始年月日：令和 2年11月 1日<br>診療の名称<br>02:リハビリテーション 2,695<br>02:リハビリテーション 1,980<br>02:リハビリテーション 2,035<br>02:リハビリテーション 1,925<br><br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 768号<br>徴収開始年月日：令和 5年 3月 1日<br>入院料区分<br>04: (一般入院) 急性期一 2,376<br>12: (一般入院) 特定入院 1,002 |
| 40,0579,5 | 姫路医療生活協同組合<br>共立病院 | 〒670-0822<br>姫路市市川台 3 － 1 2       | 48  | 入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 451号<br>徴収開始年月日：平成24年10月 1日<br>入院料区分<br>41: (一般入院) 1 3 対 1 0 0 1,670                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|           |                    |                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                      | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------|-------------|------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 40,0641,3 | 山田脳神経外科医院   | 〒670-0084<br>姫路市東辻井4丁目10-16  | 3   | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3854号<br>徴収開始年月日：令和 4年 6月 3日<br>区分<br>01:個室 1 7,000<br>01:個室 2 0<br>全許可病床数 3床 費用徴収病床数 1床 割合 33.3%                                                                                                                                    |
| 40,0643,9 | 加藤整形外科      | 〒670-0054<br>姫路市南今宿6番3号      | 8   | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3648号<br>徴収開始年月日：令和元年 9月 3日<br>区分<br>01:個室 2 5,000<br>02:2人室 2 2,500<br>04:4人室 4 0<br>全許可病床数 8床 費用徴収病床数 4床 割合 50.0%                                                                                                                  |
| 40,0689,2 | 寺西医院        | 〒672-8051<br>姫路市飾磨区清水108     |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 11号<br>徴収開始年月日：令和 6年10月17日<br>販売名 徴収額<br>FreeStyleリブレセンサー 7,000<br>FreeStyleリブレReader 7,000<br>FreeStyleリブレ2センサー 7,000<br>FreeStyleリブレ2Reader 7,000                                                                                  |
| 40,0730,4 | 姫路愛和病院      | 〒670-0974<br>姫路市飯田3丁目219番地の1 | 108 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3457号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>01:個室 2 6,200<br>01:個室 1 0<br>02:2人室 6 4,600<br>02:2人室 8 2,100<br>02:2人室 2 0<br>03:3人室 6 0<br>04:4人室 8 650<br>04:4人室 48 0<br>05:5人室以上 15 0<br>05:5人室以上 12 0<br>全許可病床数 108床 費用徴収病床数 24床 割合 22.2% |
|           |             |                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                      | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------|-------------|------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 40,0746,0 | 立岩産婦人科医院    | 〒672-8071<br>姫路市飾磨区構4丁目189番地 | 17  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3772号<br>徴収開始年月日：令和 4年 6月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 5,000<br>01:個室 3 8,000<br>01:個室 1 9,000<br>01:個室 2 11,000<br>01:個室 1 12,000<br>01:個室 9 0<br>全許可病床数 17床 費用徴収病床数 8床 割合 47.1%                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 40,0765,0 | 井野病院        | 〒671-0102<br>姫路市大塩町汐咲1丁目27   | 100 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3816号<br>徴収開始年月日：令和 5年 4月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 5,500<br>01:個室 2 6,600<br>01:個室 13 8,800<br>01:個室 2 11,000<br>01:個室 1 13,200<br>01:個室 4 0<br>02: 2 人室 4 3,300<br>03: 3 人室 9 0<br>04: 4 人室 64 0<br>全許可病床数 100床 費用徴収病床数 23床 割合 23.0%<br><br>時間外診察<br>(時間外診察) 第 59号<br>徴収額<br>2,090<br><br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 74号<br>徴収開始年月日：平成16年 4月 1日<br>入院料区分<br>対象者数 徴収日数 徴収料金<br>48: (一般入院) I 群 2 1,743<br>72: 老 (一般) I 老特 2 1,743 |
|           |             |                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称            | 医療機関所在地                      | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------|------------------------|------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 40,0818,7 | 医療法人社団綱島会<br>厚生病院      | 〒670-0074<br>姫路市御立西4丁目1－25   | 88  | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 4号 徴収開始年月日：平成29年 1月23日<br>医療機器の販売名 徴収額 医療機器管理室 技師の人数<br>Free Style リブレ ( 7,000 2:無<br>Free Style リブレ ( 7,000 2:無<br><br>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3551号 徴収開始年月日：令和 2年 4月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 1 15,000<br>01:個室 2 7,000<br>02:2人室 4 1,000<br>04:4人室 76 0<br>05:5人室以上 5 0<br>全許可病床数 88床 費用徴収病床数 7床 割合 8.0% |
| 40,0874,0 | 石橋内科広畑センチュ<br>リー病院     | 〒671-1116<br>姫路市広畑区正門通4丁目2－1 | 60  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3428号 徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 8 6,600<br>04:4人室 52 0<br>全許可病床数 60床 費用徴収病床数 8床 割合 13.3%                                                                                                                                                                                                                  |
| 40,0887,2 | 医療法人社団こうのと<br>り会西川産婦人科 | 〒671-0253<br>姫路市花田町一本松165－1  | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3595号 徴収開始年月日：令和 2年 4月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 2 5,500<br>01:個室 4 8,000<br>01:個室 3 10,000<br>01:個室 4 0<br>02:2人室 6 0<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 9床 割合 47.4%                                                                                                                                                                  |
| 40,0895,5 | 親愛産婦人科                 | 〒671-1253<br>姫路市網干区垣内中町260   | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3131号 徴収開始年月日：平成27年 8月31日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 2 15,000<br>01:個室 7 10,000<br>01:個室 6 0<br>04:4人室 4 0<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 9床 割合 47.4%                                                                                                                                                                                  |
|           |                        |                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                          | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------|-------------|----------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 40,0903,7<br>(40,0568,4) | 姫路赤十字病院     | 〒670-8540<br>姫路市下手野 1 丁目 1 2 - 1 | 560 | <div>医薬品の治験に係る診療<br/>(治験診療) 第 187号<br/>治験薬名称<br/>丸山ワクチン<br/>徴収開始年月日：令和 4年 8月22日<br/>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br/>2:注射薬 3:第Ⅲ相 1 242</div> <div>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br/>(入療養提供) 第 4068号<br/>徴収開始年月日：令和 7年11月 1日<br/>区分 病床数 徴収金額<br/>01:個室 3 27,500<br/>01:個室 5 18,150<br/>01:個室 110 13,200<br/>02:2人室 24 0<br/>04:4人室 312 0<br/>04:4人室 48 1,650<br/>05:5人室以上 58 0<br/>全許可病床数 560床 費用徴収病床数 166床 割合 29.6%</div> <div>予約に基づく診察<br/>(予約診察) 第 70号<br/>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br/>17:心外 1,100<br/>12:整外 1,100<br/>13:形外 1,100<br/>01:内 1,100<br/>09:循 1,100<br/>10:小 1,100<br/>18:小外 1,100<br/>11:外 1,100<br/>15:脳外 1,100<br/>20:皮 1,100<br/>21:ひ 1,100<br/>24:産婦 1,100<br/>27:眼 1,100<br/>28:耳い 1,100<br/>32:リハ 1,100<br/>34:麻 1,100<br/>33:放 1,100<br/>54:歯外 1,100</div> <div>時間外診察<br/>(時間外診察) 第 55号<br/>徴収額<br/>5,500<br/>徴収開始年月日：令和元年10月 1日</div> |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号 | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地 | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------|-------------|---------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|        |             |         |     | 特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 47号 徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,700<br>5,500<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 42号 徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,300<br>2,090<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 670号 徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>01：（一般入院）急性期一 2,728<br>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<br>(レンズ支給) 第 578号 徴収開始年月日：令和 7年11月20日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>V i v i n e x ジェメトリック 30500BZX0026300 231,000<br>C l a r e o n P a n O p t i 30200BZX0029300 220,000<br>C l a r e o n P a n O p t i 30200BZX0029400 220,000<br>C l a r e o n P a n O p t i 30300BZX0015300 242,000<br>C l a r e o n P a n O p t i 30400BZX0025000 242,000<br>C l a r e o n V i v i t y 30500BZX0004100 220,000<br>テクニスオデッセイVB Si 30600BZX0002400 220,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 30600BZX0002500 242,000<br>V i v i n e x ジェメトリック 30600BZX0022900 231,000<br>V i v i n e x ジェメトリック 30600BZX0023000 253,000<br>間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 84号 徴収開始年月日：令和 8年 3月 5日<br>販売名 徴収額<br>F r e e S t y l e リブレ2リーダー 7,810<br>F r e e S t y l e リブレ2センサー 7,480<br>D e x c o m G 7 CGMシステムモニター 7,810<br>D e x c o m G 7 CGMシステムセンサー 7,480 |
|        |             |         |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称         | 医療機関所在地                      | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------|---------------------|------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 40,0907,8 | 医療法人社団みどりの<br>会酒井病院 | 〒671-2216<br>姫路市飾西4 1 2－1    | 112 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3354号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 8,800<br>01:個室 2 9,900<br>02:2人室 34 2,200<br>02:2人室 6 3,300<br>02:2人室 14 0<br>04:4人室 20 0<br>05:5人室以上 35 0<br>全許可病床数 112床 費用徴収病床数 43床 割合 38.4%<br>医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療<br>(規定回数超) 第 79号<br>徴収開始年月日：令和 3年 9月16日<br>診療の名称<br>徴収額<br>02:リハビリテーション 2,695<br>02:リハビリテーション 1,980<br>02:リハビリテーション 2,035<br>間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 33号<br>徴収開始年月日：令和 7年 7月 1日<br>販売名<br>徴収額<br>FreeStyleリブレ2 (センサー) 7,100<br>FreeStyleリブレ2 (Reader) 7,300                                                                                                                                                               |
| 40,0924,3 | くるす眼科クリニック          | 〒671-2214<br>姫路市西夢前台1丁目7 8－2 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 469号<br>徴収開始年月日：令和 7年 5月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>徴収額<br>テクニスマルチフォーカルワンピ 2 2 3 0 0 B Z X 0 0 2 7 7 0 0 180,000<br>テクニスシンフォニーVB 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 0 0 5 0 0 180,000<br>アルコンACTIVEFOCUS 2 2 6 0 0 B Z X 0 0 1 7 9 0 0 200,000<br>アルコンACTIVEFOCUS 2 2 7 0 0 B Z X 0 0 0 0 6 0 0 230,000<br>Clareon非球面PanOp 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 280,000<br>Clareon非球面PanOp 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 300,000<br>Clareon Vivity 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 300,000<br>Clareon Vivity 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0 320,000<br>Clareon 非球面PanO 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0 300,000<br>Clareon 非球面PanO 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0 320,000 |
|           |                     |                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号            | 医 療 機 関 名 称     | 医療機関所在地                       | 病床数   | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |
|-------------------|-----------------|-------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|----|-------|-----|-----------|-------|-------|----|--|-------------|-------|-------|---|--|--------|-------|-------|----|--|-------------|-------|-------|---|--|-------------------|-------|-------|---|--|-------------|-------|-------|---|--|----------|-------|-------|---|--|---------|-------|-------|----|--|---------------|-------|-------|---|--|---------------|-------|-------|---|--|----|-----|------|-------|---|--------|-------|---|--------|-------|----|--------|-------|---|-------|-------|----|---|----------|----|---|----------|-----|---|--------|------|----------------------|-----|-------|-------|-------|--|--|-----|-------|-------|-------|--|--|-------|------|------|------|---------------|--|--|-------|
| 40,0933,4         | 社会医療法人三栄会ツカザキ病院 | 〒671-1227<br>姫路市網干区和久 6 8 番 1 | 406   | <div>医薬品の治験に係る診療<br/>(治験診療) 第 153号<br/>徴収開始年月日：平成28年 3月30日</div> <table><tr><th>治験薬名称</th><th>内・注・外</th><th>区分</th><th>対象患者数</th><th>徴収額</th></tr><tr><td>プラスグレル塩酸塩</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>40</td><td></td></tr><tr><td>T－8 1 7 M A</td><td>1:内服薬</td><td>2:第Ⅱ相</td><td>6</td><td></td></tr><tr><td>チカグレロル</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>12</td><td></td></tr><tr><td>A D－8 1 0 N</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>4</td><td></td></tr><tr><td>B A Y 8 6－5 3 2 1</td><td>2:注射薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>3</td><td></td></tr><tr><td>KCT－0 8 0 9</td><td>3:外用薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>4</td><td></td></tr><tr><td>KCT-0809</td><td>3:外用薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>4</td><td></td></tr><tr><td>リバロキサバン</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>10</td><td></td></tr><tr><td>B A N 2 4 0 1</td><td>2:注射薬</td><td>2:第Ⅱ相</td><td>4</td><td></td></tr><tr><td>O N O－2 3 7 0</td><td>1:内服薬</td><td>2:第Ⅱ相</td><td>6</td><td></td></tr></table> <div>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br/>(入療養提供) 第 3971号<br/>徴収開始年月日：令和 7年 1月 1日</div> <table><tr><th>区分</th><th>病床数</th><th>徴収金額</th></tr><tr><td>01:個室</td><td>2</td><td>22,000</td></tr><tr><td>01:個室</td><td>5</td><td>12,100</td></tr><tr><td>01:個室</td><td>29</td><td>11,000</td></tr><tr><td>01:個室</td><td>2</td><td>8,800</td></tr><tr><td>01:個室</td><td>26</td><td>0</td></tr><tr><td>02: 2 人室</td><td>16</td><td>0</td></tr><tr><td>04: 4 人室</td><td>300</td><td>0</td></tr><tr><td>全許可病床数</td><td>380床</td><td>費用徴収病床数 38床 割合 10.0%</td></tr></table> <div>2 0 0 床以上の病院の初診<br/>(病院初診) 第 251号<br/>徴収開始年月日：令和 5年 8月 1日</div> <table><tr><th>徴収額</th><th>初診患者数</th><th>徴収患者数</th></tr><tr><td>7,700</td><td></td><td></td></tr></table> <div>2 0 0 床以上の病院の再診<br/>(病院再診) 第 28号<br/>徴収開始年月日：令和 5年 8月 1日</div> <table><tr><th>徴収額</th><th>再診患者数</th><th>徴収患者数</th></tr><tr><td>3,300</td><td></td><td></td></tr></table> <div>入院期間が1 8 0 日を超える入院<br/>(超過入院) 第 677号<br/>徴収開始年月日：令和元年10月 1日</div> <table><tr><th>入院料区分</th><th>対象者数</th><th>徴収日数</th><th>徴収料金</th></tr><tr><td>01:（一般入院）急性期一</td><td></td><td></td><td>2,475</td></tr></table> | 治験薬名称 | 内・注・外 | 区分 | 対象患者数 | 徴収額 | プラスグレル塩酸塩 | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 40 |  | T－8 1 7 M A | 1:内服薬 | 2:第Ⅱ相 | 6 |  | チカグレロル | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 12 |  | A D－8 1 0 N | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 4 |  | B A Y 8 6－5 3 2 1 | 2:注射薬 | 3:第Ⅲ相 | 3 |  | KCT－0 8 0 9 | 3:外用薬 | 3:第Ⅲ相 | 4 |  | KCT-0809 | 3:外用薬 | 3:第Ⅲ相 | 4 |  | リバロキサバン | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 10 |  | B A N 2 4 0 1 | 2:注射薬 | 2:第Ⅱ相 | 4 |  | O N O－2 3 7 0 | 1:内服薬 | 2:第Ⅱ相 | 6 |  | 区分 | 病床数 | 徴収金額 | 01:個室 | 2 | 22,000 | 01:個室 | 5 | 12,100 | 01:個室 | 29 | 11,000 | 01:個室 | 2 | 8,800 | 01:個室 | 26 | 0 | 02: 2 人室 | 16 | 0 | 04: 4 人室 | 300 | 0 | 全許可病床数 | 380床 | 費用徴収病床数 38床 割合 10.0% | 徴収額 | 初診患者数 | 徴収患者数 | 7,700 |  |  | 徴収額 | 再診患者数 | 徴収患者数 | 3,300 |  |  | 入院料区分 | 対象者数 | 徴収日数 | 徴収料金 | 01:（一般入院）急性期一 |  |  | 2,475 |
| 治験薬名称             | 内・注・外           | 区分                            | 対象患者数 | 徴収額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |
| プラスグレル塩酸塩         | 1:内服薬           | 3:第Ⅲ相                         | 40    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |
| T－8 1 7 M A       | 1:内服薬           | 2:第Ⅱ相                         | 6     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |
| チカグレロル            | 1:内服薬           | 3:第Ⅲ相                         | 12    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |
| A D－8 1 0 N       | 1:内服薬           | 3:第Ⅲ相                         | 4     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |
| B A Y 8 6－5 3 2 1 | 2:注射薬           | 3:第Ⅲ相                         | 3     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |
| KCT－0 8 0 9       | 3:外用薬           | 3:第Ⅲ相                         | 4     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |
| KCT-0809          | 3:外用薬           | 3:第Ⅲ相                         | 4     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |
| リバロキサバン           | 1:内服薬           | 3:第Ⅲ相                         | 10    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |
| B A N 2 4 0 1     | 2:注射薬           | 2:第Ⅱ相                         | 4     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |
| O N O－2 3 7 0     | 1:内服薬           | 2:第Ⅱ相                         | 6     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |
| 区分                | 病床数             | 徴収金額                          |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |
| 01:個室             | 2               | 22,000                        |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |
| 01:個室             | 5               | 12,100                        |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |
| 01:個室             | 29              | 11,000                        |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |
| 01:個室             | 2               | 8,800                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |
| 01:個室             | 26              | 0                             |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |
| 02: 2 人室          | 16              | 0                             |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |
| 04: 4 人室          | 300             | 0                             |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |
| 全許可病床数            | 380床            | 費用徴収病床数 38床 割合 10.0%          |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |
| 徴収額               | 初診患者数           | 徴収患者数                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |
| 7,700             |                 |                               |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |
| 徴収額               | 再診患者数           | 徴収患者数                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |
| 3,300             |                 |                               |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |
| 入院料区分             | 対象者数            | 徴収日数                          | 徴収料金  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |
| 01:（一般入院）急性期一     |                 |                               | 2,475 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |       |    |       |     |           |       |       |    |  |             |       |       |   |  |        |       |       |    |  |             |       |       |   |  |                   |       |       |   |  |             |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |               |       |       |   |  |               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |        |       |    |        |       |   |       |       |    |   |          |    |   |          |     |   |        |      |                      |     |       |       |       |  |  |     |       |       |       |  |  |       |      |      |      |               |  |  |       |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称   | 医療機関所在地                      | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------|---------------|------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |               |                              |     | 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<br>(レンズ支給) 第 453号<br>徴収開始年月日：令和 7年 4月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>エイエフー1アイシー<br>テクニスマルチフォーカルアクリ<br>テクニスマルチフォーカルワンピ<br>テクニスシンフォニーVB<br>テクニスシンフォニートーリック<br>アクリソフ IQPanOpti<br>アクリソフ IQPanOpti<br>テクニスシナジーVB Simp<br>テクニスシナジーTVB Sim<br>Clareon非球面PanOp<br>Clareon非球面PanOp<br>Clareon Vivity<br>ファインビジョンHP<br>Vivonex ジェメトリック<br>Vivonex ジェメトリック<br>テクニス オデッセイ VB S<br>テクニス オデッセイ TVB<br>2 2 3 0 0 B Z X 0 0 4 2 7 0 0<br>2 2 1 0 0 B Z X 0 0 1 9 5 0 0<br>2 2 3 0 0 B Z X 0 0 2 7 7 0 0<br>2 2 9 0 0 B Z X 0 0 0 0 5 0 0<br>2 2 9 0 0 B Z X 0 0 3 6 0 0 0<br>2 3 1 0 0 B Z X 0 0 0 4 2 0 0<br>2 3 1 0 0 B Z X 0 0 0 4 3 0 0<br>3 0 2 0 0 B Z X 0 0 0 5 5 0 0<br>3 0 2 0 0 B Z X 0 0 1 3 9 0 0<br>3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0<br>3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0<br>3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0<br>3 0 4 0 0 B Z X 0 0 1 9 7 0 0<br>3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 3 0 0<br>3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 4 0 0<br>3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0<br>3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0<br>徴収額<br>287,000<br>287,000<br>287,000<br>206,000<br>206,000<br>287,000<br>287,000<br>311,000<br>311,000<br>311,000<br>311,000<br>311,000<br>311,000<br>311,000<br>311,000<br>311,000<br>311,000<br>311,000 |
| 40,0935,9 | おおたレディースクリニック | 〒670-0802<br>姫路市砥堀 2 2 9 － 1 | 12  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 2354号<br>徴収開始年月日：平成24年 8月27日<br>区分<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>02: 2人室<br>全許可病床数<br>病床数<br>徴収金額<br>1 30,000<br>5 25,000<br>2 0<br>4 0<br>12床 費用徴収病床数 6床 割合 50.0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|           |               |                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称          | 医療機関所在地                       | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------|----------------------|-------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 40,0957,3 | 医療法人公仁会姫路中央病院附属クリニック | 〒672-8043<br>姫路市飾磨区上野田1丁目16番1 |     | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 143号<br>治験薬名称<br>L O 5 9<br>L O 5 9<br>L O 5 9<br>MT-4 6 6 6<br>LY2 0 6 4 3 0<br>SPM9 2 7<br>HP-3 0 0 0<br>HP-3 0 0 0<br>HP-3 0 0 0<br>R o p i n i r o l e<br>MK-8 9 3 1<br>MK-8 9 3 1<br>MK-8 9 3 1<br>MK-8 9 3 1<br>AD-8 1 0 N<br>TVP-1 0 1 2<br>MT-4 6 6 6<br>E v o l o c u m a b<br>E v o l o c u m a b<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 3<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 3<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 1<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 8<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 12<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 5<br>3:外用薬 2:第Ⅱ相 8<br>3:外用薬 3:第Ⅲ相 5<br>3:外用薬 3:第Ⅲ相 4<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 7<br>1:内服薬 2:第Ⅱ相 8<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 8<br>1:内服薬 2:第Ⅱ相 4<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 4<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 4<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 8<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 12<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 16<br>3:外用薬 3:第Ⅲ相 1 |
|           |                      |                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                        | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                          | 病床数   | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
|-------------------------------|-------------|----------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|----|-------|-----|---------------------|-------|-------|---|--|-------------------|-------|--|---|--|-------------------|-------|-------|---|--|-----------------|-------|-------|---|--|---------------|-------|-------|---|--|---------------------|-------|--|----|--|---------------------|-------|-------|----|--|-----------------|-------|-------|---|--|-------------|-------|-------|---|--|-------------|-------|-------|---|--|-------------------------|-------|-------|---|--|---------------------------|-------|-------|---|--|---------------------------|-------|-------|---|--|---------------------|-------|-------|---|--|-----------------------------|-------|-------|---|--|-------------------------------|-------|-------|---|--|----|-----|------|-------|---|--------|-------|---|-------|--------|----|---|--------|-----|---------------------|-------|-----|--------------|-------|--------------|-------|--------------|-------|
