

## 의료급여수가의 기준 및 일반기준

보건복지부 고시 제2000- 61호, 2000.11.23 시행  
보건복지부 고시 제2001- 56호, 2001.11. 1 시행  
보건복지부 고시 제2002- 11호, 2002. 3. 1 시행  
보건복지부 고시 제2002- 99호, 2003. 1. 1 시행  
보건복지부 고시 제2003- 85호, 2004. 1. 1 시행  
보건복지부 고시 제2004- 37호, 2004. 7. 1 시행  
보건복지부 고시 제2004- 65호, 2005. 1. 1 시행  
보건복지부 고시 제2004- 83호, 2005. 1. 1 시행  
보건복지부 고시 제2005-143호, 2005. 9. 1 시행  
보건복지부 고시 제2005- 81호, 2005.12. 1 시행  
보건복지부 고시 제2005- 93호, 2006. 1. 1 시행  
보건복지부 고시 제2005- 11호, 2006. 1. 1 시행  
보건복지부 고시 제2006- 28호, 2006. 5. 1 시행  
보건복지부 고시 제2006- 42호, 2006. 6. 1 시행  
보건복지부 고시 제2006-101호, 2007. 1. 1 시행  
보건복지부 고시 제2007-202호, 2007. 7. 1 시행  
보건복지부 고시 제2007-137호, 2008. 1. 1 시행  
보건복지부 고시 제2008- 30호, 2008. 4. 1 시행  
보건복지가족부 고시 제2008- 84호, 2008.10. 1 시행  
보건복지가족부 고시 제2009- 35호, 2009. 3. 2 시행  
보건복지가족부 고시 제2009- 83호, 2009. 6. 1 시행  
보건복지가족부 고시 제2009-150호, 2009. 8.24 시행  
보건복지가족부 고시 제2009-254호, 2010. 1. 1 시행  
보건복지가족부 고시 제2010- 35호, 2010. 3. 1 시행  
보건복지부 고시 제2010- 50호, 2010. 7. 1 시행  
보건복지부 고시 제2010-73호, 2010.10. 1 시행  
보건복지부 고시 제2010-92호, 2010.12. 1 시행  
보건복지부 고시 제2010-119호, 2011. 1. 1 시행  
보건복지부 고시 제2012-61호, 2012. 6.11 시행  
보건복지부 고시 제2012-93호, 2012. 8.24 시행  
보건복지부 고시 제2012-129호, 2012.10.12 시행  
보건복지부 고시 제2013-118호, 2013. 7. 1 시행  
보건복지부 고시 제2013-133호, 2013.10. 1 시행  
보건복지부 고시 제2014-50호, 2014. 4. 1 시행  
보건복지부 고시 제2014-82호, 2014. 9. 1 시행  
보건복지부 고시 제2014-110호, 2014. 7.16 시행  
보건복지부 고시 제2014-203호, 2014.11.19 시행  
보건복지부 고시 제2015-263호, 2015. 7. 1 시행  
보건복지부 고시 제2015-153호, 2015. 9. 1 시행  
보건복지부 고시 제2015-183호, 2015.11. 1 시행  
보건복지부 고시 제2015-246호, 2016. 1. 1 시행  
보건복지부 고시 제2016-18호, 2016. 2. 1 시행  
보건복지부 고시 제2016-23호, 2016. 3. 1 시행  
보건복지부 고시 제2016-114호, 2016. 7. 1 시행  
보건복지부 고시 제2016-272호, 2017. 1. 1 시행

보건복지부 고시 제2017-40호, 2017. 3.13 시행  
 보건복지부 고시 제2017-85호, 2017. 6. 1 시행  
 보건복지부 고시 제2017-181호, 2017.10. 1 시행  
 보건복지부 고시 제2018-7호, 2018. 1.23 시행  
 보건복지부 고시 제2018-49호, 2018. 4. 1 시행  
 보건복지부 고시 제2018-99호, 2018. 6. 1 시행  
 보건복지부 고시 제2018-124호, 2018. 7. 1 시행  
 보건복지부 고시 제2018-143호, 2018. 8. 1 시행  
 보건복지부 고시 제2018-203호, 2018.10. 1 시행  
 보건복지부 고시 제2018-261호, 2019. 1. 1 시행  
 보건복지부 고시 제2018-288호, 2019. 1. 1 시행  
 보건복지부 고시 제2019-60호, 2019. 4. 8 시행  
 보건복지부 고시 제2019-61호, 2019. 6. 1 시행  
 보건복지부 고시 제2019-143호, 2019. 7. 2 시행  
 보건복지부 고시 제2019-215호, 2019.10. 4 시행  
 보건복지부 고시 제2019-227호, 2019.10.24 시행  
 보건복지부 고시 제2019-307호, 2020. 1. 1 시행  
 보건복지부 고시 제2020-101호, 2020. 5.25 시행  
 보건복지부 고시 제2020-140호, 2020. 7. 1 시행  
 보건복지부 고시 제 2020-203호, 2020. 9.12 시행  
 보건복지부 고시 제2020-223호, 2020.10.5 시행  
 보건복지부 고시 제2020-239호, 2020.11.1 시행  
 보건복지부 고시 제2020-322호, 2021. 1. 1 시행  
 보건복지부 고시 제2021-64호, 2021. 2.26 시행  
 보건복지부 고시 제2021-120호, 2021. 4.20 시행  
 보건복지부 고시 제2021-181호, 2021. 7.1 시행  
 보건복지부 고시 제2021-210호, 2021.7.30. 시행  
 보건복지부 고시 제2022-66호, 2022.3.22. 시행  
 보건복지부 고시 제2022-139호, 2022.6.7. 시행  
 보건복지부 고시 제2023-1호, 2023.1.3. 시행  
 보건복지부 고시 제2023-248호, 2024.1.1. 시행

## 제1장 의료급여수가의 기준 및 그 계산방법

**제1조(급여비용 산정)** ①의료급여기관의 급여비용 산정은 「국민건강보험법 시행령」 제21조 제2항 및 제3항, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제2항 및 제4항의 규정에 의하여 고시한 “건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수”(이하 “상대가치점수”라 한다.)에 국민건강보험법 제45조제4항의 규정에 의하여 고시한 “건강보험요양급여비용의내역”의 단가를 곱한 금액과 국민건강보험법시행령 제22조에 따라 결정된 금액을 합하여 산정한다. 다만, 제2조부터 제14조에서 정하는 급여비용의 산정에 대하여는 그러하지 아니하다.

② 「의료급여법 시행규칙」(이하 “규칙”이라 한다) 제20조제2항의 의료급여비용 청구방법 및 심사청구서·명세서서식 작성요령은 별표1에 의한다.

**제2조(의료급여기관 종별가산율)** ①상대가치점수 제1편 제1부 행위 급여 일반원칙에 의하여 적용되는 의료급여기관 종별에 따른 가산비율은 다음 각 호와 같이 적용한다. 다만, 의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원, 조산원, 보건소, 보건지소, 보건진료소, 약국 및 정신건강 의학과 정액진료비, 혈액투석 정액수가를 산정하는 경우에는 종별가산율을 적용하지 아니한다.

1. 「의료급여법」 제9조제2항제3호에 따른 다음 각목에 해당되는 의료급여기관은 8%  
가. 제3차의료급여기관으로 지정된 종합병원  
나. 제3차의료급여기관으로 지정된 종합병원에 설치된 치과대학 부속 치과병원  
다. 제3차의료급여기관으로 지정된 종합병원에 설치된 한의과대학 부속 한방병원
2. 제1호에 해당되지 아니하는 종합병원, 치과대학부속치과병원, 한의과대학 부속 한방 병원 및 국립병원 한방진료부는 5%
3. 제1호 또는 제2호에 해당되지 아니하는 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원은 2%
4. <2024.1.1. 삭제>

②제1항의 규정에도 불구하고 제1항제2호의 종별가산율을 적용받는 종합병원이 의료법 제3조의3의 기준에 부적합한 경우에는 3월 이내의 범위 내에서 기간을 정하여 시정하도록 하고 동 시정기간내에 시정하지 아니한 경우에는 시정기간 만료 익일부터는 제1항제3호의 규정에 의한 종별가산율을 산정한다.

**제3조(진찰료 등)** ①진찰료(약국의 경우에는 조제료, 약국관리료, 조제기본료, 복약지도료를 말한다)의 경우에는 상대가치점수 제1부 일반원칙“Ⅲ. 차등수가”는 적용하지 아니한다.

②상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] “5. 의료질평가지원금, 6. 전문 병원 관리료 등(전문병원 관리료·전문병원 의료질지원금)”은 의료급여비용의 산정에 적용 하지 아니한다.

③규칙 제19조 별표1의2 다목의 단서 중 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 응급의료 취약지란 「응급의료 취약지 지정 고시」 제2조의 “의료취약지”와 같다.

**제4조(입원료) 삭제**

**제5조(입원진료 범위)** ①제1차의료급여기관(보건의료원 제외)에서는 입원진료비용을 산정

할 수 없다. 다만, 규칙 제16조제1호라목에 의한 다음 각 호의 경우는 입원진료비용을 산정할 수 있다.

1. 분만 및 수술을 동반하는 경우
2. 정신질환, 한센병환자의 치료, 골절로 인하여 입원치료가 불가피한 경우
3. 입원진료 중 의료급여수급권자로 자격이 변동된 경우
4. 말기암환자에 대한 입원 진료가 필요한 경우

②입원은 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 적절한 기간에 한하며, 단순한 통원불편 간병인력부재 등의 사유로 입원지시를 하여서는 아니된다.

**제6조(검체검사 위탁기준중 급여비용 청구·심사 및 지급절차)** “상대가치점수(부록)검체검사 위탁에 관한 기준” 중 급여비용 청구·심사 및 지급절차는 다음 각 호와 같다.

1. 검체검사를 의뢰한 기관은 검사의뢰 내역과 수탁검사기관의 의료급여기관기호를 의료급여비용명세서 “진료내역”란에 기재하고, 검사위탁비용을 별표 1 “의료급여비용 청구방법 및 심사청구서·명세서서식 작성요령”의 관련규정에 따라 건강보험심사평가원(이하“심사평가원”이라 한다)에 청구한다.
2. 심사평가원은 상병명 및 진료내역과 관련이 없는 검사를 실시한 경우에는 검사의뢰기관의 급여비용에서 심사조정한다.
3. 급여비용지급기관은 해당 급여비용을 검사의뢰기관에 지급한다.

**제7조(혈액투석수가)** ①만성신부전증환자가 외래에서 혈액투석시에는 다음 표의 1회당 정액수가(점수)에 국민건강보험법 제45조제4항의 규정에 의하여 고시한 “건강보험요양급여비용의 내역”의 유형별 분류에 따른 점수당 단가를 곱한 금액과 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 [투석] 중 혈액투석[1회당](코드 O7020)의 “주”의 1과 2의 금액을 합하여 산정한다. 다만, 「약사법」 제23조제4항에 해당되지 아니하여 처방전을 발행하여 진료한 경우에는 제1조에 의한다.

구분	병원급 이상	의원
1회당 정액수가(점수)	1,315.22	1,168.07

②혈액투석 정액수는 진찰료, 혈액투석수기료, 필수경구약제 및 Erythropoietin제제를 포함한 약제, 검사료 등을 포함한다. 다만, 혈액투석을 위한 정맥내 카테터삽입술 또는 혈관중재시술 등의 비용 및 감염병의 확산 등에 따른 긴급한 사유로 보건복지부장관이 한시적으로 인정하는 항목에 대한 비용은 제1조에 따라 별도로 산정할 수 있다.

③혈액투석을 받는 만성신부전증 환자가 동일 날 만성신부전 관련 합병증이 아닌 다른

상병으로 진료를 받는 경우, 이에 대한 급여비용은 제1조의 규정에 의하여 별도로 산정한다.

## 제8조(사회복지법인 개설 의료급여기관 외래수가) <2006.5.1일자로 삭제>

**제9조(정신질환 수가 기준)** ①한국표준질병사인분류항목 중 정신 및 행동장애(F00-F99)와 뇌전증(G40, G41)에 해당하는 질병(이하“정신질환”이라 한다)으로 정신건강의학과 전문 의료급여기관(병원 및 종합병원급의 정신건강의학과 포함)에서 입원 진료한 경우에는 1일당 정액수가로 산정하며, 환자상태에 따라 적절한 진료를 행하여 치료기간을 단축시키도록 노력하여야 한다.

②정신질환에 대한 정액수가는 환자 진료에 필요한 진찰료·입원료·투약료·주사료·검사료 등을 포함한다. 다만, 정액수가에 포함되지 않는 다음 각 호의 경우 제1조에 따라 별도로 산정할 수 있다.

1. 입원 기간 중 약품비, 퇴원 투약비용, 마약류 관리료
2. 입원환자 안전관리료
3. 식대
4. 정신요법료
5. 감염병의 확산 등에 따른 긴급한 사유로 보건복지부장관이 한시적으로 인정하는 항목에 대한 비용

③ <2021.4.1.삭제>

④ <2017.3.13일자로 삭제>

⑤의료인 등 인력 확보수준에 따른 정신건강의학과 입원료 차등제 적용 기준은 별표 4와 같다.

**제10조(정신질환 외래수가 등)** ①정신건강의학과 전문의료급여기관에서 한국표준질병사인 분류항목 중 정신질환에 대한 외래진료 시 급여비용은 제1조에 따라 산정한다. 이 경우 개인정신치료 및 가족치료 산정기준은 다음 각 호와 같다.

1. 개인정신치료는 같은 날 동시에 산정할 수 없으며, 각각의 개인정신치료를 합하여 주 2회 이내만 산정할 수 있다.
2. 가족치료(개인가족치료, 집단가족치료)는 각각 주 1회만 산정할 수 있다.
3. 개인정신치료 및 가족치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 1회만 산정할 수 있다.

②정신질환자 외래투약 시에는 환자상태 및 병력 등에 따라 그 투약기간을 적절하게 처방하도록 하여야 하며, 환자의 치료가 투약만으로 가능하다고 판단될 때에는 환자의 불편을 최소화할 수 있도록 1회 내원 시 기준처방일수(15일 이상)를 준수하여야 한다.

③ <2017.3.13일자로 삭제>

**제11조(정신질환 입원 및 낮병동 수가 등)** ①정신질환에 대한 입원수가는 1일당 정액수가로 정신건강의학과 전문의가 상근하는 경우에 산정하며, 별표 4에서 정한 정신건강의학과 의사, 정신건강의학과 간호사 및 정신건강전문요원 인력 확보수준에 따른 차등제를 적용하여 산정하되, 「의료급여법」 제9조제2항제1호에 따른 제1차의료급여기관은 기관등급을 최고 G4까지 산정하며, 기관등급 G1은 「의료급여법」 제9조제2항제3호에 따른 제3차의료급여기관에 한하여 산정한다. 다만, 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙」 제11조제1항 별표 3에 따른 정신의료기관의 시설 및 장비기준을 갖추지 않은 것으로 보건복지부장관이 인정하는 의료급여기관의 경우 별표 4에 따라 산정된 기관등급에서 한 등급 조정된 기관등급으로 적용하고, 별지 제18호 서식에 따른 의료급여 정신건강의학과 입원료 차등제 산정현황 통보서를 매분기 마지막 월 20일까지 제출하지 않은 의료급여기관인 경우 기관등급을 G5로 산정하되, 제출기간을 초과하여 적용분기 전일까지 부득이한 사유를 소명하여 제출하는 경우에 한하여 확인된 기관등급을 적용한다.

②정신질환 입원수가는 입원기간에 따라 다음 표의 1일당 정액수가(점수)에 국민건강보험법 제45조제4항의 규정에 의하여 고시한 “건강보험요양급여비용의 내역”의 유형별 분류에 따른 점수당 단가를 곱하여 10원 미만은 4사5입한 금액으로 산정한다. 다만, 퇴원한 환자가 퇴원한 날부터 30일 이내에 재입원하는 경우와 폐업 등으로 인하여 다른 의료급여기관에 입원하였다 하더라도 진료와 관련된 진료기록 일체를 인수한 경우에는 입원기간에 종전 입원기간을 합산하여 수가를 적용한다.

기관등급 \ 입원기간	1일당 정액수가(점수)			
	입원 후 1일~90일	입원 후 91일~180일	입원 후 181~360일	입원 후 361일 이상
G1	576.73	534.91	491.69	464.19
G2	520.46	481.20	442.07	415.85
G3	377.86	347.81	316.47	296.78
G4(병원급 이상)	277.80	252.97	228.14	211.62
G4(의원)	293.27	268.44	243.61	227.10
G5(병원급 이상)	249.39	225.83	203.32	187.96
G5(의원)	264.86	241.30	218.79	203.43

③ <2021.4.1.삭제>

④낮병동 수가는 1일당 정액수가로써, 낮병동을 운영할 수 있는 정신건강의학과 전문의료급여기관에서 정신질환자를 1일 6시간 이상 진료를 실시하고 당일 귀가시킨 경우에 적용

하되, 제1항에 따른 정신질환 입원수가와 동일한 기관등급을 적용하여 제2항의 산정방법과 동일하게 한다. 다만, 입원실을 운영하지 않는 의료급여기관인 경우 「의료급여법」 제9조 제2항제1호에 따른 제1차의료급여기관은 기관등급 G4를 산정하고, 그 외 의료급여기관은 기관등급 G3로 산정한다.

기관등급	G1	G2	G3	G4 (병원급 이상)	G4 (의원)	G5 (병원급 이상)	G5 (의원)
낮병동 1일당 정액수가(점수)	455.31	413.74	316.68	244.16	249.31	231.57	236.72

⑤제1항의 규정에도 불구하고 입원기간 중 정신질환 이외의 다른 상병으로 다른 진료과목에서 수술 등을 실시한 경우에는 그에 소요된 비용은 제1조에 따라 별도 산정한다.

⑥정신건강의학과 전문의료급여기관에서 정신질환으로 입원중인 환자가 진료담당의에 의하여 인정된 외박을 할 경우의 수가는 1일당 정액수가로서 제1항에 따른 정신질환 입원수가와 동일한 기관등급을 적용하여 제2항의 산정방법과 동일하게 한다. 다만, 그 인정기간은 외박당일부터 귀원 전일까지의 일수를 외박일수로 산정하되, 외박 1회당 6일 이내로 한다.

기관등급	G1	G2	G3	G4	G5
외박 1일당 정액수가(점수)	126.67	116.87	91.84	74.08	69.16

⑦제6항에 따른 외박일수는 제2항의 입원기간에 합산하여 입원수가를 적용한다.

**제12조(식대) ①**식대는 다음과 같이 산정한다.

구분	일반식 (일반유동식, 연식 포함)	치료식 (당뇨식, 신장질환식 등)	멸균식	분유		산모식	경관영양 유동식 (조제식, 완제품)
				일반 분유	특수 분유		
금액	4,230원 (1식당)	5,880원 (1식당)	15,910원 (1식당)	2,290원 (1일당)	6,450원 (1일당)	5,880원 (1식당)	4,950원 (1식당)

②식대 세부산정기준은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 I.행위 제17장 입원환자 식대 제2호 가.(1).(2), 나.(1).(2), 다, 라. 및 제4호를 준용한다.

③입원 환자 식대의 영양사·조리사 인력산정 기준은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 I.행위 제17장 입원환자 식대 인력 산정기준 가, 나.(1), 다.(1)를 준용한다.

**제13조(가정간호) <2020.1.1일자로 삭제>**

**제14조(안치료)** 영안실 안치료는 1일 3,750원으로 하되, 영안실 안치기간은 3일이내로 한다.  
환자측의 귀책사유로 안치기간이 3일을 초과하는 경우에는 초과일분의 안치료는 그 보호자가 부담한다.

**제14조의2(시설내 처방료)** <2018.8.1일자로 삭제>

**제14조의3(왕진료)** ①제15조제1항제3호에 따라 왕진을 실시한 경우 왕진료는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 중 왕진료 진료수가 산정방법 제1호에 따라 산정한다.  
②제15조제1항제5호에 따른 촉탁의 진료만으로는 적절한 진료가 곤란한 경우에는 제15조 제2항에 따라 왕진을 신청할 수 있으며, 이 경우라도 같은 조 제1항에 따른 비용을 산정할 수 있다. 다만, 촉탁의와 왕진의 진료과목이 동일한 경우에는 산정할 수 없다.

## 제2장 일반기준

**제15조(의료급여의 장소 등)** ①의료급여는 의료급여기관내에서 행하여야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니 하다.

1. 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 응급환자를 진료하는 경우
2. 국가 또는 지방자치단체의 장이 공익상 필요하다고 인정하여 요청하는 경우
3. 환자의 질병상태가 이송이 현저히 곤란하여 환자 또는 보호자가 보장기관에 왕진을 신청하여 보장기관이 의료급여기관으로 하여금 왕진을 하게 한 경우
4. 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 가정간호 등 가정에서 의료급여를 실시하는 경우
5. 촉탁의가 사회복지시설 내에서 진료 후 사회복지시설 입소자에게 처방하는 경우

②제1항제3호의 규정에 의하여 왕진을 요청하고자 하는 경우에는 수급권자 또는 보호자(국민기초생활보장법 제32조에 따른 보장시설의 장을 포함한다)가 별지 제1호서식에 의한 “왕진 신청서”를 작성하여 관할 보장기관에 제출 하여야 한다. 이 경우 보장시설내의 수급권자의 경우는 촉탁의만으로는 적절한 진료가 곤란한 때에 한한다.

③보장기관은 수급권자 또는 보호자가 제출한 “왕진신청서”를 검토한 후 왕진인정여부를 결정하여 별지 제1호서식에 의한 “왕진결정통보서”를 지체없이 의료급여기관에 송부하고, 해당 수급권자 또는 보호자에게 그 결과를 통보하여야 한다. 이 경우 보장기관이 왕진 요청사유에 해당하지 아니한다고 회신한 수급권자에 대한 왕진비용이 청구된 것으로 확인된 경우에는 그에 해당하는 급여비용을 환수 조치할 수 있다.

**제16조(입원병상기준)** 수급권자에 대한 입원진료는 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 별표 2 중 제4호가목에 의한 병상에서 하여야 하며, 의료급여기관이 환자진료상 필요로 하여 수급권자를 일반병상보다 우수한 상급병상에 입원시킨 경우 병상간의 입원료 차액은 별도 산정하지 아니한다.

**제17조(만성질환자에 대한 의료급여)** 의료급여법 시행령(이하 “령”이라 한다) 제13조제1항 별표 1 제2호가목에서 “보건복지부장관이 정하여 고시하는 만성질환자에 대한 그 질환의 외래진료”란 다음 각 호를 말한다.

1. 만성신부전증환자가 인공신장투석 또는 계속적 복막관류술 실시 당일 외래진료, 복막관류액 수령 당일 외래진료
2. 혈우병환자가 항응고인자·동결침전제제 등의 약제 및 기타 혈우병 치료를 받은 당일 외래진료
3. 대사장애환자가 해당 상병으로 의료급여를 받은 당일 외래 진료
4. <2020.10.5일자로 삭제>
5. 근육병환자가 그 상병으로 자율신경제 또는 면역억제제 투여를 받은 당일의 외래진료
6. 장기(신장, 간장, 심장, 췌장, 폐, 소장)이식환자의 경우 이식술과 직접 관련된 외래진료

**제17조의2(중증질환자, 희귀질환자, 중증난치질환자 또는 결핵질환자에 대한 의료급여)** ①

영 제13조제1항 별표 1 제1호다목(5)에서 “보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환”은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표3] “중증질환자 산정특례대상”과 같고, 같은 항 제2호라목에서 “보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환”은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표3] “중증질환자 산정특례대상” 중 뇌혈관질환자, 심장질환자, 중증외상환자의 경우와 같다.

②영 제3조제2항제1호라목, 규칙 제3조제1항제3호 및 규칙 제8조의3제1항제1호에서 “보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환”은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표3] “중증질환자 산정특례대상” 중 암환자, 중증화상환자의 경우와 같다.

③영 제3조제2항제1호라목, 영 제13조제1항 별표 1 제1호다목(5), 규칙 제3조제1항제3호 및 규칙 제8조의3제1항제1호에서 “보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성 질환”은 별표 2와 같다.

④영 제3조제2항제1호라목, 영 별표 1 제1호다목(5) 중 “보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환”은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표5] 의 대상(잠복결핵은 제외한다)과 같다.

⑤제1항, 제3항 및 제4항에 따른 중증질환, 희귀질환, 중증난치질환 또는 결핵질환을 가진 자

(이하 “본인일부부담금 산정특례대상자”라 한다)가 산정특례 등록을 하는 경우 의료급여기관에서 확인한 별지 제20호 서식, 별지 제20-1호 서식, 별지 제20-2호 서식, 별지 제20-3호 서식 중 해당 의료급여 산정특례 등록 신청서를 국민건강보험공단(이하 ‘공단’이라 한다) 또는 보장기관에 제출하여야 하고, 희귀질환을 가진 자 중 극희귀질환자, 상세불명희귀질환자 및 기타염색체이상질환자는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조의2에 따라 승인된 의료급여기관에서 확인한 별지 제20-1호 서식의 의료급여 산정특례 등록 신청서를 공단 또는 보장기관에 제출하여야 한다. 이 때 그 기준은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조제6항, 제9항 및 제10항을 따른다.

⑥보장기관은 산정특례 등록 자료의 확인이 필요하다고 인정되는 경우 산정특례 등록자 및 의료급여기관에 검사내역 등 자료를 제공하도록 요청할 수 있으며, 자료 제공을 요청 받은 사람은 성실히 이에 응하여야 한다.

⑦산정특례 적용시작일은 진단확진일로부터 30일 이내 신청시 확진일로부터 소급하여 적용하고, 30일 이후에 신청시 신청일로부터 적용한다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 입원기간 중 등록신청을 하는 경우에는 입원초일부터 적용한다.

2. 상세불명희귀질환 및 기타염색체이상질환군의 희귀질환자의 산정특례의 경우 「본인 일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조의2 제2항에 따라 의료급여기관이 제출한 자료를 근거로 질병관리청 희귀질환 전문위원회에서 상세불명희귀질환 및 기타염색체이상 질환임을 판정한 날로부터 적용한다.

⑧제7항에도 불구하고 등록 암환자가 산정특례 적용기간 중 다른 암종이 추가로 발생(전이암 제외)하여 산정특례를 신청한 경우 추가 발생 암의 확진일로부터 적용한다.

⑨본인일부부담금 산정특례대상자의 산정특례 적용기간은 다음 각 호와 같다.

1. 희귀질환 및 중증난치질환을 가진 자는 등록일로부터 5년(단, 상세불명 희귀질환의 경우 1년)

2. 중증질환을 가진 자는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표3] “중증질환자 산정특례대상”의 적용기간

3. 결핵질환을 가진 자는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표5]의 적용기간

⑩제5항에 따라 본인일부부담금 산정특례대상자로 등록한 자(제1항에 따른 중증질환을 가진 자 중 뇌혈관질환자, 심장질환자, 중증외상환자는 제외)가 제9항의 산정특례 적용 종료 시점에 다음 각 호에 해당하는 경우, 재등록을 신청할 수 있다(다만, 제4호에 해당하는 사람은 1회에 한하여 재등록). 이 때 재등록 신청 절차는 제5항을 준용한다.

1. 별지 서식에 따라 등록한 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬

등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우

2. 별지 서식에 따라 등록한 희귀질환자 및 중증난치질환자가 특례기간 종료시점에 등록된 희귀질환 및 중증난치질환의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료 중인 경우
  3. 별지 서식에 따라 등록한 상세불명희귀질환자 및 기타염색체이상질환자가 특례기간 종료시점에 질병관리청 희귀질환 전문위원회로부터 임상 경과 검토 결과 재등록 대상자로 판정받은 경우
  4. 별지 서식에 따라 등록한 증증화상환자(「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 별표 3 제4호라목에 해당하는 상병으로 등록된 사람은 제외)가 산정특례 적용 종료일부터 2년 이내에 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 별첨 3에 해당하는 수술을 받는 경우
- ⑪ 제5항에 따라 인체면역결핍바이러스질환자로 등록된 자는 적용기한을 두지 않고 본인 일부부담금을 면제한다. 다만, 인체면역결핍바이러스질환자 본인이 희망하는 경우 중증난치질환자 신청을 하지 아니할 수 있고 반대로 기신청·등록자가 등록취소를 요청할 수 있으며 등록취소후에도 재신청할 수 있다. 이와 관련하여 중증난치질환자로 신청·등록하지 않은 인체면역결핍바이러스질환자가 해당 상병으로 진료 받을 때에는 적용기한을 두지 않고 본인일부부담금을 면제하나, 그 외 상병으로 진료 받을 때에는 본인일부부담금이 발생할 수 있다.
- ⑫ 「국민건강보험법」 제5조에 따른 건강보험가입자 또는 피부양자에서 의료급여 수급권자로 자격이 변동된 자에 대하여는 본인일부부담금 산정특례 기간을 연계하여 적용한다.

