

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                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------|------------------|---------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01,0011,8<br>岐医11  | 公益社団法人岐阜病院       | 〒500-8211<br>岐阜市日野東 3 - 1 3 - 6 | 478 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 458号<br>治験薬名称<br>徴収開始年月日：平成11年 7月 1日<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<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 2号<br>徴収開始年月日：平成 9年 4月25日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 138<br>01:個室 5 4,000<br>01:個室 9 2,000<br>01:個室 27 1,000<br>02: 2 人室 22<br>03: 3 人室 9<br>04: 4 人室 216<br>全許可病床数 426床 費用徴収病床数 41床 割合 9.6% |
| 01,0219,7<br>岐医219 | 医療法人香風会 黒野<br>病院 | 〒501-1128<br>岐阜市洞 1 0 2 0       | 250 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 459号<br>治験薬名称<br>アリセプト<br>徴収開始年月日：平成23年 2月22日<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------|-------------|-------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01,0255,1<br>岐医255 | 岐阜赤十字病院     | 〒502-0844<br>岐阜市岩倉町3－36 | 287 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 460号<br>徴収開始年月日：平成11年 7月 1日<br>治験薬名称<br>GS－747S<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><br>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 6号<br>徴収開始年月日：平成22年 1月 1日<br>販売名 徴収額<br>ハベカシン注射液 800<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 41号<br>徴収開始年月日：平成23年10月 1日<br>販売名 徴収額<br>デノシン点滴静注用500mg 1,240<br>ブイフェンド静注 3,040<br>生理食塩液PL「フソー」 680<br>10%NaCl注シリンジ「テルモ」20ml 50<br>注射用水20mL 1,240<br>生理食塩液PL「フソー」 1,240<br>デノシン点滴静注用500mg 630<br>注射用水20mL 630<br>生理食塩液20「フソー」 630<br>パビロックミニ点眼液0.1% 1,280<br>生理食塩液20「フソー」 1,280<br>ファンガード点滴用 680<br>ハベカシン注射液 740<br>生理食塩液20「フソー」 740<br>生理食塩液20「フソー」 3,040<br>注射用水20mL 50<br>ポラプレジングOD錠75mg「サワイ」 530<br>注射用水20ml 530<br>アルクレイン内用液5% 530<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 93号<br>徴収開始年月日：平成11年 4月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 14<br>01:個室 1 27,500<br>01:個室 9 11,000<br>01:個室 50 6,600<br>02:2人室 8<br>04:4人室 176<br>全許可病床数 258床 費用徴収病床数 60床 割合 23.3% |

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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------|-------------|--------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    |             |                          |     | 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 19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 19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><br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 5号 徴収開始年月日：平成18年 7月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>03：（一般入院）急性期一 2,530<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 8号 徴収開始年月日：令和 2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>クラレオン PanOptix 30200BZX0029400 190,000<br>クラレオン PanOptix 30300BZX0015300 210,000<br>クラレオン ビビティ Exte 30500BZX0004100 190,000<br>Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026300 190,000<br>Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026400 210,000<br>Vivinex ジェメトリック 30600BZX0022900 190,000<br>Vivinex ジェメトリック 30600BZX0023000 210,000<br>テクニス オデッセイ V B 30600BZX0002400 230,000<br>テクニス オデッセイ T V B 30600BZX0002500 250,000<br>クラレオン PanOptix 30700BZX0029800 220,000<br>クラレオン PanOptix 30800BZX0001500 240,000 |
| 01,0397,1<br>岐医397 | 近石病院        | 〒502-0901<br>岐阜市光町 2－4 6 | 125 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 305号 徴収開始年月日：平成23年 4月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 17 5,500<br>04: 4人室 108<br>全許可病床数 125床 費用徴収病床数 17床 割合 13.6%<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 25号 徴収開始年月日：令和元年 9月 1日<br>診療の名称 徴収額<br>02:リハビリテーション 1,850<br>02:リハビリテーション 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------|---------------------|--------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01,0416,9<br>岐医416 | 医療法人社団双樹会<br>早徳病院   | 〒500-8367<br>岐阜市宇佐南 1－8－1      | 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 166号<br>徴収開始年月日：平成12年 7月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 6,600<br>01:個室 1 4,400<br>01:個室 2 3,300<br>02: 2 人室 2 2,200<br>03: 3 人室 6<br>04: 4 人室 88<br>全許可病床数 100床 費用徴収病床数 6床 割合 6.0%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 69号<br>徴収開始年月日：平成15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>11: (一般入院) 地域一般 1,628 |
| 01,0427,6<br>岐医427 | 医療法人社団志朋会<br>加納渡辺病院 | 〒500-8486<br>岐阜市加納城南通り 1－2 3   | 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 95号<br>徴収開始年月日：平成13年 8月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 2 5,500<br>01:個室 4 4,400<br>02: 2 人室 2<br>02: 2 人室 10 2,200<br>04: 4 人室 16<br>全許可病床数 34床 費用徴収病床数 16床 割合 47.1%                                                                                                                               |
| 01,0482,1<br>岐医482 | 医療法人 高井外科           | 〒502-0857<br>岐阜市正木 1 9 7 8－7 2 | 10  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 30号<br>徴収開始年月日：平成 9年 3月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 5<br>01:個室 1 1,000<br>01:個室 4 700<br>全許可病床数 10床 費用徴収病床数 5床 割合 50.0%                                                                                                                                                                         |
| 01,0486,2<br>岐医486 | 城南病院                | 〒500-8263<br>岐阜市茜部新所 1－2 1、2 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 138号<br>徴収開始年月日：平成24年 9月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 4,200<br>01:個室 3 3,000<br>02: 2 人室 2 12,000<br>02: 2 人室 4 2,100<br>02: 2 人室 14 2,000<br>04: 4 人室 36<br>全許可病床数 60床 費用徴収病床数 24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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------|-------------------|------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01,0489,6<br>岐医489 | 医療法人社団幸紀会<br>安江病院 | 〒501-0123<br>岐阜市鏡島西 2－4－1 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 78号<br>徴収開始年月日：平成25年 1月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 1 11,000<br>01:個室 1 5,500<br>01:個室 26 3,850<br>04: 4 人室 32<br>全許可病床数 60床 費用徴収病床数 28床 割合 46.7%<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 21号<br>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 (センサー) 7,000<br>FreeStyleリブレ2 (reader) 7,500 |
| 01,0502,6<br>岐医502 | 宮崎千恵婦人クリニック       | 〒502-0071<br>岐阜市長良 1 9 7 2－5 |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 4号<br>徴収開始年月日：平成12年 1月25日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>34:麻 2,200<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 24号<br>徴収開始年月日：平成29年 8月31日<br>診療の名称 徴収額<br>01:検査 1,250<br>01:検査 1,200<br>01:検査 2,600                                                                                                      |
|                    |                   |                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------|-----------------------|----------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01,0517,4<br>岐医517 | 医療法人社団誠広会<br>平野総合病院   | 〒501-1192<br>岐阜市黒野 1 7 6－5 | 187 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 461号<br>治験薬名称<br>丸山ワクチン<br>徴収開始年月日：平成11年 7月 1日<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>2:注射薬 1 1,450<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 145号<br>徴収開始年月日：平成12年 4月13日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 10 7,040<br>01:個室 7 5,940<br>01:個室 9 4,290<br>03: 3 人室 6<br>04: 4 人室 44<br>05: 5 人室以上 82<br>全許可病床数 158床 費用徴収病床数 26床 割合 16.5%<br><br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 325号<br>徴収開始年月日：平成14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 2,200 |
| 01,0519,0<br>岐医519 | 医療法人社団永寿会<br>大橋整形外科病院 | 〒502-0849<br>岐阜市栄新町 2－5 0  | 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 3号<br>徴収開始年月日：平成25年 1月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 1 9,900<br>01:個室 2 5,500<br>01:個室 2 4,400<br>02: 2 人室 2 8,800<br>02: 2 人室 4 3,300<br>03: 3 人室 39<br>全許可病床数 50床 費用徴収病床数 11床 割合 22.0%                                                                                                                                                                                                                                   |
|                    |                       |                            |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

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                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------|-------------------|---------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01,0528,1<br>岐医528 | 医療法人社団慈朋会<br>澤田病院 | 〒500-8226<br>岐阜市野一色 7－2－5 | 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 4号<br>徴収開始年月日：平成11年 7月 1日<br>区分<br>01:個室 1 6,600<br>01:個室 21 3,850<br>01:個室 7 2,750<br>02: 2 人室 2<br>03: 3 人室 15<br>04: 4 人室 144<br>全許可病床数 190床 費用徴収病床数 29床 割合 15.3%<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 1号<br>診察室 徴収金額<br>5 1,100 |
|                    |                   |                           |     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |

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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------|-------------|-----------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01,0561,2<br>岐医561 | 朝日大学病院      | 〒500-8523<br>岐阜市橋本町 3 - 2 3 | 381 | <div>医薬品の治験に係る診療<br/>(治験診療) 第 462号<br/>治験薬名称<br/>プラスグレル硫酸塩<br/>プラスグレル硫酸塩<br/>チカグレロル<br/>フルチカゾン、フランカルボン酸<br/>徴収開始年月日：平成17年12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 12<br/>1:内服薬 3:第Ⅲ相 15<br/>1:内服薬 3:第Ⅲ相 10<br/>3:外用薬 3:第Ⅲ相 4</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 135号<br/>徴収開始年月日：平成10年11月20日<br/>区分 病床数 徴収金額<br/>01:個室 16<br/>01:個室 1 26,400<br/>01:個室 5 17,600<br/>01:個室 10 7,150<br/>01:個室 23 6,600<br/>01:個室 10 6,050<br/>02: 2 人室 6<br/>04: 4 人室 204<br/>全許可病床数 275床 費用徴収病床数 49床 割合 17.8%</div> <div>2 0 0 床以上の病院の初診<br/>(病院初診) 第 8号<br/>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br/>1,100<br/>徴収開始年月日：平成11年 7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 78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 1,459<br/>徴収開始年月日：平成17年 7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 13号<br/>徴収開始年月日：令和 2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 マルチフォーカル ワ 22300BZX0027700 159,400<br/>テクニス シンフォニー 22900BZX0000600 159,400<br/>テクニス シンフォニー トーリ 22900BZX0036000 159,400<br/>アルコン アクリソフ IQ P 23100BZX0004200 226,810<br/>アルコン アクリソフ IQ P 23100BZX0004300 226,810<br/>テクニス シナジー VB 30200BZX0005500 209,890<br/>テクニス シナジー TVB 30200BZX0013900 237,390<br/>テクニス オデッセイ V B 30600BZX0002400 237,390<br/>テクニス オデッセイ T V B 30600BZX0002500 264,890<br/>Vivinox ジェメトリック 30500BZX0026300 251,140</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |
|--------------------|-------------|-----------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|                    |             |                             |     | Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026400 278,640<br>Vivinex ジェメトリック 30600BZX0022900 251,140<br>Vivinex ジェメトリック 30600BZX0023000 278,640<br>クラレオン ビビティ Exte 30500BZX0004100 209,890<br>クラレオン PanOptix 30200BZX0029300 209,890<br>クラレオン PanOptix 30400BZX0025000 237,390<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 22号 徴収開始年月日：令和 8年 2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) 7,000 |  |  |  |
| 01,0623,0<br>岐医623 | 河村病院        | 〒501-3144<br>岐阜市芥見大般若 1－8 4 | 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 6号 徴収開始年月日：平成24年 7月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 5<br>01:個室 1 11,000<br>01:個室 10 5,500<br>01:個室 16 3,850<br>01:個室 4 2,640<br>01:個室 14 2,310<br>01:個室 51 2,090<br>02: 2 人室 16 2,090<br>02: 2 人室 18 1,650<br>04: 4 人室 180<br>全許可病床数 315床 費用徴収病床数 130床 割合 41.3%                                                                                                           |  |  |  |
| 01,0627,1<br>岐医627 | 山内ホスピタル     | 〒500-8381<br>岐阜市市橋 3－7－2 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 142号 徴収開始年月日：平成24年 7月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 6<br>01:個室 1 11,000<br>01:個室 8 4,400<br>01:個室 4 3,850<br>02: 2 人室 4<br>04: 4 人室 92<br>全許可病床数 115床 費用徴収病床数 13床 割合 11.3%<br><br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 8号 徴収開始年月日：平成14年10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 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                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------|-------------|------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01,0628,9<br>岐医628 | 笠松病院        | 〒500-8288<br>岐阜市中鶉 3－1 1     | 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 7号<br>徴収開始年月日：平成18年 2月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1<br>01:個室 3 11,000<br>02: 2 人室 2<br>02: 2 人室 18 5,500<br>04: 4 人室 40<br>05: 5 人室以上 24<br>全許可病床数 88床 費用徴収病床数 21床 割合 23.9%   |
| 01,0678,4<br>岐医678 | 高橋産婦人科      | 〒500-8818<br>岐阜市梅ヶ枝町 3－4 1－3 | 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 110号<br>徴収開始年月日：平成11年 7月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 7<br>01:個室 5 4,320<br>02: 2 人室 2<br>03: 3 人室 3 3,240<br>全許可病床数 17床 費用徴収病床数 8床 割合 47.1%                                    |
| 01,0706,3<br>岐医706 | 操外科病院       | 〒500-8088<br>岐阜市四屋町 4 3      | 35  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 98号<br>徴収開始年月日：平成10年 7月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 3 6,000<br>02: 2 人室 2<br>02: 2 人室 10 3,000<br>03: 3 人室 3<br>04: 4 人室 12<br>05: 5 人室以上 5<br>全許可病床数 35床 費用徴収病床数 13床 割合 37.1% |
| 01,0727,9<br>岐医727 | 宮崎レディスクリニック | 〒500-8474<br>岐阜市加納本町 3－5     | 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 163号<br>徴収開始年月日：平成 9年 3月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 6<br>01:個室 4 5,000<br>02: 2 人室 2 5,000<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                                                                                                                                                |
|--------------------|-------------------------|-----------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01,0739,4<br>岐医739 | 操健康クリニック                | 〒500-8384<br>岐阜市藪田南 1－4－2 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 72号<br>徴収開始年月日：平成14年11月22日<br>区分<br>01:個室 4 6,600<br>01:個室 3 11,000<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% |
| 01,0765,9<br>岐医765 | 医療法人社団 古田産<br>科婦人科クリニック | 〒500-8842<br>岐阜市金町 7－3      | 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 310号<br>徴収開始年月日：平成17年 4月 1日<br>区分<br>01:個室 4 5,000<br>02: 2 人室 4<br>全許可病床数 8床 費用徴収病床数 4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                        |       |       |       |     |
|---------------------|-------------|---------------------------|-----|-----------------------------|-------|-------|-------|-----|
| 01,0779,0<br>岐特医3   | 岐阜市民病院      | 〒500-8323<br>岐阜市鹿島町 7 - 1 | 555 | 医薬品の治験に係る診療                 |       |       |       |     |
|                     |             |                           |     | (治験診療) 第 463号               |       |       |       |     |
|                     |             |                           |     | 治験薬名称                       | 内・注・外 | 区分    | 対象患者数 | 徴収額 |
|                     |             |                           |     | EMD 5 3 1 4 4 4 / C Y - M S | 2:注射薬 | 1:第Ⅰ相 | 4     |     |
|                     |             |                           |     | S T                         | 3:外用薬 | 3:第Ⅲ相 | 3     |     |
|                     |             |                           |     | A G - 0 1 3 7 3 6 (アキシチニ    | 1:内服薬 | 2:第Ⅱ相 | 5     |     |
|                     |             |                           |     | T R K - 8 2 0 C             | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 4     |     |
|                     |             |                           |     | R o 5 0 - 8 2 3 1           | 1:内服薬 | 2:第Ⅱ相 | 2     |     |
|                     |             |                           |     | B I 2 0 1 3 3 5 N A         | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 10    |     |
|                     |             |                           |     | R A D 0 0 1                 | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 4     |     |
|                     |             |                           |     | S - 2 9 7 9 9 5             | 1:内服薬 | 2:第Ⅱ相 | 4     |     |
|                     |             |                           |     | B I 2 0 1 3 3 5 N A         | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 4     |     |
|                     |             |                           |     | M K - 7 0 0 9               | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 2     |     |
|                     |             |                           |     | M K - 7 0 0 9               | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 3     |     |
|                     |             |                           |     | S - 8 8 8 7 1 1             | 1:内服薬 | 2:第Ⅱ相 | 1     |     |
|                     |             |                           |     | K W - 2 2 4 6               | 1:内服薬 | 2:第Ⅱ相 | 1     |     |
|                     |             |                           |     | M R - 4 2 4                 | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 4     |     |
|                     |             |                           |     | B I 2 0 1 3 3 5 N A         | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 6     |     |
|                     |             |                           |     | 薬機法に基づく承認を受けた医薬品の投与         |       |       |       |     |
|                     |             |                           |     | (医薬品投与) 第 3号                |       |       |       |     |
|                     |             |                           |     | 徴収開始年月日：平成21年 2月 4日         |       |       |       |     |
|                     |             |                           |     | 販売名                         |       |       |       |     |
|                     |             |                           |     | 徴収額                         |       |       |       |     |
|                     |             |                           |     | スプリセル錠 2 0 m g              |       |       |       |     |
|                     |             |                           |     | 0                           |       |       |       |     |
|                     |             |                           |     | スプリセル錠 5 0 m g              |       |       |       |     |
|                     |             |                           |     | 0                           |       |       |       |     |
| 入院医療に係る特別の療養環境の提供   |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| (入療養提供) 第 1号        |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 徴収開始年月日：平成11年 4月 1日 |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 区分                  |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 病床数                 |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 徴収金額                |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 01:個室               |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 49                  |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 01:個室               |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 4                   |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 22,000              |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 01:個室               |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 3                   |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 11,000              |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 01:個室               |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 7                   |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 7,150               |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 01:個室               |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 29                  |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 6,600               |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 01:個室               |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 9                   |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 6,380               |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 01:個室               |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 20                  |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 6,270               |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 01:個室               |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 48                  |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 5,060               |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 01:個室               |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 9                   |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 2,200               |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 02: 2 人 室           |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 24                  |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 02: 2 人 室           |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 20                  |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 5,060               |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 02: 2 人 室           |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 6                   |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 3,850               |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 03: 3 人 室           |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 3                   |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 04: 4 人 室           |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 324                 |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 全許可病床数              |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 555床                |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 費用徴収病床数             |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 155床                |             |                           |     |                             |       |       |       |     |
| 割合 27.9%            |             |                           |     |                             |       |       |       |     |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------|----------------|----------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    |                |                            |     | 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 1号 徴収開始年月日：平成28年 4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 1号 徴収開始年月日：平成28年 4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180日を超える入院<br>(超過入院) 第 316号 徴収開始年月日：平成14年10月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>03：（一般入院）急性期一 2,723                                                                       |
| 01,0787,3<br>岐医787 | やまが整形外科        | 〒500-8864<br>岐阜市真砂町9－15    |     | 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 9号 徴収開始年月日：平成20年 4月11日<br>診療の名称 徴収額<br>02:リハビリテーション 2,000                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 01,0816,0<br>岐医816 | 野川眼科医院         | 〒500-8878<br>岐阜市神室町4－31    | 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 197号 徴収開始年月日：平成23年 8月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 3 6,000<br>03:3人室 3<br>全許可病床数 6床 費用徴収病床数 3床 割合 50.0%<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 18号 徴収開始年月日：令和 2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>テクニス マルチフォーカル ワ 22300BZX0027700 180,000<br>テクニス シンフォニー VB 22900BZX0000500 180,000<br>アルコン アクリソフ IQ P 23100BZX0004200 180,000 |
| 01,0824,4<br>岐医824 | 竹田内科ファミリークリニック | 〒501-1168<br>岐阜市西改田上の町62－3 |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 2号 徴収開始年月日：令和 6年 7月19日<br>販売名 徴収額<br>FreeStyle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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------|------------------------|----------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01,0836,8<br>岐医836  | 新美クリニック                | 〒500-8309<br>岐阜市都通1－6      |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 2号 徴収開始年月日：平成11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>04:神内 1,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 01,0920,0<br>岐医920  | 小牧内科クリニック              | 〒500-8865<br>岐阜市昭和町2－11    |     | 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 6月 3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リブレリーダ 3,000 2:無<br>FreeStyleリブレセンサ 9,000 2:無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 01,1007,5<br>岐医1007 | 高橋眼科医院                 | 〒502-0847<br>岐阜市早田栄町1－23   | 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 19号 徴収開始年月日：令和 2年 6月 4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>クラレオン PanOptix 30200BZX0029400 232,300<br>クラレオン PanOptix 30300BZX0015300 274,100<br>テクニス シンフォニー VB 22900BZX0000500 136,300<br>テクニス シンフォニー トーリ 22900BZX0036000 158,300<br>テクニス マルチフォーカル ワ 22300BZX0027700 114,300<br>テクニス シナジー VB 30200BZX0005500 210,300<br>テクニス シナジー TVB 30200BZX0013900 232,300<br>ファインビジョンHP 30400BZX0019700 256,355<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026300 225,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026400 247,000 |
| 01,1013,3<br>岐医1013 | 松岡整形外科・内科リ<br>ハビリテーション | 〒500-8167<br>岐阜市東金宝町2－12－6 | 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 285号 徴収開始年月日：平成15年11月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 2 16,500<br>01:個室 1 9,240<br>02:2人室 2<br>02:2人室 6 4,620<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%<br><br>予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 27号 徴収開始年月日：令和 7年 1月24日<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>12:整外 5,500 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------|------------------|----------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01,1055,4<br>岐医1055 | 医療法人生友会 柳津<br>病院 | 〒501-6111<br>岐阜市柳津町宮東1－102 | 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 254号<br>徴収開始年月日：平成14年 8月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 3 8,000<br>02:2人室 17<br>02:2人室 10 3,000<br>全許可病床数 30床 費用徴収病床数 13床 割合 43.3%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 01,1078,6<br>岐医1078 | あいレディースクリニ<br>ック | 〒502-0914<br>岐阜市営生六丁目2番5号  | 16  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 337号<br>徴収開始年月日：平成18年 6月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 12<br>01:個室 4 10,000<br>全許可病床数 16床 費用徴収病床数 4床 割合 25.0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 01,1092,7<br>岐医1092 | 医療法人和光会 山田<br>病院 | 〒501-0104<br>岐阜市寺田7－110    | 113 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 340号<br>徴収開始年月日：平成19年 3月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 5<br>01:個室 2 11,000<br>01:個室 3 6,600<br>01:個室 14 3,850<br>01:個室 37 2,750<br>02:2人室 12<br>04:4人室 40<br>全許可病床数 113床 費用徴収病床数 56床 割合 49.6%<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 14号<br>徴収開始年月日：平成20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 2,350<br>02:リハビリテーション 1,700<br>02:リハビリテーション 1,700<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 14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) 7,480<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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------|--------------------------|----------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01,1093,5<br>岐医1093 | 医療法人和光会 山田<br>メディカルクリニック | 〒500-8167<br>岐阜市東金宝町1－12   |     | 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 7年 5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） 7,800                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 01,1109,9<br>岐医1109 | 戸谷内科                     | 〒502-0934<br>岐阜市大福町8－35    |     | 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 6月21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（リー 8,000 2:無<br>FreeStyleリブレ（セン 7,500 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 17号<br>徴収開始年月日：令和 7年 9月 1日<br>販売名<br>徴収額<br>FreeStyleリブレ2（センサー） 7,000<br>FreeStyleリブレ2（reader） 7,500                                                                                                                                                              |
| 01,1115,6<br>岐医1115 | 岐阜メイツ睡眠クリニ<br>ック         | 〒500-8384<br>岐阜市薮田南4－15－20 | 16  | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 488号<br>徴収開始年月日：平成25年 8月28日<br>治験薬名称 内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>HP－3000 3:外用薬 2:第Ⅱ相 8<br>CN－801 1:内服薬 3:第Ⅲ相 4<br>CN－801 1:内服薬 3:第Ⅲ相 2<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 352号<br>徴収開始年月日：平成21年 8月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 13<br>01:個室 1 3,300<br>01:個室 2 1,650<br>全許可病床数 16床 費用徴収病床数 3床 割合 18.8%<br>予約に基づく診察<br>(予約診療) 第 12号<br>徴収開始年月日：平成23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>05:呼<br>時間外診察等<br>(時間外診察) 第 7号<br>徴収額<br>300 |



| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------|-------------|----------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01,1120,6<br>岐医1120 | くまだ眼科クリニック  | 〒501-3133<br>岐阜市芥見南山1－16－1 |     | 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 22号<br>徴収開始年月日：令和 2年10月 1日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>クラレオン PanOptix 30200BZX0029400 330,000<br>クラレオン PanOptix 30300BZX0015300 350,000<br>クラレオン ビビティ Exte 30500BZX0004100 330,000<br>クラレオン ビビティ トーリッ 30700BZX0007900 350,000<br>クラレオン PanOptix 30200BZX0029300 330,000<br>クラレオン PanOptix 30400BZX0025000 350,000<br>Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026300 310,000<br>Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026400 330,000<br>Vivinex ジェメトリック 30600BZX0022900 310,000<br>Vivinex ジェメトリック 30600BZX0023000 330,000<br>テクニス オデッセイ V B 30600BZX0002400 320,000<br>テクニス オデッセイ T V B 30600BZX0002500 340,000 |
| 01,1123,0<br>岐医1123 | 岐阜ハートセンター   | 〒500-8384<br>岐阜市薮田南4－14－4  | 120 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 486号<br>徴収開始年月日：平成26年 7月 1日<br>治験薬名称<br>B I 1 0 7 7 3 1:内服薬 3:第Ⅲ相 6<br>B A Y 5 9－7 9 3 9 1:内服薬 3:第Ⅲ相 22<br>B A Y 5 9－7 9 3 9 1:内服薬 3:第Ⅲ相 5<br>チカグレロル 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 354号<br>徴収開始年月日：平成21年 2月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 3 28,600<br>01:個室 1 25,300<br>01:個室 1 22,000<br>01:個室 4 11,000<br>01:個室 7 6,600<br>01:個室 24 5,500<br>01:個室 4<br>04: 4 人室 40<br>05: 5 人室以上 6<br>全許可病床数 90床 費用徴収病床数 40床 割合 44.4%<br><br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 339号<br>徴収開始年月日：令和 4年 7月19日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>03: (一般入院) 急性期一 2,810                                    |
|                     |             |                            |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| 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                                                                                                                                                   |
|---------------------|---------------------------|--------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01,1139,6<br>岐医1139 | 加納内科　リウマチ科<br>・糖尿病内科クリニック | 〒500-8408<br>岐阜市住ノ江町 2－1 |     | 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　5号<br>徴収開始年月日：平成29年 3月 9日<br>医療機器の販売名<br>F r e e S t y l e リブレRea　8,000　2:無<br>F r e e S t y l e リブレセンサ　8,000　2:無 |
|                     |                           |                          |     |                                                                                                                                                        |

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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
|---------------------|-------------|--------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|----|-------|-----|-------------|-------|-------|---|--|---------|-------|-------|---|--|---------|-------|-------|---|--|---------|-------|-------|---|--|-----------------|-------|-------|---|--|---------------|-------|-------|---|--|-------|-------|-------|---|--|-----------------|-------|-------|---|--|---------|-------|-------|---|--|--------|-------|-------|---|--|----------|-------|-------|----|--|--------|-------|-------|---|--|-----------------|-------|-------|----|--|--------|-------|-------|---|--|---------|-------|-------|---|--|--------------|-------|-------|---|--|----------|-------|-------|---|--|--------|-------|-------|---|--|----------|-------|-------|---|--|---------|-------|-------|----|--|--------|-------|-------|---|--|------------|-------|-------|---|--|--------|-------|-------|---|--|--------|-------|-------|---|--|-----------------|-------|-------|---|--|-----------------|-------|-------|---|--|--------|-------|-------|---|--|-------|-------|-------|---|--|----------------|-------|--|---|--|----------|-----|---------|-------|-----------------|---|-----|----|----|-----|------|-------|----|--|-------|---|--------|-------|----|--------|-------|----|-------|-------|----|-------|
| 01,1143,8<br>岐医1143 | 岐阜県総合医療センター | 〒500-8717<br>岐阜市野一色4－6－1 | 620   | <div>医薬品の治験に係る診療<br/>(治験診療) 第 483号<br/>徴収開始年月日：平成22年 4月 1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>ベラプロストナトリウム</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>6</td><td></td></tr><tr><td>レベチラセタム</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>レベチラセタム</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>レベチラセタム</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>3</td><td></td></tr><tr><td>フルチカゾンフランカルボン酸エ</td><td>3:外用薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>6</td><td></td></tr><tr><td>TAK438／OCT302</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>4</td><td></td></tr><tr><td>テノホビル</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>6</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>5</td><td></td></tr><tr><td>テラプレヴィル</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>ペランパネル</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>4</td><td></td></tr><tr><td>レボフロキサシン</td><td>2:注射薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>10</td><td></td></tr><tr><td>アキシチニブ</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>4</td><td></td></tr><tr><td>エチニルエストラジオール／ドロ</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>10</td><td></td></tr><tr><td>オルテロネル</td><td>1:内服薬</td><td>2:第Ⅱ相</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>テラプレヴィル</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>ペグインターフェロン1a</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>7</td><td></td></tr><tr><td>ダクラタスヴィル</td><td>2:注射薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>7</td><td></td></tr><tr><td>エブレレノン</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>4</td><td></td></tr><tr><td>オベティコール酸</td><td>1:内服薬</td><td>2:第Ⅱ相</td><td>3</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>50</td><td></td></tr><tr><td>トルバプタン</td><td>1:内服薬</td><td>2:第Ⅱ相</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>GSK1278863</td><td>1:内服薬</td><td>2:第Ⅱ相</td><td>5</td><td></td></tr><tr><td>ナルデメジン</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>3</td><td></td></tr><tr><td>ナルデメジン</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>3</td><td></td></tr><tr><td>ABT450／r／ABT267</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>8</td><td></td></tr><tr><td>ABT450／r／ABT267</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>3</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>8</td><td></td></tr><tr><td>デノスマブ</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>6</td><td></td></tr><tr><td>フルチカゾン／サルメテロール</td><td>3:外用薬</td><td></td><td>4</td><td></td></tr></table> <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 15号<br/>徴収開始年月日：令和 5年 6月28日</div> <table><tr><th>医療機器の販売名</th><th>徴収額</th><th>医療機器管理室</th><th>技師の人数</th></tr><tr><td>アヴェイルLP（アヴェイルリト</td><td>0</td><td>1:有</td><td>30</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 371号<br/>徴収開始年月日：平成22年 4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>54</td><td></td></tr><tr><td>01:個室</td><td>2</td><td>22,000</td></tr><tr><td>01:個室</td><td>12</td><td>13,200</td></tr><tr><td>01:個室</td><td>49</td><td>6,600</td></tr><tr><td>01:個室</td><td>62</td><td>6,380</td></tr></table> | 治験薬名称 | 内・注・外 | 区分 | 対象患者数 | 徴収額 | ベラプロストナトリウム | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 6 |  | レベチラセタム | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 2 |  | レベチラセタム | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 1 |  | レベチラセタム | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 3 |  | フルチカゾンフランカルボン酸エ | 3:外用薬 | 3:第Ⅲ相 | 6 |  | TAK438／OCT302 | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 4 |  | テノホビル | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 6 |  | チオトロピウム／オロダテロール | 3:外用薬 | 3:第Ⅲ相 | 5 |  | テラプレヴィル | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 1 |  | ペランパネル | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 4 |  | レボフロキサシン | 2:注射薬 | 3:第Ⅲ相 | 10 |  | アキシチニブ | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 4 |  | エチニルエストラジオール／ドロ | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 10 |  | オルテロネル | 1:内服薬 | 2:第Ⅱ相 | 2 |  | テラプレヴィル | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 1 |  | ペグインターフェロン1a | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 7 |  | ダクラタスヴィル | 2:注射薬 | 3:第Ⅲ相 | 7 |  | エブレレノン | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 4 |  | オベティコール酸 | 1:内服薬 | 2:第Ⅱ相 | 3 |  | リバロキサバン | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 50 |  | トルバプタン | 1:内服薬 | 2:第Ⅱ相 | 2 |  | GSK1278863 | 1:内服薬 | 2:第Ⅱ相 | 5 |  | ナルデメジン | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 3 |  | ナルデメジン | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 3 |  | ABT450／r／ABT267 | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 8 |  | ABT450／r／ABT267 | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 3 |  | チカグレロル | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 8 |  | デノスマブ | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 6 |  | フルチカゾン／サルメテロール | 3:外用薬 |  | 4 |  | 医療機器の販売名 | 徴収額 | 医療機器管理室 | 技師の人数 | アヴェイルLP（アヴェイルリト | 0 | 1:有 | 30 | 区分 | 病床数 | 徴収金額 | 01:個室 | 54 |  | 01:個室 | 2 | 22,000 | 01:個室 | 12 | 13,200 | 01:個室 | 49 | 6,600 | 01:個室 | 62 | 6,380 |
| 治験薬名称               | 内・注・外       | 区分                       | 対象患者数 | 徴収額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| ベラプロストナトリウム         | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                    | 6     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| レベチラセタム             | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                    | 2     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| レベチラセタム             | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                    | 1     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| レベチラセタム             | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                    | 3     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| フルチカゾンフランカルボン酸エ     | 3:外用薬       | 3:第Ⅲ相                    | 6     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| TAK438／OCT302       | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                    | 4     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| テノホビル               | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                    | 6     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| チオトロピウム／オロダテロール     | 3:外用薬       | 3:第Ⅲ相                    | 5     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| テラプレヴィル             | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                    | 1     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| ペランパネル              | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                    | 4     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| レボフロキサシン            | 2:注射薬       | 3:第Ⅲ相                    | 10    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| アキシチニブ              | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                    | 4     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| エチニルエストラジオール／ドロ     | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                    | 10    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| オルテロネル              | 1:内服薬       | 2:第Ⅱ相                    | 2     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| テラプレヴィル             | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                    | 1     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| ペグインターフェロン1a        | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                    | 7     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| ダクラタスヴィル            | 2:注射薬       | 3:第Ⅲ相                    | 7     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| エブレレノン              | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                    | 4     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| オベティコール酸            | 1:内服薬       | 2:第Ⅱ相                    | 3     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| リバロキサバン             | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                    | 50    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| トルバプタン              | 1:内服薬       | 2:第Ⅱ相                    | 2     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| GSK1278863          | 1:内服薬       | 2:第Ⅱ相                    | 5     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| ナルデメジン              | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                    | 3     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| ナルデメジン              | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                    | 3     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| ABT450／r／ABT267     | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                    | 8     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| ABT450／r／ABT267     | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                    | 3     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| チカグレロル              | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                    | 8     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| デノスマブ               | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                    | 6     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| フルチカゾン／サルメテロール      | 3:外用薬       |                          | 4     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| 医療機器の販売名            | 徴収額         | 医療機器管理室                  | 技師の人数 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| アヴェイルLP（アヴェイルリト     | 0           | 1:有                      | 30    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| 区分                  | 病床数         | 徴収金額                     |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| 01:個室               | 54          |                          |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| 01:個室               | 2           | 22,000                   |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| 01:個室               | 12          | 13,200                   |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| 01:個室               | 49          | 6,600                    |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |
| 01:個室               | 62          | 6,380                    |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |               |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |    |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |        |       |       |   |  |         |       |       |   |  |              |       |       |   |  |          |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |       |       |   |  |         |       |       |    |  |        |       |       |   |  |            |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |                |       |  |   |  |          |     |         |       |                 |   |     |    |    |     |      |       |    |  |       |   |        |       |    |        |       |    |       |       |    |       |

[令和 8 年 7 月 1 日      現在   医科]