| 40,0961,5                     | 中谷病院        | 〒672-8064<br>姫路市飾磨区細江 2 5 0 1 番地 | 60    | <div>医薬品の治験に係る診療<br/>(治験診療) 第 176号<br/>徴収開始年月日：平成29年 7月 1日</div> <table><tr><td>治験薬名称</td><td>内・注・外</td><td>区分</td><td>対象患者数</td><td>徴収額</td></tr><tr><td>G S K 2 8 3 4 4 2 5</td><td>3:外用薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>4</td><td></td></tr><tr><td>S A R 2 3 1 8 9 3</td><td>2:注射薬</td><td></td><td>9</td><td></td></tr><tr><td>S A R 2 3 1 8 9 3</td><td>2:注射薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>4</td><td></td></tr><tr><td>チオトロピウム／オロダテロール</td><td>3:外用薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>6</td><td></td></tr><tr><td>M K - 1 0 2 9</td><td>1:内服薬</td><td>2:第Ⅱ相</td><td>4</td><td></td></tr><tr><td>T A - 0 3 0 - R 0 1</td><td>3:外用薬</td><td></td><td>10</td><td></td></tr><tr><td>B F S P I R O M A X</td><td>3:外用薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>10</td><td></td></tr><tr><td>P T 0 0 3 0 1 4</td><td>3:外用薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>7</td><td></td></tr><tr><td>Q M F 1 4 9</td><td>3:外用薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>Q V M 1 4 9</td><td>3:外用薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>b e n r a l i z u m a b</td><td>2:注射薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>P T 0 1 0、P T 0 0 3、P T 0</td><td>3:外用薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>6</td><td></td></tr><tr><td>P T 0 1 0、P T 0 0 3、P T 0</td><td>3:外用薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>4</td><td></td></tr><tr><td>G S K 2 8 3 4 4 2 5</td><td>3:外用薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>G W 6 8 5 6 9 8、G S K 5 7 3</td><td>3:外用薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>3</td><td></td></tr><tr><td>T r a l o k i n u m a b ( C A</td><td>2:注射薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>2</td><td></td></tr></table> <div>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br/>(入療養提供) 第 3355号<br/>徴収開始年月日：令和元年10月 1日</div> <table><tr><td>区分</td><td>病床数</td><td>徴収金額</td></tr><tr><td>01:個室</td><td>1</td><td>11,000</td></tr><tr><td>01:個室</td><td>7</td><td>6,600</td></tr><tr><td>04:4人室</td><td>52</td><td>0</td></tr><tr><td>全許可病床数</td><td>60床</td><td>費用徴収病床数 8床 割合 13.3%</td></tr></table> <div>時間外診察<br/>(時間外診察) 第 57号<br/>徴収額<br/>700<br/>徴収開始年月日：平成16年 9月 1日</div> <div>医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療<br/>(規定回数超) 第 82号<br/>徴収開始年月日：令和 5年 9月 1日</div> <table><tr><td>診療の名称</td><td>徴収額</td></tr><tr><td>02:リハビリテーション</td><td>2,030</td></tr><tr><td>02:リハビリテーション</td><td>1,920</td></tr><tr><td>02:リハビリテーション</td><td>2,200</td></tr></table> | 治験薬名称 | 内・注・外 | 区分 | 対象患者数 | 徴収額 | G S K 2 8 3 4 4 2 5 | 3:外用薬 | 3:第Ⅲ相 | 4 |  | S A R 2 3 1 8 9 3 | 2:注射薬 |  | 9 |  | S A R 2 3 1 8 9 3 | 2:注射薬 | 3:第Ⅲ相 | 4 |  | チオトロピウム／オロダテロール | 3:外用薬 | 3:第Ⅲ相 | 6 |  | M K - 1 0 2 9 | 1:内服薬 | 2:第Ⅱ相 | 4 |  | T A - 0 3 0 - R 0 1 | 3:外用薬 |  | 10 |  | B F S P I R O M A X | 3:外用薬 | 3:第Ⅲ相 | 10 |  | P T 0 0 3 0 1 4 | 3:外用薬 | 3:第Ⅲ相 | 7 |  | Q M F 1 4 9 | 3:外用薬 | 3:第Ⅲ相 | 2 |  | Q V M 1 4 9 | 3:外用薬 | 3:第Ⅲ相 | 2 |  | b e n r a l i z u m a b | 2:注射薬 | 3:第Ⅲ相 | 2 |  | P T 0 1 0、P T 0 0 3、P T 0 | 3:外用薬 | 3:第Ⅲ相 | 6 |  | P T 0 1 0、P T 0 0 3、P T 0 | 3:外用薬 | 3:第Ⅲ相 | 4 |  | G S K 2 8 3 4 4 2 5 | 3:外用薬 | 3:第Ⅲ相 | 2 |  | G W 6 8 5 6 9 8、G S K 5 7 3 | 3:外用薬 | 3:第Ⅲ相 | 3 |  | T r a l o k i n u m a b ( C A | 2:注射薬 | 3:第Ⅲ相 | 2 |  | 区分 | 病床数 | 徴収金額 | 01:個室 | 1 | 11,000 | 01:個室 | 7 | 6,600 | 04:4人室 | 52 | 0 | 全許可病床数 | 60床 | 費用徴収病床数 8床 割合 13.3% | 診療の名称 | 徴収額 | 02:リハビリテーション | 2,030 | 02:リハビリテーション | 1,920 | 02:リハビリテーション | 2,200 |
| 治験薬名称                         | 内・注・外       | 区分                               | 対象患者数 | 徴収額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
| G S K 2 8 3 4 4 2 5           | 3:外用薬       | 3:第Ⅲ相                            | 4     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
| S A R 2 3 1 8 9 3             | 2:注射薬       |                                  | 9     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
| S A R 2 3 1 8 9 3             | 2:注射薬       | 3:第Ⅲ相                            | 4     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
| チオトロピウム／オロダテロール               | 3:外用薬       | 3:第Ⅲ相                            | 6     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
| M K - 1 0 2 9                 | 1:内服薬       | 2:第Ⅱ相                            | 4     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
| T A - 0 3 0 - R 0 1           | 3:外用薬       |                                  | 10    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
| B F S P I R O M A X           | 3:外用薬       | 3:第Ⅲ相                            | 10    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
| P T 0 0 3 0 1 4               | 3:外用薬       | 3:第Ⅲ相                            | 7     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
| Q M F 1 4 9                   | 3:外用薬       | 3:第Ⅲ相                            | 2     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
| Q V M 1 4 9                   | 3:外用薬       | 3:第Ⅲ相                            | 2     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
| b e n r a l i z u m a b       | 2:注射薬       | 3:第Ⅲ相                            | 2     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
| P T 0 1 0、P T 0 0 3、P T 0     | 3:外用薬       | 3:第Ⅲ相                            | 6     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
| P T 0 1 0、P T 0 0 3、P T 0     | 3:外用薬       | 3:第Ⅲ相                            | 4     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
| G S K 2 8 3 4 4 2 5           | 3:外用薬       | 3:第Ⅲ相                            | 2     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
| G W 6 8 5 6 9 8、G S K 5 7 3   | 3:外用薬       | 3:第Ⅲ相                            | 3     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
| T r a l o k i n u m a b ( C A | 2:注射薬       | 3:第Ⅲ相                            | 2     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
| 区分                            | 病床数         | 徴収金額                             |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
| 01:個室                         | 1           | 11,000                           |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
| 01:個室                         | 7           | 6,600                            |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
| 04:4人室                        | 52          | 0                                |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
| 全許可病床数                        | 60床         | 費用徴収病床数 8床 割合 13.3%              |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
| 診療の名称                         | 徴収額         |                                  |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
| 02:リハビリテーション                  | 2,030       |                                  |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
| 02:リハビリテーション                  | 1,920       |                                  |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
| 02:リハビリテーション                  | 2,200       |                                  |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |
|                               |             |                                  |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |    |       |     |                     |       |       |   |  |                   |       |  |   |  |                   |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |                     |       |  |    |  |                     |       |       |    |  |                 |       |       |   |  |             |       |       |   |  |             |       |       |   |  |                         |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                           |       |       |   |  |                     |       |       |   |  |                             |       |       |   |  |                               |       |       |   |  |    |     |      |       |   |        |       |   |       |        |    |   |        |     |                     |       |     |              |       |              |       |              |       |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                                                     | 医 療 機 関 名 称                                   | 医療機関所在地                         | 病床数 | 報告内容                                                                                             |                                                      |                      |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------|
| 40,0969,8                                                  | 医療法人社団普門会<br>姫路田中病院                           | 〒671-2201<br>姫路市書写 7 1 7 番地     | 98  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3651号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日                                       |                                                      |                      |
|                                                            |                                               |                                 |     | 区分                                                                                               | 病床数                                                  | 徴収金額                 |
|                                                            |                                               |                                 |     | 01:個室                                                                                            | 2                                                    | 11,000               |
|                                                            |                                               |                                 |     | 02: 2 人室                                                                                         | 22                                                   | 5,500                |
|                                                            |                                               |                                 |     | 02: 2 人室                                                                                         | 8                                                    | 4,400                |
|                                                            |                                               |                                 |     | 04: 4 人室                                                                                         | 12                                                   | 1,100                |
|                                                            |                                               |                                 |     | 04: 4 人室                                                                                         | 24                                                   | 0                    |
|                                                            |                                               |                                 |     | 05: 5 人室以上                                                                                       | 30                                                   | 0                    |
|                                                            |                                               |                                 |     | 全許可病床数                                                                                           | 98床                                                  | 費用徴収病床数 44床 割合 44.9% |
|                                                            |                                               |                                 |     | 医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療<br>(規定回数超) 第 75号<br>診療の名称<br>02:リハビリテーション<br>02:リハビリテーション<br>02:リハビリテーション | 徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>徴収額<br>2,200<br>1,606<br>2,035 |                      |
| 入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 712号<br>入院料区分<br>08:（一般入院）地域一般 | 徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>対象者数 徴収日数 徴収料金<br>1,914 |                                 |     |                                                                                                  |                                                      |                      |
| 40,0979,7                                                  | 福永眼科医院                                        | 〒670-0902<br>姫路市白銀町 4 0         |     | 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<br>(レンズ支給) 第 460号<br>徴収開始年月日：令和 7年 4月26日                          |                                                      |                      |
|                                                            |                                               |                                 |     | 多焦点眼内レンズの販売名                                                                                     | 医薬品医療機器等法承認番号                                        | 徴収額                  |
|                                                            |                                               |                                 |     | Clareon非球面PanOp                                                                                  | 30200BZX0029400                                      | 290,000              |
|                                                            |                                               |                                 |     | Clareon非球面PanOp                                                                                  | 30300BZX0015300                                      | 312,000              |
|                                                            |                                               |                                 |     | Clareon Vivity                                                                                   | 30500BZX0004100                                      | 290,000              |
|                                                            |                                               |                                 |     | Clareon 非球面 Pan                                                                                  | 30200BZX0029300                                      | 290,000              |
|                                                            |                                               |                                 |     | Clareon 非球面 Pan                                                                                  | 30400BZX0025000                                      | 312,000              |
|                                                            |                                               |                                 |     | Clareon Vivity                                                                                   | 30700BZX0007900                                      | 312,000              |
| 40,2005,9                                                  | 石橋内科                                          | 〒671-1121<br>姫路市広畑区東新町 1 丁目 2 9 | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3796号<br>徴収開始年月日：令和 4年 9月28日                                      |                                                      |                      |
|                                                            |                                               |                                 |     | 区分                                                                                               | 病床数                                                  | 徴収金額                 |
|                                                            |                                               |                                 |     | 01:個室                                                                                            | 1                                                    | 8,300                |
|                                                            |                                               |                                 |     | 01:個室                                                                                            | 3                                                    | 7,700                |
|                                                            |                                               |                                 |     | 03: 3 人室                                                                                         | 3                                                    | 0                    |
|                                                            |                                               |                                 |     | 04: 4 人室                                                                                         | 12                                                   | 0                    |
| 全許可病床数                                                     | 19床                                           | 費用徴収病床数 4床 割合 21.1%             |     |                                                                                                  |                                                      |                      |
|                                                            |                                               |                                 |     |                                                                                                  |                                                      |                      |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                     | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------|-------------|-----------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 40,2006,7 | 國富胃腸病院      | 〒671-2223<br>姫路市青山3丁目33番地1号 | 230 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3735号<br>徴収開始年月日：令和 3年10月 1日<br>区分<br>01:個室 2 16,500<br>01:個室 18 11,000<br>01:個室 12 5,500<br>02: 2人室 14 3,300<br>03: 3人室 36 0<br>04: 4人室 148 0<br>全許可病床数 230床 費用徴収病床数 46床 割合 20.0%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 772号<br>徴収開始年月日：令和 5年 4月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>06: (一般入院) 急性期一 1 1 2,280                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 40,2055,4 | ささお眼科クリニック  | 〒672-8071<br>姫路市飾磨区構一丁目72番  |     | 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<br>(レンズ支給) 第 608号<br>徴収開始年月日：令和 8年 2月17日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>AMOテクニスマルチフォーカル 22300BZX0027700 170,000<br>AMOテクニスシナジー 30200BZX0005500 300,000<br>AMOテクニスシナジートーリッ 30200BZX0013900 340,000<br>Clareon非球面PanOp 30200BZX0029400 320,000<br>Clareon非球面PanOp 30300BZX0015300 360,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 320,000<br>ファインビジョンHP 30400BZX0019700 260,000<br>Vivonex ジュメトリック 30500BZX0026300 290,000<br>Vivonex ジュメトリック 30500BZX0026400 310,000<br>Vivonex ジュメトリック 30600BZX0022900 290,000<br>Vivonex ジュメトリック 30600BZX0023000 310,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 30600BZX0002400 320,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 30600BZX0002500 360,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 360,000 |
|           |             |                             |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                       | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------|-------------|-------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 40,2080,2 | 野本眼科        | 〒670-0024<br>姫路市鷹匠町乙 2 6      |     | 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<br>(レンズ支給) 第 592号<br>徴収開始年月日：令和 8年 1月 5日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>Clareon非球面PanOp 30200BZX0029400 320,000<br>Clareon非球面PanOp 30300BZX0015300 360,000<br>Clareon Vivivity 30500BZX0004100 320,000<br>Clareon PanOpti 30700BZX0029800 340,000<br>Clareon Vivivity 30700BZX0007900 360,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 30600BZX0002400 330,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 30600BZX0002500 370,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016700 330,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016800 370,000<br>ファインビジョンHP 30400BZX0019700 320,000<br>Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026300 330,000<br>Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026400 370,000<br>Vivinex ジェメトリック 30600BZX0022900 330,000<br>Vivinex ジェメトリック 30600BZX0023000 370,000<br>アクリバトリノバPro 30600BZX0018900 330,000<br>アクリバトリノバPro トーリ 30700BZX0005300 370,000 |
| 40,2092,7 | 西川内科医院      | 〒670-0912<br>姫路市南町 5 番モルティひめじ |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 51号<br>徴収開始年月日：令和 7年 9月 1日<br>販売名<br>FreeStyleリブレ2 (Reader) 7,000<br>FreeStyleリブレ2 (センサー) 7,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 40,2093,5 | 山田病院        | 〒671-1241<br>姫路市網干区興浜 3 9     | 36  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3442号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 2 3,850<br>01:個室 4 3,300<br>02:2人室 12 0<br>03:3人室 6 0<br>04:4人室 12 0<br>全許可病床数 36床 費用徴収病床数 6床 割合 16.7%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|           |             |                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                                  | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------|-------------|------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 40,2096,8 | こじま眼科       | 〒670-0906<br>姫路市博労町9 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<br>(レンズ支給) 第 474号<br>徴収開始年月日：令和 7年 6月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>徴収額<br>テクニスシンフォニーVB<br>2 2 9 0 0 B Z X 0 0 0 0 5 0 0<br>200,000<br>テクニスシンフォニートーリック<br>2 2 9 0 0 B Z X 0 0 3 6 0 0 0<br>240,000<br>テクニスマルチフォーカルワンピ<br>2 2 3 0 0 B Z X 0 0 2 7 7 0 0<br>200,000<br>テクニスシナジーVB<br>3 0 2 0 0 B Z X 0 0 0 5 5 0 0<br>300,000<br>テクニスシナジートーリックTV<br>3 0 2 0 0 B Z X 0 0 1 3 9 0 0<br>330,000<br>V i v i n e x ジェメトリック<br>3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 3 0 0<br>340,000<br>V i v i n e x ジェメトリック<br>3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 4 0 0<br>360,000<br>C l a r e o n V i v i t y<br>3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0<br>320,000<br>C l a r e o n P a n O p t i<br>3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0<br>300,000<br>C l a r e o n P a n O p t i<br>3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0<br>300,000<br>C l a r e o n P a n O p t i<br>3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0<br>350,000<br>C l a r e o n P a n O p t i<br>3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0<br>350,000<br>C l a r e o n V i v i t y<br>3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0<br>350,000                                                                                                                                                                          |
| 40,2101,6 | 駅ビル眼科フクナガ   | 〒670-0927<br>姫路市駅前町1 8 8 番1 ピオレ姫<br>路6 階 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 572号<br>徴収開始年月日：令和 7年10月22日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>徴収額<br>テクニスシンフォニーVB<br>2 2 9 0 0 B Z X 0 0 0 0 5 0 0<br>170,000<br>テクニスシンフォニートーリック<br>2 2 9 0 0 B Z X 0 0 3 6 0 0 0<br>190,000<br>テクニスマルチフォーカルワンピ<br>2 2 3 0 0 B Z X 0 0 2 7 7 0 0<br>150,000<br>テクニスシナジーVB Simp<br>3 0 2 0 0 B Z X 0 0 0 5 5 0 0<br>210,000<br>テクニスシナジーTVB Sim<br>3 0 2 0 0 B Z X 0 0 1 3 9 0 0<br>240,000<br>C l a r e o n P a n O p t i<br>3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0<br>250,000<br>C l a r e o n P a n O p t i<br>3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0<br>270,000<br>C l a r e o n 非球面P a n O<br>3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0<br>240,000<br>C l a r e o n 非球面P a n O<br>3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0<br>260,000<br>C l a r e o n V i v i t y<br>3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0<br>250,000<br>ファインビジョンHP<br>3 0 4 0 0 B Z X 0 0 1 9 7 0 0<br>240,000<br>テクニスオデッセイVB Sim<br>3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0<br>230,000<br>テクニスオデッセイTVB Si<br>3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0<br>250,000<br>C l a r e o n V i v i t y<br>3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0<br>270,000<br>TECNIS PureSee<br>3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 7 0 0<br>230,000<br>TECNIS PureSee<br>3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 8 0 0<br>250,000 |
| 40,2121,4 | 糖尿病内科 西詰医院  | 〒670-0996<br>姫路市土山5－5－3 5                |     | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 32号<br>徴収開始年月日：平成29年 3月29日<br>医療機器の販売名<br>徴収額<br>医療機器管理室 技師の人数<br>FreeStyleリブレ (Re<br>6,804 2:無<br>FreeStyleリブレ (セン<br>6,804 2:無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|           |             |                                          |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称   | 医療機関所在地                       | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------|---------------|-------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 40,2131,3 | 医療法人社団光風会長久病院 | 〒671-1152<br>姫路市広畑区小松町2丁目6番地1 | 50  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3777号<br>徴収開始年月日：令和 4年 8月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 17,000<br>01:個室 1 19,000<br>01:個室 1 23,000<br>01:個室 2 0<br>02:2人室 2 6,500<br>03:3人室 3 0<br>04:4人室 40 0<br>全許可病床数 50床 費用徴収病床数 5床 割合 10.0%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 741号<br>徴収開始年月日：令和 2年10月 1日<br>入院料区分<br>対象者数<br>徴収日数<br>徴収料金<br>05:（一般入院）急性期一 2,310<br>11:（一般入院）特別入院 1,000 |
| 40,2143,8 | 神野病院          | 〒672-8044<br>姫路市飾磨区下野田2丁目5番地3 | 103 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3378号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 3 13,200<br>01:個室 7 11,000<br>02:2人室 2 6,600<br>03:3人室 3 0<br>04:4人室 88 0<br>全許可病床数 103床 費用徴収病床数 12床 割合 11.7%                                                                                                                                                                         |