- 제17조의3(틀니 및 치과임플란트에 대한 의료급여)** ① 영 제13조제1항 별표 1 제1호라목 및 제2호마목에서 “보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법”이란 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」을 말한다.
- ② 제1항에 따라 틀니에 대한 의료급여를 받고자 하는 수급권자는 별지 제21호 서식의 틀니 등록 신청서를 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장에게 제출하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 제출한 내용의 변경·해지·취소가 필요한 경우 별지 제22호 서식 또는 별지 제24호 서식을 관할 시장·군수·구청장에게 제출하여야 한다.
- ④ 영 제13조제1항 별표 1 제1호마목 및 제2호바목에서 “보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법”이란 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」을 말한다.
- ⑤ 제4항에 따라 치과임플란트에 대한 의료급여를 받고자 하는 수급권자는 별지 제27호 서식에 따른 치과임플란트 등록 신청서를 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장에게 제출하여야 한다.
- ⑥ 제5항에 따른 신청을 중지·변경·해지·취소하고자 할 경우 별지 제28호 서식에 따른

신청서를 시장·군수·구청장에게 제출하여야 한다.

⑦ 「국민건강보험법」 제5조에 따른 건강보험가입자 또는 피부양자에서 의료급여 수급권자로 자격이 변동된 자에 대하여는 제1항부터 제3항까지의 틀니 및 제4항부터 제6항까지의 치과임플란트에 대한 등록내역 등을 연계하여 적용한다.

**제17조의4(가정간호 본인일부부담)** 「의료법」 제33조 및 같은 법 시행규칙 제24조에 따른 가정간호에 대한 의료급여 시에도 영 제13조제1항 별표 1 제1호가목, 제2호가목에 따라 1종수급권자는 급여비용을 부담하지 아니하고, 2종수급권자는 급여비용의 100분의 10에 해당하는 금액을 본인이 부담한다.

**제17조의5(사회복지시설의 본인일부부담)** 의료급여기관에 소속된 촉탁의가 시설 내에서 진료 후 사회복지시설 입소자에게 제15조제1항제5호에 따라 원외처방전을 발행하거나 원내 직접 조제·투약한 경우에는 영 제13조 제1항 별표 1 제1호 가목 및 제2호 가목에 따라 제1차의료급여기관의 본인일부부담금을 본인이 부담한다. 다만, 1종수급권자 중 영 제13조 제1항 별표 1 제1호 다목에 해당하는 경우에는 본인일부부담금을 면제한다.

**제17조의6(고위험임신부에 대한 의료급여)** 영 제13조제1항 별표 1 제2호사목에서 “보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법”이란 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」을 말한다.

**제17조의7(약제비 본인일부부담)** 영 제13조제1항〔별표1〕 제1호바목 및 제2호아목에 따라 상급종합병원 또는 종합병원 외래진료시 약국 급여비용 총액의 100분의 97에 해당하는 금액을 기금에서 부담하는 “보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병”이란 「본인일부부담 산정특례에 관한 기준」〔별표6〕 “약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상”과 같다.

**제17조의8(임신부, 조산아 및 저체중 출생아에 대한 의료급여)** ① 영 제13조제1항 별표 1 제2호 자목의 “임신부”란 임신이 확인된 이후 임신이 유지되는 기간에 있는 사람(유산·사산으로 인한 외래진료를 받는 사람을 포함한다)을 말하며, 차목의 “만5세까지의 조산아(早産兒) 및 저체중 출생아”에 대한 의료급여의 대상과 기간은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정하는 바에 따른다.

② 제1항에 따른 조산아 및 저체중 출생아는 의료급여기관에서 확인한 별지 제29호서식의 의료급여2종 조산아 및 저체중 출생아 등록 신청서를 보장기관에 제출한다.

③출생일로부터 31일 이내에 제2항의 등록을 신청한 경우에는 출생일로부터 지원하고, 31일을 초과하여 제2항의 등록을 신청한 경우에는 등록신청일로부터 최대 31일까지 소급하여 지원한다.

**제17조의9(정신질환 외래진료에 대한 의료급여)** ①영 별표1 제2호 타목1)에서의 “보건복지부장관이 정하여 고시하는 정신질환”이란 조현병(F20~29)을 말한다.

②영 별표1 제1호 사목 및 제2호 카목, 파목에서의 “보건복지부 장관이 고시하는 항정신병 장기지속형주사제”란 Paliperidone palmitate 주사제, Risperidone 주사제, Aripiprazole 주사제를 말한다.

**제17조의10(난임진료에 대한 의료급여)** 난임진료에 대한 의료급여의 적용기준 및 방법은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따르며, 급여비용의 부담은 영 제13조 제1항 별표 1과 같다.

**제17조의11(추나요법에 대한 의료급여)** 추나요법에 대한 의료급여의 적용기준 및 방법은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따르며, 급여비용의 부담은 영 제13조 제1항 별표 1과 같다.

**제17조의12(회송료에 대한 의료급여)** 회송료에 대한 의료급여의 적용기준 및 방법은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따른다. 이 경우 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 중 “2단계 요양급여를 담당하는 요양기관”은 “3차 의료급여기관”과 같고, “1단계 요양급여를 담당하는 요양기관”은 “2차의료급여기관 또는 1차의료급여기관”과 같다.

**제17조의13(잠복결핵 치료에 대한 의료급여)** 영 제13조제1항 별표 1 제1호자목 및 제2호 서목에서의 “잠복결핵 치료”란 결핵예방법 제2조제5호의 잠복결핵감염자가 해당 상병으로 의료급여를 받은 진료를 말한다.

**제18조(의료급여제한 관련 예외규정)** ①법 제15조 본문 단서의 규정중 “보건복지부장관이 의료급여의 필요가 있다고 인정하는 경우”는 다음 각 호와 같다.

1. 법 제15조제1항제1호에 해당하는 경우

규칙 제26조제1항의 규정에 의한 의료급여제한사유 통보에 의하여 보장기관이 조사한 결과 수급권자 본인 또는 부양의무자가 급여비용을 부담할 능력이 전혀 없거나 일부만

부담할 능력이 있다고 판단되어 전부 또는 일부의 의료급여를 인정한 경우

2. <2007.7.1일자로 삭제>

② <2007.7.1일자로 삭제>

③ 의료급여기관이 규칙 제26조제1항의 규정에 의한 통보를 하지 아니한 경우 보장기관은 급여비용을 지급하지 아니 할 수 있다.

④ 의료급여기관은 영 제14조제1항의 규정에 의하여 급여제한 여부를 보장기관에 통보 하여야 한다. 다만, 영 제14조제2항 규정에 의한 통보가 있기 전에 수급권자의 진료가 종료된 경우 의료급여기관은 우선 의료급여를 하여야 하며, 급여제한이 확정된 경우에는 보장기관이 사후관리한다.

**제18조의2(의료급여의뢰서 표기방법)** 규칙 제3조제3항에 따라 선택의료급여기관 미적용자를 다른 의료급여기관으로 의뢰하는 경우, 규칙 별표 1 제1호다목 및 라목에 따라 수급권자를 선택의료급여기관에서 다른 의료급여기관으로 의뢰 및 재의뢰하는 경우, 노숙인진료시설인 제2차의료급여기관에서 제2차·제3차의료급여기관으로 의뢰하는 경우에는 규칙 별지 제3호서식 의료급여의뢰서의 사용 구분란의 해당항목에 표기하여 의뢰하여야 한다.

**제18조의3** <2019.10.4일자로 삭제>

**제19조(급여비용의 심사업무 처리)** 급여비용의 심사업무처리에 관하여는 국민건강보험법 시행규칙 제20조제4항의 규정에 의해 고시한 요양급여비용심사·지급업무처리기준에 의한다. 다만, 의료급여비용심사결과통보서는 별지 제2호 서식 및 별지 제2-1호 서식에 의하고, 제7조의 혈액투석 정액수가와 제9조 및 제11조의 정신질환 정액수를 청구 시 의료급여비용정액명세서에 정액수가에 포함된 진료내역을 기재하지 않는 경우에는 그 사유를 명기하여 반려할 수 있다.

**제19조의2(서면 서식)** 의료급여기관이 서면으로 의료급여비용을 청구하고자 하는 경우 사용할 수 있는 서식은 다음 각 호와 같다.

1. 의료급여비용심사청구서(GI01, 별지 제3호 서식 및 제3-1호 서식)
2. 의료급여비용명세서(의과입원)(GI02, 별지 제4호 서식 및 제4-1호 서식)
3. 의료급여비용명세서(의과외래 일자별)(GI03, 별지 제5호 서식)
4. 의료급여비용명세서(치과입원)(GI04, 별지 제6호 서식)
5. 의료급여비용명세서(치과외래 일자별)(GI05, 별지 제7호 서식)
6. 의료급여비용명세서(조산원입원)(GI06, 별지 제8호 서식)

7. 의료급여비용명세서(보건기관입원)(GI07, 별지 제9호 서식)
8. 의료급여비용명세서(보건기관외래, 처방전미발행 및 발행) (GI08, 별지 제10호 및 제10-1호 서식)
9. <2009.1.1일자로 삭제>
10. <2009.1.1일자로 삭제>
11. <2009.1.1일자로 삭제>
12. 의료급여비용명세서(한방입원)(GI012, 별지 제14호 서식)
13. 의료급여비용명세서(한방외래 일자별) (GI013, 별지 제15호 서식)
14. 의료급여비용명세서(약국직접조제)(GI20, 별지 제16호 서식)
15. 의료급여비용명세서(약국처방조제)(GI21, 별지 제17호 서식)

**제20조(대지급의 범위)** 규칙 제27조의 규정에 의한 대지급은 2종수급권자가 의료급여기관에서 입원진료를 받은 경우, 본인이 부담하는 금액(제1장 의료급여수가의 기준 및 그 계산 방법에 의한 급여비용 중 2종수급권자 본인이 부담하는 금액)이 200,000원을 초과하는 경우에 그 초과하는 금액중 2종 수급권자 본인 또는 부양의무자의 신청에 의하여 보장기관이 승인한 금액으로 한다.

**제21조(대지급금의 상환)** ①상환의무자가 상환기간 중에 대지급금을 상환하지 아니하여 대지급금이 체불되어 있는 경우에는 다시 대지급할 수 없다.  
 ②5년이상 장기체납된 대지급금 상환의무자의 경제적 사정을 고려하여 상환이 불가능하다고 보장기관이 판단한 경우 의료급여심의위원회의 심의를 거쳐 결손처분할 수 있다.

**제22조(질환별로 급여일수를 각각 산정하는 질환)** 규칙 제8조의3제1항제2호에 따라 “보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환”은 다음 각 호와 같다. 다만, 별표 2에서 정한 희귀질환 및 중증난치질환과 중복되는 질환은 제외한다.(괄호안은 한국표준질병사인분류에 의한 상병분류기호를 말한다).

1. 정신 및 행동장애(F00~F99)
2. 신경계질환(G00~G37, G43~G83)
3. 고혈압성 질환(I10~I15)
4. 간의 질환(만성바이러스간염포함) (B18, B19, K70~K77)
5. 당뇨병(E10~E14)
6. <삭 제>
7. 기타 만성폐쇄성폐질환(J44)
8. <2007.7.1일자로 삭제>

- 9. 대뇌혈관질환(I60~I69)
- 10. 두개내손상(S06)
- 11. <2007.7.1일자로 삭제>
- 12. 갑상선의 장애(E00~E07)
- 13. 심장질환(I05~I09, I20~I27, I30~I52)
- 14. 뇌전증(G40, G41)

**제23조(식대중본인일부부담)** ①규칙 별표 1의2 제1호라목의 규정에 따른 “수급권자가 입원시 발생하는 식대 중 보건복지부장관이 정하는 비용”은 제12조의 규정에 따른 식대의 100분의 20에 해당하는 금액으로 하되, 제17조의2제1항에 따른 중증질환을 가진 자(이하 “중증질환자”라 한다.)에게 해당 중증질환(합병증 포함)으로 진료한 경우에는 제12조에 따른 식대의 100분의 5에 해당하는 금액으로 하고, 자연분만 및 6세 미만의 아동의 입원진료의 경우에는 식대 본인부담금을 면제한다.

② <2021.4.1.삭제>

③ <2007.7.1.일자로 삭제>

**제23조의2(선별급여항목에 대한 의료급여)** 영 별표 1 제3호가목의 규정에 따른 “보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여 항목 및 급여비용총액의 100분의 100의 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액”은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 [별표2]의 항목 및 본인부담률을 제외한 금액으로 한다.

### 제3장 다른 기준의 준용

**제24조(소득인정액)** <2010.1.1일자로 삭제>

**제25조(다른기준의 준용)** ①이 고시에 규정하지 않은 사항에 대하여는 국민건강보험법령에 의한 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」, 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표」, 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」, 「행위·치료재료 등의 결정 및 조정 기준」, 「약제의 결정 및 조정 기준」을 준용한다.

②의료급여비용의 심사는 요양급여비용심사·지급업무처리기준을 준용하되, 급여비용의 지급에 대하여는 보건복지부장관이 별도로 정하는 기준에 의한다.

**제26조(재검토기한)** 보건복지부장관은 이 고시에 대하여 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정」에 따라 2020년 7월 1일을 기준으로 매3년이 되는 시점(매 3년째의

6월 30일까지를 말한다)마다 그 타당성을 검토하여 개선 등의 조치를 하여야 한다.

**부 칙 (2001.12.31)**

이 고시는 공포한 날부터 시행한다. 다만, 제23조의 개정규정은 2002년 3월1일부터 시행한다.

**부 칙 (2002.2.28)**

이 고시는 2002년 3월 1일부터 시행한다.

**부 칙 (2002.12.31)**

이 고시는 2003년 1월 1일 진료분부터 시행한다.

**부 칙 (2003.12. )**

이 고시는 2004년 1월 1일 진료분부터 시행한다.

**부 칙 (2004.6.28)**

①이 고시는 2004년 7월1일부터 시행한다.

②제23조제2항은 2004년 4월 1일로부터 소급하여 적용하며 진료분야별 청구서작성은 고시일로부터 3개월이 경과된 후 시행한다.

**부 칙 (2004.11.2.)**

이 고시는 2005년 1월 1일부터 시행한다.

**부 칙 (2004.12.31)**

이 고시는 2005년 1월 1일 진료분부터 시행한다.

**부 칙 (2005.8.29.)**

①이 고시는 2005년 9월 1일 진료분부터 시행한다.

②자연분만 및 신생아 본인부담금면제에 관한 명세서작성은 2005년 1월 1일 진료분부터 소급하여 적용하며 보훈위탁진료 의료급여기관에 관한 사항은 2005년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2005.11.24)

- ①이 고시는 2005년 12월 1일 진료분부터 시행한다.
- ②제17조 제2항은 2005년 9월 1일 진료분부터 소급하여 적용한다.

부 칙 (2005.12.30)

- ①이 고시는 2006년 1월 1일 진료분부터 시행한다.
- ②제17조의 3은 2005년 9월 1일 진료분부터 소급하여 적용한다.

부 칙 (2006.2.6)

이 고시는 2006년 1월 1일 진료분부터 소급하여 적용한다.

부 칙 (2006.4.18)

이 고시는 2006년 5월 1일 진료분부터 시행한다.

부 칙 (2006.5.26)

이 고시는 2006년 6월 1일 진료분부터 시행한다

부 칙 (2006.12.11)

이 고시는 2007년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2007.5.30)

이 고시는 2007년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2007.12.28)

이 고시는 2008년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2008.2.22)

**제1조(시행일)** 이 고시는 2008년 4월 1일 진료분부터 시행한다.

**제2조(서면서식 사용에 대한 경과조치)** 이 고시의 개정에도 불구하고 서면서식은 종전 고시에 의한 서식을 2008년 5월 31일까지 사용할 수 있다.

부 칙 (2008.7.29)

**제1조(시행일)** 이 고시는 2008년 10월 1일 진료분부터 시행한다. 다만, 제14조의2는 2008년 7월 1일 진료분부터 적용하고, 제22조는 2008년 1월 1일 진료분부터 적용하며, 별표 1 제3장.4.마(1),(2)는 2009년 1월 1일 진료분부터 적용하고, 별지 제2호 및 별지 제2-1호 서식은 2009년 1월 1일 통보분부터 적용한다.

**제2조(서식사용에 대한 경과조치)** 이 고시의 개정에도 불구하고 종전고시에 의한 별지 제11호 서식부터 별지 제13호 서식에 대해서는 2008년 12월 31일 진료분까지 사용할 수 있다.

부 칙 (2009.3.2)

**제1조(시행일)** 이 고시는 고시한 날부터 시행하되, 진찰횟수 기재에 관한 명세서작성은 2009년 4월 1일 진료분부터 적용한다.

**제2조(서면서식 사용에 대한 경과조치)** 이 고시의 개정에도 불구하고 종전 고시에 의한 별지 서식은 2009년 6월 30일 청구분까지 사용할 수 있다.

부 칙 (2009.5.8)

이 고시는 2009년 6월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2009.8.24)

이 고시는 2009년 8월 24일부터 시행한다.

부 칙 (2009.12.31)

**제1조(시행일)** 이 고시는 2010년 1월 1일부터 시행한다.

**제2조(중증환자 본인부담률 5% 적용례)** 중증환자 본인부담률 5% 적용례 중 등록암환자의 경우는 2009년 12월 1일 진료분부터 소급하여 적용한다.

**제3조(본인부담구분코드에 관한 적용례)** 별표 1 제3장 2.(8)의 개정규정은 2010년 3월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2010.2.26)

이 고시는 2010년 3월 1일부터 시행한다. 다만, 제2조제2항 및 제4조는 2010년 1월 31일부터

적용하며, 별지 제3호 서식, 별지 제3-1호 서식은 2010년 2월 1일 진료분부터 적용한다.

#### 부 칙 (2010.7.6)

**제1조(시행일)** 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

**제2조(중증화상환자 등록에 관한 경과조치)** 이 고시의 개정에도 불구하고 이 고시 시행 이후 등록되지 않은 중증화상환자는 2010년 10월 31일까지는 개정규정에 의해 등록된 것으로 본다.

**제3조(중증화상환자 본인부담률 5% 적용례)** 제17조의3 및 별표1의 개정규정은 2010년 7월 1일 진료분부터 소급하여 적용한다.

#### 부 칙 (2010.9.17)

**제1조(시행일)** 이 고시는 2010년 10월 1일부터 시행한다. 다만, 별표1 제3장 2.(13)의 산정특례대상자 등록번호에 관한 규정은 고시한 날로부터 시행한다.

#### 부 칙 (2010.10.29)

**제1조(시행일)** 이 고시는 2010년 12월 1일부터 시행한다.

**제2조(희귀난치성질환자 등록에 관한 경과조치)** 이 고시의 개정에도 불구하고 이 고시 시행 이후 등록되지 않은 희귀난치성질환자는 2011년 4월 30일까지는 개정규정에 의해 등록된 것으로 본다.

#### 부 칙 (2010.12.22)

이 고시는 2011년 1월 1일부터 시행한다.

#### 부 칙 (2012.6.11)

**제1조(시행일)** 이 고시는 고시한 날부터 시행하되, 의료급여 100분의 100 본인부담 항목 관련 개정규정은 2012년 4월 1일 청구분부터 적용한다.

**제2조(의약품 시장형실거래가 제도 시행 1년간 유예 관련 적용례)** ① 별표 1의 제3장제3호나목의 (11), (14), (15), (16), 제3장제4호마목의 (1)②, 제4장나목(2)⑤ 및 (4)⑤의 개정규정은 2012년 2월 1일 진료분부터 적용한다.

② 다음 각 호의 개정규정은 2012년 2월 1일 진료분부터 2014년 1월 31일 진료분까지 그 효력을 정지한다.

1. 별지 제2호, 제2-1호, 제4호, 제4-1호, 제5호, 제5-1호, 제6호, 제7호, 제7-1호,

제16호, 제17호서식 중 ‘상한가’, ‘약제상한차액’, ‘약제상한차액총액’, ‘수급권자급여비용총액’란

2. 별표 1의 제3장제3호나목의 (11), (14), (15) 및 제3장제4호마목의 (1)② 중 ‘상한가’, ‘약제상한차액’, ‘약제상한차액총액’, ‘수급권자의료급여비용총액’

#### 부 칙 (2012.8.24)

**제1조(시행일)** 이 고시는 2012년 8월 24일부터 시행한다.

#### 부 칙 (2012.10.12)

**제1조(시행일)** 이 고시는 고시한 날부터 시행한다. 다만, 노숙인 의료급여 1종 수급권자 전산매체 청구시 의료급여종별구분 코드 변경은 2012년 6월 11일부터 시행한다.

**제2조(보훈환자 본인부담금 변경에 관한 적용례)** 별지 제2호, 제3호, 제3-1호, 제4호, 제4-1호, 제5호, 제6호, 제7호, 제8호, 제9호, 제10호, 제10-1호, 제14호, 제15호, 제16호, 제17호의 “보훈 본인일부부담금”란의 개정규정은 2012년 7월1일 이후 진료분에 대하여 2013년 1월 1일 청구분부터 적용한다.

#### 부 칙 (2013.7.1)

**제1조(시행일)** 이 고시는 2013년 7월 1일부터 시행한다.

**제2조(의약품 시장형실거래가 제도 시행 1년간 유예관련 적용례)** 이 고시는 2013년 2월 1일부터 시행한다.

#### 부 칙 (2013.9.13)

**제1조(시행일)** 이 고시는 2013년 10월 1일부터 시행한다.

**제2조(희귀난치질환자에 관한 경과조치)** 이 고시 시행 당시 종전의 제17조의2에 따라 희귀난치질환을 가진 자로 인정된 자는 이 고시에 의한 희귀난치질환을 가진 자로 본다. 단, 해당 희귀난치질환을 가진 자가 이 고시 시행 후 종전의 규정에 따른 희귀난치질환을 가진 사람에 해당하지 아니하게 되거나 시행령 제5조제2호 또는 제4호의 사유로 인해 수급 자격을 상실한 이후부터는 해당 수급권자에게 제17조의2의 개정규정을 적용한다.

**제3조(중증질환자 등에 관한 적용례)** 제17조의2, 제17조의4, 제23조, 별표1, 별표

2의 개정규정은 이 규칙 시행 후 최초로 실시하는 의료급여부터 적용한다.

**제4조(본인부담금 발생횟수 적용례)** 별표1 제4장 1.(12)의 본인부담금 발생횟수에 관한 개정 규정 및 별지 제5호, 제7호, 제15호 서식은 2013년 9월 1일 청구분부터 적용한다.

#### 부 칙 (2014.4.1)

**제1조(시행일)** 이 고시는 2014년 4월 1일부터 시행한다.

#### 부 칙 (2014.6.2)

이 고시는 2014년 9월 1일부터 시행한다.

#### 부 칙 (2014.7.16)

**제1조(시행일)** 이 고시는 2014년 7월 16일부터 시행한다.

**제2조(제17조의3제4항 내지 제7항에 관한 적용례)** 제17조의3의제4항 내지 제7항의 개정규정은 2014년 7월 1일 이후 진료분부터 적용한다.

**제3조(제23조의2에 관한 적용례)** 제23조의2의 개정규정은 2014년 7월 1일 이후 진료분에 대하여 2015년 1월 1일 청구분부터 적용한다.

#### 부 칙 (2014.11.19.)

**제1조(시행일)** 이 고시는 2014년 11월 19일부터 시행한다. 다만, 제17조의2 중 결핵(A15~A19)에 관한 개정규정은 2015년 1월 1일부터 시행한다.

**제2조(제17조의2 제7항에 관한 적용례)** 제17조의2제7항제1호의 개정규정은 이 고시 시행 전에 재등록 대상이 된 자에 대하여도 적용하고, 같은 항 제2호의 개정규정에 의한 산정특례 적용은 2015년 1월 1일 이후 최초로 실시하는 의료급여부터 한다.

**제3조(제23조의2에 관한 적용례)** 제23조의2의 개정규정은 2014년 8월 1일 이후 진료분에 대하여 2015년 1월 1일 청구분부터 적용한다.

**제4조(별표1에 관한 적용례)** 별표1에 대한 개정규정은 2014년 9월 1일 이후 진료분부터 적용한다. 다만, 별표1 제4장 제3호 마목(6), 바목(2)②에 대한 개정규정은 2014년 7월 1일 이후 진료분에 대하여 2015년 1월 1일 청구분부터 적용한다.

**제5조(별지서식에 관한 적용례)** ①별지 서식에 대한 개정규정은 2014년 9월 1일 이후 진료분부터 적용한다.

②제1항에도 불구하고 다음 각 호의 개정규정은 2014년 7월 1일 이후 진료분에

대하여 2015년 1월 1일 청구분부터 적용한다.

1. 별지 제2호, 제2호의1 서식 중 ‘100분의100미만총액’, ‘100분의100미만 본인일부부담금’, ‘100분의100미만 청구액’, ‘100분의100미만 보훈청구액’, ‘100분의100미만 본인부담환급금’, ‘100분의100미만 본인추가부담금’, ‘상계환급금’, ‘상계추가부담금’란
2. 별지 제3호, 제3호의1 서식 중 ‘100분의100미만총액’, ‘100분의100미만 본인일부부담금’, ‘100분의100미만 청구액’, ‘100분의100미만 보훈청구액’란
3. 별지 제4호, 제4호의1, 제5호, 제6호, 제7호, 제14호, 제15호, 제16호, 제17호서식 중 ‘A.100분의100미만본인부담1’, ‘B.100분의100미만본인부담2’, ‘100분의100미만총액’, ‘100분의100미만 본인일부부담금’, ‘100분의100미만 청구액’, ‘100분의100미만 보훈청구액’란

부 칙 (2015.6.26.)

제1조(시행일) 이 고시는 2015년 7월 1일부터 시행한다.

제2조(노인 틀니 및 임플란트 적용연령 등에 관한 적용례) 별표1 제5장나목(3) 및 (6), 별지제21호서식, 별지제27호서식 및 별지제28호서식의 각 개정규정은 이 고시 시행 후 최초로 제17조의3제2항 또는 제5항에 따라 틀니 또는 치과임플란트 등록 신청을 하는 경우와 같은 조 제6항에 따라 제5항에 따른 신청을 중지·변경·해지·취소하고자 할 경우부터 적용한다. 단, 이 고시 시행일 당시 만 70세 이상인 자로서 이미 제17조의3제2항 및 제5항에 따라 틀니 또는 치과임플란트 등록 신청을 한 자는 개정규정에 따라 신청한 것으로 본다.

부 칙 (2015.8.28 )

이 고시는 2015년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2015.10.30)

제1조(시행일) 이 고시는 11월 1일부터 시행한다.

제2조(약제비 본인부담에 관한 적용례) 제17조의7과 [별표1]의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초로 실시하는 의료급여부터 적용한다.

부 칙 (2015.12.31)

제1조(시행일) 이 고시는 2016년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(중증의상환자에 관한 적용례) 제17조의2의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초로 실시하는 의료급여부터 적용한다.

부 칙 (2016.2.18.)

이 고시는 2016년 3월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2016.6.30.)

제1조(시행일) 이 고시는 2016년 7월 1일부터 시행한다.

제2조(노인 틀니 및 치과임플란트 적용연령 등에 관한 적용례) 별표1 제5장나목(3) 및 (6), 별지제21호서식, 별지제27호서식 및 별지제28호서식의 각 개정규정은 이 고시 시행 후 최초로 제17조의3제2항 또는 제5항에 따라 틀니 또는 치과임플란트 등록신청을 한 경우부터 적용한다.

제3조(결핵질환에 관한 적용례) 제17조의2의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초로 등록 신청을 한 경우부터 적용한다.

부 칙 (2017.3.8.)

제1조(시행일) 이 고시는 2017년 3월 13일부터 시행한다.

제2조(조산원 명세서 작성 적용례) 별표1에 대한 개정규정 중 제4장 제3호 다목 (6) 및 별지 서식 제8호 서식 주8.을 제외한 개정규정은 2016년 11월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2017.6.1.)

이 고시는 2017년 6월 1일부터 시행한다. 다만, 제17조의2제7항은 2017년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2017.10.1.)

이 고시는 2017년 10월 1일부터 시행한다. 다만, 노인틀니 관련 개정규정은 2017년 11월 1일 이후 실시한 의료급여부터 적용한다.

부 칙 (2018.1.23.)

이 고시는 2018년 1월 23일부터 시행한다.

부 칙 (2018.4.1.)

이 고시는 2018년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2018.6.1.)

이 고시는 2018년 6월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2018.6.28.)