令和 8 年 7 月 1 日作成 20 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------|-------------|-------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     |             |                               |     | 02: 2 人室 4<br>03: 3 人室 3<br>04: 4 人室 388<br>05: 5 人室以上 46<br>全許可病床数 620床 費用徴収病床数 125床 割合 20.2%<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 3号 徴収開始年月日：平成28年 4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 3号 徴収開始年月日：平成28年 4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 314号 徴収開始年月日：平成22年 4月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>03: (一般入院) 急性期一 2,730 |
| 01,1152,9<br>岐医1152 | 阪野クリニック     | 〒500-8178<br>岐阜市清住町 1－2 2     | 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 375号 徴収開始年月日：平成23年 3月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 3<br>01:個室 1 6,600<br>全許可病床数 4床 費用徴収病床数 1床 割合 25.0%                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 01,1154,5<br>岐医1154 | 大橋・谷 整形外科   | 〒500-8384<br>岐阜市薮田南 3－1 2－1 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 376号 徴収開始年月日：平成23年 5月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 1 16,200<br>01:個室 8 8,640<br>01:個室 10<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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------|------------------|--------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01,1158,6<br>岐医1158 | 操レディースホスピタル      | 〒502-0846<br>岐阜市津島町 6 － 1 9    | 32  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 378号<br>徴収開始年月日：平成23年 9月 1日<br>区分<br>01:個室 17<br>01:個室 4 8,800<br>02: 2 人室 4 2,200<br>03: 3 人室 3<br>04: 4 人室 4<br>全許可病床数 32床 費用徴収病床数 8床 割合 25.0%                                                                                                                                            |
| 01,1160,2<br>岐医1160 | 岩砂病院・岩砂マタニ<br>ティ | 〒502-0812<br>岐阜市八代 1 － 7 － 1   | 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 381号<br>徴収開始年月日：平成24年 2月 1日<br>区分<br>01:個室 2<br>01:個室 1 15,000<br>01:個室 26 8,000<br>01:個室 17 7,000<br>03: 3 人室 6<br>04: 4 人室 80<br>全許可病床数 132床 費用徴収病床数 44床 割合 33.3%<br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 331号<br>徴収開始年月日：平成25年 6月 1日<br>入院料区分<br>08: (一般入院) 急性期一 2,280<br>12: (一般入院) 特別入院 1,050 |
| 01,1196,6<br>岐医1196 | よしの内科クリニック       | 〒500-8227<br>岐阜市北一色二丁目 7 番 1 5 |     | 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 8年 5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) 徴収額 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------|---------------|-----------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01,1202,2<br>岐医1202 | 柳津あおやま眼科クリニック | 〒501-6103<br>岐阜市柳津町蓮池 5 丁目 3 1 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 9号 徴収開始年月日：令和 2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>テクニス マルチフォーカル ワ 22300BZX0027700 221,000<br>テクニス マルチフォーカル ア 22100BZX0019500 221,000<br>アルコン アクリソフ IQ P 23100BZX0004200 343,000<br>アルコン アクリソフ IQ P 23100BZX0004300 398,000<br>クラレオン PanOptix 30200BZX0029400 352,000<br>クラレオン PanOptix 30300BZX0015300 407,000<br>クラレオン ビビティ Exte 30500BZX0004100 352,000<br>テクニス シナジー VB 30200BZX0005500 242,000<br>テクニス シナジー TVB 30200BZX0013900 297,000<br>ファインビジョンHP 30400BZX0019700 352,000<br>Vivinox ジェメトリック 30500BZX0026300 352,000<br>テクニス オデッセイ VB 30600BZX0002400 352,000<br>テクニス オデッセイ TVB 30600BZX0002500 407,000<br>テクニス PureSee 焦点 30600BZX0016700 352,000<br>テクニス PureSee トー 30600BZX0016800 352,000<br>アクリバトリノバPro 30600BZX0018900 352,000<br>クラレオン PanOptix 30200BZX0029300 352,000<br>クラレオン PanOptix 30400BZX0025000 352,000<br>クラレオン ビビティ トーリッ 30700BZX0007900 352,000<br>アクリバトリノバPro トーリ 30700BZX0005300 352,000<br>クラレオン PanOptix 30700BZX0029800 398,000<br>クラレオン PanOptix 30800BZX0001500 398,000 |
| 01,1207,1<br>岐医1207 | 上久保内科クリニック    | 〒502-0052<br>岐阜市長良小松町二丁目 1 0 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 23号 徴収開始年月日：令和 8年 2月 3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) 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------|-------------|-----------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01,1241,0<br>岐医1241 | 岐阜清流病院      | 〒501-1151<br>岐阜市川部3－2 5     | 363 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 405号<br>徴収開始年月日：平成30年 4月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 22<br>01:個室 9 3,300<br>01:個室 4 3,850<br>01:個室 21 6,600<br>01:個室 2 16,500<br>03:3人室 3<br>04:4人室 236<br>05:5人室以上 12<br>全許可病床数 309床 費用徴収病床数 36床 割合 11.7%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 336号<br>徴収開始年月日：平成30年 8月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>07:（一般入院）急性期一 2,240<br>12:（一般入院）特別入院 950 |
| 01,1246,9<br>岐医1246 | 服部耳鼻咽喉科     | 〒500-8212<br>岐阜市日野南3丁目5番15号 | 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 406号<br>徴収開始年月日：平成30年 6月30日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1<br>01:個室 1 10,800<br>01:個室 1 6,400<br>01:個室 1 5,600<br>01:個室 1 1,200<br>04:4人室 4<br>全許可病床数 9床 費用徴収病床数 4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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------|-------------|------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01,1289,9<br>岐医1289 | 真鍋眼科        | 〒500-8847<br>岐阜市金宝町1－11      |     | 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 28号<br>徴収開始年月日：令和 4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>クラレオン PanOptix 30200BZX0029400 290,000<br>クラレオン PanOptix 30300BZX0015300 310,000<br>クラレオン ビビティ Exte 30500BZX0004100 290,000<br>テクニス シナジー VB 30200BZX0005500 290,000<br>テクニス シナジー TVB 30200BZX0013900 310,000<br>Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026300 290,000<br>Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026400 310,000<br>ファインビジョンHP 30400BZX0019700 290,000<br>テクニス オデッセイ VB 30600BZX0002400 290,000<br>テクニス オデッセイ TVB 30600BZX0002500 310,000<br>Vivinex ジェメトリック 30600BZX0022900 290,000<br>Vivinex ジェメトリック 30600BZX0023000 310,000<br>クラレオン ビビティ トーリッ 30700BZX0007900 310,000<br>アクリバトリノパPro 30600BZX0018900 290,000<br>テクニス PureSee 焦点 30600BZX0016700 290,000<br>テクニス PureSee トー 30600BZX0016800 310,000<br>クラレオン PanOptix 30700BZX0029800 310,000<br>クラレオン PanOptix 30800BZX0001500 330,000 |
| 01,1294,9<br>岐医1294 | 福富医院        | 〒501-1109<br>岐阜市安食一丁目87番地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 413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 1<br>01:個室 4 3,300<br>03:3人室 3<br>全許可病床数 8床 費用徴収病床数 4床 割合 50.0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 01,1298,0<br>岐医1298 | 加納眼科        | 〒500-8486<br>岐阜市加納城南通1丁目30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 29号<br>徴収開始年月日：令和 4年 8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>クラレオン PanOptix 30200BZX0029400 282,700<br>クラレオン PanOptix 30300BZX0015300 304,700<br>テクニス シナジー VB 30200BZX0005500 232,100<br>テクニス シナジー TVB 30200BZX0013900 254,100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 01,1302,0<br>岐医302  | 石原産婦人科      | 〒501-3146<br>岐阜市芥見嵯峨二丁目145番地 | 7   | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 415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 6<br>01:個室 1 3,000<br>全許可病床数 7床 費用徴収病床数 1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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------|---------------|----------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01,1305,3<br>岐医1305 | 千手堂病院         | 〒500-8816<br>岐阜市菅原町2丁目21番              | 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 416号<br>徴収開始年月日：令和 4年12月 1日<br>区分<br>01:個室 16 4,500<br>02:2人室 6 2,500<br>04:4人室 28<br>全許可病床数 50床 費用徴収病床数 22床 割合 44.0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 01,1314,5<br>岐医1314 | おぐら産科婦人科クリニック | 〒502-0047<br>岐阜市長良葵町1丁目2番5号            | 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 419号<br>徴収開始年月日：令和 5年12月11日<br>区分<br>01:個室 3<br>01:個室 2 8,000<br>全許可病床数 5床 費用徴収病床数 2床 割合 40.0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 01,1318,6<br>岐医1318 | 西岐阜ほんだクリニック   | 〒500-8381<br>岐阜市市橋三丁目4番1               |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 24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>35:心内 2,200 2,200 2,200 2,200 2,200<br>02:精                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 01,1335,0<br>岐医1335 | 岐阜ほりお眼科       | 〒500-8833<br>岐阜市神田町九丁目27番地 大<br>岐阜ビル4F |     | 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 37号<br>徴収開始年月日：令和 7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>クラレオン PanOptix 30200BZX0029400 300,000<br>クラレオン PanOptix 30200BZX0029300 300,000<br>クラレオン PanOptix 30300BZX0015300 350,000<br>クラレオン PanOptix 30400BZX0025000 350,000<br>クラレオン ビビティ Exte 30500BZX0004100 300,000<br>クラレオン ビビティ トーリッ 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>テクニス オデッセイ VB 30600BZX0002400 320,000<br>テクニス オデッセイ TVB 30600BZX0002500 370,000<br>テクニス PureSee 焦点 30600BZX0016700 320,000<br>テクニス PureSee トー 30600BZX0016800 370,000<br>クラレオン PanOptix 30700BZX0029800 320,000<br>クラレオン PanOptix 30800BZX0001500 370,000 |
| 01,1355,8<br>岐医1355 | Kクリニック岐阜加納    | 〒500-8466<br>岐阜市加納本石町一丁目20番地<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 25号<br>徴収開始年月日：令和 8年 5月18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) 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------|--------------------|--------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 02,0077,7<br>関医77 | 医療法人香徳会 関中<br>中央病院 | 〒501-3919<br>関市平成通 2 － 6 － 1 8 | 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 99号<br>徴収開始年月日：平成11年 7月27日<br>区分<br>01:個室 4<br>01:個室 2 9,900<br>01:個室 13 7,700<br>01:個室 1 5,500<br>02: 2 人室 2<br>02: 2 人室 12 2,200<br>04: 4 人室 116<br>全許可病床数 150床 費用徴収病床数 28床 割合 18.7%<br>入院期間が1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 215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 1,690 |
|                   |                    |                                |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| 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                                                                                               |                                                            |                                                                                       |    |                                                            |                                |                                                            |
|-------------------|-----------------------|--------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 02,0094,2<br>関医94 | 岐阜県厚生農業協同組合連合会 中濃厚生病院 | 〒501-3802<br>関市若草通 5 - 1 | 495 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 164号<br>徴収開始年月日：平成18年 7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>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>70<br>9<br>10<br>112<br>4<br>12<br>228<br>6<br>451床 | 徴収金額<br><br><br>11,000<br>6,600<br>4,950<br><br><br><br><br><br>費用徴収病床数 131床 割合 29.0% |    |                                                            |                                |                                                            |
|                   |                       |                          |     | 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 22号<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,700                        |                                                            |                                                                                       |    |                                                            |                                |                                                            |
|                   |                       |                          |     | 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 22号<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,300                        |                                                            |                                                                                       |    |                                                            |                                |                                                            |
|                   |                       |                          |     | 入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 289号<br>入院料区分<br>03: (一般入院) 急性期一                                       | 対象者数<br><br><br><br>徴収日数<br><br><br><br>徴収料金<br>2,720      |                                                                                       |    |                                                            |                                |                                                            |
|                   |                       |                          |     | 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>販売名<br>FreeStyleリブレ2 (センサー)                                  | 徴収開始年月日：令和 7年11月 1日<br><br><br>徴収額<br>7,700                |                                                                                       |    |                                                            |                                |                                                            |
|                   |                       |                          |     | 02,0109,8<br>関医109                                                                                 | せきレディースクリニック                                               | 〒501-3255<br>関市段下 2 8 - 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 300号<br>徴収開始年月日：平成17年 1月 1日 |                                |                                                            |
|                   |                       |                          |     |                                                                                                    |                                                            |                                                                                       |    | 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        | 病床数<br>8<br>7<br>2<br>2<br>19床 | 徴収金額<br><br>8,000<br>10,000<br><br><br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------|-------------|----------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 02,0160,1<br>関医160 | 関セントラル眼科    | 〒501-3296<br>関市倉知5 1 6 番地マーゴ本館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 41号<br>徴収開始年月日：令和 7年10月16日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>クラレオン PanOptix 30200BZX0029300 275,000<br>クラレオン PanOptix 30400BZX0025000 295,000<br>クラレオン ビビティ Exte 30500BZX0004100 275,000<br>テクニス オデッセイ V B 30600BZX0002400 250,000<br>テクニス オデッセイ T V B 30600BZX0002500 275,000<br>Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026300 265,000<br>Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026400 285,000<br>Vivinex ジェメトリック 30600BZX0022900 265,000<br>Vivinex ジェメトリック 30600BZX0023000 285,000<br>クラレオン PanOptix 30700BZX0029800 295,000<br>クラレオン PanOptix 30800BZX0001500 315,000 |
| 03,0032,0<br>美医32  | 美濃市立美濃病院    | 〒501-3746<br>美濃市中央4－3            | 122 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 277号<br>徴収開始年月日：平成15年 6月24日<br>区分<br>01:個室 2 11,000<br>01:個室 16 6,050<br>01:個室 6 5,500<br>02: 2 人室 2<br>04: 4 人室 96<br>全許可病床数 122床 費用徴収病床数 24床 割合 19.7%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                    |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| 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                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------|-------------|---------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 04,0003,9<br>羽島医3                | 羽島市民病院      | 〒501-6206<br>羽島市新生町3－246  | 271 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 465号<br>治験薬名称<br>DS－5565<br>徴収開始年月日：平成11年 7月 1日<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>1:内服薬 2:第Ⅱ相 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 168号<br>徴収開始年月日：平成28年 8月 1日                                                                                                            |
|                                  |             |                           |     | 区分 病床数 徴収金額                                                                                                                                                           |
|                                  |             |                           |     | 01:個室 10                                                                                                                                                              |
|                                  |             |                           |     | 01:個室 34 3,300                                                                                                                                                        |
|                                  |             |                           |     | 01:個室 5 4,400                                                                                                                                                         |
|                                  |             |                           |     | 01:個室 5 5,500                                                                                                                                                         |
|                                  |             |                           |     | 01:個室 23 7,700                                                                                                                                                        |
|                                  |             |                           |     | 01:個室 2 16,500                                                                                                                                                        |
|                                  |             |                           |     | 02:2人室 4                                                                                                                                                              |
| 03:3人室 39                        |             |                           |     |                                                                                                                                                                       |
| 04:4人室 116                       |             |                           |     |                                                                                                                                                                       |
| 05:5人室以上 6                       |             |                           |     |                                                                                                                                                                       |
| 全許可病床数 244床 費用徴収病床数 69床 割合 28.3% |             |                           |     |                                                                                                                                                                       |
| 04,0098,9<br>羽島医98               | あさこう眼科クリニック | 〒501-6244<br>羽島市竹鼻町丸の内1－8 | 3   | 200床以上の病院の初診<br>(病院初診) 第 47号<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>2,200<br>徴収開始年月日：平成14年 9月 1日                                                                                       |
|                                  |             |                           |     | 入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 329号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>03:（一般入院）急性期一 2,720<br>徴収開始年月日：平成15年 4月 1日                                                                |
|                                  |             |                           |     | 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 31号<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>クラレオン PanOptix 30200BZX0029400 280,000<br>クラレオン PanOptix 30300BZX0015300 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                                                             |
|---------------------|-------------|-----------------------------|-----|------------------------------------------------------------------|
| 04,0112,8<br>羽島医112 | アイリスベルクリニック | 〒501-6244<br>羽島市竹鼻町丸の内4丁目6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 411号<br>徴収開始年月日：令和 3年 6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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------|---------------------|----------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 05,0072,1<br>各医72 | 公立学校共済組合 東<br>海中央病院 | 〒504-0816<br>各務原市蘇原東島町 4 - 6 - 2 | 304 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 466号<br>治験薬名称<br>徴収開始年月日：平成11年 7月 1日<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<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 128号<br>徴収開始年月日：平成11年 7月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 22<br>01:個室 2 11,000<br>01:個室 3 8,800<br>01:個室 17 6,600<br>01:個室 25 5,500<br>01:個室 4 4,400<br>04: 4 人室 200<br>全許可病床数 273床 費用徴収病床数 51床 割合 18.7%<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 20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 20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><br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 298号 徴収開始年月日：平成17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 2,640<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 27号 徴収開始年月日：令和 8年 6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) 6,875 |
|                   |                     |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------|------------------|---------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 05,0092,9<br>各医92  | 小林内科             | 〒509-0135<br>各務原市鷺沼羽場町 3－1 7 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 115号<br>徴収開始年月日：平成21年 4月 1日<br>区分<br>01:個室 1 5,500<br>01:個室 2 3,300<br>03:3人室 6<br>03:3人室 6 330<br>04:4人室 4<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 9床 割合 47.4%                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 05,0100,0<br>各医100 | 医療法人秀幸会 横山<br>病院 | 〒504-0964<br>各務原市那加元町 8         | 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 169号<br>徴収開始年月日：平成19年 7月 1日<br>区分<br>01:個室 1 1,650<br>02:2人室 4<br>03:3人室 15<br>全許可病床数 20床 費用徴収病床数 1床 割合 5.0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 05,0128,1<br>各医128 | 石田眼科             | 〒509-0146<br>各務原市鷺沼三ツ池町 5－2 1 2 | 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 39号<br>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>クラレオン ビビティ Exte 30500BZX0004100 240,000<br>クラレオン ビビティ トーリッ 30700BZX0007900 260,000<br>クラレオン PanOptix 30200BZX0029400 240,000<br>クラレオン PanOptix 30300BZX0015300 260,000<br>クラレオン PanOptix 30200BZX0029300 240,000<br>クラレオン PanOptix 30400BZX0025000 260,000<br>クラレオン PanOptix 30700BZX0029800 270,000<br>クラレオン PanOptix 30800BZX0001500 290,000 |
| 05,0133,1<br>各医133 | 村上医院耳鼻咽喉科        | 〒504-0803<br>各務原市蘇原東門町 2－7 8    | 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 204号<br>徴収開始年月日：平成12年 7月 1日<br>区分<br>01:個室 7<br>01:個室 1 5,000<br>全許可病床数 8床 費用徴収病床数 1床 割合 12.5%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 05,0179,4<br>各医179 | 永田産婦人科           | 〒504-0968<br>各務原市那加西野町 1 9 0    | 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 252号<br>徴収開始年月日：平成22年 7月 1日<br>区分<br>01:個室 11<br>01:個室 4 6,600<br>03:3人室 3 1,100<br>全許可病床数 18床 費用徴収病床数 7床 割合 38.9%                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                    |                  |                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |



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                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------|--------------------|-------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 05,0188,5<br>各医188 | 医療法人杏野会 各務<br>原病院  | 〒504-0861<br>各務原市東山1－6 0      | 157 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 487号<br>治験薬名称 R 0 4 9 1 7 8 3 8<br>アセナピン<br>徴収開始年月日：平成26年 7月15日<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 1<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 3<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 382号<br>徴収開始年月日：平成24年 3月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 7<br>01:個室 29 4,250<br>04:4人室 84<br>全許可病床数 120床 費用徴収病床数 29床 割合 24.2% |
| 05,0209,9<br>各医209 | 恒川医院               | 〒509-0125<br>各務原市鵜沼南町5－3 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 25号<br>徴収開始年月日：令和 3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>アルコン アクリソフ IQ P 23100BZX0004200 240,000                                                                                                                                                            |
| 05,0223,0<br>各医223 | 横山産院               | 〒504-0831<br>各務原市蘇原瑞穂町2－6 0－1 | 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 377号<br>徴収開始年月日：平成23年 5月20日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 4<br>01:個室 4 3,000<br>全許可病床数 8床 費用徴収病床数 4床 割合 50.0%                                                                                                                                                                         |
| 05,0228,9<br>各医228 | 各務原リハビリテーシ<br>ョン病院 | 〒509-0124<br>各務原市鵜沼山崎町6－8－2   | 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 380号<br>徴収開始年月日：平成25年 1月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 6 3,060<br>02:2人室 4<br>04:4人室 108<br>全許可病床数 118床 費用徴収病床数 6床 割合 5.1%<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 8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>FreeStyleリブレ2 (センサー) 8,800<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                                                                                                                                                                                          |
|--------------------|-----------------|----------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 05,0241,2<br>各医241 | フェニックス総合クリニック   | 〒509-0141<br>各務原市鵜沼各務原町6丁目50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 397号<br>徴収開始年月日：平成26年11月 4日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 2<br>01:個室 1 7,700<br>01:個室 4 3,300<br>04:4人室 12<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 5床 割合 26.3%                   |
| 05,0242,0<br>各医242 | フェニックス在宅支援クリニック | 〒509-0141<br>各務原市鵜沼各務原町6丁目50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 398号<br>徴収開始年月日：平成27年 1月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 7,700<br>01:個室 4 3,300<br>02:2人室 2<br>04:4人室 12<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 5床 割合 26.3%                  |
| 05,0259,4<br>各医259 | おおの内科・内視鏡クリニック  | 〒509-0144<br>各務原市鵜沼大伊木町2-85-1    |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 19号<br>徴収開始年月日：平成30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>1,000 1,000<br>時間外診察等<br>(時間外診察) 第 12号<br>徴収額<br>500<br>1,000                                                   |
| 05,0265,1<br>各医265 | 榊原整形外科          | 〒509-0141<br>各務原市鵜沼各務原町3丁目550番地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 408号<br>徴収開始年月日：令和 2年 1月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 2 6,000<br>01:個室 1 5,000<br>02:2人室 2<br>02:2人室 6 2,000<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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------|-------------|---------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 05,0269,3<br>各医269 | 玉田眼科クリニック   | 〒504-0816<br>各務原市蘇原東島町三丁目105番地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 23号 徴収開始年月日：令和 2年11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>テクニス シンフォニー VB 22900BZX0000500 188,000<br>テクニス シンフォニー トーリ 22900BZX0036000 243,000<br>テクニス マルチフォーカル ワ 22300BZX0027700 188,000<br>アルコン アクリソフ IQ レ 22600BZX0017900 199,000<br>アルコン アクリソフ IQ レ 22700BZX0000600 243,000<br>アルコン アクリソフ IQ P 23100BZX0004200 265,000<br>アルコン アクリソフ IQ P 23100BZX0004300 281,500<br>テクニス シナジー VB 30200BZX0005500 234,000<br>テクニス シナジー TVB 30200BZX0013900 256,000 |
| 06,0053,9<br>羽医53  | 愛生病院        | 〒501-6035<br>羽島郡笠松町円城寺971       | 117 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 86号 徴収開始年月日：平成11年12月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 2<br>01:個室 2 3,300<br>01:個室 1 2,750<br>02:2人室 2<br>02:2人室 6 2,200<br>04:4人室 104<br>全許可病床数 117床 費用徴収病床数 9床 割合 7.7%                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                    |             |                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------|-------------|------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 06,0057,0<br>羽医57 | 松波総合病院      | 〒501-6062<br>羽島郡笠松町田代1 8 5－1 | 501 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 467号<br>徴収開始年月日：平成11年 7月 1日<br>治験薬名称<br>GW6 8 5 6 9 8＋／GW6 4 2<br>MK－9 5 4 H<br>CS－7 4 7 S<br>AS－3 2 0 1<br>内・注・外 区分<br>3:外用薬 3:第Ⅲ相<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相<br>対象患者数 徴収額<br>10<br>8<br>12<br>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 100号<br>徴収開始年月日：平成11年 7月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 46<br>01:個室 3 5,500<br>01:個室 2 7,700<br>01:個室 20 16,500<br>01:個室 1 27,500<br>02: 2 人室 2<br>02: 2 人室 4 1,100<br>02: 2 人室 3 2,200<br>02: 2 人室 11 3,300<br>02: 2 人室 10 5,500<br>03: 3 人室 3<br>04: 4 人室 396<br>全許可病床数 501床 費用徴収病床数 54床 割合 10.8%<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 4号<br>徴収開始年月日：平成28年 4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 4号<br>徴収開始年月日：平成28年 4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 4号<br>徴収開始年月日：平成18年 7月 1日<br>診療の名称 徴収額<br>01:検査 1,210<br>01:検査 1,188 |