| 40,2213,9 | 小国病院          | 〒670-0952<br>姫路市南条二丁目2番地      | 39  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3795号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 18,700<br>01:個室 10 13,750<br>01:個室 2 11,000<br>02:2人室 6 0<br>04:4人室 4 1,650<br>04:4人室 16 0<br>全許可病床数 39床 費用徴収病床数 17床 割合 43.6%                                                                                                                                                      |
|           |               |                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

[令和 8 年 4 月 1 日      現在   医科]

令和 8 年 4 月 1 日作成 187 頁

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称      | 医療機関所在地                              | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------|------------------|--------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 40,2226,1 | しみず眼科            | 〒671-2224<br>姫路市青山西 2 丁目 1 9 番 1 2 号 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 599号<br>徴収開始年月日：令和 8年 3月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>TECNIS PureSee<br>ファインビジョンHP<br>Vivinox ジェメトリック<br>Vivinox ジェメトリック<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>30600BZX0016700<br>30400BZX0019700<br>30500BZX0026300<br>30600BZX0022900<br>徴収額<br>349,250<br>316,250<br>371,250<br>371,250               |
| 40,2231,1 | 医療法人五葉会 城南<br>病院 | 〒670-0012<br>姫路市本町 2 3 1 番地          | 51  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4013号<br>徴収開始年月日：令和 7年 6月 1日<br>区分<br>01:個室<br>04:4人室<br>04:4人室<br>全許可病床数<br>51床<br>病床数<br>3<br>16<br>32<br>費用徴収病床数<br>19床<br>徴収金額<br>13,200<br>1,980<br>0<br>割合 37.3%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 759号<br>徴収開始年月日：令和 4年 7月 1日<br>入院料区分<br>08:（一般入院）地域一般<br>対象者数<br>徴収日数<br>徴収料金<br>1,628 |
|           |                  |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称       | 医療機関所在地                     | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------|-------------------|-----------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 40,2240,2<br>(40,0775,5) | 兵庫県立はりま姫路総合医療センター | 〒670-0836<br>姫路市神屋町3丁目264番地 | 736 | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 41号 徴収開始年月日：令和 5年 4月13日<br>医療機器の販売名 徴収額 医療機器管理室 技師の人数<br>ベンタナ ultraView 7,600<br><br>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4038号 徴収開始年月日：令和 7年 8月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 145 0<br>01:個室 1 36,000<br>01:個室 1 17,000<br>01:個室 69 15,000<br>01:個室 46 12,000<br>02:2人室 2 0<br>04:4人室 472 0<br>全許可病床数 736床 費用徴収病床数 117床 割合 15.9%<br><br>時間外診察<br>(時間外診察) 第 61号 徴収開始年月日：令和 4年 6月 1日<br>徴収額<br>5,000<br>3,000<br><br>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 56号 徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,000<br>5,000<br><br>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 51号 徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,000<br>1,900<br><br>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<br>(レンズ支給) 第 589号 徴収開始年月日：令和 8年 1月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029400 246,400<br>Clareon PanOpti 30300BZX0015300 245,300<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0022900 184,800<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026400 209,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026300 184,800<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0023000 209,000 |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称              | 医療機関所在地                                 | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------|--------------------------|-----------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |                          |                                         |     | テクニスピュアシー オプティブ 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 7 0 0 209,000<br>テクニスピュアシー トーリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 8 0 0 233,200<br>Clareon PanOpti 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0 203,500<br>Clareon Vivity 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 227,700<br>Clareon Vivity 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0 245,300                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 40,2253,5 | 社会医療法人三栄会<br>三栄会広畑病院     | 〒671-1122<br>姫路市広畑区夢前町 3 丁目 1 番 1       | 130 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3985号<br>徴収開始年月日：令和 7年 4月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 6 11,000<br>01:個室 22 9,900<br>03:3人室 42 0<br>04:4人室 60 0<br>全許可病床数 130床 費用徴収病床数 28床 割合 21.5%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 40,2254,3 | おおはら眼科クリニッ<br>ク          | 〒671-0234<br>姫路市御国野町国分寺 8 0 0 番地<br>5   |     | 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<br>(レンズ支給) 第 622号<br>徴収開始年月日：令和 8年 3月 2日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>Clareon PanOpti 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 300,000<br>Clareon PanOpti 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 350,000<br>Clareon Vivity 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 300,000<br>Clareon PanOpti 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0 300,000<br>Clareon PanOpti 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0 350,000<br>ファインビジョンHP 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 1 9 7 0 0 300,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0 300,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0 350,000<br>Clareon Vivity 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0 350,000<br>テクニスPureSee 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 7 0 0 300,000<br>テクニスPureSee Tor 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 8 0 0 350,000<br>Vivinox ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 3 0 0 300,000<br>Vivinox ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 4 0 0 350,000<br>Vivinox ジェメトリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 2 9 0 0 300,000<br>Vivinox ジェメトリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 3 0 0 0 350,000<br>Clareon PanOpti 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 2 9 8 0 0 350,000<br>Clareon PanOpti 3 0 8 0 0 B Z X 0 0 0 1 5 0 0 400,000 |
| 40,2288,1 | おおにし心臓クリニッ<br>ク 内科・循環器内科 | 〒670-0942<br>姫路市日出町 3 丁目 3 9 番 4 1<br>階 |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 50号<br>徴収開始年月日：令和 7年 8月 25日<br>販売名 徴収額<br>フリースタイルリブレ 2 7,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|           |                          |                                         |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称        | 医療機関所在地                                | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------|--------------------|----------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 40,2295,6 | こんどうクリニック          | 〒670-0902<br>姫路市白銀町 4 1 福光ビル 3 0 2     |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 141号                      徴収開始年月日：令和 8年 4月 1日<br>診療科              予約料              予約料              予約料              予約料              予約料<br>01:内<br>10:小                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 41,0081,0 | 医療法人社団景珠会<br>八重垣病院 | 〒679-4315<br>たつの市新宮町井野原 5 3 1 - 2      | 108 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3715号                      徴収開始年月日：令和 3年 4月 1日<br>区分                      病床数              徴収金額<br>01:個室                      1              1,650<br>01:個室                      2              2,200<br>01:個室                      6              2,750<br>01:個室                      6              3,300<br>02: 2 人室                      2              1,650<br>02: 2 人室                      2              4,400<br>03: 3 人室                      15              0<br>04: 4 人室                      36              0<br>05: 5 人室以上                      24              0<br>全許可病床数              94床              費用徴収病床数              19床              割合 20.2%<br>入院期間が1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 383号                      徴収開始年月日：平成23年 7月 1日<br>入院料区分                      対象者数              徴収日数              徴収料金<br>42: (一般入院) 1 5 対 1                      1,176 |
| 41,0107,3 | 兵庫県立粒子線医療セ<br>ンター  | 〒679-5165<br>たつの市新宮町光都 1 丁目 2 番 1<br>号 | 50  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3990号                      徴収開始年月日：令和 7年 4月 1日<br>区分                      病床数              徴収金額<br>01:個室                      4              17,000<br>01:個室                      10              15,000<br>04: 4 人室                      36              0<br>全許可病床数              50床              費用徴収病床数              14床              割合 28.0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|           |                    |                                        |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称      | 医療機関所在地                       | 病床数 | 報告内容                                                                                             |                                                         |                                                            |              |
|--------------------------|------------------|-------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------|
| 41,0125,5<br>(41,0054,3) | 医療法人三宅会 太子<br>病院 | 〒671-1561<br>揖保郡太子町鵜 3 8 7 番地 | 132 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3893号<br>徴収開始年月日：令和 6年 2月 1日                                      |                                                         |                                                            |              |
|                          |                  |                               |     | 区分<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>02: 2 人室<br>03: 3 人室<br>04: 4 人室<br>全許可病床数                      | 病床数<br>1<br>8<br>6<br>6<br>3<br>108<br>132床             | 徴収金額<br>10,000<br>5,000<br>3,000<br>0<br>0<br>0<br>費用徴収病床数 | 15床 割合 11.4% |
|                          |                  |                               |     | 入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 752号<br>入院料区分<br>10: (一般入院) 地域一般                                   | 対象者数<br>徴収日数<br>徴収料金                                    | 徴収開始年月日：令和 3年 7月 1日<br>1,480                               |              |
|                          |                  |                               |     | 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給<br>(前歯部金属) 第 9号<br>金属の種類 1 歯当たりの価格<br>01:金合金 88,000<br>01:金合金 93,500 | 徴収開始年月日：令和 3年 7月 1日                                     |                                                            |              |
|                          |                  |                               |     | 金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 3681号<br>金属<br>03:コバルト<br>04:チタン                                       | その他金属<br>上顎<br>下顎<br>275,000 275,000<br>385,000 385,000 |                                                            |              |
|                          |                  |                               |     | う蝕に罹患している患者の指導管理<br>(う蝕管理) 第 3212号<br>継続管理種類<br>01:フッ化物局所                                        | 価格<br>1,650                                             | 徴収開始年月日：令和 3年 7月 1日                                        |              |
|                          |                  |                               |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 23号<br>販売名<br>フリースタイルリブレ 2 センサー                                   | 徴収額<br>7,480                                            | 徴収開始年月日：令和 7年 4月30日                                        |              |
|                          |                  |                               |     |                                                                                                  |                                                         |                                                            |              |
|                          |                  |                               |     |                                                                                                  |                                                         |                                                            |              |
|                          |                  |                               |     |                                                                                                  |                                                         |                                                            |              |
|                          |                  |                               |     |                                                                                                  |                                                         |                                                            |              |
|                          |                  |                               |     |                                                                                                  |                                                         |                                                            |              |
|                          |                  |                               |     |                                                                                                  |                                                         |                                                            |              |
|                          |                  |                               |     |                                                                                                  |                                                         |                                                            |              |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称         | 医療機関所在地                          | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------|---------------------|----------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 42,0029,7 | 相生市民病院              | 〒678-0008<br>相生市栄町 5－1 2         | 50  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 2897号<br>徴収開始年月日：平成28年 2月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 2 6,600<br>01:個室 6 4,000<br>01:個室 2 0<br>03: 3 人室 9 0<br>04: 4 人室 16 0<br>全許可病床数 35床 費用徴収病床数 8床 割合 22.9%                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 42,0064,4 | 栗尾整形外科              | 〒678-0066<br>相生市山崎町 2 2 7－1      | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3199号<br>徴収開始年月日：平成30年 6月16日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 2 7,000<br>01:個室 2 5,000<br>03: 3 人室 15 0<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 4床 割合 21.1%                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 42,0077,6 | 医療法人社団天馬会<br>半田中央病院 | 〒678-0031<br>相生市旭 3 丁目 2 番 1 8 号 | 130 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3859号<br>徴収開始年月日：令和 5年 8月25日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 2 3,300<br>01:個室 27 4,620<br>01:個室 2 6,600<br>01:個室 1 11,000<br>02: 2 人室 20 0<br>02: 2 人室 4 1,100<br>02: 2 人室 16 2,310<br>03: 3 人室 24 0<br>04: 4 人室 12 0<br>05: 5 人室以上 22 0<br>全許可病床数 130床 費用徴収病床数 52床 割合 40.0%<br>入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 718号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分<br>対象者数<br>徴収日数<br>徴収料金<br>10: (一般入院) 地域一般 1,628<br>11: (一般入院) 特別入院 1,001 |
|           |                     |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| 医療機関番号                                               | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                                | 病床数 | 報告内容                                                            |  |  |
|------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------|--|--|
| 42,0078,4<br>(42,0055,8)                             | 魚橋病院        | 〒678-0081<br>相生市若狭野町若狭野 2 3 5 － 2<br>6 | 374 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 177号<br>治験薬名称<br>S M－ 1 3 4 9 6 （ルラシドン） |  |  |
|                                                      |             |                                        |     | 徴収開始年月日：平成29年 7月 1日<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 2      |  |  |
|                                                      |             |                                        |     | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3696号<br>徴収開始年月日：令和 3年 1月 1日     |  |  |
|                                                      |             |                                        |     | 区分 病床数 徴収金額                                                     |  |  |
|                                                      |             |                                        |     | 01:個室 1 7,700                                                   |  |  |
|                                                      |             |                                        |     | 01:個室 1 6,600                                                   |  |  |
|                                                      |             |                                        |     | 01:個室 6 5,500                                                   |  |  |
|                                                      |             |                                        |     | 01:個室 4 2,200                                                   |  |  |
|                                                      |             |                                        |     | 01:個室 10 1,650                                                  |  |  |
|                                                      |             |                                        |     | 01:個室 18 1,100                                                  |  |  |
|                                                      |             |                                        |     | 01:個室 1 0                                                       |  |  |
|                                                      |             |                                        |     | 02: 2 人室 14 0                                                   |  |  |
|                                                      |             |                                        |     | 03: 3 人室 27 0                                                   |  |  |
|                                                      |             |                                        |     | 04: 4 人室 256 0                                                  |  |  |
|                                                      |             |                                        |     | 05: 5 人室以上 36 0                                                 |  |  |
| 全許可病床数 374床 費用徴収病床数 40床 割合 10.7%                     |             |                                        |     |                                                                 |  |  |
| 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 22号<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料  |             |                                        |     |                                                                 |  |  |
| 01:内 500                                             |             |                                        |     |                                                                 |  |  |
| 02:精 500                                             |             |                                        |     |                                                                 |  |  |
| 徴収開始年月日：平成21年 2月 1日                                  |             |                                        |     |                                                                 |  |  |
| 医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療<br>(規定回数超) 第 22号<br>診療の名称 徴収額 |             |                                        |     |                                                                 |  |  |
| 02:リハビリテーション 1,000                                   |             |                                        |     |                                                                 |  |  |
| 02:リハビリテーション 1,000                                   |             |                                        |     |                                                                 |  |  |
| 02:リハビリテーション 1,000                                   |             |                                        |     |                                                                 |  |  |
|                                                      |             |                                        |     |                                                                 |  |  |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                   | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------|-------------|---------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 42,0087,5 | I H I 播磨病院  | 〒678-0031<br>相生市旭3丁目5番15号 | 168 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3860号<br>徴収開始年月日：令和 3年 4月 1日<br>区分<br>01:個室 3 18,000<br>01:個室 3 15,000<br>01:個室 22 10,000<br>01:個室 3 7,000<br>01:個室 2 5,000<br>02:2人室 8 3,500<br>03:3人室 3 0<br>04:4人室 136 0<br>全許可病床数 180床 費用徴収病床数 41床 割合 22.8%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 773号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>04:（一般入院）急性期一 2,160 |
| 43,0033,7 | 赤穂記念病院      | 〒678-0201<br>赤穂市塩屋3450-5  | 114 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3356号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>01:個室 2 5,500<br>01:個室 6 2,750<br>02:2人室 16 0<br>03:3人室 6 0<br>04:4人室 84 0<br>全許可病床数 114床 費用徴収病床数 8床 割合 7.0%                                                                                                                                                  |
|           |             |                           |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称    | 医療機関所在地                     | 病床数 | 報告内容                                                                             |       |         |         |          |
|--------------------------|----------------|-----------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|---------|----------|
| 43,0061,8<br>(43,0032,5) | 医療法人伯鳳会 赤穂中央病院 | 〒678-0241<br>赤穂市惣門町 5 2 － 6 | 298 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4046号<br>徴収開始年月日：令和 7年 6月 1日                      |       |         |         |          |
|                          |                |                             |     | 区分                                                                               | 病床数   | 徴収金額    |         |          |
|                          |                |                             |     | 01:個室                                                                            | 1     | 16,500  |         |          |
|                          |                |                             |     | 01:個室                                                                            | 9     | 12,650  |         |          |
|                          |                |                             |     | 01:個室                                                                            | 9     | 11,000  |         |          |
|                          |                |                             |     | 01:個室                                                                            | 41    | 7,150   |         |          |
|                          |                |                             |     | 01:個室                                                                            | 19    | 2,310   |         |          |
|                          |                |                             |     | 01:個室                                                                            | 1     | 3,465   |         |          |
|                          |                |                             |     | 01:個室                                                                            | 1     | 0       |         |          |
|                          |                |                             |     | 02: 2 人室                                                                         | 6     | 3,575   |         |          |
|                          |                |                             |     | 02: 2 人室                                                                         | 4     | 0       |         |          |
|                          |                |                             |     | 03: 3 人室                                                                         | 3     | 0       |         |          |
|                          |                |                             |     | 04: 4 人室                                                                         | 12    | 1,430   |         |          |