**제1조(시행일)** 이 고시는 2018년 7월 1일부터 시행한다.

**제2조(별지서식에 관한 적용례)** 별지 제27호 서식의 개정규정은 2018년 7월 1일 이후 진료분부터 적용하며, 별지 제4호부터 제7호, 제10-1호, 제17호 서식에 대한 개정규정은 2018년 9월1일 이후 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2018.7.17.)

이 고시는 2018년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2018.10.1.)

이 고시는 2018년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2018.12.10.)

**제1조(시행일)** 이 고시는 2019년 1월 1일부터 시행한다.

**제2조(희귀난치질환자에 관한 경과조치)** 이 고시 시행 당시 종전의 제17조의2에 따라 희귀난치질환을 가진 자로 인정된 자는 이 고시에 의한 희귀난치질환을 가진 자로 본다. 단, 해당 희귀난치질환을 가진 자가 이 고시 시행 후 종전의 규정에 따른 희귀난치질환을 가진 사람에 해당하지 아니하게 되거나 시행령 제6조의3제2호 또는 제4호의 사유로 인해 수급 자격을 상실한 이후부터는 해당 수급권자에게 제17조의2의 개정규정을 적용한다.

**제3조(서식 이용에 관한 경과조치)** 암, 결핵 또는 중증화상에 대한 산정특례 적용 신청은 부칙 제1호의 개정규정에도 불구하고 2019년 2월 28일까지 종전 서식을 이용한다.

부 칙 (2018.12.28.)

이 고시는 2019년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2019.4.2.)

이 고시는 2019년 4월 8일부터 시행한다.

부 칙 (2019.4.5.)

이 고시는 2019년 6월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2019.7.2.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(별표1에 관한 적용례) 별표1 제4장 및 제5장의 개정규정은 2019년 7월 1일 이후 실시한 의료급여부터 적용한다.

부 칙 (2019.10.4.)

제1조(시행일) ① 이 고시는 2020년 7월 1일부터 시행한다. 다만, 정신건강의학과 전문의료급여기관(병원 및 종합병원급의 정신건강의학과 포함)은 2020년 3분기(기관등급 적용기간 2020년 7월 1일~2020년 9월 30일) 차등제 등급 적용을 위하여 개정된 별지 제18호 서식을 2020년 6월 20일까지 건강보험심사평가원에 정보통신망으로 제출하여야 한다.

② 제①항에도 불구하고 제18조의3의 개정규정은 고시일부터 효력을 발생한다.

부 칙 (2019.10.22.)

제1조(시행일) 이 고시는 2019년 11월 1일부터 시행한다. 다만, 제17조의8 제1항의 개정규정은 2020년 1월 1일부터 시행하고, [별표 1] 제4장 1. 공통사항의 개정규정은 2019년 10월 24일부터 시행한다.

제2조(의료급여기금의 부담 비율에 대한 적용례) [별표1] 제4장(1. 공통사항의 개정규정은 제외한다) 및 제5장의 개정규정은 2019년 11월 1일 이후 실시하는 의료급여부터 적용한다.

부 칙 (2019.12.27.)

제1조(시행일) 이 고시는 2020년 1월 1일부터 시행한다.

**부 칙 (2020.5.25.)**

**제1조(시행일)** 이 고시는 고시일부터 시행한다.

**제2조(적용례)** 제9조제2항 단서의 개정 규정은 이 고시 시행일 이전에 발생한 급여비용에도 적용한다.

**부 칙 (2020.7.1.)**

이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

**부 칙 (2020.9.11.)**

이 고시는 2020년 9월 12일부터 시행한다.

**부 칙 (2020.10.5.)**

이 고시는 발령한 날부터 시행한다. 다만 제17조의12, [별표1] 제4장 회송료 관련 개정규정은 2020년 10월 8일부터 시행한다.

**부 칙 (2020.10.26.)**

이 고시는 2020년 11월 1일부터 시행한다.

**부 칙 (2020.12.28.)**

**제1조(시행일)** 이 고시는 2021년 1월 1일부터 시행한다. 다만, 제2조제1항제3호 및 별표 1의 개정 규정(별표 1 제4장제1호(7)의 개정 규정 제외)은 2021년 3월 5일부터 시행한다.

**제2조(중증화상환자 산정특례 재등록에 관한 적용례)** 제17조의2제10항의 개정규정은 이 고시 시행 전 산정특례 대상자로 등록된 중증화상환자에 대한 산정특례 적용이 이 고시 시행일 이후에 종료되는 경우에도 적용한다.

**제3조(중증화상환자 산정특례 재등록에 관한 특례)** 이 고시 시행 전에 기능 및 일상 생활에 중요한 영향을 주는 2도 이상의 안면부, 수부, 족부, 성기 및 회음부 화상 및 눈, 각막 등 안구화상으로 종전의 규정에 따라 산정특례 대상자로 등록된 사람으로서 이 고시 시행일 이후에 산정특례 적용이 종료되고 그 종료된 날부터 2년 이내에 「본인 일부부담금 산정특례에 관한 기준」 별첨 3의 개정규정에 따른 수술을 받은 사람은 제17조의2제10항제4호의 개정규정에도 불구하고 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.

**제4조(중증화상환자 산정특례기간 연장에 관한 경과조치)** 이 고시 시행 전에 종전의

규정에 따라 산정특례 등록기간을 연장하여 이 고시 시행 당시 그 기간이 진행 중인 중증화상환자에 대하여는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 별표 3의 개정규정에도 불구하고 종전의 규정에 따른다.

**부 칙 (2021.2.26.)**

이 고시는 2021년 4월 1일부터 시행한다. 다만 제17조의3의 개정규정은 발령일부터 시행한다.

**부 칙 (2021.4.20.)**

이 고시는 발령일부터 시행한다.

**부 칙 (2021.6.28.)**

이 고시는 2021년 7월 1일부터 시행한다.

**부 칙 (2021.7.30.)**

제1조(시행일) 이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시 시행 후 최초로 적용하는 정신건강의학과 입원료 차등제 기관등급의 적용기관은 2021년 10월 1일부터 2021년 12월 31일까지이다.

**부 칙 (2022.3.22.)**

이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

**부 칙 (2022.6.7.)**

제1조(시행일) 이 고시는 발령일로부터 시행한다. 다만, 제12조에 관한 개정규정은 2022년 7월 1일부터 시행한다.

**부 칙 (2023.1.2.)**

제1조(시행일) 이 고시는 2023년 1월 3일부터 시행한다.

제2조(별표 1에 관한 적용례) 별표 1에 대한 개정규정 중 제4장제3호 다목(9) 및 (10)의 개정규정은 의료급여를 이 고시 시행 전에 실시한 경우에도 적용한다.

제3조(별지서식에 관한 적용례) 별지 제8호 서식의 개정규정은 의료급여를 이 고시 시행 전에 실시한 경우에도 적용한다.

부 칙 (2023.12.18.)

이 고시는 2024년 1월 1일 진료(조제)분부터 시행한다.

[별표 1]

## 의료급여비용 청구방법 및 심사청구서·명세서서식 작성요령

### 제1장 일반원칙

- (1) 「의료급여비용 청구방법 및 심사청구서·명세서서식 작성요령」에서 규정하지 않은 사항에 대하여는 국민건강보험법령에 의한 「요양급여비용 청구방법 및 심사청구서·명세서서식 작성요령(이하 “요양급여비용 작성요령”이라 한다)」을 준용한다.
- (2) 의료급여비용 청구 시 수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(이하 “상대가치점수”라 한다)」와 요양급여비용 작성요령의 “(붙임3) 진료코드”에 따라 기재하며, 추가로 코드가 시달된 경우는 그 코드를 기재 한다.

### 제2장 의료급여비용 청구방법

- (1) [청구인] 의료급여비용(이하 “급여비용”이라 한다)은 해당 의료급여기관의 대표자(개설자)가 청구한다.
- (2) [의료급여비용 청구 및 자료제출 매체의 선택] 의료급여기관은 요양급여비용 작성요령 제5조에 따라 의료급여비용 청구 및 자료제출 매체를 선택하여 의료급여비용을 청구하되, 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」(이하 “의료급여수가기준”이라 한다) 제7조의 혈액 투석 정액수가와 제9조 및 제11조의 정신질환 정액수가를 청구하고자 하는 경우에는 반드시 전산매체 또는 정보통신망으로 청구하여야 한다.
- (3) [청구주기] 급여비용의 청구는 건강보험과 연계 심사가 가능하도록 요양급여비용과 동일한 진료일의 진료분을 함께 청구한다.
- (4) [청구처] ①급여비용을 청구하고자 하는 의료급여기관은 “의료급여비용심사청구서(이하 “청구서”라 한다)”와 “의료급여비용명세서(이하 “명세서”라 한다)”, 기타 필요한 서류를 첨부하여 건강보험심사평가원(이하 “심사평가원”이라 한다)에 청구한다.  
②의료법 제3조의4에 따른 상급종합병원, 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원 및 한의과대학부속한방병원의 급여비용은 심사평가원 본원으로, 종합병원, 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속 치과병원 및 한의과대학부속한방병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원 및 보건소, 보건지소, 보건진료소(이하 “보건기관”이라 한다), 조산원, 약국 및 한국회귀·필수의약품 센터의 급여비용은 소재지별로 아래에 해당되는 심사평가원 지원으로 청구한다.

지 역	청 구 처
서울	건강보험심사평가원 서울지원
부산, 제주	건강보험심사평가원 부산지원
대구, 경북	건강보험심사평가원 대구지원
광주, 전남	건강보험심사평가원 광주지원
대전, 충북, 충남, 세종	건강보험심사평가원 대전지원
경기남부	건강보험심사평가원 수원지원
울산, 경남	건강보험심사평가원 창원지원
경기북부, 강원	건강보험심사평가원 의정부지원
전북	건강보험심사평가원 전주지원
인천	건강보험심사평가원 인천지원

(5) [사본의 보관] 청구인은 청구서와 명세서의 사본을 의료급여법 시행규칙 제11조제 1항에서 정한 바에 따라 보관하여야 한다.

(6) [청구서와 명세서의 구분] ①청구서는 진료분, 진료분야, 입원과 외래, 처방조제와 직접조제로 각각 구분하여 기재 청구하며, 이 경우 제1차의료급여기관에서의 외래진료, 조제투약(이하 “1차의료급여”라 한다), 제2차 또는 제3차의료급여기관에서의 입원, 외래진료나 제1차의료급여기관에서의 입원진료(이하 “2차의료급여”라 한다) 여부를 청구서의 해당란에 표시(√)하여야 한다.

②제①항에 의한 제3차의료급여기관 및 종합병원의 진료분야 구분은 요양급여비용 작성 요령 제12조제2항과 같다.

③명세서는 요양급여비용 작성요령 제12조제2항에 의한 진료분야의 구분이 같은 진료과, 본인부담금 산정방법(1종, 2종)별로 구분하여 편철하여야 하며, 입원 또는 외래별로 각각 분철하여 청구하여야 한다.

④명세서의 구분작성은 요양급여비용 작성요령 제8조에 따라 분리·작성한다. 다만, 외래 진료시 야간 내원 등으로 인해 익일까지 연속하여 진료(6시간 미만)가 이루어진 경우 방문일자는 공단에서 전송받은 진료확인번호의 진료일자로 한다.

(7) [기타 사항] 기타 일반사항은 요양급여비용 작성요령에서 정한 해당사항에 따라 기재 하여 작성한다.

〈표 2〉 의료급여비용 청구체계 〈2021.1.1.삭제〉

### 제3장 의료급여비용청구서 작성요령

- (1) [접수번호] ※란은 심사평가원이 기재한다.
- (2) [의료급여기관 기호 및 명칭] 의료급여기관 기호 및 명칭은 국민건강보험법의 규정에 의한 요양기관기호 및 명칭을 기재한다.
- (3) [진료구분] 첨부되는 명세서의 1차 의료급여 또는 2차 의료급여 해당 여부에 따라 청구서 해당란에 1차 또는 2차 의료급여 여부를 표시(√)한다.
- (4) <2008.10.1일자로 삭제>
- (5) [건수] 청구서의 구분별 건수는 첨부된 명세서의 건수와 같아야 한다.
- (6) [10원미만의 절사] 청구서의 청구액, 본인일부부담금 란에는 10원미만을 절사한 금액을 기재하고, ⑬청구액, ⑮본인일부부담금, ⑯장애인의료비란은 매 명세서상의 청구액, 본인일부부담금, 장애인의료비를 각각 합계한 금액을 기재하며, ⑭의료급여비용총액1란은 ⑬청구액, ⑮본인일부부담금, ⑯장애인의료비의 합계액을 기재하되, 매 명세서상의 대지급금을 합계한 금액은 ⑬청구액에 포함되어 있으므로 합계하지 아니한다.
- (7) [수취인] 청구서 수취인은 심사평가원장으로 한다.

### 제4장 의료급여비용명세서 작성요령

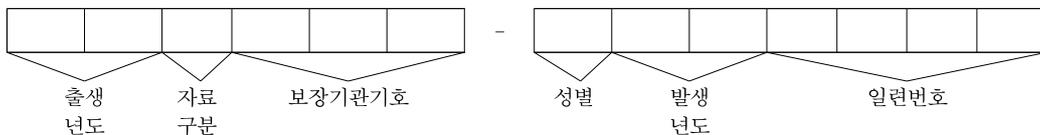
#### 1. 공통사항

- (1) [보장기관] 의료급여를 받은 수급권자의 관할 시·군·구 기호와 명칭을 기재하여야 한다.
- (2) [의료급여기관] 기호 및 명칭은 국민건강보험법의 규정에 의한 요양기관기호 및 명칭을 기재하여야 한다.

- (3) [종별구분] 1종수급권자는 1, 2종수급권자는 2, 행려환자(일정한 거소가 없는 자로 행정기관이 응급진료를 받게 한 경우 경찰관서로부터 무연고자임을 확인받아 시장·군수·구청장이 수급권자로 인정된 자를 말한다)는 4, 노숙인 등은 N, 2종수급권자중 장애인 2차의료급여는 6, 2종수급권자 중 장애인 1차의료급여는 8로 정확히 기재하여야 한다. 다만, 2종수급권자 장애인의 장애인의료비에서 지원하지 않는 의료급여 명세서의 경우는 2로 기재한다.
- (4) [보훈 등 구분] 보훈위탁진료 의료급여기관의 의료급여수급권자 중 보훈 국비환자인 경우에는 '4'를 기재하여야 한다.
- (5) [보장시설 및 노숙인시설 기호] 보장시설에 입소해 있는 수급권자 또는 노숙인 의료급여 수급권자가 의료급여를 받는 경우에는 보장시설기호란에 보장기관이 부여한 보장시설기호 또는 노숙인시설기호를 기재한다.
- (6) [세대주 및 수진자] ①의료급여증에 기재된 성명과 주민등록번호를 기재하며, 주민등록번호 등 인적사항을 알 수 없는 경우에는 별도로 부여된 의료급여 관리번호를 다음과 같이 기재한다.

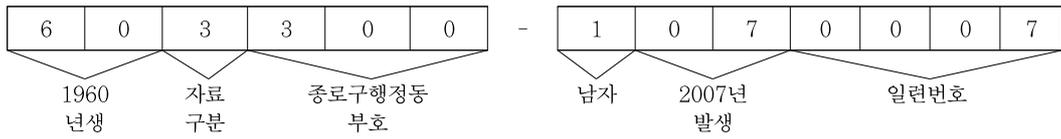
□ 행려환자인 경우(주민등록번호가 확인된 자 포함)

○ 관리번호 구성



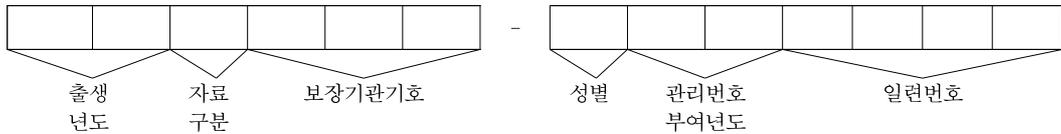
- 출생년도(2자리) : 출생년도 마지막 2자리를 기재
- 자료구분(1자리) : 3
- 보장기관기호(3자리) : 해당 시·군·구 행정동 부호 앞 3자리를 기재
- 성별(1자리)
  - 1800년대 및 1900년대 출생(남 : 1, 여 : 2)
  - 2000년대 출생(남 : 3, 여 : 4)
- 발생년도(2자리) : 발생년도 마지막 2자리를 기재
  - 2000년 발생 → 00, 2007년 발생 → 07
- 일련번호(4자리) : 보장기관에서 중복되지 않도록 일련번호를 부여  
(예시)

- 서울 종로구(3000000)에서 2007년도 7번째 발생한 행려환자(1960.03.30일생, 남자)의 경우

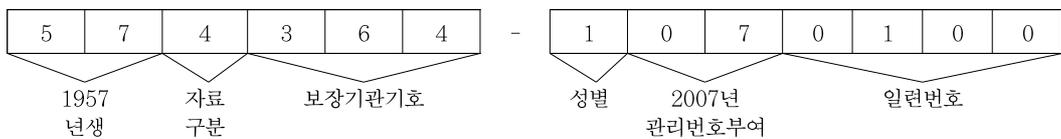


□ 보장시설입소자가 아닌자로서 주민등록번호 불명자인 경우

- 관리번호 구성

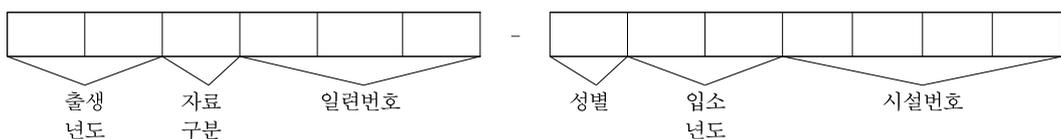


- 출생년도(2자리) : 출생년도 마지막 2자리를 기재
- 자료구분(1자리) : 4
- 보장기관기호(3자리) : 해당 시·군·구 행정동 부호 앞 3자리를 기재
- 성별(1자리)
  - 1800년대 및 1900년대 출생(남 : 1, 여 : 2)
  - 2000년대 출생(남 : 3, 여 : 4)
- 관리번호 부여년도(2자리) : 관리번호 부여년도 마지막 2자리를 기재  
2000년 → 00, 2007년 → 07
- 일련번호(4자리) : 보장기관에서 중복되지 않도록 일련번호를 부여  
(예시)
- 2007.1.15일 대전동구(3640000) 100번째 기초생활보장번호 부여자(1957.5.30 일생, 남자)의 경우



□ 보장시설입소자 또는 노숙인시설 중 주민등록번호 불명자인 경우

- 관리번호 구성

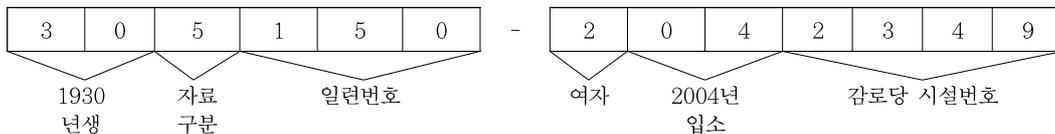


- 출생년도(2자리) : 출생년도 마지막 2자리를 기재

- 자료구분(1자리) : 5
- 일련번호(3자리) : 보장기관에서 중복되지 않도록 일련번호를 부여
- 성별(1자리)
- 1800년대 및 1900년대 출생(남 : 1, 여 : 2)
- 2000년대 출생(남 : 3, 여 : 4)
- 입소년도(2자리) : 입소년도 마지막 2자리를 기재
- 2000년 발생 → 00, 2007년 발생 → 07
- 시설기호(4자리) : 보장시설 또는 노숙인시설 4자리

(예시)

- 2004.1.15일 ○○시 감로당(2349)에 입소된 150번째 노인(1930.3.30일생, 여자)의 경우



②국민기초생활 보장법 제5조의2(외국인에 대한 특례)에 의한 외국인 배우자의 경우 주민등록번호란에 출입국관리법에서 정하는 외국인등록번호(13자리)를 기재한다.

③신생아가 수급권자가 될 경우에는 “수진자 성명”란에 “산모이름”과 신생아임을 구분할 수 있도록 “아기”를 함께 쓰거나 이름을 쓰고 주민등록번호란에는 앞부분의 “생년월일”과 뒷 부분의 남·여 구분(3 또는 4)만 기재한다. 다만, 쌍태아의 경우에는 주민등록번호의 끝자리에 첫째아이는 “1”, 둘째아이는 “2”를 기재한다.

(예시) 2004년 1월 1일 출산한 남아의 경우

세대주 성명	홍 길 동	주민등록번호
수급권자 성명	이은영아기 또는 홍철수	040101-3

(7) [특정기호] 의료급여수가기준 제17조에 해당하는 만성질환자에 대하여는 아래 일련번호 1~12까지의 특정기호를 기재하고, 중증난치질환자 중 인체면역결핍바이러스질환자와 영[별표 1] 제2호다목 및 기준 제23조의 규정에 의하여 본인이 부담할 비용을 면제 받는 경우에는 일련번호 13~15까지의 특정기호를 기재하며, 제17조의6에 해당하는 고위험 임신부 진료의 경우 일련번호 16의 특정기호를 기재하고, 영 [별표 1] 제2호다목에 해당하는 제왕절개분만 입원진료의 경우 일련번호 17의 특정기호를 기재

하고, 영〔별표 1〕 제2호자목에 해당하는 임신부 외래진료의 경우 일련번호 18의 특정기호를 기재하고, 영〔별표 1〕 제2호차목에 해당하는 조산아 및 저체중 출생아 외래진료의 경우 일련번호 19의 특정기호를 기재하고, 영〔별표1〕 제2호 타목1)의 보건복지부 장관이 고시하는 정신질환에 대한 외래진료의 경우 일련번호 20의 특정기호를 기재하고, 보건복지부장관이 고시하는 뇌사자(공여자)장기이식에 대한 진료의 경우 일련번호 21의 특정기호를 기재하고, 영〔별표1〕 제2호 하목에 해당하는 치매질환 진료를 받은 경우에는 일련번호 22~23의 특정기호를 기재하고, 영〔별표1〕 제2호 거목에 해당하는 6세 이상 15세 이하 아동에 대한 입원진료의 경우에는 일련번호 24의 특정기호를 기재하고, 보건복지부 장관이 정하는 난임진료를 하는 경우 일련번호 25의 특정기호를 기재하며, 영〔별표1〕제1호아목 및 제2호러목에 해당하는 확진검사의 경우에는 일련번호 26의 특정기호를 기재하며, 영〔별표1〕제3호다목에 해당하는 승인을 얻지 않은 사람에 대한 의료급여의 경우에는 일련번호 27의 특정기호만을 단독기재하고, 영〔별표1〕제2호 머목 및 버목에 해당하는 1세 미만인 수급권자에 대한 외래진료의 경우에는 일련번호 28을 기재하고, 영〔별표 1〕 제1호자목 및 제2호서목에 해당하는 잠복결핵 치료를 받은 경우에는 일련번호 29의 특정기호를 기재한다. 또한 중증질환자 중 암환자, 중증화상환자에게 해당 중증질환(합병증 포함)으로 진료한 경우 및 뇌혈관질환자, 심장질환자, 중증외상환자에게 산정특례 적용기간 동안 진료한 경우에는 건강보험의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」〔별표3〕 “중증질환자 산정특례대상”에 따른 특정기호를 기재하고, 희귀질환자 및 중증난치질환자가 해당 희귀질환 및 중증난치질환으로 진료한 경우 건강보험의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」〔별표4〕 “희귀질환자 산정특례 대상” 및 〔별표4의2〕 “중증난치질환자 산정특례 대상”에 따른 특정기호를 기재하고, 제17조의2 제4항에 해당하는 결핵질환자의 경우 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」〔별표5〕의 특정기호를 기재하고, 가정간호 대상자는 〔별표1〕 “가정간호 산정특례 대상”에 따른 특정기호를 기재하며, 제17조의7에 해당하는 경우 〔별표6〕 “약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상”에 따른 특정기호를 기재한다.

일련번호	대 상	특정기호
1	인공신장투석 받는 당일 외래진료	V001
2	계속적 복막관류술 실시 또는 복막관류액 수령 당일 외래진료	V003
3	대사장애환자가 해당 상병으로 의료급여를 받은 당일 외래진료	V117, V286
4	혈우병치료목적으로 항응고인자·동결침전제 투여 및 기타 혈우병 치료를 받은 당일 외래진료	V009, V284
5	삭제(2020.10.5.)	삭제

일련번호	대 상	특정기호
6	근육병환자에게 자율신경계 또는 면역억제제 투여를 받은 당일외래진료	V012, V288
7	신장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	V005
8	간 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	V013
9	췌장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	V014
10	심장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	V015
11	폐 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	V277
12	소장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	V278
13	인체면역결핍바이러스질환자가 해당 상병(B20-B24)으로 의료급여를 받은 당일 외래진료	V103
14	자연분만	F001
15	6세 미만 아동의 입원진료(2017.9.30.이전진료)	F004
	6세 미만 아동의 입원진료(2017.10.1.이후진료)	F019
16	고위험 임신부 진료	F011
17	제왕절개 분만 입원진료	F013
18	임신부 외래진료	F015
19	조산아 및 저체중 출생아 외래진료	F016
20	정신질환자가 조현병(F20~29)으로 관련 진료를 받은 당일 외래진료	V161
21	장기 등 기증자의 장기등 적출에 대한 급여비용	F017
22	본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 별표4의2 구분6의 치매질환의 입원진료 및 외래진료	V800
23	본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 별표4의2 구분7의 치매질환의 입원진료 및 외래진료	V810
24	6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료	F020
25	보건복지부 장관이 정하는 난임진료	F021
26	보건복지부 장관이 정하여 고시하는 확진검사	F022
27	연장승인(선택의료급여기관) 미신청자(불승인자)로서 「의료급여법 시행령」 [별표1]제3호 다목에 따른 의료급여비용을 적용받는 사람(1·2종)	F023
28	1세 미만인 수급권자의 외래진료	F024
29	잠복결핵 치료 관련 입원진료 및 외래진료	V010

(8) [본인부담구분] 영 별표 제1호다목 및 규칙 제19조의4에 따라 의료급여기금에서 급여비용의 전부 또는 일부를 부담하는 경우 일련번호 1~19까지, 24~25 또는 27~28까지의 본인부담구분 코드를 기재하고, 영 [별표 1] 제2호자목 및 차목의 경우

일련번호 29~30호까지의 본인부담구분 코드를 기재하고, 규칙 제8조의3에 따라 2종 수급권자 중 선택의료급여기관을 이용하는 경우에는 일련번호 20~25 또는 27~28까지의 본인부담구분 코드를 기재하며, 선택의료급여기관 적용 대상자 중 의료급여수가기준 제15조제1항제5호에 따라 시설내 처방료가 발생한 경우 일련번호 26의 본인부담구분 코드를 기재하고, 영 [별표1] 제2호 타목2)의 1)(F20-29)외의 정신질환 관련 진료를 받은 경우에는 일련번호 31의 본인부담구분 코드를 기재하고, 영 별표1 제2호 하목의 치매질환으로 진료받은 경우에는 일련번호 32의 본인부담코드를 기재하고, 영(별표1)제3호다목에 해당하는 승인을 얻지 않은 사람이 의료급여를 받고자 하는 경우에는 일련번호 33의 본인부담구분코드를 기재하고, 영(별표1)제2호 머목 및 버목에 해당하는 1세 미만 수급권자 중 제17조에 해당하는 만성질환자에 대해서는 일련번호 34의 본인부담구분코드를 기재하고, 영(별표 1) 제1호자목 및 제2호 서목에 해당하는 잠복결핵 치료를 받은 경우에는 일련번호 35의 본인부담구분코드를 기재, 원외처방전을 발행하는 경우 처방전의 「조제시 참고사항」란에 해당 본인부담구분 코드를 반드시 기재하여야 한다.