| 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 18号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>03: (一般入院) 急性期一 2,200<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 17号<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>クラレオン PanOptix 30700BZX0029800 265,000<br>クラレオン PanOptix 30800BZX0001500 285,000 |
| 06,0079,4<br>羽医79 | 羽島クリニック       | 〒501-6065<br>羽島郡笠松町門間５７８－１ | 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 374号<br>徴収開始年月日：平成22年 1月11日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 5<br>01:個室 1 12,000<br>01:個室 5 4,100<br>01:個室 3 3,300<br>02: 2人室 4<br>全許可病床数 18床 費用徴収病床数 9床 割合 50.0%                                                                       |
| 06,0094,3<br>羽医94 | まつなみ健康増進クリニック | 〒501-6061<br>羽島郡笠松町泉町１０    | 10  | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 491号<br>徴収開始年月日：平成30年 7月31日<br>治験薬名称 内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>YLB113 2:注射薬 3:第Ⅲ相 4<br>BAY85－3934 1:内服薬 3:第Ⅲ相 3<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 4号<br>徴収開始年月日：平成18年 7月 1日<br>診療の名称 徴収額<br>01:検査 1,210<br>01:検査 1,188           |
| 06,0097,6<br>羽医97 | サンライズクリニック    | 〒501-6004<br>羽島郡岐南町野中３－２２０ | 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 275号<br>徴収開始年月日：平成15年 4月22日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 4<br>01:個室 2 1,500<br>全許可病床数 6床 費用徴収病床数 2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                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------|---------------------|-----------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 06,0105,7<br>羽医105 | 北田内科クリニック           | 〒501-6018<br>羽島郡岐南町下印食 2－4 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 14号 徴収開始年月日：平成29年 7月20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 フラ 8,000 2:無                                                                                                                                                           |
| 06,0124,8<br>羽医124 | 岐南眼科                | 〒501-6018<br>羽島郡岐南町下印食 1－1 4 9－2  |     | 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 44号 徴収開始年月日：令和 8年 3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>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026300 297,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026400 330,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0022900 297,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0023000 330,000 |
| 06,0137,0<br>羽医137 | けやきクリニック            | 〒501-6003<br>羽島郡岐南町平島 5－1 1 8     |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 3号 徴収開始年月日：令和 6年10月 1日<br>販売名 徴収額<br>FreeStyleリブレ 2 (センサー) 7,200                                                                                                                                                                                   |
| 06,0140,4<br>羽医140 | 岐南ほんだクリニック          | 〒501-6002<br>羽島郡岐南町三宅八丁目 1 3 7 番地 |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 22号 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>35:心内 2,200 2,200 2,200 2,200 2,200<br>02:精                                                                                                                                                            |
| 06,0143,8<br>羽医143 | ひらたクリニック            | 〒501-6062<br>羽島郡笠松町田代 3 2 5 番 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 徴収開始年月日：令和 7年12月12日<br>販売名 徴収額<br>FreeStyleリブレ 2 (センサー) 7,200<br>FreeStyleリブレ 2 (reader) 7,200                                                                                                                                                 |
| 07,0117,0<br>本医117 | いとうレディースケア<br>クリニック | 〒501-0431<br>本巣郡北方町北方 3 1 9 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 49号 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 4<br>01:個室 9 3,150<br>02: 2人室 6<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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------|-----------------------|-----------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 07,0123,8<br>本医123 | 医療法人若葉会 さとうファミリークリニック | 〒501-0434<br>本巣郡北方町小柳 1－9 5       | 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 143号<br>徴収開始年月日：平成12年 2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 1 3,000<br>01:個室 1 2,000<br>02: 2 人室 6<br>02: 2 人室 2 1,500<br>03: 3 人室 3<br>04: 4 人室 4<br>全許可病床数 18床 費用徴収病床数 5床 割合 27.8%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 07,0144,4<br>本医144 | 北方在宅クリニック             | 〒501-0444<br>本巣郡北方町柱本白坪二丁目 3 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 15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) 7,480<br>FreeStyleリブレ2 (reader) 7,800                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 07,0145,1<br>本医145 | いぬづか眼科                | 〒501-0441<br>本巣郡北方町曲路三丁目 2 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 40号<br>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<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 V B 30600BZX0002400 240,000<br>テクニス オデッセイ T V B 30600BZX0002500 265,000<br>テクニス PureSee 焦点 30600BZX0016700 245,000<br>テクニス PureSee トー 30600BZX0016800 270,000<br>Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026300 250,000<br>Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026400 275,000<br>ファインビジョンH P 30400BZX0019700 245,000                                                                                                                                                                                                               |
| 07,0152,7<br>本医152 | もとす北方眼科               | 〒501-0426<br>本巣郡北方町東加茂 3 丁目 1 5 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 34号<br>徴収開始年月日：令和 6年 5月28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>クラレオン PanOptix 30200BZX0029400 262,000<br>クラレオン PanOptix 30300BZX0015300 284,000<br>クラレオン PanOptix 30200BZX0029300 262,000<br>クラレオン PanOptix 30400BZX0025000 284,000<br>クラレオン ビビティ Exte 30500BZX0004100 262,000<br>テクニス シナジー VB 30200BZX0005500 234,000<br>テクニス シナジー TVB 30200BZX0013900 256,000<br>ファインビジョンH P 30400BZX0019700 229,000<br>Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026300 262,000<br>Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026400 284,000<br>テクニス オデッセイ V B 30600BZX0002400 245,000<br>テクニス オデッセイ T V B 30600BZX0002500 267,000 |
|                    |                       |                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08,0018,8<br>山医18 | 岐阜県厚生農業協同組合連合会 岐阜・西濃医療センター 岐北厚生病院 | 〒501-2105<br>山県市高富1 1 8 7 - 3 | 262 | <div>医薬品の治験に係る診療<br/>(治験診療) 第 468号<br/>治験薬名称<br/>徴収開始年月日：平成11年 7月 1日<br/>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額</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 12号<br/>徴収開始年月日：平成10年 9月 1日<br/>区分 病床数 徴収金額<br/>01:個室 18<br/>01:個室 3 11,000<br/>01:個室 4 6,600<br/>01:個室 14 5,500<br/>01:個室 34 3,850<br/>01:個室 20 3,300<br/>02: 2 人室 2<br/>04: 4 人室 132<br/>05: 5 人室以上 35<br/>全許可病床数 262床 費用徴収病床数 75床 割合 28.6%</div> <div>2 0 0 床以上の病院の初診<br/>(病院初診) 第 12号<br/>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br/>2,200</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 21号<br/>徴収開始年月日：平成17年12月 1日<br/>診療の名称 徴収額<br/>01:検査 1,510<br/>01:検査 1,490<br/>02:リハビリテーション 2,695<br/>02:リハビリテーション 1,930<br/>02:リハビリテーション 2,040<br/>01:検査 1,760<br/>01:検査 1,760<br/>02:リハビリテーション 2,260<br/>02:リハビリテーション 1,980</div> <div>入院期間が1 8 0 日を超える入院<br/>(超過入院) 第 330号<br/>徴収開始年月日：平成19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 2,720</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                                                                                                                      |                                                                    |                                                                                         |     |                                                            |                                       |                                               |     |          |
|-------------------|-------------------|---------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|-----|----------|
| 10,0074,7<br>郡医74 | 社会医療法人白鳳会<br>鷺見病院 | 〒501-5121<br>郡上市白鳥町白鳥 2－1 | 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 82号<br>徴収開始年月日：平成28年 4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>02: 2 人室<br>03: 3 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>8<br>1<br>18<br>1<br>2<br>6<br>15<br>56<br>30<br>12<br>149床 | 徴収金額<br><br><br>6,600<br>3,850<br>2,750<br>2,200<br><br><br><br><br><br><br><br>費用徴収病床数 | 22床 | 割合 14.8%                                                   |                                       |                                               |     |          |
|                   |                   |                           |     | 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 17号<br>徴収開始年月日：平成18年 4月 1日                                                            |                                                                    |                                                                                         |     |                                                            |                                       |                                               |     |          |
|                   |                   |                           |     | 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>01: 検査<br>01: 検査<br>02: リハビリテーション                             | 徴収額<br><br>1,998<br>2,160<br>1,890<br>1,120<br>1,170<br>1,576      |                                                                                         |     |                                                            |                                       |                                               |     |          |
|                   |                   |                           |     | 入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 307号<br>徴収開始年月日：平成17年 7月 1日                                                                   |                                                                    |                                                                                         |     |                                                            |                                       |                                               |     |          |
|                   |                   |                           |     | 入院料区分<br>40: (一般入院) 10対1<br>40: (一般入院) 10対1                                                                               | 対象者数<br><br>徴収日数<br><br>徴収料金<br>2,050<br>1,460                     |                                                                                         |     |                                                            |                                       |                                               |     |          |
|                   |                   |                           |     |                                                                                                                           |                                                                    |                                                                                         |     |                                                            |                                       |                                               |     |          |
|                   |                   |                           |     | 10,0099,4<br>郡医99                                                                                                         | 県北西部地域医療セン<br>ター国保白鳥病院                                             | 〒501-5122<br>郡上市白鳥町為真 1 2 0 5－1                                                         | 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 289号<br>徴収開始年月日：平成20年 4月 1日 |                                       |                                               |     |          |
|                   |                   |                           |     |                                                                                                                           |                                                                    |                                                                                         |     | 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     | 病床数<br>4<br>6<br>4<br>32<br>46床       | 徴収金額<br>1,100<br>3,300<br><br><br><br>費用徴収病床数 | 10床 | 割合 21.7% |
|                   |                   |                           |     |                                                                                                                           |                                                                    |                                                                                         |     | 入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 239号<br>徴収開始年月日：平成17年 7月 1日    |                                       |                                               |     |          |
|                   |                   |                           |     |                                                                                                                           |                                                                    |                                                                                         |     | 入院料区分<br>40: (一般入院) 10対1                                   | 対象者数<br><br>徴収日数<br><br>徴収料金<br>1,900 |                                               |     |          |
|                   |                   |                           |     |                                                                                                                           |                                                                    |                                                                                         |     |                                                            |                                       |                                               |     |          |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------|----------------------|------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10,0109,1<br>郡医109 | 郡上市民病院               | 〒501-4222<br>郡上市八幡町島谷1 2 6 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 336号<br>徴収開始年月日：平成18年 5月 8日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 23 4,400<br>01:個室 10 6,600<br>02: 2 人室 14<br>04: 4 人室 69<br>全許可病床数 116床 費用徴収病床数 33床 割合 28.4%<br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 300号<br>徴収開始年月日：平成18年 5月 8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 |
| 11,0050,5<br>多医50  | 社会医療法人厚生会<br>多治見市民病院 | 〒507-0042<br>多治見市前畑町3－4 3    | 250 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 469号<br>徴収開始年月日：平成11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>入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 102号<br>徴収開始年月日：平成11年 7月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 29<br>01:個室 4 8,360<br>01:個室 50 4,400<br>01:個室 4 2,640<br>03: 3 人室 9<br>04: 4 人室 152<br>全許可病床数 248床 費用徴収病床数 58床 割合 23.4% |
| 11,0087,7<br>多医87  | 多治見クリニック             | 〒507-0037<br>多治見市音羽町2－5 1    | 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 213号<br>徴収開始年月日：平成16年 7月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 4 3,300<br>02: 2 人室 2 1,650<br>04: 4 人室 12<br>全許可病床数 18床 費用徴収病床数 6床 割合 33.3%                                                                                                                                |
| 11,0105,7<br>多医105 | 水田クリニック              | 〒507-0037<br>多治見市音羽町1－2 8    |     | 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<br>徴収開始年月日：平成29年 5月15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 7,700 2:無<br>FreeStyleリブレセンサ 7,700 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                                                                                                                                                                                              |
|--------------------|--------------|------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11,0113,1<br>多医113 | 浜田浅井医院       | 〒507-0041<br>多治見市太平町 1 － 5         | 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 256号<br>徴収開始年月日：平成13年10月26日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 2 5,000<br>01:個室 1 4,000<br>01:個室 1 3,000<br>01:個室 1 2,000<br>04:4人室 8<br>全許可病床数 13床 費用徴収病床数 5床 割合 38.5% |
| 11,0116,4<br>多医116 | 池庭医院         | 〒507-0025<br>多治見市宮前町 2 － 1 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 5号<br>徴収開始年月日：令和 6年12月 2日<br>販売名<br>徴収額<br>FreeStyleリブレ2 (センサー) 7,000<br>FreeStyleリブレ2 (reader) 7,000                                                              |
| 11,0124,8<br>多医124 | サニーサイドホスピタル  | 〒507-0007<br>多治見市小名田町西ケ洞 1 － 3 2 5 | 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 273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 2 3,300<br>02:2人室 8 1,650<br>04:4人室 40<br>全許可病床数 50床 費用徴収病床数 10床 割合 20.0%                                |
| 11,0126,3<br>多医126 | 中西ウィメンズクリニック | 〒507-0024<br>多治見市大正町 1 － 4 5       | 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 276号<br>徴収開始年月日：平成15年 7月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 3<br>01:個室 7 5,000<br>02:2人室 4<br>全許可病床数 14床 費用徴収病床数 7床 割合 50.0%                                         |
| 11,0129,7<br>多医129 | 安藤クリニック      | 〒507-0034<br>多治見市豊岡町 3 － 6 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 294号<br>徴収開始年月日：平成16年 4月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1<br>01:個室 1 9,900<br>01:個室 8 7,700<br>03:3人室 9<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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------|-------------|------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11,0142,0<br>多医142 | 幸クリニック      | 〒507-0077<br>多治見市幸町 7 - 2 8 - 1 4  | 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 417号<br>徴収開始年月日：平成27年12月 1日<br>区分<br>01:個室 3 1,000<br>04: 4 人室 16<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 3床 割合 15.8%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 11,0152,9<br>多医152 | タジミ第一病院     | 〒507-0007<br>多治見市小名田町西ヶ洞 1 - 6 4 8 | 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 367号<br>徴収開始年月日：平成21年 9月14日<br>区分<br>01:個室 4 5,000<br>01:個室 18 3,000<br>04: 4 人室 28<br>全許可病床数 50床 費用徴収病床数 22床 割合 44.0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 11,0155,2<br>多医155 | 倉知眼科        | 〒507-0827<br>多治見市平和町 7 - 7 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 20号<br>徴収開始年月日：令和 2年 7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 IQ レ 22600BZX0017900 200,000<br>アルコン アクリソフ IQ レ 22700BZX0000600 220,000<br>アルコン アクリソフ IQ レ 22000BZX0097000 200,000<br>アルコン アクリソフ IQ レ 22600BZX0000700 220,000<br>クラレオン PanOptix 30200BZX0029400 260,000<br>クラレオン PanOptix 30300BZX0015300 290,000<br>テクニス マルチフォーカル ワ 22300BZX0027700 150,000<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 22900BZX0036000 210,000<br>テクニス シナジー VB 30200BZX0005500 270,000<br>テクニス シナジー TVB 30200BZX0013900 290,000<br>クラレオン ビビティ Exte 30500BZX0004100 260,000<br>Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026300 280,000<br>Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026400 309,000<br>テクニス オデッセイ V B 30600BZX0002400 300,000<br>テクニス オデッセイ T V B 30600BZX0002500 330,000<br>クラレオン PanOptix 30200BZX0029300 260,000<br>クラレオン PanOptix 30400BZX0025000 290,000<br>クラレオン ビビティ トーリッ 30700BZX0007900 309,000<br>Vivinex ジェメトリック 30600BZX0022900 280,000<br>Vivinex ジェメトリック 30600BZX0023000 309,000<br>テクニス PureSee 焦点 30600BZX0016700 280,000<br>テクニス PureSee トー 30600BZX0016800 309,000<br>クラレオン PanOptix 30700BZX0029800 320,000<br>クラレオン PanOptix 30800BZX0001500 349,000 |
|                    |             |                                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------|-------------|---------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11,0156,0<br>多医156 | 岐阜県立多治見病院   | 〒507-8522<br>多治見市前畑町5－161 | 539 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 470号<br>治験薬名称<br>SI-6603<br>徴収開始年月日：平成22年 4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 8<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 368号<br>徴収開始年月日：平成22年 4月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 73<br>01:個室 1 26,070<br>01:個室 1 15,290<br>01:個室 4 9,790<br>01:個室 8 8,140<br>01:個室 119 6,820<br>01:個室 18 7,040<br>01:個室 5 5,390<br>01:個室 4 3,740<br>02:2人室 6<br>02:2人室 30 3,740<br>02:2人室 8 4,620<br>03:3人室 6<br>04:4人室 184<br>05:5人室以上 35<br>全許可病床数 502床 費用徴収病床数 198床 割合 39.4%<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 5号 徴収開始年月日：平成28年 4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 5号 徴収開始年月日：平成28年 4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180日を超える入院<br>(超過入院) 第 311号 徴収開始年月日：平成22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 2,050 |
|                    |             |                           |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------|----------------|------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11,0171,9<br>多医171 | たじみ陶都眼科        | 〒507-0042<br>多治見市前畑町4丁目121番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 5号 徴収開始年月日：令和 2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>クラレオン ビビティ Exte 30500BZX0004100 270,000<br>クラレオン PanOptix 30200BZX0029400 270,000<br>クラレオン PanOptix 30300BZX0015300 290,000<br>クラレオン PanOptix 30700BZX0029800 285,000<br>クラレオン PanOptix 30800BZX0001500 305,000 |
| 12,0015,6<br>美加医15 | 中部脳リハビリテーション病院 | 〒505-0034<br>美濃加茂市古井町下古井590  | 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 414号 徴収開始年月日：令和 4年 8月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 2<br>01:個室 7 5,500<br>01:個室 3 3,850<br>01:個室 1 3,300<br>02:2人室 12<br>03:3人室 3<br>04:4人室 32<br>05:5人室以上 48<br>全許可病床数 108床 費用徴収病床数 11床 割合 10.2%                                                                                           |
| 12,0071,9<br>美加医71 | 医療法人 岩永耳鼻咽喉科   | 〒505-0035<br>美濃加茂市大手町2-28    | 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 349号 徴収開始年月日：平成20年 3月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 4<br>01:個室 1 3,000<br>01:個室 1 2,000<br>全許可病床数 6床 費用徴収病床数 2床 割合 33.3%                                                                                                                                                                    |
|                    |                |                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------|--------------|--------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12,0079,2<br>美加医79 | 太田病院         | 〒505-0041<br>美濃加茂市太田町 2 8 5 5 - 1    | 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 296号 徴収開始年月日：平成20年 6月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 5 6,000<br>01:個室 5 5,000<br>01:個室 3 3,000<br>02:2人室 2<br>02:2人室 2 2,000<br>04:4人室 72<br>全許可病床数 89床 費用徴収病床数 15床 割合 16.9%<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 6号 徴収開始年月日：令和 7年 4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) 7,000                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 12,0080,0<br>美加医80 | 太田メディカルクリニック | 〒505-0041<br>美濃加茂市太田町 2 8 2 5        |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 7号 徴収開始年月日：令和 7年 4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) 7,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 12,0088,3<br>美加医88 | ふかがや眼科       | 〒505-0034<br>美濃加茂市古井町下古井 2 9 7 2 - 3 | 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 7号 徴収開始年月日：令和 2年 4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>アルコン アクリソフ IQ P 23100BZX0004200 220,000<br>アルコン アクリソフ IQ P 23100BZX0004300 242,000<br>アルコン アクリソフ IQ レ 22000BZX0097000 154,000<br>アルコン アクリソフ IQ レ 22600BZX0000700 170,500<br>アルコン アクリソフ IQ レ 22600BZX0017900 154,000<br>アルコン アクリソフ IQ レ 22700BZX0000600 170,500<br>テクニス シンフォニー VB 22900BZX0000500 154,000<br>テクニス シンフォニー トーリ 22900BZX0036000 165,000<br>クラレオン PanOptix 30200BZX0029400 250,000<br>クラレオン PanOptix 30300BZX0015300 275,000<br>クラレオン ビビティ Exte 30500BZX0004100 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------|-------------|-------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12,0096,6<br>美加医096 | 中部国際医療センター  | 〒505-8510<br>美濃加茂市健康のまち一丁目1番地 | 502 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 412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 28<br>01:個室 2 33,000<br>01:個室 101 11,000<br>03:3人室 3<br>04:4人室 368<br>全許可病床数 502床 費用徴収病床数 103床 割合 20.5%<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 17号<br>徴収開始年月日：令和 4年 1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 17号<br>徴収開始年月日：令和 4年 1月 1日<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,300<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 12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 (センサー) 7,000<br>FreeStyleリブレ2 (reader) 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------|------------------|--------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12,0101,4<br>美加医101 | みのかも藤井眼科         | 〒505-0031<br>美濃加茂市新池町 2 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 43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>クラレオン ビビティ Exte 30500BZX0004100 300,000<br>クラレオン ビビティ トーリッ 30700BZX0007900 350,000<br>クラレオン PanOptix 30200BZX0029300 300,000<br>クラレオン PanOptix 30400BZX0025000 350,000<br>クラレオン PanOptix 30200BZX0029400 300,000<br>クラレオン PanOptix 30300BZX0015300 350,000<br>テクニス オデッセイ V B 30600BZX0002400 300,000<br>テクニス オデッセイ T V B 30600BZX0002500 350,000<br>テクニス PureSee 焦点 30600BZX0016700 300,000<br>テクニス PureSee トー 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>クラレオン PanOptix 30700BZX0029800 330,000<br>クラレオン PanOptix 30800BZX0001500 380,000 |
| 13,0062,6<br>加医62   | 医療法人白水会 白川<br>病院 | 〒509-1106<br>加茂郡白川町坂ノ東 5 7 7 0 | 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 395号 徴収開始年月日：平成18年 4月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 5<br>01:個室 9 3,300<br>01:個室 2 5,500<br>01:個室 4 6,600<br>01:個室 1 7,700<br>01:個室 1 8,800<br>01:個室 1 11,000<br>02: 2 人室 14<br>02: 2 人室 4 3,300<br>03: 3 人室 6<br>04: 4 人室 72<br>05: 5 人室以上 5<br>全許可病床数 124床 費用徴収病床数 22床 割合 17.7%<br>入院期間が 1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 26号 徴収開始年月日：平成14年10月 9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) 地域一般 1,810                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                     |                  |                                |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------|-------------------|-----------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13,0085,7<br>加医85  | 伊佐治病院             | 〒505-0302<br>加茂郡八百津町錦織 1 5 3 0 - 2<br>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 249号<br>徴収開始年月日：平成13年 4月 1日<br>区分<br>01:個室 12 3,000<br>04: 4 人室 36<br>全許可病床数 48床 費用徴収病床数 12床 割合 25.0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 13,0092,3<br>加医92  | かわべ眼科             | 〒509-0304<br>加茂郡川辺町中川辺 2 0 5 - 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 10号<br>徴収開始年月日：令和 2年 4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>アルコン アクリソフ IQ レ 22000BZX0097000 270,000<br>アルコン アクリソフ IQ P 23100BZX0004200 330,000<br>アルコン アクリソフ IQ レ 22600BZX0017900 150,000<br>アルコン アクリソフ IQ レ 22600BZX0000700 305,000<br>アルコン アクリソフ IQ P 23100BZX0004300 363,000<br>アルコン アクリソフ IQ レ 22700BZX0000600 185,000<br>エイエフー1 アイシー 22300BZX0042700 175,000<br>テクニス マルチフォーカル ワ 22300BZX0027700 210,000 |
| 13,0094,9<br>加医94  | 医療法人社団麟生会<br>田原医院 | 〒509-0304<br>加茂郡川辺町中川辺 1 5 4 4          | 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 341号<br>徴収開始年月日：平成19年 5月 1日<br>区分<br>01:個室 3 3,000<br>04: 4 人室 16<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 3床 割合 15.8%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 13,0101,2<br>加医101 | 伊佐治医院             | 〒505-0303<br>加茂郡八百津町伊岐津志 1 5 1 8<br>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 410号<br>徴収開始年月日：令和 2年 3月 1日<br>区分<br>01:個室 2<br>01:個室 2 3,000<br>01:個室 1 2,000<br>01:個室 6 1,000<br>02: 2 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%                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 14,0059,0<br>可医59  | 御嵩クリニック           | 〒505-0116<br>可児郡御嵩町御嵩 6 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 218号<br>徴収開始年月日：平成12年 7月 1日<br>区分<br>01:個室 2 2,100<br>01:個室 2 1,050<br>05: 5 人室以上 15<br>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                                                                                                                                                                                              |
|-------------------|-------------|------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14,0061,6<br>可医61 | 桃井病院        | 〒505-0121<br>可児郡御嵩町中 2 1 6 3       | 75  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 272号<br>徴収開始年月日：平成24年 3月 1日<br>区分<br>01:個室 6 4,100<br>01:個室 1 3,500<br>01:個室 9 2,100<br>02: 2 人室 4<br>03: 3 人室 3<br>04: 4 人室 52<br>全許可病床数 75床 費用徴収病床数 16床 割合 21.3% |
| 14,0067,3<br>可医67 | アカシクリニック    | 〒505-0126<br>可児郡御嵩町上恵土 1 2 8 5 - 1 |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 18号<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>01:内                                                                                                                                       |
|                   |             |                                    |     |                                                                                                                                                                                                   |

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                                                                                                                             |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------|-------------|---------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15,0058,9<br>中医58 | 総合病院中津川市民病院 | 〒508-8502<br>中津川市駒場 1 5 2 2 - 1 | 316 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 173号<br>徴収開始年月日：平成12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>02: 2 人室<br>03: 3 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>1<br>19<br>10<br>8<br>10<br>2<br>14<br>45<br>168<br>4<br>35<br>316床 | 徴収金額<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |

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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------|---------------------|---------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15,0060,5<br>中医60  | 中津クリニック             | 〒508-0041<br>中津川市本町 4－2－2 8     |     | 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 徴収開始年月日：平成29年 4月28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リブレリーダ 8,000<br>FreeStyleリブレセンサ 8,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 15,0069,6<br>中医69  | 医療法人社団日新会<br>城山病院   | 〒508-0101<br>中津川市苗木那木 3 7 2 5－2 | 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 75号 徴収開始年月日：平成13年 1月10日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 8 3,000<br>04: 4 人室 72<br>全許可病床数 80床 費用徴収病床数 8床 割合 10.0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 15,0089,4<br>中医89  | 木村眼科                | 〒508-0015<br>中津川市手賀野 4 0 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 3号 徴収開始年月日：令和 2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>テクニス シナジー VB 30200BZX0005500 220,000<br>テクニス シナジー TVB 30200BZX0013900 240,000<br>テクニス シンフォニー VB 22900BZX0000500 110,000<br>テクニス シンフォニートーリッ 22900BZX0036000 140,000<br>テクニスマルチフォーカルワンピ 22300BZX0027700 165,000<br>クラレオン PanOptix 30200BZX0029400 220,000<br>クラレオン PanOptix 30300BZX0015300 240,000<br>テクニス オデッセイ V B 30600BZX0002400 300,000<br>テクニス オデッセイ T V B 30600BZX0002500 320,000<br>テクニス PureSee 焦点 30600BZX0016700 300,000<br>テクニス PureSee トー 30600BZX0016800 320,000 |
| 15,0123,1<br>中医123 | 恵那医院                | 〒508-0041<br>中津川市本町 4－4－1 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 3号 徴収開始年月日：平成29年 2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>FreeStyleリブレRea 7,668 2:無<br>FreeStyleリブレセンサ 7,668 2:無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 15,0131,4<br>中医131 | 中津川市国民健康保険<br>坂下診療所 | 〒509-9293<br>中津川市坂下 7 2 2 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 407号 徴収開始年月日：平成31年 4月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 5 3,300<br>02: 2 人室 2<br>04: 4 人室 12<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 5床 割合 26.3%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                    |                     |                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------|-------------------|----------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15,0138,9<br>中医138 | うえだ内科クリニック        | 〒508-0006<br>中津川市落合 7 4 1 - 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      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)      7,000<br>FreeStyleリブレ2 (reader)      7,000<br>DEXCOM G7 CGM システム 1パック セ      4,500<br>DEXCOM G7 CGM システム モニター      7,000                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 16,0029,8<br>瑞医29  | 大湫病院              | 〒509-6471<br>瑞浪市大湫町 1 2 1        | 308 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 472号      徴収開始年月日：平成23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>O P C - 3 4 7 1 2      1:内服薬 3:第Ⅲ相      4<br>O P C - 3 4 7 1 2      1:内服薬 3:第Ⅲ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 363号      徴収開始年月日：平成21年 5月 1日<br>区分      病床数      徴収金額<br>01:個室      82<br>01:個室      2      2,200<br>01:個室      2      2,310<br>02:2人室      8<br>03:3人室      12<br>04:4人室      192<br>05:5人室以上      10<br>全許可病床数      308床      費用徴収病床数      4床      割合 1.3% |
| 16,0039,7<br>瑞医39  | 医療法人社団仁愛会<br>瑞浪病院 | 〒509-6121<br>瑞浪市寺河戸町 1 1 9 0 - 2 | 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 17号      徴収開始年月日：平成21年 3月 1日<br>区分      病床数      徴収金額<br>01:個室      7<br>01:個室      1      3,000<br>01:個室      1      2,500<br>01:個室      6      2,000<br>02:2人室      18<br>03:3人室      15<br>全許可病床数      48床      費用徴収病床数      8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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------|-----------------|------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16,0097,5<br>瑞医97  | 東濃中央クリニック       | 〒509-6134<br>瑞浪市松ヶ瀬町一丁目14番地1 |     | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 493号<br>徴収開始年月日：令和5年1月1日<br>治験薬名称<br>ベンラリズマブ<br>QBW251<br>SAR440340<br>K-237<br>ブデソニド+ホルモテロールフマ<br>VAC18193<br>内・注・外 区分<br>2:注射薬<br>1:内服薬<br>2:注射薬<br>1:内服薬<br>3:外用薬<br>2:注射薬<br>3:第Ⅲ相<br>3:第Ⅲ相<br>3:第Ⅲ相<br>3:第Ⅲ相<br>3:第Ⅲ相<br>3:第Ⅲ相<br>対象患者数<br>1<br>3<br>3<br>31<br>4<br>62<br>徴収額                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 16,0100,7<br>瑞医100 | おおたけ内科クリニッ<br>ク | 〒509-6122<br>瑞浪市上平町四丁目4番     |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 13号<br>徴収開始年月日：令和7年5月28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>7,000<br>6,500                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 17,0067,6<br>恵那医67 | 中部クリニック         | 〒509-7205<br>恵那市長島町中野1214-41 | 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 51号<br>徴収開始年月日：平成21年6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>1<br>1<br>1<br>4<br>12<br>費用徴収病床数<br>6床<br>徴収金額<br>2,200<br>3,300<br>1,100<br>割合 31.6%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 17,0069,2<br>恵那医69 | 松下眼科医院          | 〒509-7205<br>恵那市長島町中野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 6号<br>徴収開始年月日：令和2年4月1日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>クラレオン ビビティ Exte<br>クラレオン PanOptix<br>クラレオン PanOptix<br>Vivonex ジェメトリック<br>Vivonex ジェメトリック<br>Vivonex ジェメトリック<br>クラレオン ビビティ トーリッ<br>クラレオン PanOptix<br>Vivonex ジェメトリック<br>クラレオン PanOptix<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>30500BZX0004100<br>30200BZX0029300<br>30400BZX0025000<br>30500BZX0026300<br>30500BZX0026400<br>30600BZX0022900<br>30700BZX0007900<br>30700BZX0029800<br>30600BZX0023000<br>30800BZX0001500<br>徴収額<br>270,000<br>270,000<br>290,000<br>250,000<br>270,000<br>250,000<br>290,000<br>290,000<br>270,000<br>310,000 |
|                    |                 |                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------|-------------|----------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17,0077,5<br>恵那医77 | 市立恵那病院      | 〒509-7201<br>恵那市大井町 2 7 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 297号<br>徴収開始年月日：平成16年10月25日<br>区分<br>01:個室 4<br>01:個室 7 6,600<br>01:個室 40 5,500<br>04: 4 人室 148<br>全許可病床数 199床 費用徴収病床数 47床 割合 23.6%<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 26号<br>徴収開始年月日：令和 3 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 オデッセイ V B 30600BZX0002400 240,000<br>テクニス オデッセイ T V B 30600BZX0002500 260,000<br>クラレオン ビビティ Exte 30500BZX0004100 240,000<br>クラレオン ビビティ トーリッ 30700BZX0007900 260,000<br>クラレオン PanOptix 30200BZX0029300 240,000<br>クラレオン PanOptix 30400BZX0025000 260,000 |
| 17,0080,9<br>恵那医80 | 国民健康保険上矢作病院 | 〒509-7521<br>恵那市上矢作町 3 1 1 1 - 2 | 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 389号<br>徴収開始年月日：平成28年 5 月 1 日<br>区分<br>01:個室 4<br>01:個室 2 3,300<br>02: 2 人室 14<br>03: 3 人室 12<br>04: 4 人室 20<br>全許可病床数 52床 費用徴収病床数 2床 割合 3.8%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 18,0079,9<br>土岐医79 | 土岐眼科クリニック   | 〒509-5112<br>土岐市肥田浅野笠神町 2 - 2 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 32号<br>徴収開始年月日：令和 5 年 8 月 22 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>クラレオン PanOptix 30200BZX0029400 254,000<br>クラレオン PanOptix 30300BZX0015300 274,000<br>クラレオン ビビティ Exte 30500BZX0004100 254,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                    |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |



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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------|-----------------------|------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18,0092,2<br>土岐医92  | 社会医療法人聖泉会<br>聖十字病院    | 〒509-5142<br>土岐市泉町久尻 2 4 3 1－1 6 0 | 196 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 485号<br>治験薬名称<br>OPC-14597IMD<br>F K－9 4 9 E<br>R 0 9 2 6 7 0<br>M P－2 1 4<br>M P－2 1 4<br>徴収開始年月日：平成23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 6<br>1:内服薬 9<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 5<br>1:内服薬 4<br>1:内服薬 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 283号<br>徴収開始年月日：平成15年10月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 36<br>01:個室 18 1,100<br>01:個室 9 2,200<br>01:個室 9 4,400<br>01:個室 1 5,940<br>03: 3 人室 15<br>04: 4 人室 108<br>全許可病床数 196床 費用徴収病床数 37床 割合 18.9%<br><br>予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 28号<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 3,300 3,300 |
| 18,0099,7<br>土岐医99  | 社会医療法人聖泉会<br>聖十字クリニック | 〒509-5141<br>土岐市泉岩畑町 3－2           |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 29号<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 3,300 3,300<br>徴収開始年月日：令和 7年 4月 1日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 18,0103,7<br>土岐医103 | 土岐内科クリニック             | 〒509-5112<br>土岐市肥田浅野笠神町 2－1 2      |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 9号<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>90:脳内 1,100 1,100 1,100 1,100 1,100<br>徴収開始年月日：平成22年 6月 7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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------|--------------|---------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18,0118,5<br>土岐医118 | 公立東濃中部医療センター | 〒509-5114<br>土岐市肥田町浅野 1 0 7 8 番 2 0 0 | 400 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 420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 30<br>01:個室 6 12,100<br>01:個室 18 5,940<br>01:個室 73 4,840<br>04: 4 人室 268<br>05: 5 人室以上 5<br>全許可病床数 400床 費用徴収病床数 97床 割合 24.3%<br><br>2 0 0 床以上の病院の初診<br>(病院初診) 第 55号<br>徴収開始年月日：令和 8年 2月 1日<br>徴収額 初診患者数 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 341号<br>徴収開始年月日：令和 8年 2月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>03: (一般入院) 急性期一 2,730 |
| 21,0062,9<br>垣医62   | 医療法人静風会 大垣病院 | 〒503-0022<br>大垣市中野町 1 - 3 0 7         | 346 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 19号<br>徴収開始年月日：平成14年10月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 15<br>01:個室 23 2,200<br>01:個室 2 3,300<br>02: 2 人室 4<br>02: 2 人室 6 1,100<br>03: 3 人室 15<br>03: 3 人室 9 550<br>04: 4 人室 272<br>全許可病床数 346床 費用徴収病床数 40床 割合 11.6%<br><br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 321号<br>徴収開始年月日：平成14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) 地域一般 1,650                                                            |
|                     |              |                                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
|-------------------|-------------|---------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|----|-------|-----|---------|-------|-------|---|--|--------|-------|-------|---|--|--------|-------|-------|---|--|--------|-------|-------|----|--|----------|-------|-------|---|--|----------|-------|-------|---|--|------------|-------|-------|---|--|-----------------|-------|-------|----|--|-----------------|-------|-------|----|--|---------|-------|-------|---|--|-----------------|-------|-------|---|--|-----------------|-------|-------|---|--|----------|-------|-------|---|--|----------|-------|-------|----|--|---------|-------|-------|---|--|--------|-------|-------|---|--|-------|-------|-------|---|--|---------|-------|-------|---|--|-------------|-------|-------|---|--|---------|-------|-------|---|--|----------|-------|-------|---|--|-----|-------|-------|---|--|--------|-------|-------|---|--|--------|-------|-------|---|--|----------|-----|---------|-------|------------------|--------|-----|----|------------------|---|-----|---|----|-----|------|-------|----|--|-------|----|--------|-------|----|-------|-------|-----|-------|-------|----|-------|-------|---|-------|--------|----|--|--------|---|--|--------|-----|--|
| 21,0082,7<br>垣医82 | 大垣市民病院      | 〒503-8502<br>大垣市南頬町 4－8 6 | 817   | <div>医薬品の治験に係る診療<br/>(治験診療) 第 475号<br/>徴収開始年月日：平成11年 7月 1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>SC66110</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>5</td><td></td></tr><tr><td>DR3355</td><td>2:注射薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>3</td><td></td></tr><tr><td>ACZ885</td><td>2:注射薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>9</td><td></td></tr><tr><td>SPP100</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>10</td><td></td></tr><tr><td>S－888711</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>BIBF1120</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>BAY63－2521</td><td>1:内服薬</td><td>2:第Ⅱ相</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>ABT－450／r／ABT－2</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>16</td><td></td></tr><tr><td>ABT－450／r／ABT－2</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>12</td><td></td></tr><tr><td>GP－2013</td><td>2:注射薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>BMS－790052／BMS－</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>BMS－650032／BMS－</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>5</td><td></td></tr><tr><td>DSP－1747</td><td>1:内服薬</td><td>2:第Ⅱ相</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>FP－11838</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>20</td><td></td></tr><tr><td>GS－7977</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>9</td><td></td></tr><tr><td>FPF300</td><td>1:内服薬</td><td>2:第Ⅱ相</td><td>4</td><td></td></tr><tr><td>K－134</td><td>1:内服薬</td><td>2:第Ⅱ相</td><td>3</td><td></td></tr><tr><td>NIK－333</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>4</td><td></td></tr><tr><td>KRP－AB1102F</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>8</td><td></td></tr><tr><td>OCV－501</td><td>2:注射薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>ONO－7057</td><td>2:注射薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>4</td><td></td></tr><tr><td>S－1</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>TO－203</td><td>1:内服薬</td><td>2:第Ⅱ相</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>TO－203</td><td>1:内服薬</td><td>3:第Ⅲ相</td><td>2</td><td></td></tr></table> <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 2号<br/>徴収開始年月日：平成27年 6月 1日</div> <table><tr><th>医療機器の販売名</th><th>徴収額</th><th>医療機器管理室</th><th>技師の人数</th></tr><tr><td>UltraClip プレストマー</td><td>17,000</td><td>1:有</td><td>17</td></tr><tr><td>アヴェイルLP (アヴェイルリト</td><td>0</td><td>1:有</td><td>5</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 20号<br/>徴収開始年月日：平成11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>46</td><td></td></tr><tr><td>01:個室</td><td>10</td><td>12,870</td></tr><tr><td>01:個室</td><td>19</td><td>7,260</td></tr><tr><td>01:個室</td><td>129</td><td>6,160</td></tr><tr><td>01:個室</td><td>73</td><td>3,410</td></tr><tr><td>01:個室</td><td>3</td><td>2,860</td></tr><tr><td>02:2人室</td><td>72</td><td></td></tr><tr><td>03:3人室</td><td>3</td><td></td></tr><tr><td>04:4人室</td><td>380</td><td></td></tr></table> | 治験薬名称 | 内・注・外 | 区分 | 対象患者数 | 徴収額 | SC66110 | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 5 |  | DR3355 | 2:注射薬 | 3:第Ⅲ相 | 3 |  | ACZ885 | 2:注射薬 | 3:第Ⅲ相 | 9 |  | SPP100 | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 10 |  | S－888711 | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 1 |  | BIBF1120 | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 2 |  | BAY63－2521 | 1:内服薬 | 2:第Ⅱ相 | 1 |  | ABT－450／r／ABT－2 | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 16 |  | ABT－450／r／ABT－2 | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 12 |  | GP－2013 | 2:注射薬 | 3:第Ⅲ相 | 2 |  | BMS－790052／BMS－ | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 2 |  | BMS－650032／BMS－ | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 5 |  | DSP－1747 | 1:内服薬 | 2:第Ⅱ相 | 2 |  | FP－11838 | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 20 |  | GS－7977 | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 9 |  | FPF300 | 1:内服薬 | 2:第Ⅱ相 | 4 |  | K－134 | 1:内服薬 | 2:第Ⅱ相 | 3 |  | NIK－333 | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 4 |  | KRP－AB1102F | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 8 |  | OCV－501 | 2:注射薬 | 3:第Ⅲ相 | 1 |  | ONO－7057 | 2:注射薬 | 3:第Ⅲ相 | 4 |  | S－1 | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 1 |  | TO－203 | 1:内服薬 | 2:第Ⅱ相 | 2 |  | TO－203 | 1:内服薬 | 3:第Ⅲ相 | 2 |  | 医療機器の販売名 | 徴収額 | 医療機器管理室 | 技師の人数 | UltraClip プレストマー | 17,000 | 1:有 | 17 | アヴェイルLP (アヴェイルリト | 0 | 1:有 | 5 | 区分 | 病床数 | 徴収金額 | 01:個室 | 46 |  | 01:個室 | 10 | 12,870 | 01:個室 | 19 | 7,260 | 01:個室 | 129 | 6,160 | 01:個室 | 73 | 3,410 | 01:個室 | 3 | 2,860 | 02:2人室 | 72 |  | 03:3人室 | 3 |  | 04:4人室 | 380 |  |
| 治験薬名称             | 内・注・外       | 区分                        | 対象患者数 | 徴収額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| SC66110           | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                     | 5     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| DR3355            | 2:注射薬       | 3:第Ⅲ相                     | 3     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| ACZ885            | 2:注射薬       | 3:第Ⅲ相                     | 9     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| SPP100            | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                     | 10    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| S－888711          | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                     | 1     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| BIBF1120          | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                     | 2     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| BAY63－2521        | 1:内服薬       | 2:第Ⅱ相                     | 1     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| ABT－450／r／ABT－2   | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                     | 16    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| ABT－450／r／ABT－2   | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                     | 12    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| GP－2013           | 2:注射薬       | 3:第Ⅲ相                     | 2     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| BMS－790052／BMS－   | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                     | 2     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| BMS－650032／BMS－   | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                     | 5     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| DSP－1747          | 1:内服薬       | 2:第Ⅱ相                     | 2     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| FP－11838          | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                     | 20    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| GS－7977           | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                     | 9     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| FPF300            | 1:内服薬       | 2:第Ⅱ相                     | 4     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| K－134             | 1:内服薬       | 2:第Ⅱ相                     | 3     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| NIK－333           | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                     | 4     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| KRP－AB1102F       | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                     | 8     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| OCV－501           | 2:注射薬       | 3:第Ⅲ相                     | 1     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| ONO－7057          | 2:注射薬       | 3:第Ⅲ相                     | 4     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| S－1               | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                     | 1     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| TO－203            | 1:内服薬       | 2:第Ⅱ相                     | 2     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| TO－203            | 1:内服薬       | 3:第Ⅲ相                     | 2     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| 医療機器の販売名          | 徴収額         | 医療機器管理室                   | 技師の人数 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| UltraClip プレストマー  | 17,000      | 1:有                       | 17    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| アヴェイルLP (アヴェイルリト  | 0           | 1:有                       | 5     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| 区分                | 病床数         | 徴収金額                      |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| 01:個室             | 46          |                           |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| 01:個室             | 10          | 12,870                    |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| 01:個室             | 19          | 7,260                     |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| 01:個室             | 129         | 6,160                     |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| 01:個室             | 73          | 3,410                     |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| 01:個室             | 3           | 2,860                     |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| 02:2人室            | 72          |                           |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| 03:3人室            | 3           |                           |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |
| 04:4人室            | 380         |                           |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |       |    |       |     |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |    |  |          |       |       |   |  |          |       |       |   |  |            |       |       |   |  |                 |       |       |    |  |                 |       |       |    |  |         |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |                 |       |       |   |  |          |       |       |   |  |          |       |       |    |  |         |       |       |   |  |        |       |       |   |  |       |       |       |   |  |         |       |       |   |  |             |       |       |   |  |         |       |       |   |  |          |       |       |   |  |     |       |       |   |  |        |       |       |   |  |        |       |       |   |  |          |     |         |       |                  |        |     |    |                  |   |     |   |    |     |      |       |    |  |       |    |        |       |    |       |       |     |       |       |    |       |       |   |       |        |    |  |        |   |  |        |     |  |