|                          |                |                             |     | 04: 4 人室                                                                         | 172   | 0       |         |          |
|                          |                |                             |     | 全許可病床数                                                                           | 278床  | 費用徴収病床数 | 98床     | 割合 35.3% |
| 43,0072,5                | 医療法人千水会 赤穂仁泉病院 | 〒678-0173<br>赤穂市浜市 4 0 8    | 224 | 2 0 0 床以上の病院の初診<br>(病院初診) 第 96号<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>500<br>徴収開始年月日：平成11年 8月 1日 |       |         |         |          |
|                          |                |                             |     | 金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 3695号<br>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日                           |       |         |         |          |
|                          |                |                             |     | 金属                                                                               | その他金属 | 上顎      | 下顎      |          |
|                          |                |                             |     | 03: コバルト                                                                         |       | 200,000 | 200,000 |          |
|                          |                |                             |     | 04: チタン                                                                          |       | 250,000 | 250,000 |          |
|                          |                |                             |     |                                                                                  |       |         |         |          |
|                          |                |                             |     | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3675号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日                       |       |         |         |          |
|                          |                |                             |     | 区分                                                                               | 病床数   | 徴収金額    |         |          |
|                          |                |                             |     | 01:個室                                                                            | 2     | 1,100   |         |          |
|                          |                |                             |     | 01:個室                                                                            | 22    | 0       |         |          |
|                          |                |                             |     | 02: 2 人室                                                                         | 18    | 0       |         |          |
|                          |                |                             |     | 03: 3 人室                                                                         | 84    | 0       |         |          |
|                          |                |                             |     | 04: 4 人室                                                                         | 116   | 0       |         |          |
|                          |                |                             |     | 全許可病床数                                                                           | 242床  | 費用徴収病床数 | 2床      | 割合 0.8%  |
|                          |                |                             |     |                                                                                  |       |         |         |          |
|                          |                |                             |     |                                                                                  |       |         |         |          |

[illegible]

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                              | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------|-------------|--------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 43,0118,6 | おおしま眼科      | 〒678-0222<br>赤穂市東浜町 1 8 番地           |     | 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<br>(レンズ支給) 第 524号 徴収開始年月日：令和 7年 6月30日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>Clareon非球面PanOp 30200BZX0029400 341,000<br>Clareon非球面PanOp 30300BZX0015300 396,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 341,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026300 341,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026400 396,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0022900 341,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0023000 396,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 396,000<br>テクニスコデッセイVB Sim 30600BZX0002400 341,000<br>テクニスコデッセイTVB Si 30600BZX0002500 396,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016700 341,000<br>TECNIS PureSee 30600BZX0016800 396,000 |
| 43,0127,7 | 石川眼科        | 〒678-0233<br>赤穂市加里屋中洲 4 丁目 3 2 番地の 2 | 7   | 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<br>(レンズ支給) 第 403号 徴収開始年月日：令和 6年12月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026300 300,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026400 350,000<br>テクニスシナジーVB Simp 30200BZX0005500 300,000<br>テクニスシナジーTVB Sim 30200BZX0013900 350,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 300,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 300,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 350,000                                                                                                                                                                                                                     |
| 44,0082,2 | さくらクリニック    | 〒668-0057<br>豊岡市弥栄町 1 番 3 2 号        | 19  | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 33号 徴収開始年月日：平成29年 6月12日<br>医療機器の販売名 徴収額 医療機器管理室 技師の人数<br>FreeStyleリブレ (Re 8,000 2:無<br>FreeStyleリブレ (セン 8,640 2:無<br>間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 22号 徴収開始年月日：令和 7年 4月15日<br>販売名 徴収額<br>フリースタイルリブレ 2 (センサー) 6,340                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|           |             |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| 医療機関番号                                                                                                                                    | 医 療 機 関 名 称   | 医療機関所在地                  | 病床数 | 報告内容                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------|-----|--------------------------------------------------------------|
| 44,0093,9<br>(44,0040,6)                                                                                                                  | 公立豊岡病院組合立豊岡病院 | 〒668-8501<br>豊岡市戸牧１０９４番地 | 528 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4087号<br>徴収開始年月日：令和 8年 2月 1日  |
|                                                                                                                                           |               |                          |     | 区分<br>病床数<br>徴収金額                                            |
|                                                                                                                                           |               |                          |     | 01:個室<br>2<br>15,400                                         |
|                                                                                                                                           |               |                          |     | 01:個室<br>1<br>9,350                                          |
|                                                                                                                                           |               |                          |     | 01:個室<br>2<br>7,150                                          |
|                                                                                                                                           |               |                          |     | 01:個室<br>88<br>6,050                                         |
|                                                                                                                                           |               |                          |     | 01:個室<br>5<br>5,500                                          |
|                                                                                                                                           |               |                          |     | 01:個室<br>9<br>4,400                                          |
|                                                                                                                                           |               |                          |     | 01:個室<br>15<br>0                                             |
|                                                                                                                                           |               |                          |     | 02: 2 人室<br>4<br>2,750                                       |
|                                                                                                                                           |               |                          |     | 03: 3 人室<br>30<br>0                                          |
|                                                                                                                                           |               |                          |     | 04: 4 人室<br>340<br>0                                         |
|                                                                                                                                           |               |                          |     | 05: 5 人室以上<br>32<br>0                                        |
|                                                                                                                                           |               |                          |     | 全許可病床数<br>528床<br>費用徴収病床数<br>111床<br>割合 21.0%                |
|                                                                                                                                           |               |                          |     | 時間外診察<br>(時間外診察) 第 58号<br>徴収額<br>3,300<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日 |
| 特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 61号<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,000<br>5,000<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日                               |               |                          |     |                                                              |
| 特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 56号<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,000<br>1,900<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日                               |               |                          |     |                                                              |
| 入院期間が１８０日を超える入院<br>(超過入院) 第 805号<br>入院料区分<br>対象者数 徴収日数 徴収料金<br>01:（一般入院）急性期一<br>2,785<br>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日                              |               |                          |     |                                                              |
| 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 43号<br>販売名<br>徴収額<br>FreeStyleリブレ2（Reader）<br>3,300<br>FreeStyleリブレ2（センサー）<br>6,050<br>徴収開始年月日：令和 7年 8月 1日 |               |                          |     |                                                              |
|                                                                                                                                           |               |                          |     |                                                              |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                         | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------|-------------|---------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 44,0105,1                | ゆう眼科クリニック   | 〒668-0065<br>豊岡市戸牧5 3 5 - 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<br>(レンズ支給) 第 259号 徴収開始年月日：令和 5年 4月17日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>テクニスシンフォニーVB 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 0 0 5 0 0 183,000<br>テクニスシンフォニートリック 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 3 6 0 0 0 205,000<br>テクニスマルチフォーカルワンピ 2 2 3 0 0 B Z X 0 0 2 7 7 0 0 183,000<br>アルコンアクリソフIQPanO 2 3 1 0 0 B Z X 0 0 0 4 2 0 0 276,500<br>アルコンアクリソフIQPanO 2 3 1 0 0 B Z X 0 0 0 4 3 0 0 337,000<br>テクニスシナジーVB Simp 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 0 5 5 0 0 276,500<br>テクニスシナジーTVB Sim 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 1 3 9 0 0 337,000<br>Clareon非球面PanOp 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 280,500<br>Clareon非球面PanOp 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 359,000<br>Clareon Vivity 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 280,500                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 44,0115,0<br>(44,0052,1) | 大井医院        | 〒668-0045<br>豊岡市城南町8 番 1 2 号    |     | 金属床による総義歯の提供 徴収開始年月日：令和 6年 8月 1日<br>(金属総義歯) 第 3707号<br>金属 その他金属 上顎 下顎<br>03:コバルト 399,300 399,300<br>04:チタン 532,400 532,400<br>う蝕に罹患している患者の指導管理<br>(う蝕管理) 第 3249号 徴収開始年月日：令和 6年 8月 1日<br>継続管理種類 価格<br>01:フッ化物局所 2,750                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 44,0116,8                | やまいけ眼科      | 〒668-0263<br>豊岡市出石町福住1 3 1 6 番地 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 620号 徴収開始年月日：令和 8年 3月 2日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>Clareon PanOpti 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 300,000<br>Clareon PanOpti 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 350,000<br>Clareon Vivity 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 300,000<br>Clareon PanOpti 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0 300,000<br>Clareon PanOpti 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0 350,000<br>ファインビジョンHP 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 1 9 7 0 0 300,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0 300,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0 350,000<br>Clareon Vivity 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0 350,000<br>テクニスPureSee 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 7 0 0 300,000<br>テクニスPureSee Tor 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 8 0 0 350,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 3 0 0 300,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 4 0 0 350,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 2 9 0 0 300,000<br>Vivonex ジェメトリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 3 0 0 0 350,000<br>Clareon PanOpti 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 2 9 8 0 0 350,000<br>Clareon PanOpti 3 0 8 0 0 B Z X 0 0 0 1 5 0 0 400,000 |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称           | 医療機関所在地                              | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46,0032,2                | 公立豊岡病院組合立豊岡病院出石医療センター | 〒668-0263<br>豊岡市出石町福住 1 3 0 0 番地     | 55  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3392号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>01:個室 1 0<br>01:個室 14 5,500<br>01:個室 7,150<br>02:2人室 2 0<br>02:2人室 2 2,200<br>02:2人室 2,860<br>04:4人室 36 0<br>全許可病床数 55床 費用徴収病床数 16床 割合 29.1%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 815号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>06:（一般入院）急性期一 2,317 |
| 47,0051,0                | 公立村岡病院                | 〒667-1311<br>美方郡香美町村岡区村岡 3 0 3 6 - 1 | 42  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4069号<br>徴収開始年月日：令和 7年11月 1日<br>区分<br>01:個室 1 0<br>01:個室 3 3,080<br>01:個室 2,750<br>02:2人室 4 0<br>03:3人室 21 0<br>04:4人室 8 0<br>全許可病床数 37床 費用徴収病床数 3床 割合 8.1%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 516号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>40:（一般入院）10対1 2,120                       |
| 47,0060,1<br>(47,0038,3) | 香美町国民健康保険小代診療所        | 〒667-1502<br>美方郡香美町小代区城山 3 0 1       |     | 金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 2935号<br>徴収開始年月日：平成19年 7月 1日<br>金属 その他金属 上顎 下顎<br>03:コバルト 200,000 200,000<br>04:チタン 250,000 250,000<br>01:白金 300,000 300,000                                                                                                                                              |
|                          |                       |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                             | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------|-------------|-------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 47,0066,8 | 公立香住病院      | 〒669-6543<br>美方郡香美町香住区若松 5 4 0 番地   | 50  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3403号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 8 4,720<br>01:個室 0 5,550<br>02:2人室 4 0<br>03:3人室 12 0<br>04:4人室 8 0<br>05:5人室以上 18 0<br>全許可病床数 50床 費用徴収病床数 8床 割合 16.0%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 792号<br>徴収開始年月日：令和 6年 7月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>06:（一般入院）急性期一 2,106  |
| 47,0070,0 | 公立浜坂病院      | 〒669-6731<br>美方郡新温泉町二日市 1 8 4 番地の 1 | 49  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3450号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 0<br>01:個室 2 4,400<br>02:2人室 12 2,200<br>02:2人室 4 0<br>04:4人室 24 0<br>05:5人室以上 6 0<br>全許可病床数 49床 費用徴収病床数 14床 割合 28.6%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 814号<br>徴収開始年月日：令和 6年10月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>06:（一般入院）急性期一 2,310 |
|           |             |                                     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                           | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------|-------------|-----------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 48,0001,3<br>(48,0029,0) | 公立八鹿病院      | 〒667-8555<br>養父市八鹿町八鹿 1 8 7 8 - 1 | 380 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4004号<br>徴収開始年月日：令和 7年 5月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 25 0<br>01:個室 1 11,000<br>01:個室 16 6,050<br>01:個室 24 5,500<br>01:個室 8 3,850<br>01:個室 10 3,300<br>04: 4 人室 296 0<br>全許可病床数 380床 費用徴収病床数 59床 割合 15.5%<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 66号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,000<br>5,000<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 61号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,000<br>1,900<br>医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療<br>(規定回数超) 第 69号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>診療の名称 徴収額<br>02:リハビリテーション 2,156<br>02:リハビリテーション 1,628<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 789号<br>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>01:（一般入院）急性期一 2,785<br>間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 59号<br>徴収開始年月日：令和 7年10月 1日<br>販売名 徴収額<br>FreeStyleリブレ2 センサー 7,000<br>FreeStyleリブレ2 Reader 7,800 |
|                          |             |                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称   | 医療機関所在地                           | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------|---------------|-----------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 48,0091,4 | 脳神経外科 枚田クリニック | 〒667-0131<br>養父市上野 1 1 6 8        | 4   | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3652号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>01:個室 1 8,800<br>01:個室 1 6,600<br>01:個室 2 0<br>全許可病床数 4床 費用徴収病床数 2床 割合 50.0%                                                                                                 |
| 48,0093,0 | 柴山医院          | 〒667-0304<br>養父市大屋町由良 2 6 1 － 1   |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 30号<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>01:内 800<br>徴収開始年月日：平成22年11月 1日                                                                                                                                                           |
| 49,0068,0 | 大植病院          | 〒679-3423<br>朝来市多々良木 1 5 1 4      | 250 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4031号<br>徴収開始年月日：令和 7年 6月 1日<br>区分<br>01:個室 14 2,200<br>01:個室 8 0<br>02: 2 人室 24 1,100<br>02: 2 人室 4 0<br>03: 3 人室 6 550<br>03: 3 人室 18 0<br>04: 4 人室 32 550<br>04: 4 人室 48 0<br>全許可病床数 154床 費用徴収病床数 76床 割合 49.4% |
| 49,0081,3 | クリニック日々青々     | 〒669-5202<br>朝来市和田山町東谷 1 6 0 番地 2 |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 42号<br>販売名 徴収額<br>FreeStyleリブレ2 7,500<br>徴収開始年月日：令和 7年 8月 1日                                                                                                                                                      |
|           |               |                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                  |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称        | 医療機関所在地                         | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------|--------------------|---------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 49,0089,6                | いわわき眼科クリニック        | 〒669-5214<br>朝来市和田山町桑原中井田401    |     | 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<br>(レンズ支給) 第 511号      徴収開始年月日：令和 7年 7月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名      医薬品医療機器等法承認番号      徴収額<br>テクニスシナジーVB    Simp    30200BZX0005500    297,000<br>テクニスシナジーTVB   Sim    30200BZX0013900    341,000<br>Clareon Vivity    30500BZX0004100    297,000<br>ファインビジョンHP    30400BZX0019700    297,000<br>Clareon PanOpti    30200BZX0029300    297,000<br>Clareon PanOpti    30400BZX0025000    341,000<br>Clareon Vivity    30700BZX0007900    341,000<br>テクニスオデッセイVB   Sim    30600BZX0002400    297,000<br>テクニスオデッセイTVB   Si    30600BZX0002500    341,000<br>TECNIS PureSee    30600BZX0016700    297,000<br>TECNIS PureSee    30600BZX0016800    341,000 |
| 49,0094,6                | そよかぜ診療所            | 〒669-5103<br>朝来市山東町矢名瀬町847番地    |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 127号      徴収開始年月日：令和 7年 6月 1日<br>診療科      予約料      予約料      予約料      予約料      予約料<br>11:外      3,300      3,300      3,300      3,300      3,300                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 49,0098,7                | 公立豊岡病院組合立朝来医療センター  | 〒669-5267<br>朝来市和田山町法興寺392番地    | 149 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3700号      徴収開始年月日：令和 3年 4月 1日<br>区分      病床数      徴収金額<br>01:個室      10      5,500<br>01:個室      0      7,150<br>01:個室      11      4,950<br>01:個室      0      6,435<br>02:2人室      4      2,750<br>02:2人室      0      3,575<br>04:4人室      124      0<br>全許可病床数      149床      費用徴収病床数      25床      割合 16.8%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 824号      徴収開始年月日：令和 7年 4月 1日<br>入院料区分      対象者数      徴収日数      徴収料金<br>06:（一般入院）急性期一                2,317                                                                                                                                                                                         |
| 50,0001,9<br>(50,0009,8) | 兵庫県立ひょうごこころの医療センター | 〒651-1242<br>神戸市北区山田町上谷上字登り尾3-1 | 462 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 178号      徴収開始年月日：平成27年 9月29日<br>治験薬名称      内・注・外      区分      対象患者数      徴収額<br>ブロナンセリン      1:内服薬      2:第Ⅱ相      2<br>ブロナンセリン      1:内服薬      2:第Ⅱ相      1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                          |                    |                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称  | 医療機関所在地                            | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------|--------------|------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50,0035,7<br>(50,0136,9) | ありまこうげんホスピタル | 〒651-1512<br>神戸市北区長尾町上津4 6 6 3 - 3 | 360 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 128号<br>徴収開始年月日：平成26年11月13日<br>治験薬名称<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>O P C - 3 4 7 1 2 1:内服薬 1:第Ⅰ相 4<br>M P - 2 1 4 1:内服薬 1:第Ⅰ相 2<br>M P - 2 1 4 1:内服薬 1:第Ⅰ相 1<br><br>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4078号<br>徴収開始年月日：令和 7年10月30日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 29 0<br>01:個室 129 3,300<br>01:個室 4 2,200<br>01:個室 16 1,100<br>02:2人室 42 0<br>04:4人室 48 0<br>05:5人室以上 20 0<br>05:5人室以上 72 0<br>全許可病床数 360床 費用徴収病床数 149床 割合 41.4% |