구분	대 상	본인부담 구분코드
1	선택의료급여기관 적용자(조건부연장승인자) 1종	M001
2	선택의료급여기관 자발적 참여자 1종	M002
3	18세 미만인자 1종	M003
4	임산부 1종	M004
5	(구)등록 희귀난치성질환자 1종(2013.09.30이전 등록 수급권자)	M005
6	<삭 제>	<삭제>
7	20세 이하인 자로 중·고등학교 재학 중인 자 1종	M007
8	가정간호대상자 1종	M008
9	응급환자인 선택의료급여기관 이용자 1종	M009
10	장애인보조기기 지급받는 선택의료급여기관 이용자 1종	M010
11	행려환자 1종	M011
12	노숙인진료시설을 이용하는 노숙인 1종	M012
13	응급·분만으로 노숙인진료시설 이외의 의료급여기관을 이용하는 노숙인 1종	M013
14	노숙인진료시설에서 의뢰되어 제3차의료급여기관을 이용하는 노숙인 1종	M014
15	등록 희귀난치성질환자 1종(2013.10.01.~2018.12.31.등록 수급권자)	M015
16	등록 중증질환자 1종	M016
17	등록 결핵질환자 1종	M017
18	등록 희귀질환자 1종	M018
19	등록 중증난치질환자 1종	M019
20	선택의료급여기관 적용자(조건부연장승인자) 2종	B001

21	선택의료급여기관 자발적 참여자 2종	B002
22	응급환자인 선택의료급여기관 이용자 2종	B003
23	장애인보조기기 지급받는 선택의료급여기관 이용자 2종	B004
24	선택의료급여기관에서 의뢰된 자(1·2종)	B005
25	선택의료급여기관에서 의뢰되어 재의뢰된 자(1·2종)	B006
26	선택의료급여기관 적용대상자이면서 사회복지시설에서 선택의료급여기관이 아닌 기관의 촉탁의에게 진료 받은 자 중 원외처방전을 발행 받은 자 또는 원내 직접 조제·투약 받은 자(1·2종)	B007
27	제3선택의료급여기관(한의원) 또는 제4선택의료급여기관(치과의원)에서 진료받은 자(1·2종)	B008
28	선택의료급여기관 적용자로서 「선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용절차 등에 관한 규정」에 따른 경과규정 적용자 등 의료급여의뢰서를 제출한 것으로 같음하는 자(1·2종)	B009
29	임신부 2종	B010
30	등록 조산아 및 저체중 출생아 2종	B011
31	정신질환자가 조현병(F20~29)외의 정신질환으로 관련 진료를 받은 당일 외래진료(2종)	B012
32	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 별표4의2 구분6과 구분7에 해당하는 치매질환으로 진료를 받은 당일 입원진료 및 외래진료(2종)	B013
33	연장승인(선택의료급여기관) 미신청자(불승인자)로서 「의료급여법 시행령」 [별표1]제3호다목에 따른 의료급여비용을 적용받는 사람(1·2종)	B014
34	1세 미만 수급권자 중 만성질환자의 외래진료(2종)	B015
35	잠복결핵 치료 관련 외래진료(1·2종)	B030

(9) **[진료확인번호]** 「선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용 절차 등에 관한 규정」 제3조 제4항에 따라 공단에서 전송받은 확인번호를 “진료확인번호”란에 기재하여야 한다.

(10) **[특정내역]** 의료급여수급권자가 외래에서 의사 진찰없이 예약된 검사만을 실시한 경우 그 해당 내역을 별도 명세서로 작성하여 명일련 단위 특정내역 구분코드 MT001(상해외인)란에 “H”를 기재토록 하며 내원일수에 “0”을 기재하고, 잠복결핵 치료 중 타 상병을 동시에 진료하는 경우 잠복결핵 관련 진료 내역을 별도 명세서로 작성하여 명일련 단위 특정내역 구분코드 MT065(명세서 분리유형)란에 “B”를 기재하며 입·내원일수는 진료를 받은 실 일수를 기재한다.

(11) **[직접조제]** 의료급여 수급권자가 외래진료 당일 「약사법」 제23조제4항에 따라 처방전 발행 없이 원내에서 직접 조제·투약하는 경우 직접조제 횟수를 「직접조제」란에 기재하여야 한다.

(12) **[본인부담금 발생횟수]** 의료급여 수급권자가 외래진료시 1일 2회 이상 진찰을 한 경우 본인부담금 발생횟수를 기재하되, 의료급여비용총액1이 발생하지 않은 진료내역의 본인부담금 발생횟수는 기재하지 아니한다.

- (13) **[등록번호]** 의료급여수가기준 제17조의2제5항에 따른 뇌혈관질환자, 심장질환자, 중증외상환자를 제외한 중증질환자, 희귀질환자, 중증난치질환자 또는 결핵질환자를 진료한 경우 및 제17조의3제2항과 제5항에 따라 틀니 및 치과임플란트에 대한 의료급여를 시행한 경우(틀니의 유상 유지관리 기간은 제외)에는 등록번호를 기재한다.

## 2. 행위별 수가 적용건

### 가. 서 식

서 식	서 식 명	서식번호	비 고
별지 제4호	의료급여비용명세서(의과입원)	GI02	의과용
별지 제4-1호	의료급여비용명세서(의과입원)	GI02	의과용
별지 제5호	" (의과외래일자별)	GI03	의과용
별지 제6호	" (치과입원)	GI04	치과용
별지 제7호	" (치과외래 일자별)	GI05	치과용
별지 제14호	" (한방입원)	GI012	한방용
별지 제15호	" (한방외래 일자별)	GI013	한방용
별지 제16호	" (약국직접조제)	GI20	약국용
별지 제17호	" (약국처방조제)	GI21	약국용

### 나. 명세서 항목별 작성방법

- (1) **[의료급여생애전환기검진 실시 당일 진찰료]** 의료급여생애전환기검진 실시 당일 별도의 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우에는 진찰료 산정코드 세 번째 자리에 4로 기재한다.
- (2) **[회송료]** 1. 진찰료 ④응급 및 회송료란의 (I)란에 기재(응급의료관리료를 함께 산정하는 경우 금액을 합하여 기재한다)하되, 상대가치점수 및 요양급여비용 작성요령에 의하여 산정한다.
- (3) **[식대]** ①식대는 실제로 행하여진 경우에 한하여 의료급여수가기준 제1장 제12조

에서 정한 금액에 급식일수를 곱하여 2항 10목(기본식대)란 [서면으로 청구하는 경우, 2.입원료 ⑦식대란(치과는 ②식대란, 한방은 ④식대란)] 에 기재한다.

②입원환자 식대는 의료급여기관에 입원한 환자에게 의사처방에 의하여 식사를 제공한 경우에 1일 3식 이내(산모식은 1일 4식 이내)로 산정하고, 일반분유 및 특수분유는 1일당으로 산정한다.

③입원환자 식대코드는 다음과 같다.

구분	일반식 (일반유동식, 연식 포함)	치료식 (당뇨식, 신장질환식 등)	멸균식	분유		산모식	경관영양 유동식 (조제식, 완제품)
				일반 분유	특수 분유		
의과 치과	AS510	AS520	AS530	AS540	AS541	AS550	AS560
한방	16510	16520	-	16540	16541	16550	16560

(4) [안치료] 수급권자가 의료급여기관에서 입원진료 중 사망한 경우나 외래에서 6시간 이내에 사망한 경우는 의료급여수가기준 제1장제14조에서 정한 금액(코드 : AT100)을 3일 이내로 산정한다.

(5) [가정간호기본방문료] <2020.1.1일자로 삭제>

(6) [만성질환관리료] 1. 진찰료 ⑥만성질환관리료란의 (1)란에 기재하되, 상대가치점수 및 요양급여비용 작성요령에 의하여 산정한다.

(7) [처방전] 의료급여기관에서 처방전을 발행한 경우 처방전 총발급횟수를 기재한다.

(8) [정신요법료] 정신질환으로 외래 진료 또는 정신질환 외의 상병으로 입원 진료 중 정신건강의학과에 의뢰하여 정신요법을 실시한 경우는 의료급여비용명세서 “정신요법료”의 (Ⅱ)란에 기재하되, 상대가치점수 및 요양급여비용 작성요령에 의하여 산정한다.

(9) [요양병원 정액수가 등] ① <삭제>

②요양병원 정액수가는 의료급여비용명세서 “제L항 장기요양란 제1목”의 (I)란에 기재하되, 상대가치점수 및 요양급여비용 작성요령에 의하여 산정한다.

③ <2008.1.1일자로 삭제>

④ <2018.8.1일자로 삭제>

- (10) [위탁검사] 해당 의료급여기관에서 검사시설 및 능력이 없어 검사를 다른 의료급여 기관 또는 검사기관에 의뢰한 경우는 의료급여수가기준 제1장제6조에 의해 산정토록 하며, 상대가치점수 제2장제1절 및 제2절 분류항목 소정점수(가감률 적용 포함)의 87%를 산정(산정코드 네 번째 자리 Z로 기재)한 점수에 수탁기관의 점수당 단가를 곱하여 계산한 금액 및 별도 산정 가능한 치료재료대 금액을 합산하여 9. 검사료 ③위탁검사(Ⅰ)란에 위탁의뢰 검사수와 함께 기재하고, 위탁검사관리료(해당 검사료 산정 금액의 10%)는 9. 검사료 ②위탁검사관리(Ⅰ)란에 기재하여 청구한다. 이 경우 검사료 각 분류항목은 의료급여기관 종별 가산율을 적용하지 아니한다.
- (11) [CT, MRI 및 PET] 전산화단층영상진단, 자기공명영상진단 및 양전자방출단층촬영은 상대가치점수 제3장 제2절 방사선특수영상진단료, 제3절 핵의학영상진단 및 골밀도 검사료 분류 항목을 참고하여 S. 특수장비 ①CT, ②MRI, ③PET 각각의 (Ⅰ)란에 조영제 및 재료대 등을 포함하여 기재하고, 해당란(분류란, 횡수란 등)에는 촬영부위, 필름매수, 재료대 등 그 내역을 명기한다.
- (12) [기타 청구사항] ①상기 사항 이외의 기본진료료, 검사료, 영상진단 및 방사선 치료료, 투약 및 처방·조제료, 주사료, 마취료, 이학요법료, 처치 및 수술료 등, 캐스트료, 혈액 및 혈액성분제제의 수가, 특정치료재료대, 100분의100본인부담, 비급여는 '요양급여비용 작성요령'에 따라 작성한다.
- ② <삭제>
- ③처방전을 발행한 경우 명세서 상 추가기재사항(처방전 발급번호와 처방일수, 처방내역)은 "요양급여비용 작성요령"에 따라 산정한다.
- ④일련번호는 매 명세서마다 순서대로 기재한다.
- (13) [소계] 소계는 (Ⅰ), (Ⅱ)란별로 각각의 합계 금액을 기재한다.
- (14) [가산율 및 금액] 가산율란에는 의료급여기관의 해당 가산율을 기재하고, 가산금액은 진료행위 (Ⅱ)란의 소계금액에 의료급여기관 종별가산율을 곱한 금액으로 기재하되, "원"미만은 4사5입 한다.
- (15) <삭제>
- (16) [수급권자의료급여비용총액] (Ⅰ)란과 (Ⅱ)란의 소계와 가산금액을 합한 총금액에서

10원 미만을 절사한 금액을 기재하되, 100분의100 본인부담 및 비급여를 제외한 총금액을 기재한다.

(17) [의료급여비용총액1] 기본진료료, 약제 등 의료급여기관 종별가산율이 적용되지 않는 의료급여비용, 의료급여기관 종별가산율이 적용되는 진료행위료와 가산금액을 모두 합하여 총 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재하되, 100분의100본인부담 및 비급여를 제외한 총금액을 기재한다.

(18) [본인일부부담금] 본인일부부담금은 제5장 의료급여 본인일부부담금 작성요령에 의하여 기재하며 보훈위탁진료 의료급여기관의 보훈 국비환자의 경우에는 「국가보훈 대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 본인일부부담금을 기재한다.

(19) [장애인의료비] ①2종 수급권자 중 장애인이 제2차, 제3차 의료급여 기관에서 외래진료를 받는 경우에는 추나요법 비용을 제외한 제5장 의료급여 본인일부부담금 작성요령에 의한 본인일부부담금을 장애인의료비란에 기재하고, 제1차, 제2차 및 제3차 의료급여기관에서 입원진료를 받는 경우에는 식대, 추나요법, 상급종합병원, 종합병원, 병원, 한방병원, 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다.) 및 정신병원에서 이용한 일반병상 중 2·3인실 입원료를 제외한 제5장 의료급여 본인일부부담금 작성요령에 의한 본인일부부담금을 장애인의료비란에 기재한다.

②2종수급권자 중 장애인이 제1차의료급여기관(약국제외) 외래진료(종별구분 : 8)시에는 처방전 발행과 관계없이 750원을 장애인의료비란에 기재한다.

(20) [대지급금] 2종 수급권자의 입원진료 후 의료급여수가기준 제1장 “의료급여수가의 기준 및 그 계산방법”에 의한 급여비용 중 본인일부부담금이 20만원을 초과하는 경우 의료급여법시행규칙 제27조제7항에 의거하여 그 초과하는 금액의 일부 또는 전부를 수급권자 또는 그 부양의무자가 대지급금을 신청하여 시장·군수·구청장으로부터 승인받은 경우 그 금액을 대지급금란에 기재한다.

(21) [청구액] ①의료급여비용총액1에서 본인일부부담금을 공제한 금액을 기재한다.

②2종수급권자 중 장애인 2차의료급여(종별구분 : 6)해당건의 청구액은 의료급여비용총액1에서 장애인의료비를 공제한 금액을 기재한다.

③2종수급권자 중 장애인 1차 의료급여(종별구분: 8)해당건의 청구액은 의료급여비용총액1에서 본인일부부담금과 장애인의료비를 공제한 금액을 기재한다.

④2종수급권자의 입원진료 후 대지급금이 발생한 경우에는 의료급여비용총액1에서 실제 본인이 납부한 본인일부부담금을 공제한 금액을 기재한다.

- (22) **[진료비총액]** 보훈위탁진료 의료급여기관의 보훈국비환자 진료분인 경우 비급여와 의료급여비용(100분의100본인부담금총액, 보훈 등 100분의100본인부담 포함)을 모두 합한 총 금액을 기재하되, 10원미만 절사한 금액을 기재한다.
- (23) **[보훈청구액]** 보훈위탁진료 의료급여기관의 보훈 국비환자 진료분인 경우 진료비 총액에서 본인일부부담금, 청구액, 보훈 본인일부부담금 및 의료급여 100분의100 본인부담금총액을 제외한 금액을 기재한다.
- (24) **[단수처리]** 급여비용 청구 및 지급시 「국고금관리법」 제47조제1항을 준용하여 10원 미만의 단수는 계산하지 아니한다.
- (25) **[의료급여 100분의100본인부담총액]** 의료급여 100분의100본인부담금을 합하여 기재하되, 10원미만 절사한 금액을 기재한다.
- (26) **[의료급여비용총액2]** 의료급여비용총액1과 의료급여 100분의100본인부담금총액을 합하여 기재하되, 10원미만 절사한 금액을 기재한다.
- (27) **[보훈 본인일부부담금]** 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 명세서의 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 보훈 등 100분의100본인부담액과 비급여를 합한 금액의 해당 본인일부부담금을 기재하되, 10원미만 절사한 금액을 기재한다.

### 3. 정액수가 적용건

#### 가. 서식

서 식	서식명	서식번호	비 고
별지 제8호	의료급여비용명세서(조산원 입원)	GI06	조산원용
별지 제9호	” (보건기관 입원)	GI07	보건기관용
별지 제10호	” (보건기관 외래처방전 미발행)	GI08	보건기관용
별지 제10-1호	” (보건기관 외래처방전 발행)		

#### 나. 공통사항

- (1) **[입원일수]** 당월의 재원일수를 기재한다.
- (2) **[의료급여비용총액1]** 의료급여기간에 따른 의료급여비용총액1을 기재하되, 100분의 100본인부담 및 비급여를 제외한 총금액을 기재한다.
- (3) **[본인일부부담금]** 본인일부부담금은 제5장 의료급여 본인일부부담금 작성요령에 의하여 기재하며 보훈위탁진료 의료급여기관의 보훈 국비환자의 경우에는 「국가보훈 대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 본인일부부담금을 기재한다.
- (4) **[장애인의료비]** ①2종수급권자 중 장애인이 제2차, 제3차 의료급여기관에서 외래진료를 받는 경우 제5장 의료급여 본인일부부담금 작성요령에 의한 본인일부부담금을 장애인의료비란에 기재하되, 제1차, 제2차 및 제3차 의료급여기관에서 입원진료를 받는 경우에는 식대를 제외한 제5장 의료급여 본인일부부담금 작성요령에 의한 본인일부부담금을 장애인의료비란에 기재한다.  
 ②2종 수급권자 중 장애인이 제1차의료급여기관(약국제외)에서 외래진료(종별구분 : 8)를 한 경우에는 처방전 발행과 관계없이 750원을 장애인의료비란에 기재한다.
- (5) **[대지급금]** 2종수급권자의 입원진료 비용(의료급여수가기준 및 그 계산방법에 의한 급여비용에 한함)중 본인일부부담금이 20만원을 초과하여 수급권자 또는 그 부양 의무자가 의료급여법시행규칙 제27조제7항에 의거 그 초과하는 금액의 일부 또는 전부를 대불받은 경우 “대지급금”란에 기재한다.

- (6) [청구액] ①의료급여비용총액1에서 본인일부부담금을 공제한 금액을 기재한다.  
 ②2종수급권자 중 장애인 2차의료급여(종별구분 : 6) 해당건의 청구액은 의료급여 비용총액1에서 장애인의료비를 공제한 금액을 기재한다.  
 ③2종수급권자 중 장애인 1차의료급여(종별구분 : 8) 해당건의 청구액은 의료급여 비용총액1에서 본인일부부담금과 장애인의료비를 공제한 금액을 기재한다.  
 ④2종수급권자가 본인일부부담금을 대불한 경우 의료급여비용총액1에서 실제 본인이 납부한 본인일부부담금을 공제한 금액을 기재한다.
- (7) [단수처리] 급여비용 청구 및 지급시 「국고금관리법」 제47조제1항을 준용하여 10원 미만의 단수는 계산하지 아니한다.
- (8) [약제 처방내역 기재생략] 의료급여 정액수가(혈액투석 제외)에 해당되는 외래 진료 시 처방전 발행에 의해 의약품을 약국에서 조제·투약하도록 한 경우 처방전발급기관은 명세서상 약제처방내역 기재 또는 처방전 첨부를 생략하여 청구하되, 반드시 조제기록부 등에 해당 약제 처방내역을 처방일자별로 기재·보관하여야 한다.

## 다. 조산원 명세서 작성

- (1) [건수] 청구서의 조산건수와 실청구건수는 동일하여야 한다.
- (2) [조산구분] ①초·경산 및 골반위만출 여부에 따라 초산은 ①, 경산은 ②, 골반위만출술은 ③으로 기재한다.  
 ②자궁내장치를 시행하여 상대가치점수 “제11장 조산료”를 산정하지 아니하고 상대가치점수 “제9장제1절 처치 및 수술료”에 분류된 자궁내장치(R4271)에 의하여 산정하는 경우에는 “입원일수”란에 내원일수를 “조산구분”란에 ④를 기재하고, “의료급여비용총액1”란에 자궁내장치(R4271) 수기료와 재료대를 합한 금액을 기재한다.
- (3) [조산시간] ①주간(09시를 초과한 때부터 18시전까지)에 조산한 경우에는 주간 소정금액을 산정하며 이 경우 명세서(GI06)의 시간란에 ①로 기재한다.  
 ②18시~09시(22시~06시 제외) 또는 공휴일에 조산한 경우에는 18시~09시 또는 공휴일 소정금액을 산정한다. 이 경우 명세서(GI06)의 시간란에 ②를 기재하고 조산

시각 또는 조산일자(공휴일인 경우)를 기재한다.

③22시~06시에 조산한 경우에는 22시~06시 소정금액을 산정하며, 이 경우 명세서(GI06)의 시간란에 ③으로 기재하고, 조산시각 또는 조산일자(공휴일인 경우)를 명기하여야 한다.

(4) [가산구분] 고위험분만에 해당하는 경우에는 ①, 분만취약지 소재 조산원에서 분만하는 경우에는 ②를 기재하고, 분만취약지 소재 조산원에서 고위험분만에 해당하는 경우에는 ③으로 기재한다.

(5) [다태아] 다태아란에 쌍생아는 ②, 삼태아는 ③으로 기재한다.

(6) [식대] 식대란에는 입원기간 동안 제공한 식사종류(일반식, 치료식, 멸균식, 분유, 산모식, 경관유동식)에 따른 총 식대비용을 기재한다.

(7) [의료급여비용총액1] 의료급여비용총액1란에는 상대가치점수 “제11장 조산료”에 의한 금액에 입원기간 동안 제공된 “식대비용”을 합하여 산정한다.

(8) [장애인의료비] 2종 수급권자 중 장애인(종별구분 : 6)으로 자궁내장치삽입술을 시행한 경우에는 식대(1일당 소정금액의 100분의80)를 제외한 의료급여비용총액1의 10%에 해당하는 금액을 장애인의료비란에 기재한다.

(9) [특정항목] 상대가치점수 제1부 I.일반기준 제8호 다항에 따른 보건복지부장관이 인정하는 항목을 산정하는 경우 구분코드를 기재한다.

(10) [의료급여비용] 의료급여비용란에는 “특정항목”란에 기재하는 항목에 해당하는 의료급여비용을 합하여 산정한다.

## 라. 보건기관 명세서 작성

(1) [수가기준] 보건소(모자보건센터 포함)에 대한 수가는 상대가치점수 “제12장 보건기관의 진료수가”에 의하여 산정한다.

- (2) [명세서상 항목기재] 명세서상 각 항목 기재방법은 “요양급여비용 작성요령”에 따라 산정한다.
- (3) [진료과] 의과, 치과, 조산여부에 따라 의과는 ①, 치과는 ②, 조산은 ③으로 기재하고 정관절제술 또는 결찰술, 자궁내 장치, 난관결찰술을 시행하여 상대가치점수 “제12장 보건기관의 진료수가”를 산정하지 아니하고, “제9장 처치 및 수술료 등”에 분류된 해당항목에 의하여 산정하는 경우에는 “진료과”에 ④로 기재하며, 자궁내장치 재료대는 “의료급여비용총액1”란에 해당 수기료와 합하여 기재한다. 보건소 또는 보건지소에 물리치료사가 상근하면서 물리치료를 행한 경우에는 ⑤를 기재하고, 한방의 경우 한방시술단독은 ⑦, 투약단독은 ⑧, 시술과 투약의 병행은 ⑨를 기재한다.
- (4) [야간 및 공휴일 조산] 보건기관에서 18~09시 또는 공휴일에 조산을 행한 경우에는 소정금액의 50%를 가산하되, 조산시각 또는 공휴일임을 “상병명”란에 기재하여야 한다.

#### 마. 정신질환 정액수가 등 명세서 작성

- (1) [정신질환 정액수가 기재방법] ①의료급여수가기준 제1장 제9조 및 제11조의 정신질환 정액수는 의료급여비용정액명세서 제X항 “정신건강의학과 정액”에 기재한다. ②제1항에 따른 정신질환 정액수에 포함된 진찰료·입원료·투약료 등 진료내역을 상대가치점수 및 요양급여비용 작성요령에 따라 코드, 분류, 단가, 1회 투약량[3항(투약료), 4항(주사료) 의약품인 경우만 해당], 1일 투여량 또는 투여(실시)횟수, 총 투여일수 또는 실시횟수, 금액 등을 명세서 각각의 항·목에 기재한다.
- (2) [정신질환 정액수가 코드]  
의료급여수가기준 제1장 제9조 및 제11조의 정신질환 정액수가 코드는 아래와 같다.  
①<2017.3.13.일자로 삭제>  
②정신질환 입원수가

명 칭	입원기간	수가코드			
		입원 후 1일~90일	입원 후 91일~180일	입원 후 181일~360일	입원 후 361일 이상
정신질환 입원수가 G1등급		AR341	AR351	AR361	AR331
정신질환 입원수가 G2등급		AR342	AR352	AR362	AR332
정신질환 입원수가 G3등급		AR343	AR353	AR363	AR333
정신질환 입원수가 G4등급 (병원급 이상)		AR544	AR554	AR564	AR534
정신질환 입원수가 G4등급 (의원)		AR504	AR514	AR524	AR574
정신질환 입원수가 G5등급 (병원급 이상)		AR545	AR555	AR565	AR535
정신질환 입원수가 G5등급 (의원)		AR505	AR515	AR525	AR575

③정신질환 낮병동수가

명 칭	수가코드
정신질환 낮병동수가 G1등급	AR201
정신질환 낮병동수가 G2등급	AR202
정신질환 낮병동수가 G3등급	AR203
정신질환 낮병동수가 G4등급(병원급 이상)	AR224
정신질환 낮병동수가 G4등급(의원)	AR234
정신질환 낮병동수가 G5등급(병원급 이상)	AR225
정신질환 낮병동수가 G5등급(의원)	AR235

④정신질환 외박수가

명 칭	수가코드
정신질환 외박수가 G1등급(병원이상)	AR401
정신질환 외박수가 G2등급(병원이상)	AR402
정신질환 외박수가 G3등급(병원이상)	AR403
정신질환 외박수가 G4등급	AR406
정신질환 외박수가 G5등급	AR407

(3) [정신건강의학과 입원 중 다른 진료과 의뢰] ①정신질환자가 정신건강의학과 의료진으로 진료가 곤란한 외과적 수술을 요하는 경우 등의 질환이 발생하여 부득이 입원도중 동일 의료급여기관의 다른 진료과목 전문의에게 협진 의뢰하여 진료한 경우에는 별도

행위별수가로 적용 청구한다. 다만, 정신건강의학과 의료진으로도 진료가 가능한 간단한 상병(예 : 소화불량, 감기 등)의 진료비용은 정신건강의학과 입원수가에 포함되어 있으므로 별도로 산정할 수 없다. 이 경우 해당 행위별수가 적용 입원명세서 상해외인란에 반드시 “E”를 표기하되, 입원일수란에 “0”을 기재하고, 당월진료일수란에는 정신건강의학과 진료일수(원내투약일수 포함)를 제외한 타 상병에 대한 진료일수만을 기재토록 하며 정신건강의학과 진료일수를 초과하지 않을 경우 “0”으로 기재한다.

②정신질환자가 정신건강의학과 의료진으로 진료가 곤란한 다른 진료과목에 해당하는 질환이 발생하였으나 해당 의료급여기관 인력·시설·장비로는 치료가 곤란하여 다른 의료급여기관으로 외래진료를 의뢰한 경우 명세서는 의뢰받은 의료급여기관에서 행위별로 외래수가를 적용하여 외래명세서에 작성·청구하되, 명세서 상해외인란에 “E”표기하고 명세서 여백에 다른 의료급여기관 정신질환자 진료의뢰건임을 명기한다. 이 경우 의료급여기관 종별가산율은 의뢰받은 의료급여기관의 종별가산율을 적용하고, 본인일부부담금은 입원본인부담률을 적용한다.

(4) [다른 진료과 입원 중 정신건강의학과 의뢰] <2017.3.13일자로 삭제>

(5) [촉탁의의 정신질환자 진료] <2017.3.13일자로 삭제>

(6) [정신질환 정액수가 진료 시 선별급여 청구] 정신질환자의 정신건강의학과 진료시 제23조2에 해당하는 항목을 실시한 경우에는 상해외인란에 반드시 “O”를 기재하여 별도의 행위별 명세서에 분리 청구하되, 입·내원일수란에 “0”으로 기재한다.

(7) <2021.4.1.삭제>

(8) [퇴원 투약비용 등의 별도 산정] 정신건강의학과 입원 중 투여한 약품비 및 퇴원 투약비용 등 의료급여수가기준 제1장 제9조제2항의 단서 규정에 따라 별도 산정할 수 있는 항목을 실시한 경우에는 제X항 각목의 분류에 따라 기재한다.

## 바. 혈액투석 정액수가 명세서 작성

(1) [혈액투석 외래 정액수가 기재방법] ①의료급여수가기준 제1장 제7조의 혈액투석 정액수가는 의료급여비용명세서 제Z항의 “혈액투석 정액”란에 기재한다.

②제1항에 따른 혈액투석 정액란의 혈액투석 정액수가에 포함된 진찰료, 혈액투석

수기료, 필수경구약제 및 Erythropoietin제제 등의 진료내역을 상대가치점수 및 요양급여비용 작성요령에 따라 코드, 분류, 단가, 1회 투약량[3항(투약료 및 처방전), 4항(주사료) 의약품인 경우만 해당], 1일 투여량 또는 투여(실시)횟수, 총투여일수 또는 실시횟수, 금액 등을 명세서 각각의 항·목에 기재한다.

(2) [혈액투석 정액수가 코드] 의료급여수가기준 제1장 제7조의 혈액투석 정액수가 코드는 아래와 같다.

명 칭	수가코드
혈액투석 정액수가(병원급 이상)[1회당]	O9992
혈액투석 정액수가(의원)[1회당]	O9993

(3) [혈액투석 정액수가 시 투석액 등의 산정] 의료급여수가기준 제1장 제7조제1항에 따라 혈액투석 시 사용한 재료대(Dialyser, Tubing Set, Fistula Needle, IV Set, Syringe, Protector 등)와 약제(Heparin, Heparin 길항제, 생리식염수)(코드 O7021) 및 투석액 등을 산정하는 경우 제Z항의 각목의 분류에 따라 기재한다.