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                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------|-------------------|------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    |                   |                              |     | 05:5人室以上<br>全許可病床数782床<br>費用徴収病床数47<br>234床 割合 29.9%<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 7号 徴収開始年月日：平成28年 4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 7号 徴収開始年月日：平成28年 4月 1日<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,000 |
| 21,0204,7<br>垣医204 | 市川外科              | 〒503-0976<br>大垣市南若森町 3 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 311号 徴収開始年月日：平成20年 7月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 3<br>01:個室 3 3,000<br>01:個室 6 6,000<br>02:2人室 4<br>03:3人室 3<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 9床 割合 47.4%                                                                            |
| 21,0208,8<br>垣医208 | 大垣整形外科            | 〒503-0027<br>大垣市笠縫町奥屋敷 4 5 4 | 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 141号 徴収開始年月日：平成13年10月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 3 4,950<br>02:2人室 4 2,750<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%                                                                                                 |
| 21,0213,8<br>垣医213 | 医療法人社団正和会<br>馬淵病院 | 〒503-0857<br>大垣市美和町 1 8 3 1  | 52  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 317号 徴収開始年月日：平成19年12月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 1 11,000<br>01:個室 6 5,500<br>01:個室 7 3,300<br>02:2人室 24<br>03:3人室 6<br>04:4人室 8<br>全許可病床数 52床 費用徴収病床数 14床 割合 26.9%                                                       |
|                    |                   |                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                          |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------|-------------|---------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21,0216,1<br>垣医216 | 大垣中央病院      | 〒503-0025<br>大垣市見取町 4－2   | 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 134号<br>徴収開始年月日：平成12年 1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 3 3,300<br>02: 2 人室 2 2,200<br>03: 3 人室 9<br>04: 4 人室 8<br>04: 4 人室 12 330<br>05: 5 人室以上 5<br>05: 5 人室以上 12<br>05: 5 人室以上 8<br>全許可病床数 60床 費用徴収病床数 18床 割合 30.0%                                                                                                         |
| 21,0243,5<br>垣医243 | 森外科医院       | 〒503-0031<br>大垣市牧野町 3－5 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 146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 1 7,500<br>01:個室 1 5,000<br>01:個室 7 3,500<br>02: 2 人室 6<br>04: 4 人室 4<br>全許可病床数 19床 費用徴収病床数 9床 割合 47.4%                                                                                                                                                                                 |
| 21,0247,6<br>垣医247 | 名和病院        | 〒503-0893<br>大垣市藤江町 6－5 0 | 106 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 91号<br>徴収開始年月日：平成11年 6月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1 3,850<br>01:個室 3 3,300<br>01:個室 5 2,200<br>01:個室 5 1,650<br>02: 2 人室 6<br>02: 2 人室 8 550<br>04: 4 人室 36<br>05: 5 人室以上 18<br>全許可病床数 82床 費用徴収病床数 22床 割合 26.8%<br><br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 324号<br>徴収開始年月日：平成17年 7月 7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) 地域一般 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------|---------------------|----------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21,0275,7<br>垣医275 | 近藤眼科医院              | 〒503-0877<br>大垣市御殿町 1－5 7  | 10  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 54号<br>徴収開始年月日：平成22年 4月 1日<br>区分<br>01:個室<br>03: 3 人室<br>全許可病床数<br>10床<br>徴収金額<br>1 2,500<br>9<br>費用徴収病床数<br>1床<br>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 4号<br>徴収開始年月日：令和 2年 4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 W<br>エイエフー1 アイシー<br>テクニス シンフォニー VB<br>アルコン アクリソフ IQ P<br>アルコン アクリソフ IQ P<br>テクニス シンフォニー トーリ<br>クラレオン PanOptix<br>クラレオン PanOptix<br>クラレオン ビビティ Exte<br>Vivinex ジェメトリック<br>テクニス シナジー VB<br>テクニス シナジー TVB<br>Vivinex ジェメトリック<br>医薬品医療機器等法承認番号<br>徴収額<br>22300BZX0027700 150,000<br>22300BZX0042700 150,000<br>22900BZX0000500 200,000<br>23100BZX0004200 300,000<br>23100BZX0004300 350,000<br>22900BZX0036000 250,000<br>30200BZX0029400 300,000<br>30300BZX0015300 400,000<br>30500BZX0004100 350,000<br>30500BZX0026300 300,000<br>30200BZX0005500 300,000<br>30200BZX0013900 350,000<br>30600BZX0022900 300,000 |
| 21,0277,3<br>垣医277 | クリニックママ             | 〒503-0807<br>大垣市今宿 3－3 4－1 | 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 55号<br>徴収開始年月日：平成18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>全許可病床数<br>19床<br>徴収金額<br>10<br>4 22,000<br>3 18,000<br>2 15,000<br>費用徴収病床数<br>9床<br>割合 47.4%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 21,0286,4<br>垣医286 | もりレディースクラブ<br>クリニック | 〒503-0021<br>大垣市河間町 1－1 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 330号<br>徴収開始年月日：平成17年 6月 1日<br>区分<br>01:個室<br>01:個室<br>03: 3 人室<br>03: 3 人室<br>全許可病床数<br>19床<br>徴収金額<br>14<br>2 8,000<br>3<br>費用徴収病床数<br>2床<br>割合 10.5%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                    |                     |                            |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21,0339,1<br>垣医339 | 医療法人徳洲会 大垣<br>徳洲会病院           | 〒503-0015<br>大垣市林町 6－8 5－1                      | 283 | 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 徴収開始年月日：平成29年 8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リブレセンサ 7,800 1:有 1<br>FreeStyleリブレRea 7,800 1:有 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 350号 徴収開始年月日：平成20年 4月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 12<br>01:個室 4 11,000<br>01:個室 29 7,700<br>01:個室 16 3,300<br>01:個室 4 2,200<br>02:2人室 6<br>03:3人室 24<br>04:4人室 180<br>05:5人室以上 8<br>全許可病床数 283床 費用徴収病床数 53床 割合 18.7%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 299号 徴収開始年月日：平成20年 4月21日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>03:（一般入院）急性期一 2,720 |
| 21,0380,5<br>垣医380 | 大垣在宅クリニック                     | 〒503-0015<br>大垣市林町 6丁目 80－5 5 A<br>OKI大垣駅北口ビル2階 |     | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 492号 徴収開始年月日：令和 4年12月14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 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 21,0403,5<br>垣医403 | 社会福祉法人和光会<br>和光会在宅クリニック<br>大垣 | 〒503-0808<br>大垣市三塚町丹瀬 4 6 3－1                   |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 16号 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） 7,480<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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------|-------------|-----------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22,0045,2<br>海医45  | 養南病院        | 〒503-0401<br>海津市南濃町津屋 1 5 0 8     | 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 175号<br>徴収開始年月日：平成12年 7月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 21<br>01:個室 40 1,100<br>01:個室 10 2,200<br>01:個室 4 3,300<br>02: 2 人室 46<br>03: 3 人室 3<br>04: 4 人室 40<br>05: 5 人室以上 12<br>全許可病床数 176床 費用徴収病床数 54床 割合 30.7%                                                                                               |
| 22,0047,8<br>海医47  | 海津市医師会病院    | 〒503-0628<br>海津市海津町福江 6 5 6 － 1 6 | 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 22号<br>徴収開始年月日：平成16年 9月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 1<br>01:個室 1 3,300<br>01:個室 7 8,250<br>01:個室 1 16,500<br>02: 2 人室 10 2,200<br>04: 4 人室 40<br>全許可病床数 60床 費用徴収病床数 19床 割合 31.7%<br><br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 315号<br>徴収開始年月日：平成14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>07: (一般入院) 急性期一 2,357 |
| 22,0068,4<br>海医068 | やまだ眼科クリニック  | 〒503-0532<br>海津市南濃町太田 7 5 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 30号<br>徴収開始年月日：令和 4年10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>クラレオン PanOptix 30200BZX0029400 270,000<br>クラレオン PanOptix 30300BZX0015300 290,000<br>クラレオン PanOptix 30200BZX0029300 270,000<br>クラレオン PanOptix 30400BZX0025000 290,000                                                          |
|                    |             |                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |



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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------|------------------------------------|---------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 23,0011,2<br>養医11 | 岐阜県厚生農業協同組合連合会 岐阜・西濃医療センター 西美濃厚生病院 | 〒503-1316<br>養老郡養老町押越 9 8 6     | 130 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 476号<br>治験薬名称<br>徴収開始年月日：平成11年 7月 1日<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<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 176号<br>徴収開始年月日：平成21年 7月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 9<br>01:個室 1 13,200<br>01:個室 6 5,500<br>01:個室 25 4,400<br>02:2人室 2<br>03:3人室 27<br>04:4人室 60<br>全許可病床数 130床 費用徴収病床数 32床 割合 24.6%<br><br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 35号<br>徴収開始年月日：平成14年10月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>07:（一般入院）急性期一 2,390 |
| 23,0053,4<br>養医53 | 船戸クリニック                            | 〒503-1382<br>養老郡養老町船附中代 1 3 4 4 |     | 予約に基づく診察<br>(予約診療) 第 10号<br>徴収開始年月日：平成22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>34:麻 4,000<br>21:ひ 3,000<br>01:内 5,000                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 24,0024,3<br>不医24 | 医療法人清澄会 不破ノ関病院                     | 〒503-2121<br>不破郡垂井町 9 4 - 1     | 307 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 372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 17<br>01:個室 8 1,100<br>01:個室 4 3,300<br>02:2人室 0<br>04:4人室 180<br>05:5人室以上 98<br>全許可病床数 307床 費用徴収病床数 12床 割合 3.9%                                                                                                                                                                                                                        |
|                   |                                    |                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------|--------------|-----------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 24,0063,1<br>不医63 | 関ヶ原クリニック     | 〒503-1512<br>不破郡関ヶ原町関ヶ原 3 1 0 7－1 | 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 58号<br>徴収開始年月日：平成20年 7月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 3<br>01:個室 2 5,500<br>全許可病床数 5床 費用徴収病床数 2床 割合 40.0%                                                                                                                                                                                                                                         |
| 24,0069,8<br>不医69 | 博愛会病院        | 〒503-2121<br>不破郡垂井町 2 2 1 0－4 2   | 281 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 342号<br>徴収開始年月日：平成28年 7月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 30<br>01:個室 5 6,600<br>01:個室 6 4,400<br>01:個室 30 3,300<br>01:個室 27 2,200<br>03:3人室 36<br>04:4人室 100<br>全許可病床数 234床 費用徴収病床数 68床 割合 29.1%<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 8号<br>徴収開始年月日：平成19年 5月 7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 1,925 |
| 25,0059,6<br>安医59 | 高田医院         | 〒503-2305<br>安八郡神戸町神戸 4 6 8       | 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 59号<br>徴収開始年月日：平成14年 7月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室 16<br>01:個室 2 4,200<br>全許可病床数 18床 費用徴収病床数 2床 割合 11.1%                                                                                                                                                                                                                                       |
| 25,0074,5<br>安医74 | 山中ジェネラルクリニック | 〒503-0114<br>安八郡安八町森部 1 8 7 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 373号<br>徴収開始年月日：平成22年10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 7,000<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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------|---------------|--------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 26,0072,7<br>捐医72  | 医療法人社団橘会 新生病院 | 〒503-2417<br>揖斐郡池田町本郷 1 5 5 1 - 1    | 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 85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 8 3,300<br>01:個室 2 4,400<br>01:個室 1 6,600<br>02: 2 人室 2<br>03: 3 人室 3<br>04: 4 人室 80<br>全許可病床数 96床 費用徴収病床数 11床 割合 11.5%                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 26,0098,2<br>捐医98  | 小森眼科          | 〒501-0565<br>揖斐郡大野町中之元 1 1 2 4       | 10  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 331号<br>徴収開始年月日：平成16年 4月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 5<br>01:個室 1 8,800<br>04: 4 人室 4<br>全許可病床数 10床 費用徴収病床数 1床 割合 10.0%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 26,0113,9<br>捐医113 | いびレディースクリニック  | 〒501-0619<br>揖斐郡揖斐川町三輪 7 1 9 - 1     | 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 307号<br>徴収開始年月日：平成17年 4月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 4 5,000<br>01:個室 11<br>全許可病床数 15床 費用徴収病床数 4床 割合 26.7%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 26,0115,4<br>捐医115 | まつばら眼科        | 〒503-2424<br>揖斐郡池田町池野 1 4 5 - 2      | 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 14号<br>徴収開始年月日：令和 2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>クラレオン PanOptix 30200BZX0029300 260,000<br>クラレオン PanOptix 30400BZX0025000 290,000<br>クラレオン ビビティ Exte 30500BZX0004100 260,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026300 260,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026400 290,000<br>クラレオン ビビティ トーリッ 30700BZX0007900 290,000<br>ファインビジョンHP 30400BZX0019700 240,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0022900 260,000<br>Vivonex ジェメトリック 30600BZX0023000 290,000 |
| 26,0135,2<br>捐医135 | いび漢方クリニック     | 〒501-0619<br>揖斐郡揖斐川町三輪字上不動川 4 5 1 番地 |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 25号<br>徴収開始年月日：令和 6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>59:他 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 26,0138,6<br>捐医138 | 岐阜県厚生農業協同組合連合会 岐阜・西濃医療センター 西濃厚生病院 | 〒501-0532<br>揖斐郡大野町下磯 2 9 3 番地 1 | 400 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第  418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                                34<br>01:個室                                12          2,750<br>01:個室                                10          3,300<br>01:個室                                37          5,500<br>01:個室                                14          6,600<br>01:個室                                9           8,800<br>03: 3人室                                3<br>04: 4人室                              256<br>05: 5人以上                             25<br>全許可病床数          400床    費用徴収病床数      82床    割合  20.5%<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  25号                徴収開始年月日：令和 8年 4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  25号                徴収開始年月日：令和 8年 4月 1日<br>徴収額      再診患者数  徴収患者数<br>3,090<br><br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第  340号                徴収開始年月日：令和 5年10月 1日<br>入院料区分                          対象者数    徴収日数    徴収料金<br>03:（一般入院）急性期一                                          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  38号                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>クラレオン PanOptix                  30200BZX0029300          203,000<br>クラレオン PanOptix                  30400BZX0025000          225,000<br>クラレオン PanOptix                  30200BZX0029400          203,000<br>クラレオン PanOptix                  30300BZX0015300          225,000<br>クラレオン ビビティ Exte             30500BZX0004100          203,000<br>テクニス オデッセイ V B              30600BZX0002400          225,000<br>テクニス オデッセイ T V B             30600BZX0002500          247,000<br>Vivinex ジェメトリック               30500BZX0026300          225,000<br>Vivinex ジェメトリック               30500BZX0026400          247,000<br>ファインビジョンHP                  30400BZX0019700          181,000 |
| -                  | -                                 | -                                | -   | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------|-------------|-----------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 27,0048,5<br>高医48 | 高山赤十字病院     | 〒506-8550<br>高山市天満町 3 - 1 1 | 375 | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 83号<br>徴収開始年月日：平成10年11月 1日<br>区分<br>病床数<br>徴収金額<br>01:個室<br>35<br>01:個室<br>4<br>9,900<br>01:個室<br>9<br>7,150<br>01:個室<br>16<br>6,600<br>01:個室<br>43<br>4,950<br>02: 2 人室<br>12<br>02: 2 人室<br>2<br>1,650<br>03: 3 人室<br>30<br>04: 4 人室<br>120<br>05: 5 人室以上<br>95<br>全許可病床数<br>366床<br>費用徴収病床数<br>74床<br>割合 20.2%<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 15号<br>徴収開始年月日：平成30年 4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 15号<br>徴収開始年月日：平成30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>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>徴収開始年月日：平成20年 4月30日<br>診療の名称<br>徴収額<br>02:リハビリテーション<br>2,695<br>02:リハビリテーション<br>2,035<br>02:リハビリテーション<br>1,925<br>02:リハビリテーション<br>1,980<br>02:リハビリテーション<br>2,255<br>入院期間が1 8 0 日を超える入院<br>(超過入院) 第 337号<br>徴収開始年月日：令和 3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>03: (一般入院) 急性期一<br>2,783<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 33号<br>徴収開始年月日：令和 6年 2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>クラレオン ビビティ Ext<br>30500BZX0004100<br>240,000 |

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>クラレオン PanOptix 30200BZX0029300 240,000</div> <div>クラレオン PanOptix 30200BZX0029400 240,000</div> <div>クラレオン PanOptix 30400BZX0025000 273,000</div> <div>クラレオン PanOptix 30300BZX0015300 273,000</div> <div>テクニス オデッセイ V B 30600BZX0002400 246,000</div> <div>テクニス オデッセイ T V B 30600BZX0002500 279,000</div> <div>Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026300 229,000</div> <div>Vivinex ジェメトリック 30600BZX0022900 229,000</div> <div>Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026400 257,000</div> <div>Vivinex ジェメトリック 30600BZX0023000 257,000</div> <div>クラレオン ビビティ トーリッ 30700BZX0007900 273,000</div> <div>テクニス PureSee 焦点 30600BZX0016700 246,000</div> <div>テクニス PureSee トー 30600BZX0016800 279,000</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 4号 徴収開始年月日：令和 6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) 7,700</div>                                                                                 |
| 27,0132,7<br>高医132 | 光華眼科医院      | 〒506-0054<br>高山市岡本町1－2 2－8 | 6   | <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 245号 徴収開始年月日：平成18年 4月 1日</div> <div>区分 病床数 徴収金額</div> <div>01:個室 2 4,000</div> <div>04:4人室 4</div> <div>全許可病床数 6床 費用徴収病床数 2床 割合 33.3%</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 2号 徴収開始年月日：令和 2年 4月 1日</div> <div>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</div> <div>アルコンアクリソフ IQPan 23100BZX0004200 242,000</div> <div>アルコンアクリソフ IQPan 23100BZX0004300 275,000</div> <div>テクニスマルチフォーカルワンピ 22300BZX0027700 176,000</div> <div>アルコン アクリソフ IQ レ 22700BZX0000600 154,000</div> <div>アルコン アクリソフ IQ レ 22600BZX0017900 132,000</div> <div>テクニス シナジー VB Si 30200BZX0005500 252,000</div> <div>テクニス シナジー TVB S 30200BZX0013900 285,000</div> <div>クラレオン ビビティ Exte 30500BZX0004100 242,000</div> <div>クラレオン ビビティ トーリッ 30700BZX0007900 275,000</div> <div>クラレオン PanOptix 30700BZX0029800 253,000</div> <div>クラレオン PanOptix 30800BZX0001500 302,500</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------|-------------------|------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 27,0142,6<br>高医142 | ナチュラルクリニック<br>2 1 | 〒506-0059<br>高山市下林町5 1 7－6   | 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 255号<br>徴収開始年月日：平成24年 1月16日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 5<br>01:個室 1 16,500<br>01:個室 8 11,000<br>02: 2 人室 4<br>全許可病床数 18床 費用徴収病床数 9床 割合 50.0%                                                                                                                                                            |
| 27,0151,7<br>高医151 | 須田病院              | 〒509-4124<br>高山市国府町村山2 3 5－5 | 261 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 478号<br>徴収開始年月日：平成20年12月 1日<br>治験薬名称 内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<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 279号<br>徴収開始年月日：平成15年 7月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 15<br>01:個室 17 1,100<br>01:個室 9 1,650<br>01:個室 12 2,200<br>04: 4 人室 208<br>全許可病床数 261床 費用徴収病床数 38床 割合 14.6%<br><br>時間外診察等<br>(時間外診察) 第 3号<br>徴収額<br>1,100 |
|                    |                   |                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| 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                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------|---------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 27,0191,3<br>高医191 | 岐阜県厚生農業協同組合連合会 飛騨医療センター 久美愛厚生病院 | 〒506-8502<br>高山市中切町 1－ 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 383号<br>徴収開始年月日：平成24年 5月 1日                                                                                                                                                                     |
|                    |                                 |                          |     | 区分<br>01:個室 20<br>01:個室 1 16,500<br>01:個室 3 8,800<br>01:個室 4 7,700<br>01:個室 47 4,730<br>01:個室 9 4,400<br>01:個室 6 3,850<br>01:個室 3 3,300<br>01:個室 2 2,640<br>02: 2人室 6 2,090<br>04: 4人室 184<br>全許可病床数 285床 費用徴収病床数 81床 割合 28.4% |
|                    |                                 |                          |     | 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 24号<br>徴収額 初診患者数 徴収患者数<br>7,700                                                                                                                                                    |
|                    |                                 |                          |     | 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 24号<br>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br>3,300                                                                                                                                                    |
|                    |                                 |                          |     | 入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 332号<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>03: (一般入院) 急性期一 2,720                                                                                                                                              |
|                    |                                 |                          |     | 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>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) 7,700                                                                                                                    |
|                    |                                 |                          |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 26号<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>12: 整外 1,000 1,000 1,000 1,000 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------|-------------|---------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 28,0108,5<br>下呂医108 | 下呂市立金山病院    | 〒509-1622<br>下呂市金山町金山 9 7 3 － 6 | 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 384号<br>徴収開始年月日：平成24年10月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 1 13,200<br>01:個室 11 5,500<br>02: 2 人室 2<br>04: 4 人室 36<br>全許可病床数 50床 費用徴収病床数 12床 割合 24.0%<br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 328号<br>徴収開始年月日：平成24年 8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) 急性期一 2,310                         |
| 28,0109,3<br>下呂医109 | 岐阜県立下呂温泉病院  | 〒509-2292<br>下呂市森 2 2 1 1       | 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 396号<br>徴収開始年月日：平成26年 5月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 139<br>01:個室 4 9,900<br>01:個室 2 7,700<br>01:個室 7 5,500<br>全許可病床数 152床 費用徴収病床数 13床 割合 8.6%<br>入院期間が1 8 0日を超える入院<br>(超過入院) 第 334号<br>徴収開始年月日：平成26年 5月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>03: (一般入院) 急性期一 2,780<br>12: (一般入院) 特別入院 1,010 |
| 28,0111,9<br>下呂医111 | 村瀬眼科クリニック   | 〒509-2515<br>下呂市萩原町花池 1 7 番地 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 15号<br>徴収開始年月日：令和 2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>クラレオン PanOptix 30200BZX0029400 270,000<br>クラレオン PanOptix 30300BZX0015300 300,000<br>クラレオン ビビティ Exte 30500BZX0004100 270,000                                                                                |
|                     |             |                                 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31,0001,6<br>可児医1 | 独立行政法人地域医療<br>機能推進機構 可児と<br>うのう病院 | 〒509-0206<br>可児市土田 1 2 2 1 - 5 | 184 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 479号<br>治験薬名称<br>徴収開始年月日：平成11年 7月 1日<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<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 8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>F r e e S t y l e リ プ レ R e a 8,000 1:有 3<br>F r e e S t y l e リ プ レ セ ン サ 7,000 1:有 3<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 180号<br>徴収開始年月日：平成23年 9月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 3 9,900<br>01:個室 21 6,050<br>02: 2 人 室 2<br>02: 2 人 室 48 2,750<br>04: 4 人 室 80<br>全許可病床数 154床 費用徴収病床数 72床 割合 46.8%<br><br>時間外診察等<br>(時間外診察) 第 8号<br>徴収開始年月日：平成26年 4月 1日<br>徴収額<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 44号<br>徴収開始年月日：平成14年 9月28日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>03: (一般入院) 急性期一 2,720 |
|                   |                                   |                                |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------|------------------|------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31,0015,6<br>可児医15 | 医療法人馨仁会 藤掛<br>病院 | 〒509-0214<br>可児市広見 8 7 6     | 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 28号<br>徴収開始年月日：平成11年 1月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 2<br>01:個室 1 7,700<br>01:個室 10 5,500<br>01:個室 2 3,300<br>01:個室 1 2,200<br>02:2人室 12<br>02:2人室 12 1,650<br>03:3人室 9<br>04:4人室 8<br>全許可病床数 57床 費用徴収病床数 26床 割合 45.6%<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 45号<br>徴収開始年月日：平成17年 7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）急性期一 2,317                                           |
| 31,0043,8<br>可児医43 | 東可児病院            | 〒509-0214<br>可児市広見 1 5 2 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 106号<br>徴収開始年月日：平成11年 7月 1日<br>区分<br>病床数 徴収金額<br>01:個室 1 11,000<br>01:個室 11 6,600<br>03:3人室 3<br>04:4人室 28<br>全許可病床数 43床 費用徴収病床数 12床 割合 27.9%                                                                                                                                                                                                                              |
| 31,0078,4<br>可児医78 | 西可児眼科クリニック       | 〒509-0266<br>可児市帷子新町 2 － 7 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 12号<br>徴収開始年月日：令和 2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 シナジー TVB 30200BZX0013900 416,900<br>クラレオン PanOptix 30200BZX0029400 416,900<br>クラレオン PanOptix 30300BZX0015300 416,900<br>クラレオン ビビティ Exte 30500BZX0004100 416,900<br>ファインビジョンHP 30400BZX0019700 416,900<br>テクニス オデッセイ VB 30600BZX0002400 416,900<br>テクニス オデッセイ TVB 30600BZX0002500 416,900 |
|                    |                  |                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------|---------------|-------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31,0080,0<br>可児医80  | とまつレディースクリニック | 〒509-0214<br>可児市広見2 0 9 7     | 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 251号<br>徴収開始年月日：平成13年 6月 1日<br>区分<br>01:個室 4<br>01:個室 2 10,000<br>01:個室 5 6,000<br>03:3人室 3<br>全許可病床数 14床 費用徴収病床数 7床 割合 50.0%                                                                                                                    |
| 31,0085,9<br>可児医85  | 梶の木内科医院       | 〒509-0201<br>可児市川合2 3 4 0－1   |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 9号<br>徴収開始年月日：令和 7年 4月10日<br>販売名 徴収額<br>FreeStyleリブレ2 (センサー) 7,000                                                                                                                                                                               |
| 31,0093,3<br>可児医93  | 濃成病院          | 〒509-0214<br>可児市広見8 5 1－8     | 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 333号<br>徴収開始年月日：平成17年 9月 1日<br>区分<br>01:個室 1 2,200<br>01:個室 3 6,600<br>02:2人室 16<br>04:4人室 40<br>全許可病床数 60床 費用徴収病床数 4床 割合 6.7%                                                                                                                   |
| 31,0110,5<br>可児医110 | にしむら眼科        | 〒509-0203<br>可児市下恵土4 0 2 8－2  | 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 27号<br>徴収開始年月日：令和 3年 9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 IQ P 23100BZX0004200 319,000<br>アルコン アクリソフ IQ P 23100BZX0004300 374,000<br>テクニス シナジー VB 30200BZX0005500 319,000<br>テクニス シナジー TVB 30200BZX0013900 374,000 |
| 31,0113,9<br>可児医113 | こんどう内科クリニック   | 〒509-0222<br>可児市羽崎字二町田2 4 5－1 |     | 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用<br>(血糖測定器) 第 1号<br>徴収開始年月日：令和 6年 7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) 7,000                                                                                                                                               |
|                     |               |                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------|-------------|----------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31,0118,8<br>可児医118 | 安田眼科        | 〒509-0214<br>可児市広見一丁目20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 11号 徴収開始年月日：令和 2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>クラレオン PanOptix 30200BZX0029400 240,000<br>クラレオン PanOptix 30300BZX0015300 260,000<br>クラレオン ビビティ Exte 30500BZX0004100 240,000<br>クラレオン ビビティ トーリッ 30700BZX0007900 260,000<br>テクニス シナジー VB 30200BZX0005500 240,000<br>テクニス シナジー TVB 30200BZX0013900 260,000                                                                                           |
| 31,0128,7<br>可児医128 | 桜ヶ丘安田眼科     | 〒509-0235<br>可児市桜ヶ丘1丁目197        |     | 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 42号 徴収開始年月日：令和 7年11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>テクニス PureSee 焦点 30600BZX0016700 270,000<br>テクニス PureSee トー 30600BZX0016800 295,000<br>テクニス オデッセイ VB 30600BZX0002400 270,000<br>テクニス オデッセイ TVB 30600BZX0002500 295,000<br>Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026300 250,000<br>Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026400 270,000<br>Vivinex ジェメトリック 30600BZX0022900 250,000<br>Vivinex ジェメトリック 30600BZX0023000 270,000 |
| 31,0130,3<br>可児医130 | 早稲田クリニック    | 〒509-0214<br>可児市広見1丁目17番地 大晃ビル3階 |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 23号 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 1,600 1,600 1,600 1,600 1,600                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                     |             |                                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------|-------------|-----------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 32,0015,4<br>瑞穂医15 | 宇土医院        | 〒501-0205<br>瑞穂市馬場小城町 1－8 2 | 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 345号<br>徴収開始年月日：平成19年11月 1日<br>区分<br>01:個室 1 3,000<br>04:4人室 4<br>全許可病床数 5床 費用徴収病床数 1床 割合 20.0%<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 24号<br>徴収開始年月日：令和 3年 3月15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>クラレオン PanOptix 30200BZX0029400 270,000<br>クラレオン PanOptix 30300BZX0015300 290,000<br>クラレオン ビビティ Exte 30500BZX0004100 270,000<br>クラレオン PanOptix 30200BZX0029300 270,000<br>クラレオン PanOptix 30400BZX0025000 290,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026300 250,000<br>Vivonex ジェメトリック 30500BZX0026400 270,000<br>テクニス オデッセイ V B 30600BZX0002400 260,000<br>テクニス オデッセイ T V B 30600BZX0002500 280,000<br>クラレオン ビビティ トーリッ 30700BZX0007900 290,000 |
| 32,0035,2<br>瑞穂医35 | 穂積すこやか診療所   | 〒501-0221<br>瑞穂市只越 9 0 7－5  |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 16号<br>徴収開始年月日：平成27年 9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 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------|-------------|------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 32,0041,0<br>瑞穂医041 | あおば眼科クリニック  | 〒501-0224<br>瑞穂市稲里 6 8 3 番 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 35号<br>徴収開始年月日：令和 6年 9月 3日<br>多焦点眼内レンズの販売名<br>クラレオン PanOptix<br>クラレオン PanOptix<br>クラレオン PanOptix<br>クラレオン PanOptix<br>クラレオン ビビティ Exte<br>テクニス シナジー VB<br>テクニス シナジー TVB<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<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 V B<br>テクニス オデッセイ T V B<br>テクニス PureSee 焦点<br>テクニス PureSee トー<br>クラレオン PanOptix<br>クラレオン PanOptix |
|                     |             |                              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------|----------------------|------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 33,0013,7<br>飛医13 | 国民健康保険飛騨市民病院         | 〒506-1111<br>飛騨市神岡町東町 7 2 5        | 81  | 入院医療に係る特別の療養環境の提供<br>(入療養提供) 第 288号<br>徴収開始年月日：平成16年 2月 1日<br>区分<br>01:個室 4 3,300<br>01:個室 7 4,400<br>01:個室 2 5,500<br>02: 2 人室 2<br>03: 3 人室 9<br>04: 4 人室 36<br>全許可病床数 60床 費用徴収病床数 13床 割合 21.7%<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 13号<br>徴収開始年月日：平成20年 7月 1日<br>診療の名称<br>02:リハビリテーション 1,850<br>02:リハビリテーション 888<br>02:リハビリテーション 1,460<br>02:リハビリテーション 704<br>02:リハビリテーション 2,000<br>02:リハビリテーション 960<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 327号<br>徴収開始年月日：平成18年10月 1日<br>入院料区分<br>40: (一般入院) 10対1 2,000<br>13: (一般入院) 特定入院 1,410 |
| 33,0024,4<br>飛医24 | 国民健康保険飛騨市こどものころクリニック | 〒509-4221<br>飛騨市古川町若宮二丁目 1 番 6 0 号 |     | 予約に基づく診察<br>(予約診察) 第 21号<br>診療科 予約料 予約料 予約料 予約料 予約料<br>59:他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                   |                      |                                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |



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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------|-------------|--------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 98,0644,2<br>岐特医4 | 岐阜大学医学部附属病院 | 〒501-1193<br>岐阜市柳戸 1 - 1 | 614 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 481号<br>治験薬名称<br>テガフル・ギメラシル・オテラ<br>AMN107<br>AMN107<br>RO5304020／P e r t u<br>KW-3357<br>NPB-01<br>MK-7009<br>オマリズマブ (継続試験)<br>SYR-472<br>NIK-333<br>RM-003<br>DR-3355 i n j<br>DR-3355 i n j<br>LY2439821<br>RO09-1978／L-OHP<br>ラムシルマブ<br>DR-3355 i n j<br>TA-650<br>JNJ-212082<br>RO4876646<br>KHK4827<br>KHK4827<br>KHK4827<br>JNJ-212082<br>RO5072759<br>L-105<br>L-105<br>AB1-007<br>AVE0005<br>RO4368451 ( r h u M A<br>NN1250<br>MP-214<br>MP-214<br>L-OHP<br>AMN107<br>MK-3222<br>BOL-303259-X<br>BAY1192631<br>KPS-0373<br>KPS-0373<br>KPS-0373<br>KHK4827<br>トラスツズマブ エムタンシン (<br>I TH-1<br>徴収開始年月日：平成16年 5月20日<br>内・注・外 区分 対象患者数 徴収額<br>20<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 1<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 2<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 5<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 6<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 2<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 3<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 1<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 4<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 10<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 1<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 3<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 2<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 5<br>1:内服薬 2:第Ⅱ相 5<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 3<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 5<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 5<br>1:内服薬 2:第Ⅱ相 2<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 3<br>2:注射薬 2:第Ⅱ相 5<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 5<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 5<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 10<br>1:内服薬 6<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 6<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 15<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 2<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 6<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 5<br>1:内服薬 2<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 1<br>2:注射薬 2:第Ⅱ相 3<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 1<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 3<br>3:外用薬 3:第Ⅲ相 3<br>3:第Ⅲ相 3<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 5<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 5<br>1:内服薬 3:第Ⅲ相 3<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 6<br>2:注射薬 2:第Ⅱ相 5<br>2:注射薬 3:第Ⅲ相 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------|-------------|---------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|        |             |         |     | <div>INC424<br/>GP2013<br/>JNJ-56021927</div> <div>1:内服薬 3:第Ⅲ相 2<br/>2:注射薬 3:第Ⅲ相 1<br/>1:内服薬 1:第Ⅰ相 2</div> <div>医療機器の治験に係る診療<br/>(機器治験) 第 1号<br/>治験機器名称 区分 対象患者数 徴収額<br/>Rev-01 3:第Ⅲ相 6<br/>FME-01 3:第Ⅲ相 10<br/>G-1 3:第Ⅲ相 2</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 295号<br/>徴収開始年月日：平成26年 7月 1日<br/>区分 病床数 徴収金額<br/>01:個室 73<br/>01:個室 4 33,000<br/>01:個室 11 22,000<br/>01:個室 69 13,200<br/>01:個室 4 9,900<br/>02: 2 人室 2<br/>04: 4 人室 440<br/>05: 5 人室以上 11<br/>全許可病床数 614床 費用徴収病床数 88床 割合 14.3%</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 9号<br/>徴収開始年月日：平成28年 4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 9号<br/>徴収開始年月日：平成28年 4月 1日<br/>徴収額 再診患者数 徴収患者数<br/>3,300</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 5号<br/>徴収開始年月日：平成18年 8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 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 2,255<br/>02:リハビリテーション 1,925<br/>01:検査 1,089<br/>01:検査 1,078<br/>01:検査 1,331</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------|-------------|---------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|        |             |         |     | 01:検査 1,331<br>入院期間が180日を超える入院<br>(超過入院) 第 313号 徴収開始年月日：平成16年 5月20日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>14: (特定入院) A7 対 1 3,542<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 36号 徴収開始年月日：令和 6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>クラレオン PanOptix 30200BZX0029300 247,611<br>クラレオン PanOptix 30400BZX0025000 264,689<br>クラレオン ビビティ Exte 30500BZX0004100 247,611<br>Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026300 260,261<br>Vivinex ジェメトリック 30500BZX0026400 277,339<br>ファインビジョンHP 30400BZX0019700 202,071<br>テクニス オデッセイ VB 30600BZX0002400 255,201<br>テクニス オデッセイ TVB 30600BZX0002500 271,014<br>テクニス PureSee 焦点 30600BZX0016700 234,961<br>テクニス PureSee トー 30600BZX0016800 250,774<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 11号 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 (センサー) 7,700<br>FreeStyleリブレ2 (reader) 7,700<br>DEXCOM G7 CGM システム 1パック セ 5,500<br>DEXCOM G7 CGM システム モニター 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------|--------------------------|-----------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 99,0006,2<br>岐医6 | 独立行政法人国立病院<br>機構長良医療センター | 〒502-8558<br>岐阜市長良1 3 0 0－7 | 327 | 医薬品の治験に係る診療<br>(治験診療) 第 482号<br>治験薬名称<br>MK－5 5 9 2<br>徴収開始年月日：平成18年 5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 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 303号<br>徴収開始年月日：平成17年 3月 1日<br>区分 病床数 徴収金額<br>01:個室 33<br>01:個室 2 8,800<br>01:個室 8 7,700<br>01:個室 3 6,600<br>01:個室 15 5,500<br>01:個室 1 3,300<br>02: 2 人室 2<br>03: 3 人室 3<br>04: 4 人室 188<br>05: 5 人室以上 72<br>全許可病床数 327床 費用徴収病床数 29床 割合 8.9%<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 21号<br>徴収開始年月日：令和 5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 21号<br>徴収開始年月日：令和 5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 8号<br>徴収開始年月日：平成14年10月 1日<br>入院料区分 対象者数 徴収日数 徴収料金<br>07: (一般入院) 急性期一 2,354 |