|                          |              |                                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称    | 医療機関所在地                               | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------|----------------|---------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50,0049,8 | 医療法人甲風会 有馬温泉病院 | 〒651-1401<br>神戸市北区有馬町字山田山1 8 1<br>9－2 | 304 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3934号<br>徴収開始年月日：令和 6年 8月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 18 8,800<br>01:個室 11 9,900<br>01:個室 12 13,200<br>01:個室 2 16,500<br>01:個室 1 7,700<br>02: 2 人室 2 3,780<br>02: 2 人室 1 3,850<br>02: 2 人室 1 4,400<br>02: 2 人室 2 6,600<br>03: 3 人室 6 0<br>04: 4 人室 4 2,200<br>04: 4 人室 4 2,750<br>04: 4 人室 14 2,750<br>04: 4 人室 14 3,300<br>04: 4 人室 14 4,400<br>04: 4 人室 14 4,950<br>04: 4 人室 184 0<br>全許可病床数 304床 費用徴収病床数 114床 割合 37.5%<br>医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療<br>(規定回数超) 第 64号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>診療の名称<br>徴収額<br>02: リハビリテーション 2,695<br>02: リハビリテーション 2,035<br>02: リハビリテーション 1,980<br>02: リハビリテーション 1,925 |
| 50,0058,9 | 神戸アドベンチスト病院    | 〒651-1321<br>神戸市北区有野台 8 丁目 4－1        | 116 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3552号<br>徴収開始年月日：令和 2年 4月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 9 6,160<br>01:個室 1 8,800<br>01:個室 1 11,000<br>01:個室 9 0<br>02: 2 人室 2 2,860<br>02: 2 人室 36 5,280<br>02: 2 人室 18 0<br>04: 4 人室 40 0<br>全許可病床数 116床 費用徴収病床数 49床 割合 42.2%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|           |                |                                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称                     | 医療機関所在地                          | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50,0120,7<br>(50,0069,2) | 独立行政法人地域医療<br>機能推進機構 神戸中<br>央病院 | 〒651-1145<br>神戸市北区惣山町 2 丁目 1 － 1 | 389 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4058号      徴収開始年月日：令和 5年10月 1日<br>区分      病床数      徴収金額<br>01:個室      7      5,500<br>01:個室      10      8,800<br>01:個室      6      11,000<br>01:個室      8      16,500<br>01:個室      39      0<br>02: 2 人室      22      3,300<br>02: 2 人室      2      0<br>03: 3 人室      54      0<br>04: 4 人室      132      0<br>全許可病床数      280床      費用徴収病床数      53床      割合 18.9%<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 55号      徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額      初診患者数      徴収患者数<br>7,700<br>5,500<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 50号      徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額      再診患者数      徴収患者数<br>3,300<br>2,090<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 791号      徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日<br>入院料区分      対象者数      徴収日数      徴収料金<br>01: (一般入院) 急性期一      2,783<br>金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 3550号      徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>金属      その他金属      上顎      下顎<br>03: コバルト      275,000      275,000<br>04: チタン      330,000      330,000<br>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<br>(レンズ支給) 第 487号      徴収開始年月日：令和 7年 6月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名      医薬品医療機器等法承認番号      徴収額<br>Clareon非球面PanOp      30200BZX0029400      300,000<br>Clareon非球面PanOp      30300BZX0015300      340,000<br>Clareon Vivity      30500BZX0004100      300,000<br>Clareon PanOpti      30200BZX0029300      300,000 |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称   | 医療機関所在地                          | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------|---------------|----------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                          |               |                                  |     | Clareon PanOpti 30400BZX0025000 340,000<br>テクニスコデッセイVB Sim 30600BZX0002400 300,000<br>テクニスコデッセイTVB Si 30600BZX0002500 340,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 340,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 50,0130,6<br>(50,0083,3) | 神戸リハビリテーション病院 | 〒651-1106<br>神戸市北区しあわせの村 1 - 1 8 | 180 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3458号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分                      病床数      徴収金額<br>01:個室                      1              10,410<br>01:個室                      0              14,080<br>01:個室                      21             11,510<br>01:個室                      0              15,180<br>01:個室                      2              17,280<br>01:個室                      0              23,030<br>04: 4 人室                      156              0<br>全許可病床数              180床      費用徴収病床数              24床      割合 13.3% |
|                          |               |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                            | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------|-------------|------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50,0153,8<br>(50,0095,7) | 済生会 兵庫県病院   | 〒651-1302<br>神戸市北区藤原台中町 5 丁目 1 － 1 | 268 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4073号<br>徴収開始年月日：令和 7年11月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 10 0<br>01:個室 4 16,500<br>01:個室 3 9,900<br>01:個室 36 8,800<br>01:個室 1 6,600<br>02: 2 人室 4 0<br>02: 2 人室 18 2,860<br>03: 3 人室 24 0<br>03: 3 人室 21 2,750<br>04: 4 人室 120 0<br>05: 5 人室以上 6 0<br>05: 5 人室以上 9 0<br>05: 5 人室以上 12 0<br>全許可病床数 268床 費用徴収病床数 83床 割合 31.0%<br>2 0 0 床以上の病院の初診<br>(病院初診) 第 228号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>2,200<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 63号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,700<br>5,500<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 58号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,300<br>2,090<br>入院期間が1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 690号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>01:（一般入院）急性期一 2,728 |

| 医療機関番号 | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地 | 病床数 | 報告内容                                                        |
|--------|-------------|---------|-----|-------------------------------------------------------------|
|        |             |         |     | 金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 3551号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>金属 |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称         | 医療機関所在地                        | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------|---------------------|--------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50,0224,7                | レディス・クリニック<br>・ヨコヤマ | 〒651-1313<br>神戸市北区有野中町2丁目13-17 |     | 予約に基づく診療<br>(予約診療) 第 80号<br>徴収開始年月日：令和元年 7月 1日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>26:婦 100 100 100 100 100<br>01:内 100 100 100 100 100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 50,0238,7                | 中野内科医院              | 〒651-1213<br>神戸市北区広陵町1丁目159-1  |     | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 182号<br>徴収開始年月日：平成30年 2月 2日<br>治験薬名称 内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>丸山ワクチン 2:注射薬 3:第Ⅲ相 1 200                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 50,0244,5                | アネックス湊川ホテル          | 〒651-1106<br>神戸市北区しあわせの村1番8号   | 100 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 1565号<br>徴収開始年月日：平成16年 7月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 12 3,000<br>02:2人室 32 1,500<br>04:4人室 56<br>全許可病床数 100床 費用徴収病床数 44床 割合 44.0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 50,0249,4<br>(50,0157,5) | 向陽病院                | 〒651-1312<br>神戸市北区有野町有野1490    | 339 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3439号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 4 5,500<br>01:個室 25 0<br>02:2人室 6 0<br>04:4人室 116 0<br>05:5人室以上 194 0<br>全許可病床数 345床 費用徴収病床数 4床 割合 1.2%                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 50,0260,1                | 長田眼科                | 〒651-1132<br>神戸市北区南五葉2丁目1-39   |     | 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<br>(レンズ支給) 第 502号<br>徴収開始年月日：令和 7年 6月17日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>Clareon非球面PanOp 30200BZX0029400 290,000<br>Clareon非球面PanOp 30300BZX0015300 350,000<br>テクニスシナジーVB Simp 30200BZX0005500 270,000<br>テクニスシナジーTVB Sim 30200BZX0013900 315,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 290,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 290,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 350,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 350,000 |
|                          |                     |                                |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                         | 病床数 | 報告内容                                                             |
|-----------|-------------|---------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------|
| 50,0272,6 | 有泉病院        | 〒651-1313<br>神戸市北区有野中町3丁目29番16号 | 60  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3619号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分 |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                                   | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------|-------------|-------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50,0296,5 | 真星病院        | 〒651-1242<br>神戸市北区山田町上谷上字古々谷<br>1 2 番地の 3 | 156 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3966号<br>徴収開始年月日：令和 6年12月 1日<br>区分<br>01:個室 1 3,300<br>01:個室 10 5,500<br>01:個室 6 11,000<br>02: 2 人室 12 0<br>03: 3 人室 15 0<br>04: 4 人室 112 0<br>全許可病床数 156床 費用徴収病床数 17床 割合 10.9%<br>予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 75号<br>徴収開始年月日：令和 2年 6月 1日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>32:リハ 5,000 5,000 5,000 5,000 5,000<br>医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療<br>(規定回数超) 第 84号<br>徴収開始年月日：令和 5年12月 1日<br>診療の名称 徴収額<br>02:リハビリテーション 2,200<br>02:リハビリテーション 1,600<br>02:リハビリテーション 2,050<br>02:リハビリテーション 1,950<br>02:リハビリテーション 2,260<br>入院期間が1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 736号<br>徴収開始年月日：令和 2年 4月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>04:（一般入院）急性期一 2,160 |
|           |             |                                           |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称         | 医療機関所在地                              | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------|---------------------|--------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50,0302,1 | 恒生病院                | 〒651-1505<br>神戸市北区道場町日下部字中ノゴウ1788番地  | 109 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4053号<br>徴収開始年月日：令和 6年 5月 1日<br>区分<br>01:個室 3 0<br>01:個室 1 24,200<br>01:個室 2 14,300<br>01:個室 27 8,800<br>04:4人室 72 0<br>全許可病床数 105床 費用徴収病床数 30床 割合 28.6%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 706号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>01:（一般入院）急性期一 2,728 |
| 50,0305,4 | 松本ホームメディカル<br>クリニック | 〒651-1331<br>神戸市北区有野町唐櫃字ケン上畑<br>50番1 | 14  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4030号<br>徴収開始年月日：令和 7年 7月 1日<br>区分<br>01:個室 7 6,000<br>01:個室 1 10,000<br>02:2人室 8 0<br>03:3人室 3 0<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 8床 割合 42.1%                                                                                                                               |
| 50,0312,0 | こやまクリニック            | 〒651-1243<br>神戸市北区山田町下谷上字梅木谷<br>42の4 |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 29号<br>徴収開始年月日：令和 7年 2月21日<br>販売名 徴収額<br>Free Style リブレ2（センサー） 7,480                                                                                                                                                                                              |
| 50,0315,3 | 大池病院                | 〒651-1242<br>神戸市北区山田町上谷上字洩疏原<br>25番地 | 148 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3695号<br>徴収開始年月日：令和 3年 3月 5日<br>区分<br>01:個室 3 0<br>01:個室 3 1,000<br>02:2人室 4 500<br>03:3人室 3 0<br>04:4人室 104 0<br>05:5人室以上 25 0<br>05:5人室以上 6 0<br>全許可病床数 148床 費用徴収病床数 7床 割合 4.7%                                                                                 |
|           |                     |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称       | 医療機関所在地                              | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------|-------------------|--------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50,0324,5 | 医療法人社団甲北会<br>甲北病院 | 〒651-1313<br>神戸市北区有野中町1丁目18番<br>36号  | 68  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3649号<br>徴収開始年月日：令和 2年 8月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 12 0<br>01:個室 7 3,300<br>02:2人室 14 0<br>02:2人室 2 2,200<br>03:3人室 9 0<br>04:4人室 24 0<br>全許可病床数 68床 費用徴収病床数 9床 割合 13.2%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 50,0350,0 | 神戸ほくと病院           | 〒651-1243<br>神戸市北区山田町下谷上字梅木谷<br>37番3 | 121 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3959号<br>徴収開始年月日：令和 6年12月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 6 13,200<br>01:個室 10 9,240<br>03:3人室 3 1,980<br>04:4人室 60 0<br>04:4人室 36 1,980<br>05:5人室以上 6 0<br>全許可病床数 121床 費用徴収病床数 55床 割合 45.5%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 659号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分<br>対象者数<br>徴収日数<br>徴収料金<br>01:（一般入院）急性期一 2,500<br>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<br>(レンズ支給) 第 507号<br>徴収開始年月日：令和 7年 6月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>徴収額<br>Clareon非球面PanOp 30200BZX0029400 308,000<br>Clareon非球面PanOp 30300BZX0015300 352,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 319,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 363,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 319,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 363,000 |
|           |                   |                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                                           | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------|-------------|---------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50,0355,9 | 春日病院        | 〒651-1144<br>神戸市北区大脇台 3 番地の 1                     | 80  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3359号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 16,500<br>01:個室 14 7,150<br>02: 2 人室 8 3,960<br>02: 2 人室 2 0<br>03: 3 人室 3 2,200<br>04: 4 人室 52 0<br>全許可病床数 80床 費用徴収病床数 26床 割合 32.5%<br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 562号<br>徴収開始年月日：平成28年 5月 1日<br>入院料区分<br>対象者数 徴収日数 徴収料金<br>41: (一般入院) 1 3 対 1 1,680                                                              |
| 50,0370,8 | 西崎眼科        | 〒651-1302<br>兵庫県神戸市北区藤原台中町 1－<br>2－1 北神中央ビル 3 0 2 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 216号<br>徴収開始年月日：令和 4年 9月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>徴収額<br>テクニスシンフォニーVB (ZX 2 2 9 0 0 BZX0000500 220,000<br>テクニスシンフォニートーリック 2 2 9 0 0 BZX0036000 275,000<br>テクニスマルチフォーカルワンピ 2 2 3 0 0 BZX0027700 220,000<br>テクニスマルチフォーカルアクリ 2 2 1 0 0 BZX0019500 275,000<br>テクニスシナジーVB Simp 3 0 2 0 0 BZX0005500 260,000<br>テクニスシナジーTVB Sim 3 0 2 0 0 BZX0013900 280,000 |
| 50,0372,4 | 恒生かのか病院     | 〒651-1513<br>神戸市北区鹿の子台北町 8 丁目 1<br>1 番 1 号        | 55  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3917号<br>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 7 8,800<br>02: 2 人室 4 2,200<br>04: 4 人室 44 0<br>全許可病床数 55床 費用徴収病床数 11床 割合 20.0%                                                                                                                                                                                                                                        |
|           |             |                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称      | 医療機関所在地                             | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------|------------------|-------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50,0401,1 | マハナ 眼科クリニック 古川医院 | 〒651-1245<br>神戸市北区谷上東町1番1号谷上SHビル107 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 475号<br>徴収開始年月日：令和 7年 5月13日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>Clareon非球面PanOp 30200BZX0029400 330,000<br>Clareon非球面PanOp 30300BZX0015300 380,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 330,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 380,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 330,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026300 330,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026400 380,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 380,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0022900 330,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0023000 380,000<br>テクニスオデッセイ Simpl 30600BZX0002400 350,000<br>テクニスオデッセイ Simpl 30600BZX0002500 400,000<br>テクニスピュアシー Simpl 30600BZX0016700 350,000<br>テクニスピュアシー Simpl 30600BZX0016800 400,000 |
| 51,0070,2 | 春日野会病院           | 〒651-0054<br>神戸市中央区野崎通4丁目1-2        | 60  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3479号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 1 22,000<br>01:個室 5 11,000<br>01:個室 10 5,500<br>01:個室 1 0<br>02:2人室 2 2,200<br>02:2人室 2 0<br>03:3人室 3 0<br>04:4人室 36 0<br>全許可病床数 60床 費用徴収病床数 18床 割合 30.0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|           |                  |                                     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称           | 医療機関所在地                        | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------|-----------------------|--------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 51,0116,3 | 独立行政法人労働者健康安全機構神戸労災病院 | 〒651-0053<br>神戸市中央区籠池通4丁目1番23号 | 314 | <div>医薬品の治験に係る診療<br/>(治験診療) 第 74号<br/>治験薬名称<br/>NS-315<br/>NS-315<br/>OP-1206・α-CD<br/>TAK-438<br/>TAK-438<br/>KHK6188<br/>K-134<br/>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br/>1:内服薬 3:第Ⅲ相 6<br/>1:内服薬 3:第Ⅲ相 6<br/>1:内服薬 2:第Ⅱ相 6<br/>1:内服薬 3:第Ⅲ相 6<br/>1:内服薬 3:第Ⅲ相 4<br/>1:内服薬 2:第Ⅱ相 3<br/>1:内服薬 2:第Ⅱ相 6</div> <div>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br/>(入療養提供) 第 3965号<br/>徴収開始年月日：令和 6年12月 1日<br/>区分 病床数 徴収金額<br/>01:個室 2 33,000<br/>01:個室 3 20,900<br/>01:個室 24 19,800<br/>01:個室 2 17,600<br/>01:個室 7 0<br/>04:4人室 36 2,310<br/>04:4人室 184 0<br/>05:5人室以上 7 0<br/>全許可病床数 265床 費用徴収病床数 67床 割合 25.3%</div> <div>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br/>(大病院初診) 第 58号<br/>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br/>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br/>7,700</div> <div>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br/>(大病院再診) 第 53号<br/>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br/>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br/>3,300</div> <div>入院期間が180日を超える入院<br/>(超過入院) 第 702号<br/>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br/>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br/>01:（一般入院）急性期一 2,728</div> <div>間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br/>(血糖測定器) 第 12号<br/>徴収開始年月日：令和 6年12月 1日<br/>販売名 徴収額<br/>FreeStyleリブレ2センサー 7,150</div> |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称           | 医療機関所在地                             | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------|-----------------------|-------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |                       |                                     |     | FreeStyleリブレ2Reader6,600                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 51,0246,8 | 医療法人神戸健康共和<br>会東神戸診療所 | 〒651-0078<br>神戸市中央区八雲通6丁目2－1<br>4   |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器)第 72号徴収開始年月日：令和 7年12月 8日<br>販売名徴収額<br>FreeStyleリブレⅡ（センサー）8,500<br>FreeStyleリブレⅡ（Reader）8,900                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 51,0284,9 | 医療法人 神甲会 限<br>病院      | 〒650-0011<br>神戸市中央区下山手通8丁目2－<br>3 5 | 58  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供)第 4048号徴収開始年月日：令和 7年 8月15日<br>区分病床数徴収金額<br>01:個室420<br>01:個室220,000<br>01:個室1312,000<br>01:個室16,000<br>全許可病床数58床費用徴収病床数16床割合 27.6%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 51,0364,9 | 高橋眼科院                 | 〒650-0016<br>神戸市中央区橘通2丁目1－1 7       |     | 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<br>(レンズ支給)第 472号徴収開始年月日：令和 7年 5月12日<br>多焦点眼内レンズの販売名医薬品医療機器等法承認番号徴収額<br>テクニスシンフォニーVB22900BZX0000500200,000<br>テクニスシンフォニートリック22900BZX0036000230,000<br>テクニスマルチフォーカルワンピ22300BZX0027700180,000<br>テクニスシナジーVB Simp30200BZX0005500280,000<br>テクニスシナジーTVB Sim30200BZX0013900320,000<br>アクリソフIQPanOptix23100BZX0004200280,000<br>アクリソフIQPanOptix23100BZX0004300320,000<br>Clareon非球面PanOp30200BZX0029400295,000<br>Clareon非球面PanOp30300BZX0015300330,000<br>Clareon Vivity30500BZX0004100295,000<br>Clareon PanOpti30200BZX0029300295,000<br>Clareon PanOpti30400BZX0025000330,000<br>Clareon Vivity30700BZX0007900330,000 |
|           |                       |                                     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                                       | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------|-------------|-----------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 51,0365,6 | 松葉眼科医院      | 〒650-0021<br>神戸市中央区三宮町1丁目8-1<br>さんプラザビル3階302号 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 445号<br>徴収開始年月日：令和 7年 2月21日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>テクニスシンフォニーVB<br>テクニスシンフォニートリック<br>テクニスシナジーVB Simp<br>テクニスシナジーTVB Sim<br>Clareon非球面PanOp<br>Clareon非球面PanOp<br>Clareon Vivity<br>Clareon PanOpti<br>Clareon PanOpti<br>徴収額<br>22900BZX0000500<br>22900BZX0036000<br>30200BZX0005500<br>30200BZX0013900<br>30200BZX0029400<br>30300BZX0015300<br>30500BZX0004100<br>30200BZX0029300<br>30400BZX0025000<br>220,000<br>275,000<br>330,000<br>385,000<br>330,000<br>385,000<br>330,000<br>330,000<br>385,000                                                                                                                                                                   |
| 51,0504,0 | 神鋼記念病院      | 〒651-0072<br>神戸市中央区脇浜町1丁目4-4<br>7             | 333 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3900号<br>徴収開始年月日：令和 6年 5月 1日<br>区分<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>02:2人室<br>02:2人室<br>03:3人室<br>04:4人室<br>05:5人室以上<br>全許可病床数<br>病床数<br>徴収金額<br>12<br>1<br>2<br>5<br>1<br>24<br>1<br>46<br>12<br>6<br>9<br>208<br>6<br>333床<br>費用徴収病床数<br>86床<br>割合 25.8%<br>徴収額<br>0<br>35,200<br>28,600<br>20,900<br>19,800<br>18,700<br>17,600<br>15,400<br>0<br>10,450<br>0<br>0<br>0<br>0<br>徴収患者数<br>初診患者数<br>徴収患者数<br>7,000<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 45号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額<br>再診患者数<br>徴収患者数<br>3,000<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 40号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額<br>再診患者数<br>徴収患者数<br>3,000 |
|           |             |                                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                               | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------|-------------|---------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 51,0519,8 | 三聖病院        | 〒651-0094<br>神戸市中央区琴ノ緒町 4 丁目 2 － 5    | 90  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3782号<br>徴収開始年月日：令和 4年 7月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 8,800<br>01:個室 5 11,000<br>01:個室 7 13,200<br>02: 2 人室 2 9,350<br>02: 2 人室 4 11,000<br>02: 2 人室 2 16,500<br>03: 3 人室 30 0<br>04: 4 人室 28 0<br>05: 5 人室以上 11 0<br>全許可病床数 90床 費用徴収病床数 21床 割合 23.3%<br>入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 436号<br>徴収開始年月日：平成23年 9月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>40: (一般入院) 1 0 対 1 0 0 2,068<br>12: (一般入院) 特定入院 2 37 1,480 |
| 51,0570,1 | 母と子の上田病院    | 〒651-0066<br>神戸市中央区国香通 1 丁目 1 － 4     | 57  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3023号<br>徴収開始年月日：平成27年12月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 3 14,000<br>01:個室 17 9,000<br>01:個室 11 0<br>02: 2 人室 2 5,500<br>02: 2 人室 4 0<br>04: 4 人室 12 0<br>01:個室 5 7,500<br>03: 3 人室 3 0<br>全許可病床数 57床 費用徴収病床数 27床 割合 47.4%                                                                                                                                                                                      |
| 51,0604,8 | 兵庫県災害医療センタ－ | 〒651-0073<br>神戸市中央区脇浜海岸通 1 丁目 3 番 1 号 | 30  | 入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 578号<br>徴収開始年月日：平成28年12月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>40: (一般入院) 1 0 対 1 2,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|           |             |                                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                               | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------|-------------|---------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 51,0605,5 | 神戸赤十字病院     | 〒651-0073<br>神戸市中央区脇浜海岸通 1 丁目 3 番 1 号 | 310 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3535号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 8 14,300<br>01:個室 37 16,500<br>01:個室 3 33,000<br>02: 2 人室 12 0<br>04: 4 人室 216 0<br>04: 4 人室 24 2,200<br>05: 5 人室以上 10 0<br>全許可病床数 310床 費用徴収病床数 72床 割合 23.2%<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 46号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,000<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 41号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,000<br>入院期間が1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 763号<br>徴収開始年月日：令和 4年12月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>01:（一般入院）急性期一 2,728<br>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<br>(レンズ支給) 第 185号<br>徴収開始年月日：令和 4年 4月 7日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>アルコンアクリソフ I Q レストア 2 2 6 0 0 B Z X 0 0 1 7 9 0 0 185,000<br>アルコンアクリソフ I Q レストア 2 2 7 0 0 B Z X 0 0 0 0 6 0 0 185,000<br>アルコンアクリソフ I Q レストア 2 3 1 0 0 B Z X 0 0 0 4 2 0 0 286,000<br>アルコンアクリソフ I Q レストア 2 3 1 0 0 B Z X 0 0 0 4 3 0 0 286,000<br>C l a r e o n 非球面 P a n O p 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 297,000<br>C l a r e o n 非球面 P a n O p 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 297,000 |