(4) [혈액투석 정액수가 이외 행위별 분리청구] ① 의료급여 혈액투석정액 외래진료 당일 동일진료과목 의사가 혈액투석을 위한 정맥내카테터삽입술 또는 혈관중재시술 등을 실시한 경우 및 만성신부전 관련 합병증이 아닌 다른 상병으로 진료를 실시한 경우 별도의 행위별수가로 명세서를 분리하여 청구한다. 이 경우 행위별수가 적용 명세서의 상해 외인란에 반드시 “M”을 표기하되, 내원일수란에 “0”을 기재한다. 혈관중재시술 등의 해당 범주는 혈관조영촬영, 인공신장투석을 위한 동정맥루의 교정술, 중재적 방사선 시술이며, 관련 조영제 및 재료대 등의 청구방법은 요양급여비용 작성요령에 따른다. ② 의료급여 혈액투석 외래진료 당일 제23조2에 해당하는 항목을 실시한 경우에는 상해외인란에 반드시 “O”를 기재하여 별도의 행위별 명세서에 분리 청구하되, 내원일수란에 “0”을 기재한다.

## 제5장 의료급여 본인일부부담금 작성요령

### 가. 1·2차 의료급여 공통

- (1) [명세서 분리작성] ①1, 2차 의료급여별로 본인일부부담금이 변경된 수급권자의 경우 변경전 진료분과 변경후 진료분을 별도의 명세서에 각각 구분 작성하여야 한다.
- ②1종수급권자가 제1차의료급여기관(보건소, 보건지소, 보건진료소, 약국 제외)·제2차의료급여기관·제3차의료급여기관에서 외래진료를 받는 경우 의료급여기관 1회 방문당 본인일부부담금이 처방전 발행여부 또는 직접 조제여부에 따라 상이하므로, 처방전을 발행한 경우 “처방전 발급횟수”를 기재하고, 처방전 발행 없이 직접 조제만 이루어진 경우에는 “직접 조제 횟수”를 기재하되, 처방전 발행과 직접 조제가 동시에 이루어진 경우에는 “직접 조제 횟수”를 기재하지 아니 한다.
- ③2종수급권자가 제1차의료급여기관(약국제외)에서 외래진료를 받거나 또는 2종수급권자 중 만성질환자(만성신부전환자, 혈우병환자, 대사장애환자, 근육병환자, 장기이식환자)가 제2차의료급여기관(제3차의료급여기관 제외)에서 의료급여수가기준 제2장 제17조에서 정한 외래진료를 받는 경우 의료급여기관 1회 방문당 본인일부부담금이 처방전 발행여부 또는 직접 조제여부에 따라 상이하므로, 처방전을 발행한 경우 “처방전 발급횟수”를 기재하고, 처방전 발행 없이 직접 조제만 이루어진 경우에는 “직접 조제 횟수”를 기재하되, 처방전 발행과 직접 조제가 동시에 이루어진 경우에는 “직접 조제 횟수”를 기재하지 아니 한다.
- ④2종수급권자가 영 [별표 1] 제2호다목의 규정에 의한 본인부담면제에 해당되는 경우에는 기왕증 등과는 구분하여 명세서를 각각 작성한다.
- (2) [편철] 동일인이 동일 청구 주기분에 본인일부부담금 변경이 있는 경우는 입원·외래 불문하고 본인일부부담금 변경 전·후의 급여비용을 각각의 명세서에 구분 작성하되, 연계심사가 가능하도록 앞뒤로 편철한다.
- (3) [진료개시일] 본인일부부담금의 변경으로 인해 연도별로 분리 작성되는 명세서의 진료개시일은 연속진료인 경우에도 해당 명세서상의 최초 진료일자를 기재한다.

### 나. 본인일부부담금

- (1) [1종수급권자 입원진료] 1종수급권자의 입원진료시 급여비용은 전액 기금에서 부담

하므로 본인일부부담금이 발생하지 아니한다. 다만, 식대 본인부담면제대상자 외의 자는 식대 소정금액의 100분의 20(중증질환자에게 해당 중증질환(합병증 포함)으로 진료한 경우에는 100분의 5)에 해당하는 금액을 부담하고, 「의료급여법 시행령」 [별표1] 제3호 나목에 따른 상급종합병원, 종합병원, 병원, 한방병원, 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다.) 및 정신병원에서 일반병상 중 2·3인실을 이용하는 경우 및 라목에 따른 추나요법을 실시하는 경우에는 그 비용에 한정하여 기금에서 부담하는 금액을 제외한 금액을 본인이 부담한다.

## (2) [1종수급권자 외래진료]

### ① 공통사항

- 1종수급권자 중 본인부담면제자 및 중복결핵 치료 관련 진료의 경우에는 급여비용을 전액 기금에서 부담하므로 본인일부부담금이 발생하지 아니한다.
- 의료급여기관의 설치목적이나 법인의료기관의 정관 등에 의거 본인일부부담금을 전액 면제 또는 일부 감면하는 경우와 수급권자측 또는 의료급여기관측의 사정으로 본인일부부담금을 전혀 부담하지 못하였거나 일부만 부담한 경우는 본인일부부담금란에 실제 수급권자가 부담한 금액(부담 못한 경우“0”으로 표기)을 기재하여야 한다.

### ② 제1차의료급여기관

- 1종수급권자가 제1차의료급여기관에서 외래 진료시 본인일부부담금은 처방전 발행 없이 의약품 직접 조제 받은 경우 1회 방문당 1,500원, 그 이외의 경우(동일에 직접 조제와 처방전 발행이 동시에 이루어진 경우 포함)에는 1,000원을 본인이 부담한다. 다만, 보건기관(보건의료원 제외)에서 의료급여를 받은 경우에는 의약품 직접 조제여부와 관계없이 본인부담금이 발생하지 아니한다.

### ③ 제2차의료급여기관

- 1종수급권자가 제2차의료급여기관에서 외래 진료시 본인일부부담금은 처방전 발행 없이 의약품 직접 조제 받은 경우 2,000원, 그 이외의 경우(동일에 직접 조제와 처방전 발행이 동시에 이루어진 경우 포함)에는 1,500원을 본인이 부담한다.

### ④ 제3차의료급여기관

- 1종수급권자가 제3차의료급여기관에서 외래 진료시 본인일부부담금은 처방전 발행 없이 의약품 직접 조제 받은 경우 2,500원, 그 이외의 경우(동일에 직접 조제와

처방전 발행이 동시에 이루어진 경우 포함)에는 2,000원을 본인이 부담한다.

⑤ CT, MRI 및 PET를 실시하였을 경우

- 1종수급권자가 제1차·제2차·제3차의료급여기관에서 CT, MRI 또는 PET를 실시한 경우 본인일부부담금은 CT, MRI 또는 PET총액의 5%로 산정하되 10원 미만의 단수가 있을 때에는 이를 절사한 금액으로 기재한다.

⑥ 약국 조제시

- 1종수급권자가 의료급여기관에서 발급받은 처방전에 의해 약국 또는 한국희귀의약품 센터에서 처방조제를 한 경우 처방전 1매당 500원을 본인이 부담하되, 보건소 및 보건지소에서 발행한 처방전에 의한 경우에는 본인일부부담금이 발생하지 아니한다.
- 1종수급권자가 의사의 처방전 없이 의약분업 예외지역 약국에서 직접 조제받은 경우에는 1회 방문당 900원을 본인이 부담한다.
- 의료급여비용총액<sup>1</sup>이 본인이 부담할 금액보다 적은 경우에는 그 의료급여비용의 전부를 본인이 부담한다.
- 다만, 제17조 7의 해당 상병으로 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 의해 약국에서 조제받은 경우 약국요양급여비용 총액의 3%를 본인이 부담하되, 본인 부담금액이 500원 미만이 되는 경우 처방전 1매당 500원을 본인이 부담한다.

⑦ 제17조의9 제2항에 의한 주사제를 투여하는 경우

- 1종 수급권자가 제1차·제2차·제3차의료급여기관에서 정신건강의학과 외래진료 시 제17조9 제2항에 의한 주사제를 투여하는 경우 본인부담금은 해당 약제비용총액의 5%를 기재한다.

⑧ 「의료급여법 시행령」 [별표1] 제3호 라목에 의한 추나요법을 실시하는 경우

- 1종 수급권자가 추나요법을 실시하는 경우 해당 급여비용에 한정하여 기금에서 부담하는 금액을 제외한 금액을 본인이 부담한다.

- (3) [1종수급권자 노인틀니 및 치과임플란트] 만 65세이상 1종수급권자가 제1차·제2차·제3차의료급여기관에서 틀니에 대한 의료급여를 실시한 경우 본인일부부담금은 의료급여비용총액<sup>1</sup>의 5%를 산정하고, 치과임플란트에 대한 의료급여를 실시한 경우 본인일부부담금은 의료급여비용총액<sup>1</sup>의 10%를 산정하되, 10원 미만의 단수가 있을 때에는 이를 절사한 금액으로 기재한다.

#### (4) [2종 수급권자 입원진료]

##### ① 2종수급권자가 입원진료를 받은 경우

- 식대, 치면열구전색술, 추나요법, 일반병상 중 2·3인실 입원료를 제외한 의료급여비용 총액의 100분의10(중증질환자, 자연분만, 6세미만 아동, 제왕절개분만, 잠복결핵 치료 관련 진료의 경우 본인부담 100분의 0, 고위험 임신부 진료 및 치매질환 진료의 경우 본인부담 100분의5, 6세 이상 15세 이하 아동 진료의 경우 본인부담 100분의 3)에 입원진료시 제공된 식대 소정금액의 100분의 20[중증질환자에게 해당 중증질환(합병증 포함)으로 진료한 경우에는 100분의 5, 식대본인부담면제대상자의 경우 100분의0], 15세초과 18세이하 치면열구전색술금액의 100분의 5를 합한 금액을 본인이 부담하고, 「의료급여법 시행령」 [별표1] 제3호 나목에 따른 상급종합병원, 종합병원, 병원, 한방병원, 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다.) 및 정신병원에서 일반병상 중 2·3인실을 이용하는 경우에는 그 입원료에 한정하여 기금에서 부담하는 금액을 제외한 금액을 본인이 부담하며, 「의료급여법 시행령」 [별표1] 제3호 라목에 따른 추나요법을 실시하는 경우에는 그 비용에 한정하여 기금에서 부담하는 금액을 제외한 금액을 본인이 부담한다.
- 의료급여기관의 설치목적이나 법인의료기관의 정관 등에 의거 본인부담금을 전액 면제 또는 일부 감면하는 경우와 수급권자측 또는 의료급여기관측의 사정으로 본인부담금을 전혀 부담하지 못하였거나 일부만 부담한 경우는 본인일부부담금란에 실제 수급권자가 부담한 금액(부담 못한 경우 “0”으로 표기)을 기재하여야 하고, 영별표 제2호다목에 따른 본인부담면제에 해당되는 경우 본인일부부담금을 “0”으로 기재하며, 기왕증 등은 실제 본인이 부담한 금액을 기재한다.

##### ② 장애인의료비

- 2종수급권자가 장애인인 경우 본인일부부담금 전액이 장애인의료비에서 지급(중증질환자, 자연분만, 6세미만 아동, 제왕절개분만, 잠복결핵 치료 관련 진료의 경우 본인부담 ‘0’, 고위험 임신부 진료 및 치매질환의 경우 본인부담 ‘5%’, 6세 이상 15세 이하 아동 진료의 경우 본인부담 ‘3%’)되므로 실제 본인부담금은 발생하지 아니한다. 다만, 입원진료시 제공된 식대의 100분의 20[중증질환자에게 해당 중증질환(합병증 포함)으로 진료한 경우에는 100분의 5, 식대 본인부담면제대상자의 경우에는 100분의0]에 해당하는 금액은 본인이 부담하고, 「의료급여법 시행령」 [별표1] 제3호 나목에 따른 상급종합병원, 종합병원, 병원, 한방병원, 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양

병원으로 한정한다.) 및 정신병원에서 일반병상 중 2·3인실을 이용하는 경우 및 라  
목에 따른 추나요법을 실시하는 경우에는 그 비용에 한정하여 기금에서 부담하는 금액을  
제외한 금액을 본인이 부담한다.

### ③ 대지급금

- 2종수급권자가 입원진료를 받은 경우 본인일부부담금이 대지급금 기준액을 초과하여  
대불한 경우, 실제 본인이 부담한 금액을 기재한다. 다만, 대지급금이 발생한 건을  
월별로 분할하여 청구시 실제 본인이 부담한 금액이 없는 경우는 “0”으로 기재한다.

## (5) [2종수급권자 외래진료]

### ① 공통사항

- 의료급여기관의 설치목적이나 법인의료기관의 정관 등에 의거 본인일부부담금을 전액  
면제 또는 일부 감면하는 경우와 수급권자측 또는 의료급여기관측의 사정으로 본인  
일부부담금을 전혀 부담하지 못하였거나 일부만 부담한 경우는 본인일부부담금란에  
실제 수급권자가 부담한 금액(부담 못한 경우 “0”으로 표기)을 기재하여야 한다.
- 2종수급권자 중 잠복결핵 치료 관련 진료의 경우에는 급여비용을 전액 기금에서 부담  
하므로 본인일부부담금이 발생하지 아니한다.

### ② 제1차의료급여기관

- 2종수급권자가 제1차의료급여기관 외래에서 본인일부부담금은 처방전 발행 없이 의약품  
직접 조제 받은 경우 1회 방문당 1,500원, 그 이외의 경우(동일에 직접 조제와 처방전  
발행이 동시에 이루어진 경우 포함)에는 1,000원을 본인이 부담한다. 다만, 보건기관  
(보건의료원 제외)에서 의료급여를 받은 경우 및 1세 미만인 수급권자의 경우에는  
의약품 직접 조제여부와 관계없이 본인부담금이 발생하지 아니한다.
- 2종 수급권자가 장애인인 경우 장애인의료비에서 750원을 부담하므로 처방전 발행  
없이 의약품 직접 조제 받은 경우 본인일부부담금란에 750원, 장애인의료비란에  
750원을 기재하고, 그 이외의 경우(동일에 직접 조제와 처방전 발행이 동시에 이루  
어진 경우 포함)에는 본인일부부담금란에 250원, 장애인의료비란에는 750원을 기재  
한다.

### ③ 제2차의료급여기관

- 2종수급권자가 제2차의료급여기관 외래에서 의료급여를 받은 경우 의료급여비용총액  
1의 15%(임신부, 등록 조산아, 저체중 출생아, 치매질환, 조현병, 1세 미만인 수급

권자의 경우 5%, 그 외 정신질환의 경우 10%)를 본인일부부담금란에 기재하고, 2종 수급권자가 장애인인 경우 본인일부부담금 전액이 장애인의료비에서 지급되므로 본인 일부부담금란에는 “0”, 장애인의료비란에는 의료급여비용총액1의 15%(임신부, 등록 조산아, 저체중 출생아, 치매질환, 조현병, 1세 미만인 수급권자의 경우 5%, 그 외 정신질환의 경우 10%)를 각각 기재한다.

- 2종수급권자 중 만성질환자(만성신부전증환자, 혈우병환자, 대사장애환자, 근육병환자, 장기이식환자)가 외래에서 의료급여수가의 기준 및 일반기준 제2장 제17조에서 정한 의료급여를 받은 경우 의료급여기관 1회 방문당 처방전 발행 없이 의약품을 직접 조제 받은 경우 의료급여기관에서의 본인일부부담금은 1,500원, 그 이외의 경우(동일에 직접 조제와 처방전 발행이 동시에 이루어진 경우 포함)에는 1,000원을 본인이 부담한다. 다만, 만성질환자가 1세 미만인 경우 본인일부부담금이 발생하지 아니하고, 만성질환자가 장애인인 경우 본인일부부담금 전액이 장애인의료비에서 지급되므로 본인일부부담금란에는 “0”을 장애인의료비란에는 1,000원(또는 1,500원)을 각각 기재한다.

#### ④ 제3차의료급여기관

- 2종수급권자가 제3차의료급여기관 외래에서 의료급여를 받는 경우 수급권자의료급여 비용총액의 15%(임신부, 등록 조산아, 저체중 출생아, 치매질환, 조현병, 1세 미만인 수급권자의 경우 5%, 그 외 정신질환의 경우 10%)를 본인일부부담금란에 기재하고, 2종수급권자가 장애인인 경우 본인일부부담금 전액이 장애인의료비에서 지급되므로 본인일부부담금란에는 “0”, 장애인의료비란에는 의료급여비용총액1의 15%(임신부, 등록 조산아, 저체중 출생아, 치매질환, 조현병, 1세 미만인 수급권자의 경우 5%, 그 외 정신질환의 경우 10%)를 각각 기재한다.

#### ⑤ CT, MRI 및 PET를 실시하였을 경우

- 2종수급권자가 제1차의료급여기관에서 CT, MRI 또는 PET를 실시한 경우 본인일부부담금은 CT, MRI 또는 PET총액의 15%(1세 미만인 수급권자의 경우 ‘0’, 임신부, 등록 조산아 및 저체중 출생아, 치매질환의 경우 5%)에 실제로 본인이 납부한 금액(1,000원 또는 1,500원 또는 0원)을 합하여 산정하되 10원 미만의 단수가 있을 때에는 이를 절사한 금액으로 기재한다.
- 2종수급권자가 제2차의료급여기관에서 CT, MRI 또는 PET를 실시한 경우 본인일부부담금은 CT, MRI 또는 PET를 포함한 의료급여비용총액1의 15%(임신부, 등록 조산아 및 저체중 출생아, 치매질환, 1세 미만인 수급권자의 경우 5%)로 산정하되

10원 미만의 단수가 있을 때에는 이를 절사한 금액으로 기재한다. 다만, 만성질환자(만성신부전증환자, 혈우병환자, 대사장애환자, 근육병환자, 장기이식환자)의 본인 일부부담금은 CT, MRI 또는 PET총액의 15%(임신부, 등록 조산아 및 저체중 출생아, 치매질환, 1세 미만인 수급권자의 경우 5%)에 실제로 본인이 납부한 금액(1,000원 또는 1,500원 또는 0원)을 합하여 산정한다.

- 제3차의료급여기관에서 CT, MRI 또는 PET를 실시한 경우 본인일부부담금은 CT, MRI 또는 PET를 포함한 의료급여비용총액1의 15%(임신부, 등록 조산아 및 저체중 출생아, 치매질환, 1세 미만인 수급권자의 경우 5%)로 산정하되 10원 미만의 단수가 있을 때에는 이를 절사한 금액으로 기재한다.
- 2종수급권자가 장애인인 경우 제1차의료급여기관에서 CT, MRI 또는 PET를 실시한 경우 본인일부부담금란에는 CT, MRI 또는 PET총액의 15%(1세 미만인 수급권자의 경우 '0', 임신부, 등록 조산아 및 저체중 출생아, 치매질환의 경우 5%)에 실제로 본인이 의료급여기관에 납부한 금액(250원 또는 750원 또는 0원)을 합하여 기재하고, 제2차·제3차의료급여기관에서 CT, MRI 또는 PET를 실시한 경우 본인일부부담금란에는 "0", 장애인의료비란에는 의료급여비용총액1의 15%(임신부, 등록 조산아 및 저체중 출생아, 치매질환, 1세 미만인 수급권자의 경우 5%)를 각각 기재한다.

#### ⑥ 약국 조제시

- 2종수급권자가 의료급여기관에서 발행한 처방전에 의해 약국 또는 한국희귀의약품 센터에서 처방조제를 한 경우 처방전 1매당 500원을 본인이 부담하되, 보건소 및 보건지소에서 발행한 처방전에 의한 경우에는 본인일부부담금이 발생하지 아니한다.
- 2종수급권자가 의사의 처방전 없이 의약분업 예외지역 약국에서 직접 조제한 경우에는 1회 방문당 900원을 본인이 부담한다.
- 의료급여비용총액1이 본인이 부담할 금액보다 적은 경우에는 그 의료급여비용의 전부를 본인이 부담한다.
- 다만, 제17조 7의 해당 상병으로 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 의해 약국에서 조제받은 경우 약국요양급여비용 총액의 3%를 본인이 부담하되, 본인 부담금액이 500원 미만이 되는 경우 처방전 1매당 500원을 본인이 부담한다.

#### ⑦ 제17조의9 제2항에 의한 주사제를 투여하는 경우

- 2종 수급권자가 제1차의료급여기관에서 정신건강의학과 외래진료 시 제17조9 제2항에 의한 주사제를 투여하는 경우 본인일부부담금은 해당 약제비용총액의 5%에 1,500원을 합하여 기재한다.

- 2종수급권자가 제2차·제3차의료급여기관에서 정신건강의학과 외래진료 시 제17조9 제2항에 의한 주사제를 투여하는 경우 본인일부부담금은 해당 약제비용총액의 5%와 해당 약제비용총액을 제외한 의료급여비용총액1의 15%(조현병의 경우 5%, 그 외 정신질환의 경우 10%)를 합하여 기재한다.
- 2종수급권자가 장애인인 경우 제1차의료급여기관에서 제17조의9 제2항에 의한 주사제를 투여하는 경우 본인일부부담금은 해당 약제비용총액의 5%에 실제로 본인이 의료급여기관에 납부한 금액(250원 또는 750원)을 합하여 기재하고, 제2차·3차 의료급여기관에서 제17조의9 제2항에 의한 주사제를 투여하는 경우에는 본인일부 부담금란에는 “0”, 장애인 의료비란에는 해당 약제비용총액의 5%와 해당 약제비용 총액을 제외한 의료급여비용총액1의 15%(조현병의 경우 5%, 그 외의 정신질환의 경우 10%)를 합하여 기재한다.

**⑧ 치면열구전색술을 하는 경우**

- 18세이하 2종수급권자가 제2차·제3차의료급여기관에서 의료급여대상에 해당하는 치면열구전색술(치아홈메우기)을 실시한 경우 본인일부부담금은 해당 행위비용 총액의 5%와 해당 행위비용총액을 제외한 의료급여비용 총액1의 15%를 합하여 기재한다.

**⑨ 「의료급여법 시행령」 [별표1] 제3호 라목에 의한 추나요법을 실시하는 경우**

- 2종 수급권자(장애인 포함)가 추나요법을 실시하는 경우 해당 급여비용에 한정하여 기금에서 부담하는 금액을 제외한 금액을 본인이 부담한다.

(6) [2종수급권자 노인틀니 및 치과임플란트] 만 65세이상 2종수급권자가 제1차·제2차·제3차의료급여기관에서 틀니에 대한 의료급여를 실시한 경우 본인일부부담금은 의료급여 비용총액1의 15%를 산정하고, 치과임플란트에 대한 의료급여를 실시한 경우 본인일부 부담금은 의료급여비용총액1의 20%를 산정하되, 10원 미만의 단수가 있을 때에는 이를 절사한 금액으로 기재한다.

(7) [사회복지시설의 촉탁의 진료] <2018.8.1일자로 삭제>

## 제6장 기 타

- (1) [청구권 소멸시효] 의료급여에 소요된 비용은 의료급여법 제31조에 의거 진료가 종료된 후 3년 이내에 청구하지 않으면 그 권리가 소멸된다.
- (2) [추가청구] 의료급여비용심사결과 통보 후 부분누락에 대한 추가 청구분이 발생한 의료급여기관에서는 누락부분에 대한 청구서 및 명세서를 작성하여 심사평가원에 청구한다. 이때 기 청구분의 명세서 사본 및 해당 진료기록부 사본을 첨부하여야 한다.
- (3) <2008.1.1.일자로 삭제>

[별표 1의2] <삭 제 `18.7.1>

[별표 2]

의료급여 희귀질환자 및 중증난치질환자 산정특례 대상

구 분	대 상
1	만성신부전증의 경우
	가. 혈액투석을 실시하는 사람
	나. 복막투석을 실시하는 사람
2	혈우병(D68.4)
3	장기이식의 경우
	가. 간이식을 받은 사람
	나. 췌장이식을 받은 사람
	다. 심장이식을 받은 사람
	라. 신장이식을 받은 사람
	마. 폐이식을 받은 사람
4	아래 상병의 경우
	건강보험의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표4] “희귀질환자 산정특례 대상” 의 구분 1., 구분2. 및 [별표4의2] “중증난치질환자 산정특례대상” 의 구분5.의 상병
5	제17조의2제5항에 따라 등록된 극희귀질환자
6	구분 4에 해당되지 않는 희귀질환으로 제17조의2제5항에 따라 등록된 상세불명희귀질환자
7	제17조의2제5항에 따라 등록된 기타염색체이상질환자

[별표 4]

## 의료인 등 인력 확보수준에 따른 정신건강의학과 입원료 차등제 적용기준 (제9조제5항 관련)

### 1. 일반사항 및 현황통보

가. 의료인 등 인력별 기여가중치는 정신건강의학과 의사, 정신건강의학과 간호사, 정신건강전문요원을 각각 0.5, 0.35, 0.15로 한다.

나. 신규개설기관의 기관등급 산정기준

(1) 분기 둘째달 15일 이전 개설기관의 해당 분기의 기관등급은 G3(단, 제1차의료급여기관의 기관등급은 G4)로 하고, 다음 분기의 기관등급은 다음의 기준에 따라 산정한다.

(가) 입원환자수는 개설 당일부터 해당 분기의 마지막월 14일까지의 입원환자를 평균하여 산정한다.

(나) 의사, 간호 인력 및 정신건강전문요원 인력은 개설 당일부터 해당 분기 마지막월 14일까지의 재직일수를 평균하여 산정한다.

(다) < 2020.7.1.일자로 삭제 >

(2) 분기 둘째달 16일 이후 개설기관의 해당 분기 및 다음 분기의 기관등급은 G3(단, 제1차의료급여기관의 기관등급은 G4)로 한다.

(3) 폐업 후 동일 장소에 다른 의료급여기관이 개설된 경우 개설자, 의료급여기관명칭 및 관리의사가 변경되었더라도 진료와 관련된 진료기록 일체를 개설 의료급여기관이 인수한 경우에는 폐업한 의료급여기관의 기관등급을 적용한다.

다. 현황통보

(1) 정신건강의학과 전문의료급여기관(병원 및 종합병원급의 정신건강의학과 포함)은 매분기말 20일까지 별지 제18호 서식의 의료급여 정신건강의학과 입원료 차등제 산정현황 통보서를 아래와 같이 건강보험심사평가원에 정보통신망으로 제출하여야 하며, 미제출기관의 기관등급은 G5로 산정하되, 다만, 제출기간을 도과하여 적용분기 전일까지 부득이한 사유를 소명하여 제출하는 경우에 한하여 확인된 기관 등급을 적용한다.

(2) 통보서 내용 중 정신건강의학과 의사, 정신건강의학과 간호사 및 정신건강전문요원 인력 현황과 정신건강의학과 병동 운영현황이 변경된 경우 각각 「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제17호 서식인 요양기관 현황 변경 신고서 상의 의료인 및 의료기사 등 인력 변경사항, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 별지 제3호 서식인

요양기관 병동별 병상 운영현황 통보서와 별지 제4호 서식인 요양기관 간호인력 일반 현황 통보서, 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 별지 제19호 서식인 정신건강전문 요원인력 일반현황 통보서를 정보통신망으로 지체없이 제출하여야 한다.

대상 분기	인력 및 환자수 산정 대상기간	통보서 제출기한	기관등급 적용기간
1/4분기	12.15~3.14	3.20	4.1~6.30
2/4분기	3.15~6.14	6.20	7.1~9.30
3/4분기	6.15~9.14	9.20	10.1~12.31
4/4분기	9.15~12.14	12.20	1.1~3.31

## 2. 입원환자수 적용기준

가. 정신건강의학과 전문의료급여기관(병원 및 종합병원급의 정신건강의학과 포함)은 정신건강의학과 입원환자, 정신건강의학과 낮병동환자, 정신건강의학과 외래환자를 일자별로 관리하여야 한다.

나. 입원환자수는 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지 한국표준질병사인분류항목 중 정신질환(F00-F99, G40, G41)으로 정신건강의학과에서 진료받은 입원환자의 평균으로 소수점 셋째 자리에서 절사한다.

- (1) 입원환자수 산정시 정신건강의학과에서 정신질환(F00-F99, G40, G41)으로 진료받은 건강보험 환자를 포함한다.
- (2) 낮병동환자 1인은 입원환자 0.5인으로, 외래환자 3인은 입원환자 1인으로 환산하여 입원환자수에 합산한다.

