

当院では、歯科医療保険給付外の負担として、町立西和賀さわうち病院使用料及び手数料規則に定める利用料の負担を、下記によりお願いしております。

町立西和賀さわうち病院長

(消費税 別)

区 分		金 額	区 分		金 額
保存修復物	インレー (20K又は白金加金)		有床義歯 (一装置)	金属床 (コバルトクロム)	
	小白歯	25,000円		フレームの延長範囲が前歯部あるいは臼歯部に限定するもの	55,000円
	大白歯1面	25,000円		フレームの延長範囲が前歯部と片側の臼歯部にまたがるもの	66,000円
	大白歯2面以上	30,000円		フレームの延長範囲が前歯部と両側の臼歯部にまたがるもの	73,000円
	ハイブリッドインレー2面	8,000円		単式パラタル	73,000円
	ハイブリッドインレー3面以上	10,000円		複式パラタル(その他類に属さない特殊形態床)	80,000円
歯冠補綴物				総義歯の形態	100,000円
	鑄造冠(白金加金) 小白歯	40,000円	有床義歯 (一装置)	金属床 (チタン)	
	鑄造冠(白金加金) 大白歯	45,000円		フレームの延長範囲が前歯部あるいは臼歯部に限定するもの	115,000円
	鑄造ダミー(白金加金) 小白歯	38,000円		フレームの延長範囲が前歯部と片側の臼歯部にまたがるもの	140,000円
	鑄造ダミー(白金加金) 大白歯	43,000円		フレームの延長範囲が前歯部と両側の臼歯部にまたがるもの	150,000円
	隙(白金加金)	20,000円		単式パラタル	150,000円
	硬質レンジ前装鑄造冠	40,000円		複式パラタル(その他類に属さない特殊形態床)	150,000円
	硬質レンジ前装鑄造ダミー	40,000円		総義歯の形態	180,000円
	硬質レンジ前装鑄造隙	20,000円	仮義歯	1~4歯	15,000円
	金属焼付ポーセレン冠	60,000円		5~8歯	18,000円
	金属焼付ポーセレン冠ダミー	60,000円		9~14歯	20,000円
	金属焼付ポーセレン冠隙	20,000円	手術	歯胚摘出	5,000円
	ハイブリット冠(小白歯)	20,000円			
	オールセラミック冠	70,000円			