|           |             |                                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                                      | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------|-------------|----------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 51,0626,1 | たつたクリニック    | 〒651-0097<br>神戸市中央区布引町4－2－12<br>ネオフィス三宮703   |     | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 81号                      徴収開始年月日：平成23年 5月 1日<br>治験薬名称                      内・注・外      区分                      対象患者数      徴収額<br>LuAA21004                      1:内服薬      3:第Ⅲ相                      9<br>LuAA21004                      1:内服薬      3:第Ⅲ相                      3<br>VenlafaxineER                      1:内服薬      3:第Ⅲ相                      9<br>MLD－55（レクサプロ）                      1:内服薬      3:第Ⅲ相                      12<br>LY110140                      1:内服薬      3:第Ⅲ相                      12<br>LY110140                      1:内服薬      3:第Ⅲ相                      4<br><br>薬価基準の収載医薬品の薬機法と異なる用法等に係る投与<br>(薬価基準) 第 3号                      徴収開始年月日：平成19年 6月16日<br>販売名                      徴収額<br>ストロメクトール錠3mg |
| 51,0635,2 | 明芳病院        | 〒651-0067<br>神戸市中央区神若通6丁目4－1                 | 48  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3559号                      徴収開始年月日：令和 2年 4月16日<br>区分                      病床数                      徴収金額<br>01:個室                      1                      4,400<br>01:個室                      3                      5,500<br>02:2人室                      2                      3,300<br>05:5人室以上                      42                      0<br>全許可病床数                      48床      費用徴収病床数                      6床      割合 12.5%                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 51,0650,1 | 岡田クリニック     | 〒651-0097<br>神戸市中央区布引町3丁目1番7<br>号神戸クリニックビル8階 |     | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 9号                      徴収開始年月日：平成29年 1月27日<br>医療機器の販売名                      徴収額                      医療機器管理室      技師の人数<br>フリースタイルリブレリーダー                      7,656      2:無<br>フリースタイルリブセンサー                      4,000      2:無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|           |             |                                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称                      | 医療機関所在地                                        | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------|----------------------------------|------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 51,0688,1 | 山本眼科                             | 〒650-0004<br>神戸市中央区中山手通4丁目2ー9                  |     | 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<br>(レンズ支給) 第 500号<br>徴収開始年月日：令和7年6月13日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>テクニスマルチフォーカルアクリ 221000BZX0019500 204,270<br>テクニスマルチフォーカルワンピ 223000BZX0027700 204,270<br>テクニスシンフォニーVB 229000BZX0000500 204,270<br>テクニスシンフォニートーリック 229000BZX0036000 259,270<br>テクニスシナジーVB Simp 302000BZX0005500 314,270<br>テクニスシナジーTVB Sim 302000BZX0013900 369,270<br>Clareon非球面PanOp 302000BZX0029400 336,270<br>Clareon非球面PanOp 303000BZX0015300 391,270<br>Clareon PanOpix 302000BZX0029300 336,270<br>Clareon PanOpix 304000BZX0025000 391,270<br>Clareon Vivity 305000BZX0004100 336,270<br>ファインビジョンHP 304000BZX0019700 289,100<br>Vivinox ジェメトリック 305000BZX0026300 369,270<br>Vivinox ジェメトリック 305000BZX0026400 424,270<br>Clareon Vivity 307000BZX0007900 391,270<br>Vivinox ジェメトリック 306000BZX0022900 369,270<br>Vivinox ジェメトリック 306000BZX0023000 424,270 |
| 51,0725,1 | 神戸マリナーズ厚生会<br>病院                 | 〒650-0004<br>神戸市中央区中山手通7丁目3番<br>18号            | 199 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3421号<br>徴収開始年月日：令和元年10月1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 1 8,800<br>01:個室 2 6,600<br>01:個室 6 5,500<br>03:3人室 9 0<br>04:4人室 12 2,750<br>04:4人室 76 0<br>05:5人室以上 15 0<br>05:5人室以上 78 0<br>全許可病床数 199床 費用徴収病床数 21床 割合 10.6%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 665号<br>徴収開始年月日：令和元年10月1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>05:（一般入院）急性期一 2,358                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 51,0731,9 | 英ウイメンズ セント<br>ラルファティリティ<br>クリニック | 〒650-0021<br>神戸市中央区三宮町1丁目1番2<br>号三宮セントラルビル7・8階 |     | 医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結等<br>(精子凍結) 第 4号<br>徴収開始年月日：令和6年6月1日<br>徴収額<br>35,200<br>22,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称                         | 医療機関所在地                                 | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 51,0741,8<br>(51,0454,4) | 神戸市立医療センター<br>中央市民病院                | 〒650-0047<br>神戸市中央区港島南町 2 丁目 1 番<br>地 1 | 768 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4088号<br>徴収開始年月日：令和 8年 2月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 146 0<br>01:個室 2 37,400<br>01:個室 0 48,620<br>01:個室 4 29,700<br>01:個室 0 38,610<br>01:個室 6 18,700<br>01:個室 0 24,310<br>01:個室 101 13,750<br>01:個室 0 17,875<br>01:個室 44 11,000<br>01:個室 0 14,300<br>02: 2 人室 18 0<br>03: 3 人室 6 0<br>04: 4 人室 376 0<br>05: 5 人室以上 65 0<br>全許可病床数 768床 費用徴収病床数 157床 割合 20.4%<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 72号 徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,000<br>5,000<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 67号 徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,000<br>1,900 |
| 51,0751,7                | 一般財団法人神戸マリ<br>ナーズ厚生会 ポート<br>アイランド病院 | 〒650-0046<br>神戸市中央区港島中町 4 丁目 6 番<br>地   | 212 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3729号<br>徴収開始年月日：令和 2年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 0<br>01:個室 29 3,300<br>02: 2 人室 6 0<br>03: 3 人室 60 0<br>04: 4 人室 116 0<br>全許可病床数 212床 費用徴収病床数 29床 割合 13.7%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                          |                                     |                                         |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称   | 医療機関所在地                          | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------|---------------|----------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 51,0765,7<br>(51,0473,4) | 神戸低侵襲がん医療センター | 〒650-0046<br>神戸市中央区港島中町八丁目 5 番 1 | 80  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3399号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 28 0<br>01:個室 2 22,000<br>01:個室 8 16,500<br>01:個室 19 12,100<br>01:個室 11 9,900<br>04: 4 人室 12 0<br>全許可病床数 80床 費用徴収病床数 40床 割合 50.0%<br><br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 755号<br>徴収開始年月日：令和 4年 2月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>04: (一般入院) 急性期一 2,376<br><br>金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 3548号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>金属 その他金属 上顎 下顎<br>01:白金 336,972 336,972<br>02:金 322,399 322,399<br>40:その他 特殊合金 209,587 209,587<br>04:チタン 301,127 301,127 |
|                          |               |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称            | 医療機関所在地                                                          | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 51,0767,3<br>(51,0475,9) | 西記念ポートアイランドリハビリテーション病院 | 〒650-0046<br>神戸市中央区港島中町 8 丁目 5 番 2                               | 150 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3426号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>01:個室 27 8,800<br>01:個室 3 16,500<br>04:4人室 120 0<br>全許可病床数 150床 費用徴収病床数 30床 割合 20.0%<br>医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療<br>(規定回数超) 第 65号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>診療の名称<br>02:リハビリテーション 2,695<br>02:リハビリテーション 1,925<br>02:リハビリテーション 2,035<br>02:リハビリテーション 2,255<br>02:リハビリテーション 1,980<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 680号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>11:（一般入院）特別入院 1,000 |
| 51,0788,9                | ぱくペインクリニック             | 〒651-0087<br>神戸市中央区御幸通 6 丁目 1 番 2<br>0号GEETEX ASCENT<br>BLDG 5 F |     | 予約に基づく診療<br>(予約診療) 第 98号<br>徴収開始年月日：令和 5年 7月 1日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>61:他 2 5,000 5,000 10,000 10,000 5,000<br>10,000 10,000 5,000 10,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 51,0798,8                | 医療法人社団純心会<br>パルモア病院    | 〒650-0012<br>神戸市中央区北長狭通 4 丁目 7 番<br>2 0 号                        | 70  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3574号<br>徴収開始年月日：令和 2年 7月 1日<br>区分<br>01:個室 5 0<br>01:個室 18 8,000<br>01:個室 8 4,000<br>01:個室 8 3,500<br>02:2人室 16 0<br>03:3人室 3 0<br>05:5人室以上 12 0<br>全許可病床数 70床 費用徴収病床数 34床 割合 48.6%                                                                                                                                                                                                                                       |
|                          |                        |                                                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                                | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                   |
|-----------|-------------|----------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 51,0804,4 | 神戸平成病院      | 〒651-0061<br>神戸市中央区上筒井通6丁目2番<br>4 3 号  | 100 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3371号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>01:個室 3 4,400<br>01:個室 2 5,500<br>01:個室 6 6,600<br>02:2人室 8 3,300<br>02:2人室 4 0<br>04:4人室 77 0<br>全許可病床数 100床 費用徴収病床数 19床 割合 19.0% |
| 51,0817,6 | 神戸元町夢クリニック  | 〒650-0037<br>神戸市中央区明石町4 4 神戸御幸<br>ビル3階 |     | 医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結等<br>(精子凍結) 第 3号<br>徴収額<br>22,000<br>徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日                                                                                                                  |
|           |             |                                        |     |                                                                                                                                                                                                        |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称   | 医療機関所在地                                 | 病床数   | 報告内容                                                                               |       |        |       |
|--------------------------|---------------|-----------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|-------|
| 51,0821,8<br>(51,0509,5) | 兵庫県立こども病院     | 〒650-0047<br>神戸市中央区港島南町 1 丁目 6 番 7 号    | 290   | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4093号<br>徴収開始年月日：令和 8年 3月15日                        |       |        |       |
|                          |               |                                         |       | 区分                                                                                 | 病床数   | 徴収金額   |       |
|                          |               |                                         |       | 01:個室                                                                              | 4     | 15,000 |       |
|                          |               |                                         |       | 01:個室                                                                              | 9     | 12,000 |       |
|                          |               |                                         |       | 01:個室                                                                              | 1     | 9,200  |       |
|                          |               |                                         |       | 01:個室                                                                              | 91    | 0      |       |
|                          |               |                                         |       | 02: 2 人室                                                                           | 2     | 12,000 |       |
|                          |               |                                         |       | 02: 2 人室                                                                           | 22    | 0      |       |
|                          |               |                                         |       | 03: 3 人室                                                                           | 3     | 0      |       |
|                          |               |                                         |       | 04: 4 人室                                                                           | 152   | 0      |       |
| 05: 5 人室以上               | 6             | 0                                       |       |                                                                                    |       |        |       |
| 全許可病床数                   | 290床          | 費用徴収病床数                                 | 16床   | 割合 5.5%                                                                            |       |        |       |
| 51,0836,6                | ながまつこころのクリニック | 〒650-0015<br>神戸市中央区多聞通 4－1－3 ナカヤマビル 5 階 |       | 2 0 0 床以上の病院の初診<br>(病院初診) 第 248号<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日         |       |        |       |
|                          |               |                                         |       | 7,000                                                                              |       |        |       |
|                          |               |                                         |       | 5,000                                                                              |       |        |       |
|                          |               |                                         |       | 2 0 0 床以上の病院の再診<br>(病院再診) 第 25号<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日          |       |        |       |
|                          |               |                                         |       | 3,000                                                                              |       |        |       |
|                          |               |                                         |       | 1,900                                                                              |       |        |       |
|                          |               |                                         |       | 入院期間が1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 776号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>徴収開始年月日：令和 6年 2月 1日 |       |        |       |
|                          |               |                                         |       | 01:（一般入院）急性期一                                                                      |       |        | 2,480 |
|                          |               |                                         |       | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 95号<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日         |       |        |       |
|                          |               |                                         |       | 35:心内                                                                              | 1,500 | 1,500  | 1,500 |
| 02:精                     | 1,500         | 1,500                                   | 1,500 | 1,500                                                                              | 1,500 |        |       |
|                          |               |                                         |       |                                                                                    |       |        |       |
|                          |               |                                         |       |                                                                                    |       |        |       |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称        | 医療機関所在地                                  | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |                                                |   |                                                                                                         |
|-----------|--------------------|------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 51,0839,0 | 神戸市立神戸アイセ<br>ンター病院 | 〒650-0047<br>神戸市中央区港島南町 2 丁目 1 番<br>地の 8 | 30  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4026号<br>徴収開始年月日：令和 7年 7月 1日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |                                                |   |                                                                                                         |
|           |                    |                                          |     | 区分<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>04: 4 人室<br>04: 4 人室<br>04: 4 人室<br>全許可病床数<br>30床<br>費用徴収病床数<br>10床<br>割合 33.3%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |                                                |   |                                                                                                         |
|           |                    |                                          |     | 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<br>(レンズ支給) 第 604号<br>徴収開始年月日：令和 8年 3月 1日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |                                                |   |                                                                                                         |
|           |                    |                                          |     | 多焦点眼内レンズの販売名<br>テクニスシンフォニーVB<br>テクニスシンフォニートーリック<br>アルコンClareon Viv<br>ファインビジョンHP<br>VivineX ジェメトリック<br>VivineX ジェメトリック<br>テクニスオデッセイVB Sim<br>テクニスオデッセイTVB Si<br>アルコンClareon Viv<br>テクニスピュアシー オプティブ<br>テクニスピュアシー トーリック<br>VivineX ジェメトリック<br>VivineX ジェメトリック<br>Clareon PanOpti<br>Clareon PanOpti                                                                                                                                                                                                                            |           |                                                |   |                                                                                                         |
|           |                    |                                          |     | 医薬品医療機器等法承認番号<br>2 2 9 0 0 B Z X 0 0 0 0 5 0 0<br>2 2 9 0 0 B Z X 0 0 3 6 0 0 0<br>3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0<br>3 0 4 0 0 B Z X 0 0 1 9 7 0 0<br>3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 3 0 0<br>3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 4 0 0<br>3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0<br>3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0<br>3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0<br>3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 7 0 0<br>3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 8 0 0<br>3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 2 9 0 0<br>3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 3 0 0 0<br>3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0<br>3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0 |           |                                                |   |                                                                                                         |
|           |                    |                                          |     | 徴収額<br>160,000<br>160,000<br>220,000<br>190,000<br>210,000<br>230,000<br>240,000<br>260,000<br>240,000<br>240,000<br>260,000<br>210,000<br>230,000<br>220,000<br>240,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |                                                |   |                                                                                                         |
|           |                    |                                          |     | 51,0874,7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ひろクリニック   | 〒650-0034<br>神戸市中央区京町 7 0 番松岡ビル<br>ディング2 F・3 F | 1 | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 76号<br>徴収開始年月日：令和 2年 6月 1日                                                         |
|           |                    |                                          |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |                                                |   | 診療科<br>12:整外<br>予約料<br>5,000<br>予約料<br>5,000<br>予約料<br>5,000<br>予約料<br>5,000<br>予約料<br>5,000            |
|           |                    |                                          |     | 51,0913,3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 竹田内科クリニック | 〒650-0011<br>神戸市中央区下山手通 4 丁目 1 番<br>1 4 号      |   | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 10号<br>徴収開始年月日：令和 6年10月12日                                               |
|           |                    |                                          |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |                                                |   | 販売名<br>FreeStyleリブレ (Reader)<br>FreeStyleリブレ (センサー)<br>FreeStyleリブレ 2 (Reader)<br>FreeStyleリブレ 2 (センサー) |
|           |                    |                                          |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |                                                |   | 徴収額<br>7,200<br>7,200<br>7,200<br>7,200                                                                 |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称           | 医療機関所在地                                  | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------|-----------------------|------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 51,0936,4 | レイクリニック               | 〒651-0067<br>神戸市中央区神若通五丁目3番26号           |     | 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<br>(レンズ支給) 第 617号<br>徴収開始年月日：令和 8年 3月 2日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029400 300,000<br>Clareon PanOpti 30300BZX0015300 350,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 300,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 300,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 350,000<br>ファインビジョンHP 30400BZX0019700 300,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 30600BZX0002400 300,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 30600BZX0002500 350,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 350,000<br>テクニスPureSee 30600BZX0016700 300,000<br>テクニスPureSee Tor 30600BZX0016800 350,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026300 300,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026400 350,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0022900 300,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0023000 350,000<br>Clareon PanOpti 30700BZX0029800 350,000<br>Clareon PanOpti 30800BZX0001500 400,000 |
| 51,0968,7 | 医療法人社団 勲章会<br>原泌尿器科病院 | 〒650-0012<br>神戸市中央区北長狭通五丁目7番17号          | 42  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3987号<br>徴収開始年月日：令和 7年 3月24日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 2 0<br>01:個室 1 19,800<br>01:個室 1 16,500<br>01:個室 2 13,200<br>02:2人室 6 8,800<br>04:4人室 4 0<br>04:4人室 8 3,300<br>05:5人室以上 18 0<br>全許可病床数 42床 費用徴収病床数 18床 割合 42.9%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 51,0974,5 | 神戸みはら内科・糖尿病クリニック      | 〒650-0015<br>神戸市中央区多聞通4丁目1-3<br>ナカヤマビル8階 |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 38号<br>徴収開始年月日：令和 7年 7月 1日<br>販売名 徴収額<br>FreeStyleリブレ2 7,480                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|           |                       |                                          |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称                 | 医療機関所在地                                  | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------|-----------------------------|------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 51,0981,0                | 神戸博愛病院                      | 〒650-0022<br>神戸市中央区元町通七丁目1番17号           | 120 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3986号<br>徴収開始年月日：令和 7年 4月 1日<br>区分<br>01:個室 8 12,100<br>02:2人室 8 3,300<br>04:4人室 104 0<br>全許可病床数 120床 費用徴収病床数 16床 割合 13.3%                                      |
| 51,0984,4                | 神戸三宮心療内科ゆうメンタルクリニック神戸三宮院    | 〒651-0094<br>神戸市中央区琴ノ緒町五丁目4番8号2階、3階      |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 129号<br>徴収開始年月日：令和 7年 6月 1日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>35:心内 3,860 3,860 3,860 3,860 3,860<br>02:精 8,260 8,260 8,260 8,260 8,260<br>59:他 4,560 4,560 4,560 4,560 4,560 |
| 51,0999,2                | 精療クリニック小林                   | 〒650-0022<br>神戸市中央区元町通二丁目8番14号オルタンシアビル9階 |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 130号<br>徴収開始年月日：令和 7年 4月 1日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>02:精 16,500 16,500 16,500 16,500 16,500<br>35:心内 16,500 16,500 16,500 16,500 16,500                             |