## 3. 의사인력 적용기준

가. 의사인력 기준

- (1) 의사는 요양기관 현황 신고서상 의료인 등 인원현황에 신고된 정신건강의학과 전문의 및 레지던트를 기준으로 하며, 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우(단, 15일 이하 휴가자 중 대진의를 있는 경우 포함)에는 동 기간 동안 의사인력 산정대상에서 제외한다.
- (2) 시간제 또는 격일제 의사는 주3일 이상이면서 주20시간 이상인 경우 0.5인으로 인정하며, 기간제 의사는 근무시간 등 근무조건이 정규직 근무자와 동일하면서 3개월 이상 고용계약을 체결한 경우에는 1인으로 산정한다.
- (3) 정신건강의학과 레지던트 1인은 정신건강의학과 전문의 0.5인으로 환산하여 정신건강의학과 의사수에 합산한다.

#### 나. 의사인력 확보수준에 따른 배점 산정방법

- (1) 의사수는 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지 재직일수의 평균으로 소수점 셋째자리에서 반올림한다.
- (2) 제2호나목에 따른 평균입원환자수를 (1)의 평균 의사수로 나눠 정신건강의학과 의사 1인당 입원환자수(소수점 셋째 자리에서 절사)를 구한 후, 그 값에 해당하는 인력별 배점을 제7호에 따라 산정한다.
- (3) (2)에 따른 인력별 배점에 의사의 기여가중치인 0.5를 곱하여 기관 등급별 점수 산정에 반영한다.

### 4. 간호인력 적용기준

#### 가. 간호사수 적용기준

- (1) 간호인력은 정신건강의학과 입원병동, 정신건강의학과 낮병동, 정신건강의학과 외래병동에 배치되어 실제 환자간호를 전담하고 있는 간호사와 이에 대한 간호업무를 보조하는 간호조무사를 의미하며, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 별지 제4호 서식인 요양기관 간호인력 일반현황 통보서에 신고된 자를 기준으로 한다.
- (2) 간호조무사 1인은 신고된 간호사수의 4분의 3 범위 안에서 간호사 1인으로 산정한다.
- (3) 정신건강의학과 병동에 배치되어 있지만 환자간호를 전담하지 않는 간호인력(간호 감독, 전임노조, 가정간호사, 호스피스 간호사 등), 정신건강의학과 병동이 아닌 일반 병동에 배치되어 정신건강의학과와 타과 환자의 간호를 병행하는 간호인력, 일반병동과 특수병동을 순환 또는 파견(PRN 포함) 근무하는 간호인력은 산정대상에서 제외하고, 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우에는 동 기간 동안 간호인력 산정대상에서 제외한다.
- (4) 계약직 및 단시간 근무 간호인력은 「기간제 및 단시간근로자 보호에 관한 법률」 제17조(근로조건의 서면명시)를 준수하고, 계약직의 경우에는 3개월 이상의 고용계약을 체결한 경우에 산정한다.
- (5) 전일제 근무 간호 인력으로 1주간의 근로시간이 휴계시간을 제외하고 월평균 40시간 이상인 근무자는 1인으로 산정한다. 다만, 계약직 간호조무사는 전일제인 경우에만 3인을 2인으로 산정한다.
- (6) 단시간 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 휴계시간을 제외하고 월평균 40시간 미만인 근무자에 대하여 16(이상)~20시간(미만) 근무자의 경우 0.4인, 20(이상)~24시간(미만) 근무자의 경우 0.5인, 24(이상)~28시간(미만) 근무자는 0.6인, 28(이상)~

32시간(미만) 근무자는 0.7인, 32(이상)~36시간(미만) 근무자는 0.8인, 36(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.9인으로 산정하며, 「소득세법」 시행규칙 제7조제4호에 의한 의료취약지역 소재 의료급여기관은 각각 0.5인, 0.6인, 0.7인, 0.8인, 0.9인, 1인으로 산정한다. 다만, 계약직 간호사를 고용하는 경우, 정규직 간호사 의무고용비율은 100분의 80으로 한다.

(7) 출산휴가자를 대체하는 간호사는 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 이상인 근무자의 경우 1인으로 산정한다.

#### 나. 간호인력 확보수준에 따른 배점 산정방법

- (1) 간호사수는 전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직일수의 평균으로 산정하되, 소수점 셋째 자리에서 반올림한다.
- (2) 제2호나목에 따른 평균 입원환자수를 (1)의 평균 간호사수로 나눠 정신건강의학과 간호사 1인당 입원환자수(소수점 셋째 자리에서 절사)를 구한 후, 그 값에 해당하는 인력별 배점을 제7호에 따라 산정한다.
- (3) (2)에 따른 인력별 배점에 간호사의 기여가중치인 0.35를 곱하여 기관등급별 점수 산정에 반영한다.

### 5. 정신건강전문요원인력 적용기준

#### 가. 정신건강전문요원인력 기준

- (1) 정신건강전문요원은 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제 17조제2항에 따른 정신건강임상심리사, 정신건강간호사, 정신건강사회복지사 및 정신건강작업치료사를 말한다.
- (2) 정신건강전문요원은 별지 제19호 서식의 정신건강전문요원인력 일반현황 통보서상 신고된 자를 기준으로 하고, 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행령」 제12조제2항에 따른 업무를 전담하여 실제 수행하는 경우 산정하며 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우에는 동 기간 동안 정신건강전문요원인력 산정대상에서 제외한다.
- (3) 주3일 이상이면서 주20시간 이상인 시간제 또는 격일제 정신건강전문요원과 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙」 제7조제1항에 따른 수련기관에서 정신건강전문요원의 자격취득을 위하여 수련 중인 자로서 수련기간이 1년을 경과한 자는 0.5인으로 인정하며, 기간제 정신건강전문요원은 근무시간 등 근무조건이 정규직 근무자와 동일하면서 3개월 이상 고용계약을 체결한 경우

에는 1인으로 산정한다.

나. 정신건강전문요원인력 확보수준에 따른 배점 산정방법

- (1) 정신건강전문요원의 수는 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지 재직일수의 평균으로 소수점 셋째자리에서 반올림한다.
- (2) 제2호나목에 따른 평균 입원환자수를 (1)의 평균 정신건강전문요원수로 나눠 정신건강전문요원 1인당 입원환자수(소수점 셋째 자리에서 절사)를 구한 후, 그 값에 해당하는 인력별 배점을 제7호에 따라 산정한다.
- (3) (2)에 따른 인력별 배점에 정신건강전문요원의 기여가중치인 0.15를 곱하여 기관 등급별 점수 산정에 반영한다.

6. 인력 확보수준에 따른 기관 등급 산정 방법

제3호나목(3), 제4호나목(3) 및 제5호나목(3)의 점수를 합산하여 기관 등급별 점수를 산출한 후, 이에 따른 기관등급을 적용한다.

7. 의료인 등 인력 확보수준에 따른 기관등급 산정표

기관 등급	기관 등급별 점수	인력별 배점	기여 가중치		
			0.5	0.35	0.15
			정신건강의학과 의사 1인당 입원환자	정신건강의학과 간호사 1인당 입원환자	정신건강전문요원 1인당 입원환자
G1	5점	5점	21명 미만	6명 미만	51명 미만
G2	3점 이상 -5점 미만	4점	21명 이상 -41명 미만	6명 이상 -10명 미만	51명 이상 -76명 미만
		3점	41명 이상 -61명 미만	10명 이상 -14명 미만	76명 이상 -101명 미만
G3	2점 이상 -3점 미만	2점	61명 이상 -81명 미만	14명 이상 -18명 미만	101명 이상 -126명 미만
G4	1점 이상 -2점 미만	1점	81명 이상 -101명 미만	18명 이상 -22명 미만	126명 이상 -151명 미만
G5	1점 미만	0점	101명 이상	22명 이상	151명 이상

기관등급별 점수

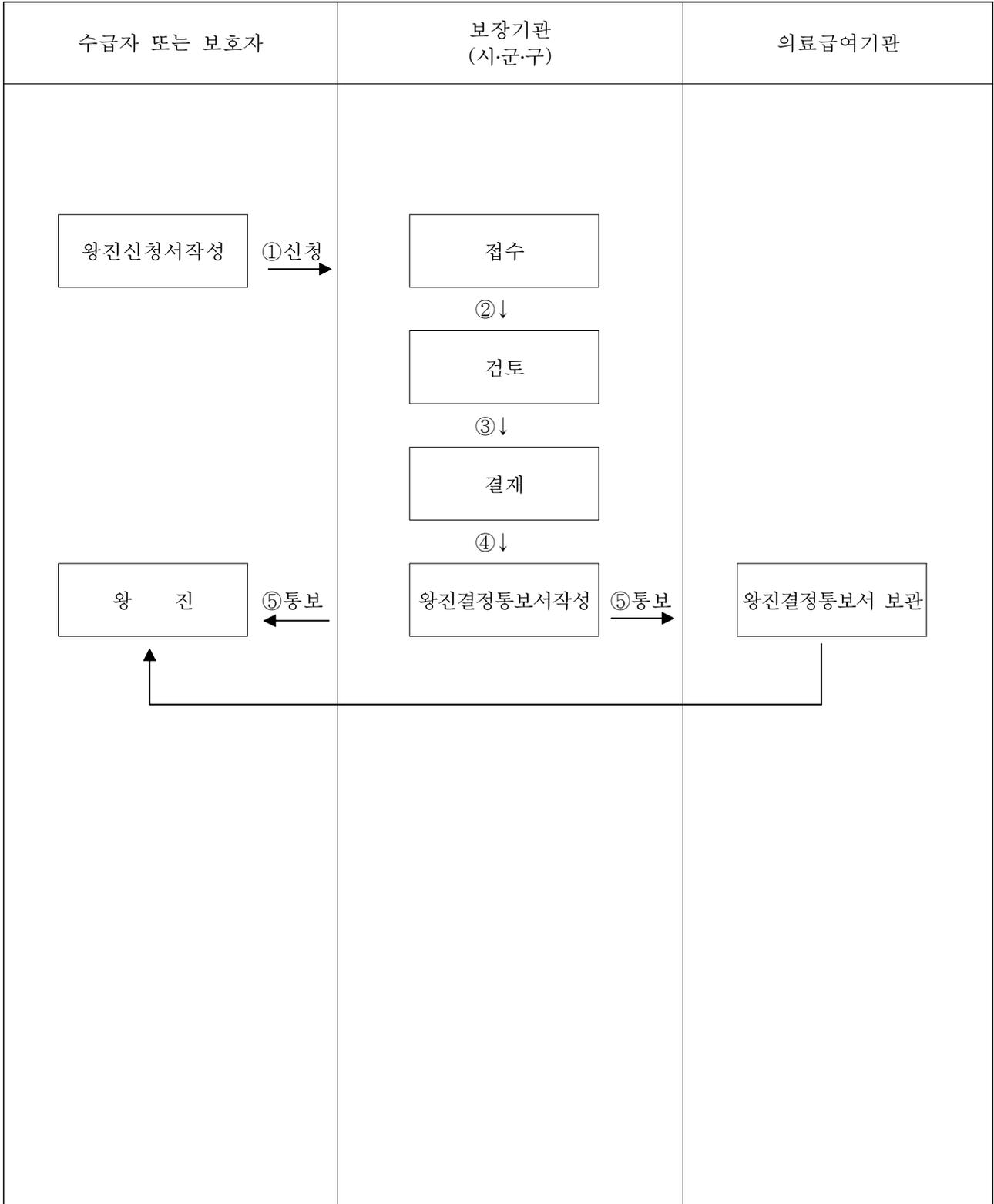
(비고)

$$\begin{aligned}
 &= \{(\text{정신건강의학과 의사수 1인당 입원환자수에 따른 인력별 배점}) \times 0.5\} \\
 &+ \{(\text{정신건강의학과 간호사 1인당 입원환자수에 따른 인력별 배점}) \times 0.35\} \\
 &+ \{(\text{정신건강전문요원 1인당 입원환자수에 따른 인력별 배점}) \times 0.15\}
 \end{aligned}$$



이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.

(감지뒷면)



(을지)

연번	수급권자성명		주민(관리)번호	
	환자상태 및 왕진요청사유			
	수급권자성명		주민(관리)번호	
	환자상태 및 왕진요청사유			
	수급권자성명		주민(관리)번호	
	환자상태 및 왕진요청사유			
	수급권자성명		주민(관리)번호	
	환자상태 및 왕진요청사유			
	수급권자성명		주민(관리)번호	
	환자상태 및 왕진요청사유			

(190mm × 268mmmm 신문용지 50g/m)





<서식의 종류와 구분>

연번	서식	서 식 명	서식 번호	활자 색채	용지의크기		서식 실제크기		인쇄의면	지질 및 정량		비고
					수작업 용 지 (mm)	전산 용지 (inch)	수작업 용 지 (mm)	전산 용지 (inch)		수작업 용 지	전산 용지	
1	별지 제3호	의료급여비용 심사청구서	GI01	녹색	190×268		170×220		단면	일반 용지		공통용
2	별지 제3-1호	요양병원 의료급여 비용 심사 청구서	GI01	녹색	190×268		170×220		단면	일반 용지		공통용
3	별지 제4호	의료급여비용명세서 (의과입원)	GI02	남색	190×320	10×14	170×280	9×12	단면	일반 용지	전산 용지	의과용
4	별지 제4-1호	의료급여비용명세서 (의과입원)	GI02	남색	190×320	10×14	170×280	9×12	단면	일반 용지	전산 용지	의과용
5	별지 제5호	의료급여비용명세서 (의과외래 일자별)	GI03	녹색	190×320	10×14	170×280	9×12	단면	일반 용지	전산 용지	의과용
6	별지 제6호	의료급여비용명세서 (치과입원)	GI04	흑색	190×320	10×14	170×280	9×12	단면	일반 용지	전산 용지	치과용
7	별지 제7호	의료급여비용명세서 (치과외래 일자별)	GI05	갈색	190×320	10×14	170×280	9×12	단면	일반 용지	전산 용지	치과용
8	별지 제8호	의료급여비용명세서 (조산원입원)	GI06	흑색	320×190	14×10	280×170	13×8	단면	일반 용지	전산 용지	조산원용
9	별지 제9호	의료급여비용명세서 (보건기관입원)	GI07	흑색	320×190	14×10	280×170	13×8	단면	일반 용지	전산 용지	보건 기관용
10	별지 제10호	의료급여비용명세서 (보건기관외래)	GI08	흑색	320×190	14×10	280×170	13×8	단면	일반 용지	전산 용지	보건 기관용
11	별지 제10-1호	의료급여비용명세서 (보건기관외래)	GI08	흑색	320×190	14×10	280×170	13×8	단면	일반 용지	전산 용지	보건 기관용
12	별지 제14호	의료급여비용명세서 (한방입원)	GI012	흑색	190×320	10×14	170×280	9×12	단면	일반 용지	전산 용지	한방용
13	별지 제15호	의료급여비용명세서 (한방외래 일자별)	GI013	흑색	190×320	10×14	170×280	9×12	단면	일반 용지	전산 용지	한방용
14	별지 제16호	의료급여비용명세서 (약국 직접조제)	GI20	녹색	190×320	8×12	170×220	7×10	단면	일반 용지	전산 용지	약국용
15	별지 제17호	의료급여비용명세서 (약국 처방조제)	GI21	남색	190×320	10×14	170×280	9×12	단면	일반 용지	전산 용지	약국용















18. 보훈청구액		원							
19. 의료급여 100분의100본인부담금총액		원			감 II				감 II
20. 보훈 본인일부부담금		원							
21. 100분의100미만 총액		원			증 I				증 I
22. 100분의100미만 본인일부부담금		원							
23. 100분의100미만 청구액		원			증 II				증 II
24. 100분의100미만 보훈청구액		원							
일련번호			※심사조정						
수진자 일련번호	-				계		계		

190mm×320mm(일반용지 60g/m<sup>2</sup>(재활용품))

※ 종별구분 - 1: 1종수급권자, 2: 2종수급권자, 4: 행려, 6: 2종장애인 2차의료급여  
8: 2종장애인 1차 의료급여, N: 노숙인 1종

[ 일 자 별 ]



서식번호		GI07	<div style="text-align: center;"> <b>보 건 기 관 의 료 급 여 비 용 명 세 서</b> </div>															의료급여기관										
진료형태		입원																기호										
																		명칭										
일련 번호	보장 기관 기호	종별 구분	보장 시설 및 노숙인 시설 기호	세주 성명	보훈등 구분	수진자		상병		진료과	만화종류	만화번호	당월 진료 개일	입원 일수	당월 진료 일수 (투약 일수 포함)	진료 확인 번호	의료급여비용										※ 심사역	
						성명	주민등록 번호	상병명	분류기호								보훈등 100분의 100본인 부담 총액	비급여 총액	의료 급여 비용 총액 <sup>1</sup>	본인일부 부담금	장애인 의료비	창액	의료급 여비용 총액 <sup>2</sup> 진료비 총액	보훈 창액	의료급여 100분의100 본인부담금 총액	보훈 본인 일부 부담금	증	감
진 료 내 역 (의약품)																	진 료 내 역 (의약품)											
코드	분 류	단가	1일 투여횟수 또는 실시횟수	총 투약일수 또는 실시횟수	금 액		급여 구분	코드	분류	단가	1일 투여횟수 또는 실시횟수	총 투약일수 또는 실시횟수	금 액		급여 구분													

- 주: 1. ※ 란은 건강보험심사평가원이 기재합니다.  
 2. 종별구분은 1종수급권자 : 1, 2종수급권자 : 2, 행려 : 4, 2종수급권자 중 장애인 2차 의료급여 : 6, 2종수급권자 중 장애인 1차 의료급여 : 8, 노숙인 1종: N으로 기재합니다.  
 3. 진료과란은 의과①, 치과②, 조산③, 의과(피임시술)④, 물리치료⑤의 순으로 기재하되, 각 진료과목별 소계를 분류하여야 합니다.  
 4. 보건기관에서 18시~09시 또는 공휴일에 조산하여 소정금액의 50%를 가산하는 경우에는 조산시각 또는 공휴일임을 "상병명"란에 기재하여야 합니다.  
 5. 치과의 경우 상병명은 임상진단명을 기재하되 상병 부위(치식)를 기재합니다.  
 6. 보장시설 입소자인 경우 또는 노숙인 의료급여를 받은 경우에는 해당 보장시설 및 노숙인시설의 기호를 기재합니다.  
 7. 보훈 국비환자의 경우 급여구분란에 보훈 등 100분의100본인부담 진료내역(의약품)은 'V', 비급여 진료내역(의약품)은 'W'를 기재합니다.

(별지 제10호 서식)

서식번호		GI08		<div style="text-align: center;"> <b>보 건 기 관 의 료 급 여 비 용 명 세 서</b> </div>																	의료급여기관											
진료형태		외래																			기호											
																					명칭											
일련 번호	보장 기관 기호	종별 구분	보장 시설 및 노숙인 시설 기호	세류 상명	보훈등 구분	수진자		상 병		진료과	면허종류	면허번호	당월 진료 개일	방문 횟수	진찰 횟수	투약일 수	물리 치료 일수	예외 구분 코드	당월 진료일수 (투약일수 포함)	진료 확인 번호	의료급여비용										※삼사내역	
						성명	주민등록 번호	상병명	분류 기호												보험등 100분의 100분의 부담 총액	비급여 총액	의료 급여 비용 총액 <sup>1</sup>	본인 일부 부담	장애인 의료비	차액	의료 급여 비용 총액 <sup>2</sup> , 진료비 총액	보훈 차액	의료 급여 100분의 100분의 부담 총액	보훈 일부 부담금	증	감
진 료 내 역 (의약품)																																
코드	분 류	단가	1일 투여횟수 또는 실시횟수	총 투약일수 또는 실시횟수	금 액	급여 구분	코드	분 류	단가	1일 투여횟수 또는 실시횟수	총 투약일수 또는 실시횟수	금 액	급여 구분																			

- 주: 1. ※ 란은 건강보험심사평가원이 기재합니다.  
 2. 종별구분은 1종수급권자 : 1, 2종수급권자 : 2, 행려 : 4, 2종수자 중 장애인 2차 의료급여 : 6, 2종수급권자 중 장애인 1차 의료급여 : 8, N: 노숙인 1종으로 기재합니다.  
 3. 진료과란은 의과①, 치과②, 조산③, 의과(피임시술)④, 물리치료⑤, 한방시술단독⑦, 한방투약단독⑧, 한방시술과 투약병행⑨의 순으로 기재하되, 각 진료과목별 소계를 분류하여야 합니다.  
 4. 치과의 경우 상병명은 임상진단명을 기재하되 상병 부위(치식)를 기재합니다.  
 5. 같은 진료과이고 본인부담금 산정방법이 같은 경우에는 한 줄에 통합하여 작성합니다.  
 6. 보장시설 입소자인 경우 또는 노숙인 의료급여를 받은 경우에는 해당 보장시설 및 노숙인시설의 기호를 기재합니다.

320mm × 190mm(일반용지 60g/m<sup>2</sup>(재활용품))

(별지 제10-1호 서식)

서식번호		GI08		의료급여기관																																			
진료형태		외래		보험내역																																			
보 건 기 관 의 료 급 여 비 용 명 세 서																				기호		명칭																	
일련 번호	보장 기관 기호	종별 구분	보장 시설 및 노숙인 시설 기호	세대주 성명	보훈 등 구분	수진자		상병		진료과	면허 종류	면허 번호	당일 진료 개일	방문 횟수	진찰 횟수	투약 일수	물리 치료 일수	약구 분류	원외처방			당일 진료 일수 (원내 투약 일수 포함)	진료 확인 번호	의료급여비용										증	감				
						성명	주민등록번호	상병명	분류 기호										채원 발급번호	총 채방 일수	점검번호			보훈등 100 분의 100 본인 부담금 총액	비급여 총액	의료 급여 비용 총액	본인 일부 부담금	청구 액	의료 급여 비용 총액 2 잔비 총액	보훈 총액	의료급여 100분의 100본인 부담금 총액	보훈 일부 부담금							
원 외 처 방 내 역 및 진 료 내 역 (의 약 품)																				원 외 처 방 내 역 및 진 료 내 역 (의 약 품)																			
처방전 발급번호	약품코드 (일반명 또는 제품명코드)	약품명 (일반명 또는 제품명)	1회 투약량	1일 투여횟수	총 투약일수	본인부담률 구분코드	급여 구분	처방전 발급번호	약품코드 (일반명 또는 제품명코드)	약품명 (일반명 또는 제품명)	1회 투약량	1일 투여횟수	총 투약일수	본인부담률 구분코드	급여 구분																								
	코드	분류	단가	1일 투여횟수 또는 실시횟수	총 투여일수 또는 실시횟수	금액	급여 구분		코드	분류	단가	1일 투여횟수 또는 실시횟수	총 투여일수 또는 실시횟수	금액	급여 구분																								

320mm × 190mm(일반용지 60g/m<sup>2</sup>(재활용품))

- 주: 1. ※ 란은 건강보험심사평가원이 기재합니다.  
 2. 종별구분은 1종수급권자 : 1, 2종수급권자 : 2, 행려 : 4, 2종수급권자 중 장애인 2차 의료급여 : 6, 2종수급권자 중 장애인 1차 의료급여 : 8, N: 노숙인 1종으로 기재합니다.  
 3. 진료과 란은 의과①, 치과②, 조산③, 의과(피임시술)④, 물리치료⑤, 한방시술단독⑦, 한방투약단독⑧, 한방시술과투약병행⑨의 순으로 기재합니다.  
 4. 치과의 경우 상병명은 임상진단명을 기재하되 상병 부위(치식)를 기재합니다.  
 5. 같은 진료과이고 본인부담금 산정방법이 같은 경우에는 한 줄에 통합하여 작성합니다.  
 6. 원외처방내역은 “처방전 발급번호”를 기재한 순서대로 각각 구분하여 처방전발급번호, 코드, 약품명, 1회투약량, 1일투여횟수, 총투약일수, 본인부담률구분코드, 급여구분을 기재합니다.  
 7. 본인부담률 구분코드는 의료급여 중 「의료급여수가의기준 및 일반기준」 제23조의2에 따른 약제를 처방한 경우 본인이 부담할 비용의 부담률에 부여된 해당 구분코드를 기재합니다.  
 • A: 100분의50 본인부담, B: 100분의80 본인부담, D: 100분의30 본인부담, E: 100분의90 본인부담, U: 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담, V: 보훈 등 100분의100본인부담, W: 비급여  
 8. 보장시설 입소자인 경우 또는 노숙인 의료급여를 받은 경우에는 해당 보장시설 및 노숙인시설의 기호를 기재합니다.  
 9. 보훈위탁진료 보건기관의 보훈 국비환자 진료분인 경우 급여구분란에 보훈 등 100분의100본인부담 진료내역(의약품)은 'V', 비급여 진료내역(의약품)은 'W'를 기재하고, 원외처방 약제중 약값의 100분의100 본인부담에 해당되는 약제에 대해서는 급여구분란에 'F'를 기재합니다.



서 식 번 호				G I O 13				의 료 급 여 비 용 명 세 서										의 료 급 여 기 관												
보장기관		기 호		명 칭		기 호		명 칭		기 호		명 칭		기 호		명 칭														
등록번호				종 별		보훈 등		내원일자		당월진료일수 (투약일수포함)		진료번호		본인부담금 발생횟수		직접 조제수		진료과												
세 대 주 성 명				보장시설 및 노숙인시설 기호		특정기호		본인부담구분		면허 종류		면허 번호		내원일자		당월진료일수 (투약일수포함)		진료번호		본인부담금 발생횟수		직접 조제수		진료과						
수 진 자 성 명				주민등록번호		-		내원일자		당월진료일수 (투약일수포함)		진료번호		본인부담금 발생횟수		직접 조제수		진료과												
상 병 명				한방상병 분류기호		진료과목		상해외인		특정기호		본인부담구분		면허 종류		면허 번호		내원일자		당월진료일수 (투약일수포함)		진료번호		본인부담금 발생횟수		직접 조제수		진료과		
치 방 명				한방상병 분류기호		진료과목		상해외인		특정기호		본인부담구분		면허 종류		면허 번호		내원일자		당월진료일수 (투약일수포함)		진료번호		본인부담금 발생횟수		직접 조제수		진료과		
구 분				기본진료, 약제 등(I)		진료행위 (II)		분 류		단가		1일투여량 또는 실시횟수		총투여일수 또는 실시횟수		금 액		면허 종류		면허 번호										
1. 진찰료 (외래관리료 포함)	①초진	회	원	야간,공휴 회																										
	②재진	회	원	야간,공휴 회																										
	③기타		원																											
	④가정간호기본방문료		원																											
3. 투약료	①내복약	일분	원																											
	②처방·조제·복약지도료	일분	원																											
4. 시술료 및 처치료	①침술	회	원																											
	②구술	회	원																											
	③부항술	회	원																											
	④처치료	회	원																											
	⑤기 타	회	원																											
5. 검사료	①양도락검사	회	원																											
	②백전도검사	회	원																											
	③경락기능검사	회	원																											
	④기타	회	원																											
A. 100분의50 본인부담	①의약품		원																											
	②치료재료		원																											
	③진료행위		원																											
B. 100분의80 본인부담	①의약품		원																											
	②치료재료		원																											
	③진료행위		원																											
D. 100분의30 본인부담	①의약품		원																											
	②치료재료		원																											
	③진료행위		원																											
E. 100분의90 본인부담	①의약품		원																											
	②치료재료		원																											
	③진료행위		원																											
U 의료급여 100분의100 본인부담	①의약품		원																											
	②치료재료		원																											
	③진료행위		원																											
V. 보훈 등 100분의100 본인부담	①의약품		원																											
	②치료재료		원																											
	③진료행위		원																											
W. 비급여	①의약품		원																											
	②치료재료		원																											
	③진료행위		원																											
보훈 등 100분의100본인부담금총액				원																										
비급여총액				원																										
11. 소계				원		원																								
12. 가산율				%		원																								
13. 의료급여비용총액 1				원																										
14. 본인일부부담금				원																										
15. 장애인의료비				원																										
16. 청구액				원																										
17. 의료급여비용총액 2, 진료비총액				원																										
18. 보훈청구액				원																										
19. 의료급여 100분의100본인부담금총액				원																										
20. 보훈 일부본인부담금				원																										
21. 100분의100미만 총액				원																										
22. 100분의100미만 본인일부부담금				원																										
23. 100분의100미만 청구액				원																										
24. 100분의100미만 보훈청구액				원																										
일련번호																														
수진자 일련번호				-		* 심사조정																								

190mm×320mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

\* 종별구분 - 1: 1종수급권자, 2: 2종수급권자, 4: 행려, 6: 2종장애인 2차의료급여  
8: 2종장애인 1차 의료급여, N: 노숙인 1종

[ 일 자 별 ]

서 식 번 호	G	I	2	0	의 료 급 여 비 용 명 세 서				의 료 급 여 기 관				
사업장 (보장기관)	기 호								보장시설 및 노숙인시설 기호				기 호
등록번호					종별구분				명 칭				
세 대 주 성 명					주민등록번호				-				
수 진 자 성 명													
증상분류기호			본인부담 구분	면허 종류	면허 번호	조제투약일	의료급여일수 (투약일수 포함)		진료확인번호				
									일				
증상:													
조 제 투 약 내 역													
약품명	단가	1회 투약량 (I항 해당)		1일 투약횟수 또는 실시횟수		총 투약일수 또는 실시횟수		금액(원)	면허종류	면허번호			
특정내역													
구 분		금 액		※심사내역									
1. 약가	원	구분	코드	조정금액	I,II	구분	코드	조정금액	I,II				
2. 조제료 등	원												
3. 의약품관리료	원												
4. 의료급여비용총액 1	원												
5. 본인일부부담금	원												
6. 청구액	원												
7. 의료급여비용총액 2, 진료비총액	원												
8. 의료급여 100분의 100본인부담금총액	원												
9. 보훈 본인일부부담금	원												
10. 100분의50 본인부담	원												
11. 100분의80 본인부담	원					감I					감I		
12. 100분의30 본인부담	원					감II					감II		
13. 100분의90 본인부담	원					증I					증I		
14. 100분의100미만 총액	원					증II					증II		
15. 100분의100미만 본인일부부담금	원												
16. 100분의100미만 청구액	원												
17. 100분의100미만 보훈청구액	원												
일련번호			※심사조정			계				계			
수진자 일련번호	-												

190mm×320mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

주 : 1. \*란은 건강보험심사평가원이 기재합니다

2. 종별구분란은 해당번호(1중수급권자:1, 2중수급권자:2, 행려:4, 2중장애인 1차 의료급여:8, N: 노숙인 1중)를 기재합니다.

(별지 제17호 서식)

서 식 번 호		G	I	2	1	의 료 급 여 비 용 명 세 서					의 료 급 여 기 관			
사업장 (보장기관)	기 호										기 호			
	명 칭					보장시설 및 노숙인시설 기호					명 칭			
등록번호						종 별					보훈 등			
세대주성명						주민등록번호					-			
수진자성명														
상병분류기호		특정 기호	본인부담 구분	면허 종류	면허 번호	처방전발급 기관기호	처방전 발급번호	사용기간	조제 투약일	투약 일수	진료확인 번호	비 고 (재해발생일자)		
												일		
구 분		약가(I)	조제료등(II)	조 제 투 약 내 역										
1. 약 제 비	①내복	일분	원	원	코 드	약 품 명	조 제 구 분	단 가	1회투약량 (1항 해당)	1일투약횟수 또는 살약수	총 투약일수 또는 살약수	금액(원)	면허 종류	면허 번호
	②외용	일분	원	원										
	③주사료	일분	원	원	코 드 (일반명코드 또는 제품명코드)	약 품 명 (일반명 또는 제품명)			1회 투약량	1일 투약횟수	총 투약일수	본인부담률 구분코드	비 고	
	④약국관리료, 조제기본료, 복약지도료 등		원	원										
	⑤소 계(①~④)		원	원										
	⑥의약품관리료		원	원										
A. 100분의50 본인부담	①내복	일분	원	원										
	②외용	일분	원	원										
	③주사료	일분	원	원										
	④소 계(①~③)		원	원										
B. 100분의80 본인부담	①내복	일분	원	원										
	②외용	일분	원	원										
	③주사료	일분	원	원										
	④소 계(①~③)		원	원										
D. 100분의30 본인부담	①내복	일분	원	원										
	②외용	일분	원	원										
	③주사료	일분	원	원										
	④소 계(①~③)		원	원										
E. 100분의90 본인부담	①내복	일분	원	원										
	②외용	일분	원	원										
	③주사료	일분	원	원										
	④소 계(①~③)		원	원										
U. 의료급여100분의100 본인부담 약제비	①내복	일분	원	원										
	②외용	일분	원	원										
	③주사료	일분	원	원										
	④소 계(①~③)		원	원										
V. 보훈 등 100분의100 본인부담 약제비	①내복	일분	원	원										
	②외용	일분	원	원										
	③주사료	일분	원	원										
	④소 계(①~③)		원	원										
W. 비급여 약제비	①내복	일분	원	원										
	②외용	일분	원	원										
	③주사료	일분	원	원										
	④약국관리료, 조제기본료, 복약지도료 등		원	원										
	⑤소 계(①~④)		원	원										
	⑥의약품관리료		원	원	특정내역									
보훈 등 100분의100 본인부담 약제비 총액			원	원	* 심 사 내 역	구분	코드	조정금액	I,II	구분	코드	조정금액	I,II	
비급여 약제비 총액			원	원										
2. 소계			원	원										
3. 수급권자의료급여비용총액			원	원										
4. 의료급여비용총액 1			원	원										
5. 본인일부부담금			원	원										
6. 청구액			원	원										
7. 의료급여비용총액 2, 진료비총액			원	원										
8. 보훈청구액			원	원										
9. 의료급여 100분의100본인부담금총액			원	원										
10. 보훈본인일부부담금			원	원										
11. 100분의100미만 총액			원	원					감I					감I
12. 100분의100미만 본인일부부담금			원	원					감II					감II
13. 100분의100미만 청구액			원	원					증I					증I
14. 100분의100미만 보훈청구액			원	원				증II					증II	
일련번호														
수진자 일련번호			-											
			* 심사조정			계				계				

190mm×320mm(일반용지 60g/m<sup>2</sup>(재활용품))

- 주 : 1. \*란은 심사기관에서 기재합니다.  
 2. 의료급여종별 구분란은 해당번호(1중대상자:1, 2중대상자:2, 행려대상자:4, N: 노숙인 1종)를 기재합니다.  
 3. 보훈 등 구분란은 해당번호(보훈감면환자(30%) : 3, 보훈감면환자(50%) : 5, 보훈감면환자(60%) : 6)를 기재합니다.  
 4. 조제투약내역의 조제구분란은 해당번호(대체:1, 수정:2, 변경:3, 저가대체 4, 성분처방 5, 저가대체 가산금 9)를 기재합니다.  
 5. 본인부담률 구분코드는 의료급여 중 「의료급여수급자의기준 및 일반기준」 제23조의2에 따른 약제를 처방한 경우 본인이 부담할 비용의 부담률에 부여된 해당 구분코드를 기재합니다.  
 • A: 100분의50 본인부담, B: 100분의80 본인부담, D: 100분의30 본인부담, E: 100분의90 본인부담, U: 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담, V: 보훈 등 100분의100본인부담, W: 비급여  
 • V항(보훈 등 100분의100 본인부담 약제비), W항(비급여 약제비)은 보훈위탁진료 요양기관에서 발행한 처방전에 따른 "보훈 국비환자"의 처방 조제분인 경우에만 해당.

## 의료급여 정신건강의학과 입원료 차등제 산정현황 통보서

의료급여기관기호 (요양기관기호)		의료급여기관명 (요양기관명)																	
소재지		신고자 성명		전화번호															
적용 구분		년		분기적용															
기관등급		①		등급															
간호인력	② 배점	점	정신건강전문요원	⑧ 배점	점	⑫ 배점	점												
	③ 적용입원환자수(3개월 평균)	명		⑨ 적용입원환자수(3개월 평균)	명	⑬ 적용입원환자수(3개월 평균)	명												
	④ 간호사수(3개월 평균)	명		⑩ 적용정신건강전문요원수(3개월 평균)	명	⑭ 적용정신건강의학과외의사수(3개월 평균)	명												
	⑤ 간호조무사수(3개월 평균)	명		⑪ 적용입원환자수 대 적용정신건강전문요원수⑨/⑩	명	⑮ 적용입원환자수 대 적용정신건강의학과외의사수 ⑬/⑭	명												
	⑥ 적용간호인력수(3개월 평균)	명																	
	⑦ 적용입원환자수 대 적용간호인력수 ③/⑥	명																	
<b>【환자수 현황】</b>																			
구분	계	년 월(전월15일-당월14일)		년 월(전월15일-당월14일)		년 월(전월15일-당월14일)													
		건강보험	의료급여	건강보험	의료급여	건강보험	의료급여												
⑯ 입원환자수 (환자별재원일수의 합)																			
⑰ 낮병동환자수																			
⑱ 외래환자수																			
⑩ 적용입원환자수 (3개월 평균)	명																		
<b>【간호인력 현황】</b>																			
연번	※ ⑳ 인력구분	※ ㉑ 근무형태	※ ㉒ 직책구분	성명	주민등록번호	면허(자격)번호	취득일자	입사일자	퇴사일자	병동			휴가			※ ㉕ 적용구분	※ ㉖ 재직일자		
										※ ㉓ 병동구분	※ ㉔ 근무종류코드	최초근무일자	종근무일자	※ ㉗ 구분	시작일자			종료일자	
⑥ 적용간호인력수 : 명																			
<b>【정신건강전문요원인력 현황】</b>																			
연번	※ ㉗ 인력구분	※ ㉘ 근무형태	※ ㉙ 직책구분	성명	주민등록번호	면허(자격)번호	취득일자	입사일자	퇴사일자	휴가			※ ㉚ 구분	시작일자	종료일자	※ ㉛ 적용구분	※ ㉜ 재직일자		
⑩ 적용정신건강전문요원수 : 명																			
<b>【정신건강의학과외의사인력 현황】</b>																			
연번	※ ㉝ 근무형태	※ ㉞ 의사형태 1.전문의 2.레지던트	성명	주민등록번호	※ ㉟ 면허종별	면허번호	면허취득일자	※ ㊱ 자격종별	자격번호	자격취득일자	입사일자	퇴사일자	휴가			※ ㊲ 구분	시작일자	종료일자	※ ㊳ 재직일자
⑭ 적용정신건강의학과외의사수 : 명																			
정신건강의학과 입원료 차등제 산정현황 통보서를 제출합니다. 년 월 일 개설자(대표자) <span style="float: right;">(서명 또는 인)</span>																			
<b>건강보험심사평가원장 귀하</b>																			

주1) 작성요령은 뒷면을 참고하시기 바라며 '※'란은 반드시 해당 번호를 기재하여야 합니다.

주2) 「정신건강의학과 입원료 차등제 산정현황 통보서」 작성·제출은 건강보험심사평가원(<http://Biz.hira.or.kr>)을 이용하시기 바랍니다.

작성방법

- ① 기관등급 : 적용 입원환자수 대 적용 정신건강의학과외사, 정신건강의학과간호사, 정신건강전문요원수에 따른 기관등급을 기재
- ② 간호인력 배점 : 적용 입원환자수 대 적용 간호인력 수에 따른 해당 배점을 기재
- ③ ⑨ ⑬ 적용 입원환자수(3개월 평균) : ⑬
- ④ 간호사수 (3개월 평균), ⑤ 간호조무사수 (3개월 평균) : 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 정신건강의학과 입원병동, 정신건강의학과 낮병동, 정신건강의학과 외래병동에 배치되어 실제 환자간호를 전담하고 있는 간호사, 간호조무사의 재직일수의 합/대상기간 일수의 합(소수점 3자리에서 반올림).
  - 계약직 및 단시간 근무 간호인력은 「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」 제17조(근로조건외의 서면명시)를 준수하고, 계약직의 경우에는 3개월 이상 고용계약을 체결한 경우에 산정함
  - 전일제 근무 간호인력으로 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 이상인 근무자는 1인으로 산정함. 다만, 계약직 간호조무사는 전일제인 경우에만 3인을 2인으로 산정함 (계약직 간호조무사수 × 0.6666667)
  - 단시간 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 미만인 근무자에 대하여 16(이상)~20시간(미만) 근무자의 경우 0.4인, 20(이상)~24시간(미만) 근무자는 0.5인, 24(이상)~28시간(미만) 근무자는 0.6인, 28(이상)~32시간(미만) 근무자는 0.7인, 32(이상)~36시간(미만) 근무자는 0.8인, 36(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.9인으로 산정하며, 「소득세법」 시행규칙 제7조제4호에 의한 의료취약지역 소재 요양기관은 각각 0.5인, 0.6인, 0.7인, 0.8인, 0.9인, 1인으로 산정함. 다만, 계약직 간호사를 고용하는 경우, 정규직 간호사 의무고용비율은 100분의 80으로 함
  - 출산휴가자를 대체하는 간호사는 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 이상인 근무자의 경우 1인으로 산정함
- ⑥ 적용 간호인력수(3개월 평균) : ⑤ > (④×0.75)인 경우 {④+(④×0.75)}, ⑤ ≤ (④×0.75)인 경우, ④+⑤ (소수점 3자리에서 반올림)
- ⑦ 적용 입원환자수 대 적용 간호인력수 : ③/⑥ (소수점 3자리 이하 절사)
- ⑧ 정신건강전문요원 배점 : 적용 입원환자수 대 정신건강전문요원수에 따른 배점을 기재
- ⑩ 적용 정신건강전문요원수(3개월 평균) : 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 정신건강전문요원별 재직일수의합(정신건강전문요원별 수련생 재직일수의 합 × 0.5) / 대상기간 일수의 합 (소수점 3자리에서 반올림). 단, 시간제 또는 격일제 정신건강전문요원은 주3일 이상이면 주20시간 이상인 경우 0.5인으로 인정하며 기간제 정신건강전문요원은 근무시간 등 근무조건이 정규직 근무자와 동일하면서 3개월 이상 고용계약을 체결한 경우에는 1인으로 인정함.
- ⑪ 적용 입원환자수 대 적용 정신건강전문요원수 : ⑧/⑩ (소수점 3자리 이하 절사)
- ⑫ 의사인력 배점 : 적용 입원환자수 대 적용 정신건강의학과외사수에 따른 배점을 기재
- ⑭ 적용 정신건강의학과외사수(3개월 평균) : 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 의사별 재직일수의 합(정신건강의학과 레지던트는 재직일수의 합 × 0.5) / 대상기간 일수의 합 (소수점 3자리에서 반올림) 단, 시간제 또는 격일제 정신건강의학과 외사는 주3일 이상이면 주20시간 이상인 경우(0.5인)으로 인정하며 기간제 정신건강의학과 외사는 근무시간 등 근무조건이 정규직 근무자와 동일하면서 3개월 이상 고용계약을 체결한 경우는 1인으로 인정함
- ⑮ 적용 입원환자수 대 적용 정신건강의학과외사수 : ⑬/⑭ (소수점 3자리 이하 절사)
- ⑯ 입원환자수 : 정신건강의학과(개방병동+폐쇄병동) 입원환자수(대상기간 입원환자별 재원일수의 합), 건강보험/의료급여 각각 기재
- ⑰ 낮병동환자수 : 정신건강의학과 낮병동환자수(대상기간 일자별 낮병동환자수의 합), 건강보험/의료급여 각각 기재
- ⑱ 외래환자수 : 정신건강의학과 외래환자수(대상기간 일자별 외래내원환자수의 합), 건강보험/의료급여 각각 기재
- ⑲ 적용 입원환자수(3개월 평균) : ⑯+(⑰/2)+(⑱/3)(낮병동환자 1인은 입원환자 0.5인으로, 외래환자 3인은 입원환자 1인으로 환산)/대상기간 일수의 합 (소수점 셋째자리에서 절사)
- ⑳ 인력구분 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.간호사, 02.간호조무사
- ㉑ 근무형태 (코드번호로 기재 또는 선택)
  - 01.정규직 전일제: 정규직으로서 1주간의 근로시간이 월평균 40시간 이상 근무
  - 02.계약직 전일제(40시간): 계약직으로서 1주간의 근로시간이 월평균 40시간 이상 근무
  - 03.단시간 시간제(36~40시간): 정규직 또는 계약직으로 1주간의 근로시간이 월평균 36시간 이상 40시간 미만 근무
  - 04.단시간 시간제(32~36시간): 정규직 또는 계약직으로 1주간의 근로시간이 월평균 32시간 이상 36시간 미만 근무
  - 05.단시간 시간제(28~32시간): 정규직 또는 계약직으로 1주간의 근로시간이 월평균 28시간 이상 32시간 미만 근무
  - 06.단시간 시간제(24~28시간): 정규직 또는 계약직으로 1주간의 근로시간이 월평균 24시간 이상 28시간 미만 근무
  - 07.단시간 시간제(20~24시간): 정규직 또는 계약직으로 1주간의 근로시간이 월평균 20시간 이상 24시간 미만 근무
  - 08.단시간 시간제(16~20시간): 정규직 또는 계약직으로 1주간의 근로시간이 월평균 16시간 이상 20시간 미만 근무
- ㉒ 직책구분 : 01.부원장, 02.이사, 03.부장, 04.과장(팀장, 감독), 05.수간호사, 06.책임간호사, 07.부책임간호사, 08.간호사
- ㉓ 병동구분 병동코드 : 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 별지 제3호 서식에 신고된 현황
- ㉔, ㉕, ㉖ 휴가구분 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.출산, 02.육아, 03.연수, 04.파견, 05.병가, 06.기타
- ㉗ 적용구분 (코드로 기재 또는 선택) : Y 적용, N 미적용
- ㉘ 재직일수 : 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직한 일수를 기재 단, 휴가의 ㉘일수는 제외
- ㉙ 인력구분 (코드번호로 기재 또는 선택) : 03.정신건강간호사 04.정신건강임상심리사 05.정신건강사회복지사 06.정신건강작업치료사
- ㉚ 근무형태 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.정규직, 02.계약직, 03.임시직
- ㉛ 직책구분 : 01.원장, 02.부원장, 03.이사, 04.부장, 05.과장(팀장,감독) 06.정신건강전문요원(전담), 07.정신건강전문요원 수련생 08.정신건강전문요원(비전담)
- ㉜ 적용구분 (코드로 기재 또는 선택) : Y 적용, N 미적용
- ㉝ 재직일수 : 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직한 일수를 기재 단, 휴가의 ㉝일수는 제외
- ㉞ 근무형태 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.상근, 02.비상근, 03.대진의
- ㉟ 의사형태((코드번호로 기재 또는 선택) : 01.전문의, 02.레지던트
- ㊱ 면허종별 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.의사
- ㊲ 자격종별 (코드번호로 기재 또는 선택) : 03.정신건강의학과
- ㊳ 재직일수 : 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직한 일수를 기재 단, 휴가의 ㊳일수는 제외



## 작성방법

- ① 연번 :
- ② 인력구분 (코드번호로 기재 또는 선택) :  
03.정신건강간호사, 04.정신건강임상심리사, 05.정신건강사회복지사, 06.정신건강작업치료사
- ③ 주민번호 : 생년월일 및 뒷자리수 7자리수를 기재 또는 입력(000000-0000000)
- ④ 적용일자 : 근무형태, 직책구분, 적용여부 변경시 적용일자 기재
- ⑤ 근무형태(코드번호로 기재 또는 선택) : 1.정규직, 2.계약직, 3.임시직
- ⑥ 직책구분(코드번호로 기재 또는 선택) :  
01.원장, 02.부원장, 03.이사, 04.부장, 05.과장(팀장,감독), 06.정신건강전문요원(전담), 07.정신건강전문요원 수련생,  
08.정신건강전문요원(비전담)
- ⑦ 성명 : 한글로 띄어쓰기 없이 기재(예 : 홍길동)
- ⑧ 자격번호 : 띄어쓰기 없이 한글과 영문, 아라비아숫자로 기재
- ⑨ 취득일자 : 8자리 숫자로 아라비아숫자로 기재 또는 입력(예 : 20061231)
- ⑩ 입사일자 : 8자리 숫자로 입력(예 : 20061231)
- ⑪ 퇴사일자 : 8자리 숫자로 입력(예 : 20061231)
- ⑫ 휴가구분(코드번호로 기재 또는 선택) : 01.출산, 02.육아, 03.연수, 04.파견, 05.병가, 06.기타
- ⑬ 적용일자(from) : “휴가시작일” 8자리 아라비아숫자로 기재 또는 입력(예 : 20061231)
- ⑭ 적용일자(to) : “휴가종료일” 8자리 아라비아숫자로 기재 또는 입력(예 : 20061231)
- ⑮ 적용여부(코드번호로 기재 또는 선택) : 1.적용, 2.미적용



**개인정보 수집 및 제공 안내**

**1. 「의료급여법」 제10조(급여비용의 부담)**

**2. 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담), 제21조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)**

**3. 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 (보건복지부 고시)**

- 보장기관은 위 법령 등에서 정하는 소관 업무수행을 위하여 세대주 성명, 진료받은 사람 성명, 주민등록번호, 외국인등록번호, 전화번호, 이메일주소, 주소, 신청인 성명, 진료받은 사람과의 관계, [의료급여기관 확인란]에 기록된 신청구분, 진료과목, 진료구분, 진단확진일, 상병명, 상병코드, 특정기호, 최종확진방법, 조직학적·세포학적 검사 미 실시 사유, 환자상태 및 진료소견을 수집·이용할 수 있습니다.
- 보장기관이 수집·이용하고 있는 개인정보는 「개인정보보호법」에 따른 경우에만 제3자에게 제공됩니다.
- 본인일부부담률 인하 적용을 위해 의료급여기관에 등록자료 제공 및 암환자의료비지원사업 수행시 활용됩니다.

**유의사항**

**1. 「의료급여법」 제23조(부당이득의 징수)**

- 산정특례 등록신청서에 기재된 [의료급여기관 확인란]이 허위로 기재된 경우 위 법령 및 의료관계법령(의료법 제66조 등)에 의거, 제1항 및 제3항에 의해 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여를 받은 사람이나 급여비용을 받은 의료급여기관에 대하여 해당 의료급여비용을 부당한 것으로 확인·결정하여 의료급여 비용의 전부 또는 일부를 징수할 수 있습니다.

**2. 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 (보건복지부 고시)**

- 고시 제17조의2 제6항 및 제7항에 의해 보장기관에서 산정특례 등록 자료의 확인이 필요하다고 인정되는 경우 산정특례 등록자 및 의료급여기관에 검사내역 등 자료를 제공하도록 요청할 수 있습니다.

**3. 산정특례 등록신청서 발급에 대한 비용은 등록신청인 또는 보장기관에 별도로 청구할 수 없습니다.**

**4. 의료급여기관 확인란은 반드시 해당 상병으로 확진한 의료급여기관 및 담당의사가 작성 후 자필서명·확인하여야 합니다.**

**5. 산정특례는 진단확진일로부터 30일 이내 신청 시 확진일로부터 소급하여 적용하고, 30일 이후에 신청 시 신청일로부터 적용됩니다. 다만, 고시 제17조의2제8항 각호의 경우는 그러하지 않습니다.**

**6. 산정특례 등록신청서의 기재사항이 사실과 상이할 경우, 산정특례 등록내역이 원천 취소될 수 있습니다.**

**7. 등록신청은 의료급여기관 수급권자 조회 시 [산정특례 대상자 조회]와 연관되므로 본인서명이 필수로 요구됩니다.**

- ※ 단, 진료받은 사람이 미성년인 경우 또는 중증치매·정신질환·의식불명 등으로 진료받은 사람 본인의 인지능력이 저하되거나 의사판단이 어려워 위임이 불가한 경우 대리인의 동의가 필요하므로 신분증과 보장기관 전산 또는 가족관계서류를 확인(징구) 후 등록함
- 미성년자 : 부모(법정대리인) - 인지능력과 의사판단이 어려워 위임이 불가한 경우 : 배우자 또는 성년인 직계존비속

**8. 산정특례 등록 이후 모든 의료급여기관에서 수급권자 자격조회를 통해 수급권자의 산정특례 등록정보를 확인할 수 있습니다.**

**작성방법**

**【진료받은 사람】**

- ①,② : 산정특례 등록 신청자의 보장기관명과 세대주 성명을 각각 기재합니다.
- ③,④ : 산정특례 신청인의 성명을 한글로, 주민(외국인)등록번호를 아라비아숫자로 기재합니다.
- ⑤ : 등록결과 통보 등을 위해 진료받은 사람 또는 그 대리인의 연락 가능한 휴대전화번호를 기재합니다.
- ⑥ : 진료받은 사람 또는 그 대리인의 연락 가능한 자택전화번호를 기재합니다.(부재시 생략 가능)
- ⑦ : 등록결과 통보 등을 위해 진료받은 사람 또는 그 대리인의 연락 가능한 이메일 주소를 기재합니다.
- ⑧ : 등록결과를 통보 받을 방법(휴대전화번호-SMS 또는 이메일)을 선택하여 필수적으로 "✓" 표시합니다.
- ⑨ : 신청 시점에서의 진료받은 사람의 주소를 기재합니다.

**【의료급여기관 확인란】**

- ① : 신규암, 재등록암, 중복암 신청 여부를 해당란에 "✓" 표시합니다.
- ② : 진료과목을 기재합니다.
- ③ : 입원 또는 외래 여부를 해당란에 "✓" 표시합니다.
- ④ : 최종 진단방법에 의하여 의사가 해당질환으로 판정한 날을 아라비아숫자로 기재합니다.(입원초일이 있는 경우 함께 기재)
- ⑤,⑥,⑦ : 확진한 질환의 상병명, 상병코드, 특정기호를 기재합니다.
- ⑧ : 최종확진방법 작성 시, 해당 상병의 등록기준(검사기준 및 필수검사항목)을 확인하여 기재합니다.
  - (검사항목) 1~6에 해당하는 내역을 "✓" 표시 또는 텍스트 형태로 기재합니다.
- ⑨ : 해당 상병의 등록기준을 확인하여 조직학적·세포학적 검사가 필수인 상병에서 조직학적·세포학적 검사 불가하여 암 산정특례 등록기준을 미충족한 경우에만 작성합니다. 이 경우에는 전문의가 의료급여 (암) 산정특례 등록신청서를 작성 및 발행해야 합니다.
  - ⑨-1 : 조직학적·세포학적 검사가 불가한 사유를 한 가지 이상 "✓" 표시 또는 텍스트 형태로 기재합니다.
  - ⑨-2 : 확진 의견을 포함하여 진료내역에 대한 의학적 소견을 구체적으로 기재합니다.



**유의사항**

**1. 「의료급여법」 제23조(부당이득의 징수)**

- 산정특례 등록신청서에 기재된 [의료급여기관 확인란]이 허위로 기재된 경우 위 법령 및 의료관계법령(의료법 제66조 등)에 의거, 제1항 및 제3항에 의해 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여를 받은 사람이나 급여비용을 받은 의료급여기관에 대하여 해당 의료급여비용을 부당한 것으로 확인·결정하여 의료급여 비용의 전부 또는 일부를 징수할 수 있습니다.

**2. 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 (보건복지부 고시)**

- 고시 제17조의2 제6항 및 제7항에 의해 보장기관에서 산정특례 등록 자료의 확인이 필요하다고 인정되는 경우 산정특례 등록자 및 의료급여기관에 검사내역 등 자료를 제공하도록 요청할 수 있습니다.

3. 산정특례 등록신청서 발급에 대한 비용은 등록신청인 또는 보장기관에 별도로 청구할 수 없습니다.

4. 의료급여기관 확인란은 반드시 해당 상병으로 확진한 의료급여기관 및 담당의사가 작성 후 자필서명·확인하여야 합니다.

5. 산정특례는 진단확진일로부터 30일 이내 신청 시 확진일로부터 소급하여 적용하고, 30일 이후에 신청 시 신청일부터 적용됩니다. 다만, 고시 제17조의2제8항 각호의 경우는 그러하지 않습니다.

6. 산정특례 등록신청서의 기재사항이 사실과 상이할 경우, 산정특례 등록내역이 원천취소될 수 있습니다.

7. 등록신청은 의료급여기관 수급권자 조회 시 [산정특례 대상자 조회]와 연관되므로 본인서명이 필수로 요구됩니다.

※ 단, 진료받은 사람이 미성년인 경우 또는 중증치매·정신질환·의식불명 등으로 진료받은 사람 본인의 인지능력이 저하되거나 의사판단이 어려워 위임이 불가한 경우 대리인의 동의가 필요하므로 신분증과 보장기관 전산 또는 가족관계서류를 확인(징구) 후 등록함  
- 미성년자 : 부모(법정대리인) - 인지능력과 의사판단이 어려워 위임이 불가한 경우 : 배우자 또는 성년인 직계존비속

8. 산정특례 등록 이후 모든 의료급여기관에서 수급권자 자격조회를 통해 수급권자의 산정특례 등록정보를 확인할 수 있습니다.