| 51,1006,5<br>(51,0577,2) | 城谷バイオウェルネスクリニック内科・矯正歯科 神戸三宮 | 〒650-0021<br>神戸市中央区三宮町1丁目4-9ワコーレ神戸三宮ビル7F |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 131号<br>徴収開始年月日：令和 7年10月 1日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>01:内<br>59:他<br>35:心内                                                                                           |
| 51,1008,1                | 神戸三宮きのした内科<br>消化器内視鏡クリニック   | 〒651-0097<br>神戸市中央区布引町3-1-7神戸クリニックビル2階   |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 64号<br>徴収開始年月日：令和 7年11月 4日<br>販売名 徴収額<br>FreeStyleリブレ2 (センサー) 7,000<br>FreeStyleリブレ2 (Reader) 7,500                                                             |
|                          |                             |                                          |     |                                                                                                                                                                                                |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称        | 医療機関所在地                          | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------|--------------------|----------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 52,0004,9<br>(52,0003,7) | 医療法人博愛会 広野<br>高原病院 | 〒651-2215<br>神戸市西区北山台 3 丁目 1 - 1 | 147 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3394号                      徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分                      病床数      徴収金額<br>01:個室                      1              7,700<br>01:個室                      6              5,500<br>04: 4 人室                      140              0<br>全許可病床数              147床      費用徴収病床数              7床      割合 4.8%<br><br>金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 2391号                      徴収開始年月日：平成13年 7月 1日<br>金属                      その他金属                      上顎              下顎<br>03:コバルト                      185,000              185,000<br>04:チタン                      235,000              235,000<br>05:スルフォン                      45,000 |
| 52,0008,0                | 公益財団法人復光会<br>垂水病院  | 〒651-2202<br>神戸市西区押部谷町西盛 5 6 6   | 289 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3448号                      徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分                      病床数      徴収金額<br>01:個室                      5              7,700<br>01:個室                      100              3,300<br>01:個室                      28              0<br>02: 2 人室                      38              1,100<br>02: 2 人室                      38              0<br>04: 4 人室                      80              0<br>全許可病床数              289床      費用徴収病床数              143床      割合 49.5%                                                                                                                                                             |
| 52,0093,2                | 関西青少年サナトリウ<br>ム    | 〒651-2403<br>神戸市西区岩岡町西脇 8 3 8    | 394 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3873号                      徴収開始年月日：令和 5年12月 1日<br>区分                      病床数      徴収金額<br>01:個室                      36              0<br>01:個室                      8              2,200<br>01:個室                      4              4,400<br>02: 2 人室                      4              0<br>04: 4 人室                      220              0<br>05: 5 人室以上                      122              0<br>全許可病床数              394床      費用徴収病床数              12床      割合 3.0%                                                                                                                                                                 |
|                          |                    |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称       | 医療機関所在地                          | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------|-------------------|----------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 52,0096,5<br>(52,0058,1) | 兵庫県立リハビリテーション中央病院 | 〒651-2134<br>神戸市西区曙町 1 0 7 0     | 520 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4049号<br>徴収開始年月日：令和 7年 4月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 3 21,000<br>01:個室 7 12,000<br>01:個室 8 9,200<br>02: 2 人室 4 0<br>04: 4 人室 308 0<br>全許可病床数 330床 費用徴収病床数 18床 割合 5.5%<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 75号<br>徴収開始年月日：令和 6年 3月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,000<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 70号<br>徴収開始年月日：令和 6年 3月 1日<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,000<br>金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 2426号<br>徴収開始年月日：平成13年 7月 1日<br>金属 その他金属 上顎 下顎<br>う蝕に罹患している患者の指導管理<br>(う蝕管理) 第 2260号<br>徴収開始年月日：平成13年 7月 1日<br>継続管理種類 価格<br>01:フッ化物局所<br>02:小窩裂溝填塞 |
| 52,0214,4                | みどり病院             | 〒651-2133<br>神戸市西区枝吉 1 丁目 1 6 番地 | 108 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3722号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 8 7,700<br>02: 2 人室 4 1,100<br>04: 4 人室 96 0<br>全許可病床数 108床 費用徴収病床数 12床 割合 11.1%<br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 517号<br>徴収開始年月日：平成26年 4月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>40: (一般入院) 1 0 対 1 2,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                          |                   |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称   | 医療機関所在地                                    | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                   |
|-----------|---------------|--------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 52,0227,6 | 医療法人実風会新生病院   | 〒651-2124<br>神戸市西区伊川谷町潤和字横尾 2<br>3 8－4 7 5 | 168 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3733号<br>徴収開始年月日：令和 3年 5月 1日<br>区分<br>01:個室 5 4,400<br>01:個室 25 3,300<br>01:個室 18 0<br>04: 4 人室 120 0<br>全許可病床数 168床 費用徴収病床数 30床 割合 17.9%                               |
| 52,0230,0 | フェニックス岩岡クリニック | 〒651-2401<br>神戸市西区岩岡町岩岡 9 1 7－1<br>2       | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3415号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>01:個室 1 13,200<br>01:個室 1 11,000<br>01:個室 1 6,600<br>04: 4 人室 16 0<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 3床 割合 15.8%                               |
| 52,0244,1 | 久野病院          | 〒651-2331<br>神戸市西区神出町広谷 6 2 3－1<br>6       | 116 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3630号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>01:個室 1 0<br>01:個室 21 2,200<br>01:個室 1 3,300<br>01:個室 1 4,400<br>02: 2 人室 6 0<br>04: 4 人室 88 0<br>全許可病床数 118床 費用徴収病床数 23床 割合 19.5% |
| 52,0251,6 | 伊川谷北病院        | 〒651-2111<br>神戸市西区池上 1 丁目 7－1 8            | 56  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3604号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分<br>01:個室 1 13,200<br>01:個室 5 5,500<br>02: 2 人室 4 3,850<br>04: 4 人室 4 1,100<br>05: 5 人室以上 42 0<br>全許可病床数 56床 費用徴収病床数 14床 割合 25.0%      |
|           |               |                                            |     |                                                                                                                                                                                                        |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                            | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------|-------------|------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 52,0255,7                | つじクリニック     | 〒651-2277<br>神戸市西区美賀多台3－1 1－8      |     | 医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療<br>(規定回数超) 第 78号<br>徴収開始年月日：令和 3年 4月 1日<br>診療の名称<br>徴収額<br>01:検査 4,200<br>01:検査 4,500<br>01:検査 4,800<br>01:検査 4,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 52,0263,1                | 偕生病院        | 〒651-2131<br>神戸市西区持子3丁目2番地の2       | 75  | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 37号<br>徴収開始年月日：平成29年 7月10日<br>医療機器の販売名<br>徴収額<br>FreeStyleリブレ (Re 7,560 2:無<br>FreeStyleリブレ (セン 7,560 2:無<br>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4050号<br>徴収開始年月日：令和 7年 5月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 8 7,920<br>02:2人室 8 4,180<br>03:3人室 24 0<br>04:4人室 16 0<br>05:5人室以上 19 0<br>全許可病床数 75床 費用徴収病床数 16床 割合 21.3%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 765号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>入院料区分<br>対象者数<br>徴収日数<br>徴収料金<br>11: (一般入院) 特別入院 910<br>間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 18号<br>徴収開始年月日：令和 7年 3月17日<br>販売名<br>徴収額<br>FreeStyleリブレ2 (センサー) 6,800<br>FreeStyleリブレ2 (リーダー) 7,000 |
| 52,0267,2<br>(52,0133,2) | フェニックス診療所   | 〒651-2401<br>神戸市西区岩岡町岩岡6 5 4－1 5 6 | 19  | う蝕に罹患している患者の指導管理<br>(う蝕管理) 第 3037号<br>徴収開始年月日：平成21年 4月 1日<br>継続管理種類<br>価格<br>01:フッ化物局所 500                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                          |             |                                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称   | 医療機関所在地                                        | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------|---------------|------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 52,0305,0 | 医療法人社団董会伊川谷病院 | 〒651-2111<br>神戸市西区池上2丁目4番地の2                   | 115 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3641号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 1 16,500<br>01:個室 14 9,900<br>03:3人室 3 2,200<br>04:4人室 68 0<br>04:4人室 24 2,200<br>05:5人室以上 5 0<br>全許可病床数 115床 費用徴収病床数 42床 割合 36.5%                                                                                                                                                      |
| 52,0307,6 | さとうクリニック      | 〒651-2233<br>神戸市西区櫛谷町福谷882番地                   | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3617号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 4 4,400<br>02:2人室 2 0<br>04:4人室 8 0<br>05:5人室以上 5 0<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 4床 割合 21.1%                                                                                                                                                                                                   |
| 52,0310,0 | 落合眼科医院        | 〒651-2109<br>神戸市西区前開南町1-2-1伊川谷駅ビル2F            |     | 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<br>(レンズ支給) 第 564号<br>徴収開始年月日：令和 7年 9月 9日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>テクニスマルチフォーカルワンピ 22300BZX0027700 200,000<br>テクニスマルチフォーカルアクリ 22100BZX0019500 200,000<br>テクニスシナジーVB Simp 30200BZX0005500 250,000<br>テクニスシナジーTVB Sim 30200BZX0013900 270,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 300,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 300,000 |
| 52,0311,8 | にしむら眼科        | 〒651-2273<br>神戸市西区糺台5丁目6番3号<br>神戸西神オリエンタルホテル1階 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 534号<br>徴収開始年月日：令和 7年 8月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>Clareon非球面PanOp 30200BZX0029400 352,000<br>Clareon非球面PanOp 30300BZX0015300 407,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 352,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 352,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 407,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 407,000  |
|           |               |                                                |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称            | 医療機関所在地                             | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------|------------------------|-------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 52,0312,6 | 医療法人三友会　なでしこレディースホスピタル | 〒651-2242<br>神戸市西区井吹台東町 2 丁目 1 3 番地 | 36  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>（入療養提供）第　3976号<br>徴収開始年月日：令和 7年 1月 1日<br>区分<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>02: 2 人室<br>全許可病床数<br>36床<br>病床数<br>12<br>2<br>16<br>6<br>徴収金額<br>0<br>10,000<br>3,000<br>0<br>費用徴収病床数<br>18床<br>割合 50.0%   |
|           |                        |                                     |     | 入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br>（超過入院）第　707号<br>入院料区分<br>01:（一般入院）急性期一<br>対象者数<br>0<br>徴収日数<br>0<br>徴収料金<br>2,480                                                                                                                   |
| 52,0328,2 | 石原内科・リハビリテーション科        | 〒651-2129<br>神戸市西区白水 3 丁目 1 番 6 号   |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>（血糖測定器）第　67号<br>徴収開始年月日：令和 7年12月 1日<br>販売名<br>FreeStyleリブレ2センサー<br>FreeStyleリブレ2リーダー<br>徴収額<br>6,800<br>7,800                                                                                         |
| 52,0341,5 | 西北クリニック                | 〒651-2204<br>神戸市西区押部谷町高和字大坪 7 7 5 番 | 19  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>（入療養提供）第　2837号<br>徴収開始年月日：平成27年 4月 1日<br>区分<br>01:個室<br>01:個室<br>04: 4 人室<br>05: 5 人室以上<br>全許可病床数<br>19床<br>病床数<br>2<br>4<br>8<br>5<br>徴収金額<br>15,000<br>5,000<br>0<br>0<br>費用徴収病床数<br>6床<br>割合 31.6% |
| 52,0342,3 | にしもとクリニック              | 〒651-2244<br>神戸市西区井吹台北町 2－1 7－1 2   |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>（血糖測定器）第　60号<br>徴収開始年月日：令和 7年10月16日<br>販売名<br>リブレ 2<br>徴収額<br>7,700                                                                                                                                   |
|           |                        |                                     |     |                                                                                                                                                                                                                            |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                    | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------|-------------|----------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 52,0347,2 | なかにし眼科クリニック | 〒651-2131<br>神戸市西区持子2丁目3番2 |     | 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<br>(レンズ支給) 第 619号<br>徴収開始年月日：令和 8年 3月 2日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029400 300,000<br>Clareon PanOpti 30300BZX0015300 350,000<br>Clareon Vivity 30500BZX0004100 300,000<br>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 300,000<br>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 350,000<br>ファインビジョンHP 30400BZX0019700 300,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 30600BZX0002400 300,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 30600BZX0002500 350,000<br>Clareon Vivity 30700BZX0007900 350,000<br>テクニスPureSee 30600BZX0016700 300,000<br>テクニスPureSee Tor 30600BZX0016800 350,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026300 300,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026400 350,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0022900 300,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0023000 350,000<br>Clareon PanOpti 30700BZX0029800 350,000<br>Clareon PanOpti 30800BZX0001500 400,000 |
|           |             |                            |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称                   | 医療機関所在地                      | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                    |                                                                                               |                                                                                                                                              |
|--------------------------|-------------------------------|------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 52,0350,6<br>(52,0164,7) | 神戸市立西神戸医療センター                 | 〒651-2273<br>神戸市西区糺台5丁目7番地の1 | 470 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4012号<br>徴収開始年月日：令和 7年 6月 1日                                                                                                             |                                                                                               |                                                                                                                                              |
|                          |                               |                              |     | 区分<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>01:個室<br>02: 2 人室<br>02: 2 人室<br>02: 2 人室<br>03: 3 人室<br>04: 4 人室<br>05: 5 人室以上<br>全許可病床数 | 病床数<br>44<br>0<br>18<br>0<br>2<br>0<br>2<br>0<br>21<br>2<br>0<br>4<br>24<br>328<br>25<br>470床 | 徴収金額<br>17,050<br>22,165<br>12,100<br>15,730<br>15,500<br>20,150<br>11,000<br>14,300<br>0<br>11,000<br>14,300<br>0<br>0<br>0<br>0<br>費用徴収病床数 |
|                          |                               |                              |     | 68床                                                                                                                                                                     | 割合 14.5%                                                                                      |                                                                                                                                              |
|                          |                               |                              |     | 特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 43号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日                                                                                                  |                                                                                               |                                                                                                                                              |
|                          |                               |                              |     | 徴収額                                                                                                                                                                     | 初診患者数                                                                                         | 徴収患者数                                                                                                                                        |
|                          |                               |                              |     | 7,000                                                                                                                                                                   |                                                                                               |                                                                                                                                              |
|                          |                               |                              |     | 5,000                                                                                                                                                                   |                                                                                               |                                                                                                                                              |
|                          |                               |                              |     | 特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 38号<br>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日                                                                                                  |                                                                                               |                                                                                                                                              |
|                          |                               |                              |     | 徴収額                                                                                                                                                                     | 再診患者数                                                                                         | 徴収患者数                                                                                                                                        |
|                          |                               |                              |     | 3,000                                                                                                                                                                   |                                                                                               |                                                                                                                                              |
|                          |                               |                              |     | 1,900                                                                                                                                                                   |                                                                                               |                                                                                                                                              |
|                          |                               |                              |     | 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<br>(レンズ支給) 第 509号<br>徴収開始年月日：令和 7年 7月 1日                                                                                                 |                                                                                               |                                                                                                                                              |
|                          |                               |                              |     | 多焦点眼内レンズの販売名                                                                                                                                                            | 医薬品医療機器等法承認番号                                                                                 | 徴収額                                                                                                                                          |
|                          |                               |                              |     | アルコン 多焦点眼内レンズ C                                                                                                                                                         | 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0                                                                 | 224,400                                                                                                                                      |
|                          |                               |                              |     | アルコン 多焦点眼内レンズ C                                                                                                                                                         | 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0                                                                 | 246,400                                                                                                                                      |
| テクニスコデッセイ V B S i m      | 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0 | 229,900                      |     |                                                                                                                                                                         |                                                                                               |                                                                                                                                              |
| テクニスコデッセイ T V B S i      | 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0 | 251,900                      |     |                                                                                                                                                                         |                                                                                               |                                                                                                                                              |
|                          |                               |                              |     |                                                                                                                                                                         |                                                                                               |                                                                                                                                              |