**작성방법**

**【진료받은 사람】**

- ①,② : 산정특례 등록 신청자의 보장기관명과 세대주 성명을 각각 기재합니다.
- ③,④ : 산정특례 신청인의 성명을 한글로, 주민(외국인)등록번호를 아라비아숫자로 기재합니다.
- ⑤ : 등록결과 통보 등을 위해 진료받은 사람 또는 그 대리인의 연락 가능한 휴대전화번호를 기재합니다.
- ⑥ : 진료받은 사람 또는 그 대리인의 연락 가능한 자택전화번호를 기재합니다.(부재시 생략 가능)
- ⑦ : 등록결과 통보 등을 위해 진료받은 사람 또는 그 대리인의 연락 가능한 이메일 주소를 기재합니다.
- ⑧ : 등록결과를 통보 받을 방법(SMS 또는 이메일)을 선택하여 필수적으로 "✓" 표시합니다.
- ⑨ : 신청 시점에서의 진료받은 사람의 주소를 기재합니다.

**【의료급여기관 확인란】**

- ① : 신규등록 또는 재등록 신청 여부를 해당란에 "✓" 표시 합니다.
- ② : 질환의 확인을 실시한 진료과목을 기재합니다.
- ③ : 의료급여기관 확인 시 입원 또는 외래 구분을 해당란에 "✓" 표시 합니다.
- ④ : 최종확진방법에 의하여 의사가 해당질환으로 판정한 날을 아라비아 숫자로 기재합니다.(입원초일이 있는 경우 함께 기재)
- ⑤,⑥,⑦ : 확진한 질환의 상병명, 상병코드, 특정기호를 기재합니다.
- ⑧ : 최종확진방법 작성 시, 해당 상병의 등록기준(검사기준 및 필수검사항목)을 확인하여 기재합니다.  
- (검사항목) 1~6에 해당하는 내역을 "✓" 표시 또는 텍스트 형태로 기재합니다.
- ⑨ : 가족력 여부를 해당란에 "✓" 표시 합니다.  
- 가족력이 없는 경우 '없음'에 표시하고, 있는 경우 '있음'에 표시 후 해당 사항을 체크합니다.

**의료급여 회귀질환 및 중증난치질환 산정특례 제도 안내**

- 1. **제도 목적** : 회귀질환 및 중증난치질환의 치료에 소요되는 고액 진료비 부담 완화
- 2. **회귀질환 및 중증난치질환 산정특례 등록대상**
  - 회귀질환 : 보건복지부 고시 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표4]의 해당상병 중 산정특례 검사기준 및 필수검사항목을 충족하는 것으로 확진된 회귀질환 환자
  - 중증난치질환 : 보건복지부 고시 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표4의2]의 해당상병 중 산정특례 검사기준 및 필수검사항목을 충족하는 것으로 확진된 중증난치질환 환자
- ※ 신생아의 호흡곤란(상병코드 P22.0) 상병은 생후 24개월 이내 신청 가능, 최초 등록 후 재등록 불가  
인체면역바이러스질환(상병코드 B20~B24)는 등록하지 않고 산정특례 적용
- 3. **해당 회귀질환 및 중증난치질환으로 산정특례 등록한 사람은 등록기간 중 모든 상병 진료에 대한 급여대상 본인부담금 면제**  
※ 비급여, 100분의100본인부담항목, 선별급여 등은 산정특례 적용대상에서 제외
- 4. **적용기간** : 산정특례 적용시작일로부터 5년째 되는 날의 전날(상세불명회귀질환의 경우 적용시작일로부터 1년째 되는 날의 전날)



## 유의사항

### 1. 「의료급여법」 제23조(부당이익의 징수)

- 산정특례 등록신청서에 기재된 [의료급여기관 확인란]이 허위로 기재된 경우 위 법령 및 의료관계법령(의료법 제66조 등)에 의거, 제1항 및 제3항에 의해 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여를 받은 사람이나 급여비용을 받은 의료급여기관에 대하여 해당 의료급여비용을 부당한 것으로 확인·결정하여 의료급여 비용의 전부 또는 일부를 징수할 수 있습니다.

### 2. 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」(보건복지부 고시)

- 고시 제17조의2 제6항 및 제7항에 의해 보장기관에서 산정특례 등록 자료의 확인이 필요하다고 인정되는 경우 산정특례 등록자 및 의료급여기관에 검사내역 등 자료를 제공하도록 요청할 수 있습니다.

### 3. 산정특례 등록신청서 발급에 대한 비용은 등록신청인 또는 보장기관에 별도로 청구할 수 없습니다.

### 4. 의료급여기관 확인란은 반드시 해당 상병으로 확진한 의료급여기관 및 담당의사가 작성 후 자필서명·확인하여야 합니다.

### 5. 산정특례는 진단확진일로부터 30일 이내 신청 시 확진일로부터 소급하여 적용하고, 30일 이후에 신청 시 신청일부터 적용됩니다. 다만, 고시 제17조의2제8항 각호의 경우는 그러하지 않습니다.

### 6. 산정특례 등록신청서의 기재사항이 사실과 상이할 경우, 산정특례 등록내역이 원천취소될 수 있습니다.

### 7. 등록신청은 의료급여기관 수급권자 조회 시 [산정특례 대상자 조회]와 연관되므로 본인서명이 필수로 요구됩니다.

- ※ 단, 진료받은 사람이 미성년인 경우 또는 중증치매·정신질환·의식불명 등으로 진료받은 사람 본인의 인지능력이 저하되거나 의사판단이 어려워 위임이 불가한 경우 대리인의 동의를 필요하므로 신분증과 보장기관 전산 또는 가족관계서류를 확인(징구) 후 등록함
- 미성년자 : 부모(법정대리인) - 인지능력과 의사판단이 어려워 위임이 불가한 경우 : 배우자 또는 성년인 직계존비속

### 8. 산정특례 등록 이후 모든 의료급여기관에서 수급권자 자격조회를 통해 수급권자의 산정특례 등록정보를 확인할 수 있습니다.

### ※ 결핵치료를 위하여 수급권자가 여러 의료급여기관에서 의료급여를 받는 경우에는 의료급여기관마다 산정특례 등록 신청서를 수급권자의 보장기관에 제출하여야 합니다.

### ※ 결핵 산정특례 등록은 결핵예방법 시행규칙 제3조에 따라 질병관리청에 신고여부 확인 후 승인처리 됩니다.

(결핵 산정특례 등록 신청 시, '결핵환자등 신고보고서' 제출 필수)

## 작성방법

### 【진료받은 사람】

- ①,② : 산정특례 등록 신청인의 보장기관명과 세대주 성명을 각각 기재합니다.
- ③,④ : 산정특례 신청인의 성명을 한글로, 주민(외국인)등록번호를 아라비아숫자로 기재합니다.
- ⑤ : 등록결과 통보 등을 위해 진료받은 사람 또는 그 대리인의 연락 가능한 휴대전화번호를 기재합니다.
- ⑥ : 진료받은 사람 또는 그 대리인의 연락 가능한 자택전화번호를 기재합니다.(부재시 생략 가능)
- ⑦ : 등록결과 통보 등을 위해 진료받은 사람 또는 그 대리인의 연락 가능한 이메일주소를 기재합니다.
- ⑧ : 등록결과를 통보 받을 방법(휴대전화번호-SMS 또는 이메일)을 선택하여 필수적으로 "✓" 표시합니다.
- ⑨ : 신청 시점에서의 진료받은 사람의 주소를 기재합니다.

### 【의료급여기관 확인란】

- ① : 질환의 확진을 실시한 진료과목을 기재합니다.
- ② : 의료급여기관 확진 시 입원 또는 외래 여부를 해당란에 "✓" 표시 합니다.
- ③ : 최종 진단방법에 의하여 의사가 해당질환으로 판정한 날을 아라비아숫자로 기재합니다.(입원초일이 있는 경우 함께 기재)
- ④,⑤,⑥ : 확진한 질환의 상병명, 상병코드, 특정기호를 기재합니다.
- ⑦ : 최종확진방법 작성 시, 해당 상병의 등록기준(검사기준 및 필수검사항목)을 확인하여 기재하시기 바랍니다.
  - (검사항목) 1~5에 해당하는 내역을 "✓" 표시 또는 텍스트 형태로 기재합니다.
- ⑧ : 타 요양기관의 검사결과로 확진한 경우에 한하여 기재하며, 해당 검사내역에 "✓" 표시 합니다.

## 의료급여 결핵 산정특례 제도 안내

### 1. 제도 목적 : 결핵 치료에 소요되는 고액의 진료비 부담 완화

### 2. 결핵 산정특례 등록대상

- 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」[별표5]의 해당상병(A15-A19,U84.3) 으로 확진된 결핵 환자

### 3. 결핵으로 산정특례 등록한 사람은 등록기간 중 모든 상병 진료에 대한 급여대상 본인부담금 면제

- ※ 비급여, 100분의100본인부담 항목, 선별급여 등은 산정특례 적용대상에서 제외

### 4. 적용기간 : 산정특례 적용시작일부터 결핵예방법 시행규칙 제3조 및 별지서식의 치료결과보고에 따른 산정특례 종료일까지



### 유의사항

**1. 「의료급여법」 제23조(부당이득의 징수)**

- 산정특례 등록신청서에 기재된 [의료급여기관 확인란]이 허위로 기재된 경우 위 법령 및 의료관계법령(의료법 제66조 등)에 의거, 제1항 및 제3항에 의해 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여를 받은 사람이나 급여비용을 받은 의료급여기관에 대하여 해당 의료급여비용을 부당한 것으로 확인·결정하여 의료급여 비용의 전부 또는 일부를 징수할 수 있습니다.

**2. 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 (보건복지부 고시)**

- 고시 제17조의2 제6항 및 제7항에 의해 보장기관에서 산정특례 등록 자료의 확인이 필요하다고 인정되는 경우 산정특례 등록자 및 의료급여기관에 검사내역 등 자료를 제공하도록 요청할 수 있습니다.

**3. 산정특례 등록신청서 발급에 대한 비용은 등록신청인 또는 보장기관에 별도로 청구할 수 없습니다.**

**4. 의료급여기관 확인란은 반드시 해당 상병으로 확진한 의료급여기관 및 담당의사가 작성 후 자필서명·확인하여야 합니다.**

**5. 산정특례는 진단확진일로부터 30일 이내 신청 시 확진일로부터 소급하여 적용하고, 30일 이후에 신청 시 신청일부터 적용됩니다. 다만, 고시 제17조의2제8항 각호의 경우는 그러하지 않습니다.**

**6. 산정특례 등록신청서의 기재사항이 사실과 상이할 경우, 산정특례 등록내역이 원천취소될 수 있습니다.**

**7. 등록신청은 의료급여기관 수급권자 조회 시 [산정특례 대상자 조회]와 연관되므로 본인서명이 필수로 요구됩니다.**

- ※ 단, 진료받은 사람이 미성년인 경우 또는 중증치매·정신질환·의식불명 등으로 진료받은 사람 본인의 인지능력이 저하되거나 의사판단이 어려워 위임이 불가한 경우 대리인의 동의를 필요하므로 신분증과 보장기관 전산 또는 가족관계서류를 확인(징구) 후 등록함

- 미성년자 : 부모(법정대리인) - 인지능력과 의사판단이 어려워 위임이 불가한 경우 : 배우자 또는 성년인 직계존비속

**8. 산정특례 등록 이후 모든 의료급여기관에서 수급권자 자격조회를 통해 수급권자의 산정특례 등록정보를 확인할 수 있습니다.**

### 작성방법

**【진료받은 사람】**

- ①,② : 산정특례 등록 신청인의 보장기관명과 세대주 성명을 각각 기재합니다.
- ③,④ : 산정특례 신청인의 성명을 한글로, 주민(외국인)등록번호를 아라비아숫자로 기재합니다.
- ⑤ : 등록결과 통보 등을 위해 진료받은 사람 또는 그 대리인의 연락 가능한 휴대전화번호를 기재합니다.
- ⑥ : 진료받은 사람 또는 그 대리인의 연락 가능한 자택전화번호를 기재합니다.(부재시 생략 가능)
- ⑦ : 등록결과 통보 등을 위해 진료받은 사람 또는 그 대리인의 연락 가능한 이메일 주소를 기재합니다.
- ⑧ : 등록결과를 통보 받을 방법(휴대전화번호-SMS 또는 이메일)을 선택하여 필수적으로 "✓" 표시합니다.
- ⑨ : 신청 시점에서의 진료받은 사람의 주소를 기재합니다.

**【의료급여기관 확인란】**

- ① : 신규등록 또는 재등록 신청 여부를 해당란에 "✓" 표시 합니다.
  - ※ 특정기호 V306에 해당하는 상병으로 확진된 경우 재등록이 불가능합니다.
- ② : 질환의 확진을 실시한 진료과목을 기재합니다.
- ③ : 의료급여기관 확진 시 입원 또는 외래 여부를 해당란에 "✓" 표시 합니다.
- ④ : 최종 진단방법에 의하여 의사가 해당질환으로 판정한 날을 아라비아숫자로 기재합니다.
  - ※ 특정기호 V306으로 등록하는 경우에는 '최초 수상일' 을 아라비아숫자로 기재합니다.
- ⑤,⑥,⑦ : 확진한 질환의 상병명, 상병코드, 특정기호를 기재합니다.
- ⑧ : 확진 의견을 포함하여 진료내역에 대한 의학적 소견을 구체적으로 기재합니다.
- ⑨ : 재등록 또는 V306으로 신규 등록하는 경우에만 작성합니다.
  - ⑨-1 : 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별첨3]의 수술을 시행한 수술개시일을 작성합니다.
  - ⑨-2 : 해당하는 수술명 및 수술코드에 "✓" 표시 합니다.

### 의료급여 중증화상 산정특례 제도 안내

**1. 제도 목적 :** 중증화상 치료에 소요되는 고액의 진료비 부담 완화

**2. 중증화상 산정특례 등록대상**

- 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표3]의 중증도 기준 및 체표면적 기준을 충족하거나 기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 안면부, 수부, 족부 등의 부위의 수상 또는 안구화상으로 입원하는 경우

**3. 중증화상으로 산정특례 등록한 사람은 등록기간 중 모든 상병 진료에 대한 급여대상 본인부담금 면제**

- ※ 비급여, 100분의100본인부담 항목, 선별급여 등은 산정특례 적용대상에서 제외

**4. 적용기간 :** 등록일로부터 1년(단, 적용기간 종료일로부터 2년 이내에 [별첨3]에 해당하는 수술을 받는 경우 재등록 가능)

# 의료급여 틀니 대상자 등록 신청서

①(  신규  재등록 )

※ 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바라며, 색상이 어두운 란은 신청인이 적지 않습니다.

(앞면)

등록번호	상악	접수일자	
	하악		

② 수급권자	성명	주민등록번호	종별
	주소 ( )		휴대전화
	자택전화	등록결과 통보방법	<input checked="" type="checkbox"/> 문자서비스(SMS) ※ 의료급여기관에서 등록 결과 확인 가능

③ 의료급여기관 확인란	상병명	사고, 발치 또는 국한성 치주병에 의한 치아상실	상병기호	K08.1	
	시술시작일 (신청서발급일)				
	확인사항	(1) 시술 부위	<input type="checkbox"/> 상악 <input type="checkbox"/> 하악		
		(2) 틀니 종류	<input type="checkbox"/> 완전틀니 (레진상) <input type="checkbox"/> 완전틀니 (금속상)	<input type="checkbox"/> 부분틀니	
		(3) 임시틀니 여부	<input type="checkbox"/> 제작 <input type="checkbox"/> 미제작		
위에 기록한 사항이 사실임을 확인함					
년 월 일					
의료급여기관기호, 명칭 : , (의료급여기관 직인)					
담당의사 면허번호, 성명 : , (서명 또는 인)					

의료급여법 제10조 및 같은 법 시행령 제13조제1항에 따라 의료급여 틀니대상자 등록을 신청합니다.

년 월 일

④신청인 (서명 또는 인)

수급권자와의 관계 ( ) 전화번호 ( )

시장·군수·구청장 귀하

## 노인틀니 급여 서비스 안내

- 만 65세 이상으로(2016.6.30.이전 : 만70세 이상)
  - 완전틀니(레진상,금속상)는 상악 또는 하악에 치아가 전혀 없는 어르신이
  - 부분틀니는 상악 또는 하악에 부분 치아결손으로 남은 치아를 이용하여 부분틀니 제작이 가능한 어르신에게 의료급여가 적용됩니다.
- 의료급여가 적용되는 틀니는 레진상 및 금속상 완전틀니(귀금속이 포함된 틀니는 제외), 클라스프(고리) 유지형 부분틀니입니다.
- 의료급여 대상자 본인부담금은 1종수급권자는 급여비용총액의 5%, 2종수급권자는 15%로, 각 단계별 비율로 부담합니다.

단계	완전틀니			부분틀니	
	진료내용	비율(%) <b>(누적)</b>		진료내용	비율(%) <b>(누적)</b>
		레진상	금속상		
1	진단·치료계획	15	13	진단·치료계획	12.28
2	인상 채득	25 (40)	27(40)	지대치 형성 및 인상 채득	13.86 (26)
3	약간 관계 채득	15 (55)	21(61)	금속구조물 시적	29.50 (55)
4	납의치 시적	20 (75)	17(78)	최종 약간 관계 채득	8.51 (65)
5	의치장착·조정	25(100)	22(100)	납의치 시적	8.42 (73)
6				의치장착·조정	27.43 (100)

- 틀니 장착 후, 무상 수리는 3개월 이내 6회(진찰료만 부담)까지 가능 합니다.
  - 무상 수리기간 종료 후 첨상(Relining) 및 개상(Rebasing) 등 필수 유지관리행위는 보험적용되며, 기존 레진상,금속상 완전틀니 또는 클라스프 부분틀니가 있는 분도 유지관리행위가 급여 적용 됩니다.
- 틀니 급여주기는 7년(약당)에 1회입니다.
  - 틀니 제작 도중 병원을 옮기거나, 7년 이내에 환자 부주의로 새로 틀니를 제작 할 경우는 비급여로 적용됩니다.
- 임시틀니(완전)는 완전틀니(레진상,금속상) 제작 전 치아를 새로이 발치한 무치악 환자가 희망하는 경우, 임시틀니(부분)은 클라스프 부분틀니 제작을 전제로 음식섭취 또는 대외활동이 어려워 제작을 원하는 경우 의료급여가 적용됩니다.(본인부담률 1종 5%, 2종 15%)

### 유의사항 및 작성방법

#### 유의사항

1. '재등록'은 구강상태가 심각하게 변화되어 새로운 틀니가 필요한 경우, 7년 이내에 재제작할 수 있으며, 신청서 및 증빙자료를 첨부하여 시·군·구청으로 제출하여야 합니다.
2. ② 의료급여기관 확인란 확인사항의 (1)~(2)번이 모두 확인되어야 의료급여 틀니 대상자로 등록이 가능합니다.
3. 의료급여기관 확인란은 반드시 치과의사가 확인하여야 합니다.
4. 틀니 대상자 등록신청서 발급 비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.

#### 작성방법

- ① : 처음 또는 틀니 급여 후 7년 경과에 따라 의료급여 틀니 대상자로 등록하는 경우에 '신규'에 √ 표시하고, 의료급여 틀니를 7년 이내에 재제작하고자 할 경우 '재등록'에 √ 표시합니다.
- ② : 수급권자의 성명을 한글로 기재하고, 의료급여증에 기재된 주민등록번호를 기재합니다.
  - 외국인(재외국민)은 외국인 및 재외국민 등록번호를 기재합니다.
  - 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다. 기재한 휴대전화번호로 틀니대상자 등록 결과가 통보됩니다.
- ③ : 의료급여기관에서 기재하는 항목입니다.
  - **시술시작일은 1단계 진료일이나 임시틀니 시작일을 정확히 기재하여야 합니다.**
- ④ : 신청인은 다음에 해당하는 사람이어야 합니다.
  - 수급권자 본인
  - 가족 : 「민법」 제779조에 따른 가족으로 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계 혈족 및 배우자의 형제자매



[별지 제23호 서식] <삭 제, '18.1.23>

# 의료급여 틀니 유지관리 행위 등록내역 취소 신청서

※ 아래 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다.

① 등록내역	시술부위	<input type="checkbox"/> 상악 <input type="checkbox"/> 하악	시술행위 항목		시술 등록일자	
	수급권자 정보	성명		주민등록번호		
	의료급여기관 정보	의료급여기관기호		의료급여기관명		
② 취소	취소사유					

위와 같이 의료급여 틀니 유지관리행위 등록내역 취소를 신청합니다.

년      월      일

신청기관	의료급여기관명(기호) :	(      )	(직인)
	전화 :	(      )	
	담당의사(면허번호) :	(      )	(서명 또는 인)

시장·군수·구청장 귀하

### 유의사항

- 틀니 유지관리 행위를 등록한 의료급여기관에서만 신청이 가능합니다.
- 반드시 의료급여기관 직인 및 치과의사의 서명이 있어야 합니다.

### 작성방법

- ① : 등록된 '틀니 유지관리 행위' 내용을 기재합니다.
  - 수급권자의 성명을 한글로 기재하고, 의료급여증에 기재된 주민등록번호를 기재합니다.
  - 외국인(재외국민)은 외국인 및 재외국민 등록번호를 기재합니다.
- ② : 등록내역을 취소하고자 하는 사유를 구체적으로 기재합니다.



[별지 제27호 서식]

# 의료급여 치과임플란트 대상자 등록 신청서

①(  신규  재등록 )

※ 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바라며, 색상이 어두운 란은 신청인이 적지 않습니다.

(앞면)

등록번호	접수일자
------	------

②수급권자	성명	주민등록번호	종별
	주소 ( )	전화번호	

③ 의료 급여기관 확인란	상병명	사고, 발치 또는 국한성 치주병에 의한 치아상실	상병기호	K08.1	
	시술시작일				
	치식번호	* 치식번호: 우상(11~18), 좌상(21~28), 좌하(31~38), 우하(41~48)			
	재등록 ※ 재등록시에만 작성합니다.	재등록 구분	의료급여기관 구분	재등록 시술 시작 단계	
			<input type="checkbox"/> 동일 의료급여기관 재등록	<input type="checkbox"/> 2단계	
			<input type="checkbox"/> 타 의료급여기관 재등록	<input type="checkbox"/> 1단계 <input type="checkbox"/> 2단계 <input type="checkbox"/> 3단계	
		재등록 사유	<input type="checkbox"/> 2단계 시술 실패(공유착실패) <input type="checkbox"/> 의료급여기관 폐업 등 불가피한 사유로 진료진행이 불가한 경우		
위에 기록한 사항이 사실임을 확인함					
년 월 일					
의료급여기관 기호, 명칭 : , (의료급여기관 직인)					
담당의사 면허번호, 성명 : , (서명 또는 인)					

의료급여법 제10조 및 같은 법 시행령 제13조제1항에 따라 의료급여 치과임플란트 대상자 등록을 신청합니다.

년 월 일

④신청인

(서명 또는 인)

수급권자와의 관계 ( ) 전화번호 ( )

시장·군수·구청장 귀하

## 의료급여 치과임플란트 급여 서비스 안내

- 만 65세 이상(2016.6.30.이전 : 만70세 이상) 부분무치악 어르신(완전무치악 제외)에게 분리형 식립재료와 비귀금속도재관(PFM crown) 보철수복으로 시술된 치과 임플란트에 한하여 의료급여 적용이 됩니다.
- 상·하악 구분 없이 1인당 평생 2개 이내에서 급여가 가능합니다.  
(2015.6.30.이전:구치부에 제한 적용).
- 의료급여 대상자의 본인부담금은 의료급여비용 총액의 1종 수급권자는 10%, 2종 수급권자는 20%입니다.
- 분리형 식립재료의 고정체(Fixture), 지대주(Abutment)는 별도 산정하고, 그 외 재료(Cover screw, Healing abutment 등) 및 보철수복재료는 찬11 치과임플란트 소정 점수에 포함되어 별도 산정할 수 없습니다.
- 치과임플란트의 사후점검기간은 보철 장착 후 3개월(진찰료만 부담)까지입니다.
- 치과임플란트 시술 시 필요에 따라 시행하는 부가수술(골이식술 등)은 비급여입니다.

### 유의사항 및 작성방법

#### 유의사항

1. 재등록은 같은 치식번호에 한해서 가능합니다. 동일 의료급여기관 재등록은 '2단계 시술 실패(골유착실패)'인 경우에만 가능합니다.
2. 의료급여기관 확인란은 반드시 치과의사가 확인하여야 합니다.
3. 치과임플란트 대상자 등록신청서 발급 비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.

#### 작성방법

- ① 처음 의료급여 치과임플란트 대상자로 등록하는 경우에 '신규'에 √ 표시하고, 치과임플란트를 재시술하고자 할 경우 '재등록'에 √ 표시합니다.
- ② 수급권자의 성명을 한글로 기재하고, 의료급여증에 기재된 주민등록번호를 기재합니다.
  - 외국인(재외국민)은 외국인 및 재외국민 등록번호를 기재합니다.
  - 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다.(휴대전화가 있는 경우 우선적으로 기재).
- ③ 의료급여기관에서 기재하는 항목입니다.
  - 시술시작일은 1단계 진료일을 정확히 기재하여야 합니다. 재등록 건은 재등록 시술시작단계의 시술시작일을 기재합니다.
  - 치식번호는 변경할 수 없으므로 신중히 기재합니다.
- ④ 보장기관에 대상자 등록 신청은 본인 또는 가족이 하실수 있습니다.
  - 임플란트 대상자 본인 : 만65세 이상 의료급여수급권자
  - 가족 : 「민법」 제779조에 따른 가족으로 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매

# 의료급여 치과임플란트 대상자 시술중지/변경/해지/취소 신청서

※ 아래 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다.

① 내 역	등록 번호		치식 번호		시술 시작일	
	수급권자 정보	성명 주민번호	종별 전화번호			
	의료급여 기관 정보	의료급여기관기호	의료급여기관명		전화	

<input type="checkbox"/> ② <b>시술 중지</b>	중지신청	시술중지일 사유	<input type="checkbox"/> 2단계 시술 실패(골유착 실패)			
<input type="checkbox"/> ③ <b>변경</b>	변경신청	신청구분	<input type="checkbox"/> 수급권자 요청 <input type="checkbox"/> 의료급여기관 요청 <input type="checkbox"/> 기타			
	변경내용	항목 (변경항목기재)	변경 전	변경 후		
<input type="checkbox"/> ④ <b>해지</b>	해지신청	사유기재	※ 해지신청건도 치과임플란트 보험인정 개수에 포함됩니다.			
<input type="checkbox"/> ⑤ <b>취소</b>	취소신청	사유기재				
<input type="checkbox"/> ⑥ <b>청구여부</b>			<input type="checkbox"/> 청구안함	<input type="checkbox"/> 청구		

위와 같이 의료급여 치과임플란트 대상자 시술중지/변경/해지/취소를(을) 신청합니다.

년 월 일

신청기관 또는 신청인	<input type="checkbox"/> 의료급여기관	의료급여기관명(기호) : ( ) (직인) 담당의사(면허번호) : ( ) (서명 또는 인)
	<input type="checkbox"/> 수급권자	⑥ 신청인 : (서명 또는 인) 수급권자와의 관계 ( )

## 시장·군수·구청장 귀하

### 유의사항

- 의료급여기관 요청에 의한 **시술중지/변경/취소**는 반드시 의료급여기관 **직인** 및 치과의사의 **서명**이 있어야 합니다.
- ② **시술중지**는 등록된 의료급여기관 요청에 의해서만 가능하며, 3단계 시술 후에는 '시술중지'를 하실 수 없습니다.
- ③ **변경**은 신청한 내용에 대한 변경사항이 있을 경우, 변경 항목을 기재하여 신청합니다.  
※ **치식번호**에 대한 변경 : 보장기관에 **취소신청** 후 보장기관에서 다시 **등록**합니다.
- ④ **해지**는 수급권자 요청에 의해서만 가능하며, 치과임플란트 평생 인정개수에 포함되므로, 신중히 결정하셔야 합니다.
- ⑤⑥ **취소**는 요양기관 요청에 의해서만 가능하며, 의료급여비용을 청구한 경우 건강보험심사평가원에 의료급여비용 자진환수신청 후 환수내역을 첨부하셔야 합니다.

### 작성방법

- 의료급여 치과임플란트 대상자로 **등록된 내역**을 정확히 기재합니다.
  - 수급권자의 성명을 한글로 기재하고, 의료급여증에 기재된 주민등록번호를 기재합니다.
  - 외국인(재외국민)은 외국인 및 재외국민 등록번호를 기재합니다.
- ③, ④, ⑤ 등록된 내용을 시술중지, 변경, 해지, 취소하고자 할 경우, 해당 항목에 √ 표시하고 관련내용을 기재합니다.
- 보장기관에 대상자 등록 신청은 본인 또는 가족이 하실수 있습니다.
  - 임플란트 대상자 본인 : 만65세 이상 의료급여수급권자
  - 가족 : 「민법」 제779조에 따른 가족으로 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매