|                          |                               |                              |     |                                                                                                                                                                         |                                                                                               |                                                                                                                                              |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称   | 医療機関所在地                            | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------|---------------|------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 52,0382,9<br>(52,0177,9) | 足立病院          | 〒651-2113<br>神戸市西区伊川谷町有瀬6 9 6 番地 2 | 60  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3846号<br>徴収開始年月日：令和 3年10月25日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 1 13,200<br>01:個室 1 7,700<br>01:個室 1 3,300<br>02: 2 人室 2 0<br>02: 2 人室 12 2,200<br>02: 2 人室 12 2,750<br>03: 3 人室 15 0<br>04: 4 人室 16 0<br>全許可病床数 60床 費用徴収病床数 27床 割合 45.0%<br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 770号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>04: (一般入院) 急性期一 2,160 |
| 52,0388,6                | さかえ病院         | 〒651-2211<br>神戸市西区押部谷町栄1 9 1 番地の 1 | 99  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3793号<br>徴収開始年月日：令和 4年 9月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 1 8,800<br>01:個室 5 6,600<br>01:個室 1 0<br>02: 2 人室 4 0<br>04: 4 人室 88 0<br>全許可病床数 99床 費用徴収病床数 6床 割合 6.1%<br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 760号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>10: (一般入院) 地域一般 1,630                                                                   |
| 52,0398,5                | 糖尿病内科まつだクリニック | 〒651-2135<br>神戸市西区王塚台7丁目7 8 番地     |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 4号<br>徴収開始年月日：令和 6年 7月26日<br>販売名 徴収額<br>F r e e s t y l e リブレ2センサー 12,000<br>F r e e s t y l e リブレ2Reader 7,089<br>D e x c o m G 7 C G M システムセンサー 12,000                                                                                                                                                                 |
|                          |               |                                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                      | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------|-------------|------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 98,0002,6 | 兵庫県立 西宮病院   | 〒662-0918<br>西宮市六湛寺町 1 3 - 9 | 400 | <div>医薬品の治験に係る診療<br/>(治験診療) 第 155号<br/>治験薬名称<br/>HP-3150<br/>HP-3150<br/>BYM338<br/>NPB-06<br/>S-888711<br/>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br/>3:外用薬 2:第Ⅱ相 6<br/>3:外用薬 3:第Ⅲ相 4<br/>2:注射薬 2:第Ⅱ相 4<br/>2:注射薬 3:第Ⅲ相 2<br/>1:内服薬 3:第Ⅲ相 1</div> <div>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br/>(入療養提供) 第 3997号<br/>徴収開始年月日：令和 7年 4月 1日<br/>区分 病床数 徴収金額<br/>01:個室 2 21,000<br/>01:個室 2 15,000<br/>01:個室 51 12,000<br/>01:個室 1 0<br/>02:2人室 12 5,700<br/>02:2人室 12 4,600<br/>02:2人室 4 0<br/>03:3人室 6 0<br/>04:4人室 228 0<br/>05:5人室以上 82 0<br/>全許可病床数 400床 費用徴収病床数 79床 割合 19.8%</div> <div>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br/>(大病院初診) 第 68号<br/>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br/>7,000<br/>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日</div> <div>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br/>(大病院再診) 第 63号<br/>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br/>3,000<br/>徴収開始年月日：令和 4年10月 1日</div> <div>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<br/>(レンズ支給) 第 535号<br/>徴収開始年月日：令和 7年 8月 1日<br/>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br/>Clareon PanOpti 30200BZX0029300 280,000<br/>Clareon PanOpti 30400BZX0025000 330,000<br/>テクニスコデッセイVB Sim 30600BZX0002400 250,000<br/>テクニスコデッセイTVB Si 30600BZX0002500 300,000<br/>テクニスコPureSee 焦点深 30600BZX0016700 250,000<br/>テクニスコPureSee Tor 30600BZX0016800 300,000<br/>Vivinox ジェメトリック 30600BZX0022900 230,000</div> |

[令和 8年 4月 1日            現在   医科]

令和 8年 4月 1日作成 243頁

| 医療機関番号 | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地 | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------|-------------|---------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|        |             |         |     | V i v i n e x ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 3 0 0 230,000<br>V i v i n e x ジェメトリック 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 4 0 0 270,000<br>V i v i n e x ジェメトリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 3 0 0 0 270,000<br>C l a r e o n V i v i t y 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 280,000<br>C l a r e o n V i v i t y 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0 330,000<br>ファインビジョンHP 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 1 9 7 0 0 230,000 |
|        |             |         |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称   | 医療機関所在地                         | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------|---------------|---------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 98,0008,3 | 兵庫県立加古川医療センター | 〒675-8555<br>加古川市神野町神野 2 0 3 番地 | 353 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4000号<br>徴収開始年月日：令和 7年 4月 1日<br>区分<br>01:個室 84 12,000<br>01:個室 4 15,000<br>01:個室 1 17,000<br>01:個室 64 0<br>04: 4 人室 148 0<br>05: 5 人室以上 6 0<br>全許可病床数 307床 費用徴収病床数 89床 割合 29.0%<br><br>2 0 0 床以上の病院の初診<br>(病院初診) 第 246号<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,000<br><br>2 0 0 床以上の病院の再診<br>(病院再診) 第 24号<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,000<br><br>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<br>(レンズ支給) 第 559号<br>徴収開始年月日：令和 7年 8月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名 医薬品医療機器等法承認番号 徴収額<br>テクニスシンフォニーVB 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 0 0 5 0 0 120,000<br>テクニスマルチフォーカルワンピ 2 2 3 0 0 B Z X 0 0 2 7 7 0 0 120,000<br>アルコンアクリソフアクティブフ 2 2 6 0 0 B Z X 0 0 1 7 9 0 0 120,000<br>テクニスシンフォニートーリック 2 2 9 0 0 B Z X 0 0 3 6 0 0 0 130,000<br>アルコンアクリソフアクティブフ 2 2 7 0 0 B Z X 0 0 0 0 6 0 0 130,000<br>アルコンアクリソフIQPanO 2 3 1 0 0 B Z X 0 0 0 4 2 0 0 220,000<br>Clareon非球面PanOp 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0 220,000<br>Clareon非球面PanOp 3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0 240,000<br>テクニスシナジーVB Simp 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 0 5 5 0 0 220,000<br>テクニスシナジーTVB Sim 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 1 3 9 0 0 240,000<br>Clareon PanOpti 3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0 220,000<br>Clareon PanOpti 3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0 240,000<br>テクニスオデッセイVB Sim 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0 230,000<br>テクニスオデッセイTVB Si 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0 250,000<br>テクニスピュアシー 焦点深度拡 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 7 0 0 230,000<br>テクニスピュアシー トーリック 3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 8 0 0 250,000<br>Clareon Vivity 3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0 220,000<br>Clareon Vivity 3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0 240,000 |
|           |               |                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| 医療機関番号                                                                                                                      | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                     | 病床数 | 報告内容                                                                                 |      |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------|
| 98,0497,8<br>(98,0252,3)                                                                                                    | 西宮市立中央病院    | 〒663-8014<br>西宮市林田町 8 － 2 4 | 257 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3855号<br>徴収開始年月日：令和 5年 5月 8日                          |      |                      |
|                                                                                                                             |             |                             |     | 区分                                                                                   | 病床数  | 徴収金額                 |
|                                                                                                                             |             |                             |     | 01:個室                                                                                | 41   | 7,590                |
|                                                                                                                             |             |                             |     | 01:個室                                                                                | 0    | 9,900                |
|                                                                                                                             |             |                             |     | 01:個室                                                                                | 2    | 10,560               |
|                                                                                                                             |             |                             |     | 01:個室                                                                                | 0    | 13,750               |
|                                                                                                                             |             |                             |     | 01:個室                                                                                | 1    | 27,500               |
|                                                                                                                             |             |                             |     | 01:個室                                                                                | 0    | 35,750               |
|                                                                                                                             |             |                             |     | 01:個室                                                                                | 5    | 0                    |
|                                                                                                                             |             |                             |     | 02: 2 人室                                                                             | 2    | 0                    |
|                                                                                                                             |             |                             |     | 03: 3 人室                                                                             | 48   | 0                    |
|                                                                                                                             |             |                             |     | 04: 4 人室                                                                             | 72   | 0                    |
|                                                                                                                             |             |                             |     | 全許可病床数                                                                               | 171床 | 費用徴収病床数 44床 割合 25.7% |
|                                                                                                                             |             |                             |     | 特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 54号<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,000<br>5,000 |      |                      |
|                                                                                                                             |             |                             |     | 特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 49号<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,000<br>1,900 |      |                      |
| 入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 832号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>01: (一般入院) 急性期一 4,177                                         |             |                             |     |                                                                                      |      |                      |
| 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 31号<br>販売名 徴収額<br>F r e e S t y l eリブレ2 (センサー) 7,480<br>F r e e S t y l eリブレ2 (Reader) 7,797 |             |                             |     |                                                                                      |      |                      |
|                                                                                                                             |             |                             |     |                                                                                      |      |                      |

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称            | 医療機関所在地                    | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------|------------------------|----------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 99,0002,4<br>(99,0002,0) | 独立行政法人国立病院<br>機構兵庫中央病院 | 〒669-1515<br>三田市大原 1 3 1 4 | 460 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 151号<br>徴収開始年月日：平成27年 7月 1日<br>治験薬名称<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>T V P－1 0 1 2 1:内服薬 3:第Ⅲ相 15<br>K P S－0 3 7 3 1:内服薬 3:第Ⅲ相 10<br>K P S－0 3 7 3 1:内服薬 3:第Ⅲ相 8<br>K P S－0 3 7 3 1:内服薬 3:第Ⅲ相 3<br>K P S－0 3 7 3 1:内服薬 3:第Ⅲ相 2<br>K N－0 1 1:内服薬 3:第Ⅲ相 1<br><br>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3382号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 44 0<br>01:個室 1 3,300<br>01:個室 5 5,500<br>01:個室 32 6,600<br>01:個室 6 8,800<br>04:4人室 412 0<br>全許可病床数 500床 費用徴収病床数 44床 割合 8.8%<br><br>2 0 0床以上の病院の初診<br>(病院初診) 第 224号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>2,200<br><br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 673号<br>徴収開始年月日：令和元年10月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>05:（一般入院）急性期一 2,200<br><br>金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 1381号<br>徴収開始年月日：平成13年 7月 1日<br>金属 その他金属 上顎 下顎<br><br>う蝕に罹患している患者の指導管理<br>(う蝕管理) 第 1330号<br>徴収開始年月日：平成13年 7月 1日<br>継続管理種類 価格<br>01:フッ化物局所<br>02:小窩裂溝填塞 |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称              | 医療機関所在地                | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------|--------------------------|------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |                          |                        |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 14号<br>徴収開始年月日：令和 7年 1月 1日<br>販売名<br>F r e e S t y l e リブレ2 (センサー) 6,600<br>F r e e S t y l e リブレ2 (Reader) 6,600                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 99,0007,3 | 独立行政法人国立病院<br>機構姫路医療センター | 〒670-0012<br>姫路市本町 6 8 | 405 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3881号<br>徴収開始年月日：令和 6年 1月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 8 8,800<br>01:個室 39 13,200<br>01:個室 5 15,400<br>01:個室 10 16,500<br>01:個室 2 17,600<br>01:個室 4 18,700<br>01:個室 35 0<br>02: 2 人室 2 2,750<br>02: 2 人室 36 0<br>04: 4 人室 252 0<br>05: 5 人室以上 12 0<br>全許可病床数 405床 費用徴収病床数 70床 割合 17.3%<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 59号 徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,700<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 54号 徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,300 |
|           |                          |                        |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号                   | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地                          | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------|-------------|----------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 99,0009,9<br>(99,0009,5) | 神戸大学医学部附属病院 | 〒650-0017<br>神戸市中央区楠町 7 丁目 5 - 2 | 934 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第    1号<br>治験薬名称<br>LY137998<br>E2020<br>SUN Y7017<br>PNU-180307<br>FK506<br>FK506<br>SUN Y7017<br>LY333531<br>PTK787ZK222584<br>AMG0001<br>D2E7<br>DE-085<br>DE-085<br>EPF1100<br>NN-220<br>SUN Y7017<br>B2036-PEG<br>MND-21<br>JR-401<br>JR-401<br>D2E7<br>JNS001<br>クエン酸フェンタニル<br>JNS001<br>JNS001<br>MLD-55<br>DE-089<br>KCB-1<br>SL77.0499-10<br>アルガトロバン<br>DE-092<br>APTA-2217<br>HMR1964<br>HMR1964<br>323U66 SR<br>OPC-12759<br>DU-6859a<br>JR-401<br>JR-401<br>NN-220<br>SUN4936<br>ONO-7436<br>AGN192024<br>APTA-2217                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                          |             |                                  |     | 徴収開始年月日：平成15年 1月27日<br>内・注・外    区 分    対象患者数   徴収額<br>3:外用薬   3:第Ⅲ相            3<br>1:内服薬   2:第Ⅱ相            5<br>1:内服薬   3:第Ⅲ相            8<br>2:注射薬   3:第Ⅲ相            5<br>1:内服薬   3:第Ⅲ相            1<br>1:内服薬   3:第Ⅲ相            1<br>1:内服薬   3:第Ⅲ相            8<br>1:内服薬   2:第Ⅱ相            2<br>1:内服薬   1:第Ⅰ相            2<br>2:注射薬   3:第Ⅲ相            0<br>2:注射薬   2:第Ⅱ相            9<br>1:内服薬   3:第Ⅲ相            1<br>1:内服薬   3:第Ⅲ相            2<br>1:内服薬   2:第Ⅱ相            0<br>2:注射薬   3:第Ⅲ相            8<br>1:内服薬   3:第Ⅲ相            7<br>2:注射薬   3:第Ⅲ相            1<br>1:内服薬   2:第Ⅱ相            5<br>2:注射薬   2:第Ⅱ相            4<br>2:注射薬   2:第Ⅱ相            3<br>2:注射薬   2:第Ⅱ相            9<br>1:内服薬   3:第Ⅲ相            4<br>1:内服薬   3:第Ⅲ相            9<br>1:内服薬   3:第Ⅲ相            3<br>1:内服薬   3:第Ⅲ相            3<br>1:内服薬   2:第Ⅱ相            0<br>1:内服薬   2:第Ⅱ相            4<br>3:外用薬   2:第Ⅱ相            0<br>1:内服薬   2:第Ⅱ相            2<br>2:注射薬   3:第Ⅲ相            1<br>1:内服薬   2:第Ⅱ相            2<br>1:内服薬   2:第Ⅱ相            1<br>2:注射薬   3:第Ⅲ相            7<br>2:注射薬   3:第Ⅲ相            4<br>1:内服薬   2:第Ⅱ相            5<br>1:内服薬   2:第Ⅱ相            4<br>1:内服薬   3:第Ⅲ相            4<br>2:注射薬   3:第Ⅲ相            4<br>2:注射薬   3:第Ⅲ相            2<br>2:注射薬   3:第Ⅲ相            7<br>2:注射薬   2:第Ⅱ相            2<br>2:注射薬   2:第Ⅱ相            3<br>2:注射薬   3:第Ⅲ相            1<br>1:内服薬   3:第Ⅲ相            1 |

| 医療機関番号 | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地 | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------|-------------|---------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|        |             |         |     | SUN Y7017 1:内服薬 3:第Ⅲ相 6<br>BMS-181339 2:注射薬 2:第Ⅱ相 1<br>TA-650 2:注射薬 3:第Ⅲ相 1<br>Org25969 2:注射薬 2:第Ⅱ相 8<br>DE-096 1:内服薬 2:第Ⅱ相 1<br>LY188011 2:注射薬 2:第Ⅱ相 0                                                                                                                                                                               |
|        |             |         |     | 薬機法に基づく承認を受けた医薬品の投与<br>(医薬品投与) 第 1号 徴収開始年月日：平成14年 8月 1日<br>販売名 徴収額<br>イレッサ錠 2 5 0 8,820                                                                                                                                                                                                                                               |
|        |             |         |     | 薬機法に基づく承認又は認証を受けた医療機器の使用<br>(機器使用) 第 11号 徴収開始年月日：平成29年 2月 6日<br>医療機器の販売名 徴収額 医療機器管理室 技師の人数<br>A b s o r b G T 1 生体吸収性ス 0 1:有 2                                                                                                                                                                                                        |
|        |             |         |     | 薬価基準の収載医薬品の薬機法と異なる用法等に係る投与<br>(薬価基準) 第 2号 徴収開始年月日：平成18年 2月 1日<br>販売名 徴収額<br>塩酸モルヒネ注射液「タケダ」 1 0 m g 346<br>ストロメクトール錠 3 m g 821                                                                                                                                                                                                         |
|        |             |         |     | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3921号 徴収開始年月日：令和 6年 6月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 118 0<br>01:個室 2 38,500<br>01:個室 14 22,000<br>01:個室 32 19,250<br>01:個室 52 18,150<br>01:個室 4 8,000<br>02: 2 人室 8 0<br>02: 2 人室 2 2,750<br>03: 3 人室 6 0<br>04: 4 人室 644 0<br>04: 4 人室 16 2,750<br>05: 5 人室以上 36 0<br>全許可病床数 934床 費用徴収病床数 122床 割合 13.1% |
|        |             |         |     | 特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 60号 徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>13,200<br>12,584                                                                                                                                                                                                                            |

保険外併用療養費医療機関名簿

| 医療機関番号 | 医 療 機 関 名 称 | 医療機関所在地 | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------|-------------|---------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|        |             |         |     | 特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 55号      徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額      再診患者数   徴収患者数<br>3,300<br>3,157<br><br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 812号      徴収開始年月日：令和 6年11月 1日<br>入院料区分      対象者数   徴収日数   徴収料金<br>13：（特定入院）7 対 1 入      3,014<br><br>金属床による総義歯の提供<br>(金属総義歯) 第 1382号      徴収開始年月日：平成13年 7月 1日<br>金属      その他金属      上顎      下顎<br>01:白金      410,900      410,900<br>02:金      386,900      386,900<br>03:コバルト      188,600      188,600<br>04:チタン      287,800      287,800<br><br>う蝕に罹患している患者の指導管理<br>(う蝕管理) 第 1331号      徴収開始年月日：平成13年 7月 1日<br>継続管理種類      価格<br>01:フッ化物局所<br>02:小窩裂溝填塞<br><br>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<br>(レンズ支給) 第 598号      徴収開始年月日：令和 8年 2月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名      医薬品医療機器等法承認番号      徴収額<br>テクニスマルチフォーカルアクリ   2 2 1 0 0 B Z X 0 0 1 9 5 0 0      130,350<br>テクニスシンフォニーVB   2 2 9 0 0 B Z X 0 0 0 0 5 0 0      130,350<br>テクニスシンフォニートーリック   2 2 9 0 0 B Z X 0 0 3 6 0 0 0      168,850<br>Clareon非球面PanOp   3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 4 0 0      215,050<br>Clareon非球面PanOp   3 0 3 0 0 B Z X 0 0 1 5 3 0 0      240,350<br>Clareon PanOpti   3 0 2 0 0 B Z X 0 0 2 9 3 0 0      215,050<br>Clareon PanOpti   3 0 4 0 0 B Z X 0 0 2 5 0 0 0      240,350<br>Clareon Vivity   3 0 5 0 0 B Z X 0 0 0 4 1 0 0      215,050<br>ファインビジョンHP   3 0 4 0 0 B Z X 0 0 1 9 7 0 0      185,350<br>Clareon Vivity   3 0 7 0 0 B Z X 0 0 0 7 9 0 0      234,850<br>テクニスオデッセイVB Sim   3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 4 0 0      287,210<br>TECNIS PureSee   3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 7 0 0      287,210<br>テクニスオデッセイTVB Si   3 0 6 0 0 B Z X 0 0 0 2 5 0 0      298,210<br>TECNIS PureSee   3 0 6 0 0 B Z X 0 0 1 6 8 0 0      298,210<br>Vivonex ジェメトリック   3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 3 0 0      279,510<br>Vivonex ジェメトリック   3 0 6 0 0 B Z X 0 0 2 2 9 0 0      279,510<br>Vivonex ジェメトリック   3 0 5 0 0 B Z X 0 0 2 6 4 0 0      312,510 |

| 医療機関番号    | 医 療 機 関 名 称              | 医療機関所在地                         | 病床数 | 報告内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------|--------------------------|---------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |                          |                                 |     | V i v i n e x ジェメトリック 30600BZX0023000 312,510<br>間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 68号 徴収開始年月日：令和 7年12月 1日<br>販売名 徴収額<br>F r e e S t y l e リブレ2センサー 7,480<br>F r e e S t y l e リブレ2リーダー 7,810<br>D e x c o m G 7 C G M システムセンサー 5,060<br>D e x c o m G 7 C G M システムモニター 7,810                                                                                                                                                                                                |
| 99,0010,7 | 独立行政法人国立病院機構神戸医療センター     | 〒654-0155<br>神戸市須磨区西落合3丁目1－1    | 304 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 4081号 徴収開始年月日：令和 8年 1月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 4 16,500<br>01:個室 29 9,900<br>01:個室 24 0<br>02:2人室 4 2,420<br>02:2人室 2 0<br>03:3人室 3 2,200<br>03:3人室 24 0<br>04:4人室 192 0<br>05:5人室以上 20 0<br>全許可病床数 302床 費用徴収病床数 40床 割合 13.2%<br>特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院の初診<br>(大病院初診) 第 65号 徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,700<br><br>特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の再診<br>(大病院再診) 第 60号 徴収開始年月日：令和 4年10月 1日<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,300 |
| 99,0012,3 | 神戸大学医学部附属病院国際がん医療・研究センター | 〒650-0047<br>神戸市中央区港島南町一丁目5番地1号 | 114 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 3830号 徴収開始年月日：令和 5年 5月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 4 0<br>01:個室 4 16,500<br>01:個室 24 11,000<br>04:4人室 40 0<br>全許可病床数 72床 費用徴収病床数 28床 割合 38.9%                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|           |                          |                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |