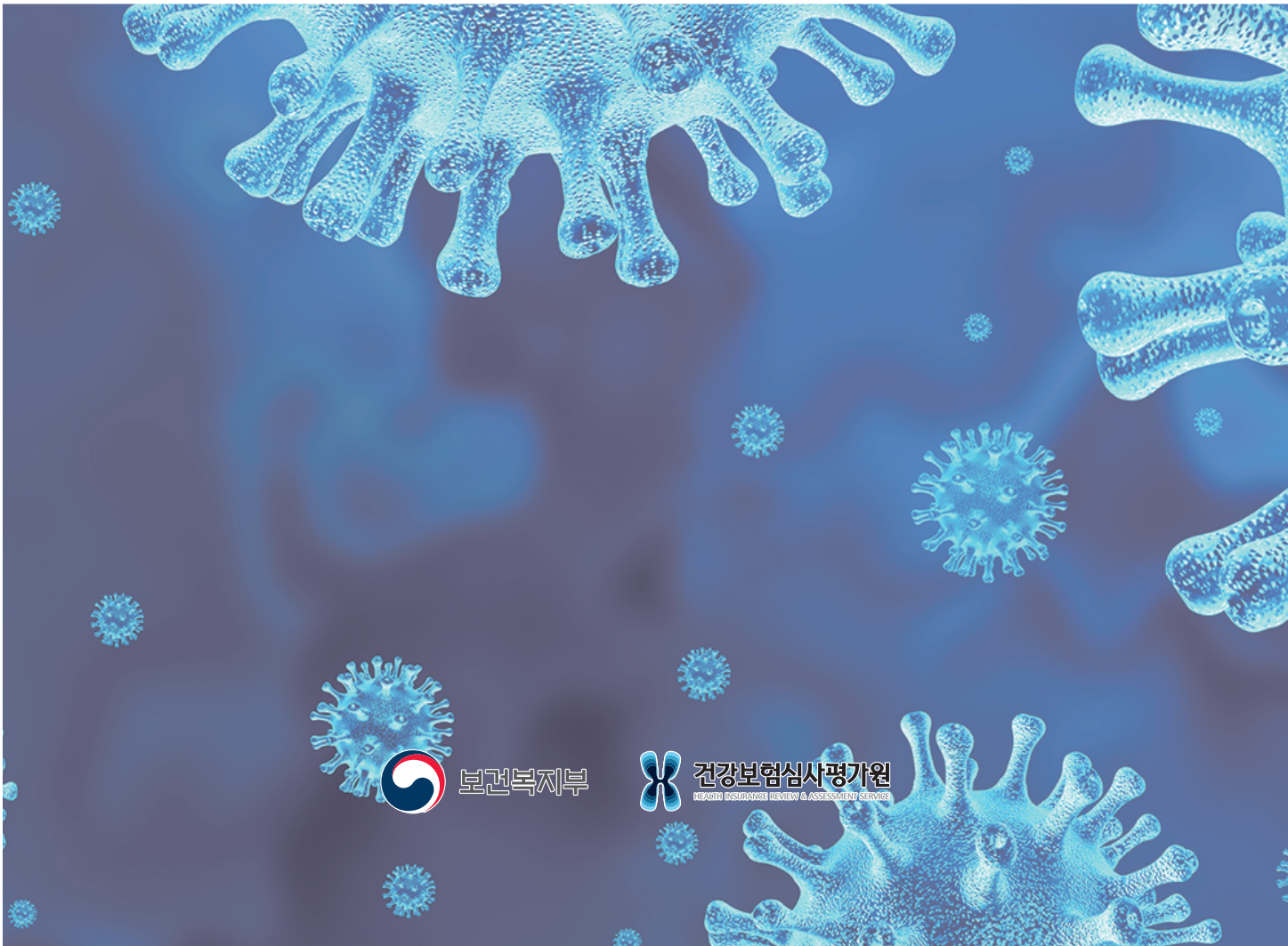
발 간 등 록 번 호
G000DW1-2020-133

의료급여 실무편람

2020. 11.



CONTENTS

Health Insurance Review & Assessment Service

Ⅰ. 의료급여제도의 개요 ····· 5

Ⅱ. 의료급여수가의 기준 및 일반기준 ····· 93

Ⅲ. 진통·진양·수렴·소염제인 외용제제 ····· 213

Ⅳ. 임신·출산 진료비 등의 의료급여기준 및 방법 ····· 217

Ⅴ. 요양비의 의료급여기준 및 방법 ····· 231

Ⅵ. 의료급여기관 간 동일성분 의약품 중복투약 관리에 관한 기준 ····· 259

Ⅶ. 선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용 절차 등에 관한 규정 ····· 265

Ⅷ. 업무정지처분에 갈음한 과징금 적용기준 ····· 273

Ⅸ. 급여비용의 예탁 및 지급에 관한 규정 ····· 281

Ⅹ. 의료급여 관련 행정해석 ····· 305

Ⅺ. 의료급여법 ····· 451

- 의료급여법 시행령[별표] ····· 555

- 의료급여법 시행규칙[별표/서식] ····· 571

※ 참고자료 ····· 639

I

의료급여제도의 개요

contents

1. 의료급여 연표 — 7
2. 의료급여제도의 발전과정 — 9
3. 의료급여의 운영체계 — 32
4. 의료급여 수급권 불일치 관리업무 — 33
5. 의료급여 절차 — 38
6. 의료급여 본인일부부담금 — 43
7. 의료급여 자격관리시스템 — 49
8. 의료급여 대상여부의 확인 업무 — 61
9. 이의신청 및 심판청구(행정심판) 업무 — 69
10. 의료급여 현지조사 업무 — 74
11. 의료급여 청구경향통보 운영 업무 — 78
12. 보장기관 의뢰 중복청구진료비 사후관리업무 — 80
13. 의료급여비용 중복청구 확인요령(보장기관용) — 87
14. 의료급여 급여기준 이력관리시스템 활용 방법 — 90

1 의료급여 연표

구분	1977~8	1979	1980	1981	1982	1983
대상자 (천명)	2,095(77년) ·1종 : 369 ·2종 : 1,726	2,134 ·1종 : 510 ·2종 : 1,624	2,142 ·무료대상자 : 642 ·일부 유료 대상자 ·일부 자부담 대상자 → 1,550	3,728 ·1종 : 642 ·2종 : 1,556 ·3종 : 1,529	3,728 ·1종 : 642 ·2종 : 3,086	3,728 ·1종 : 642 ·2종 : 3,086
정부예산(억원)	49	88	107	222	331	407
기금부담금(억원)	-	-	-	-	-	-
진료건수(천건)	-	-	-	-	-	-
총진료비(억원)	-	-	-	-	-	-
구분	**1984**	**1985**	**1986**	**1987**	**1988**	**1989**
대상자 (천명)	3,259 ·1종 : 643 ·2종 : 2,616	3,259 ·1종 : 643 ·2종 : 2,616	4,386 ·1종 : 643 ·2종 : 1,819 ·의료부조 : 1,924	4,386 ·1종 : 650 ·2종 : 1,984 ·의료부조 : 1,752	4,290 ·1종 : 648 ·2종 : 1,917 ·의료부조 : 1,725	4,246 ·1종 : 677 ·2종 : 1,844 ·의료부조 : 1,725
정부예산(억원)	426	522	742	1,069	1,710	2,059
기금부담금(억원)	-	-	-	-	-	-
진료건수(천건)	-	-	-	-	-	-
총진료비(억원)	-	-	-	-	-	-
구분	**1990**	**1991**	**1992**	**1993**	**1994**	**1995**
대상자 (천명)	3,930 ·1종 : 695 ·2종 : 1,959 ·의료부조 : 1,276	2,879 ·1종 : 692 ·2종 : 1,826 ·의료부조 : 360	2,687 ·1종 : 692 ·2종 : 1,755 ·의료부조 : 240	2,366 ·1종 : 666 ·2종 : 1,580 ·의료부조 : 120	2,136 ·1종 : 635 ·2종 : 1,501	1,990 ·1종 : 620 ·2종 : 1,370
정부예산(억원)	1,948	2,211	2,493	2,852	3,389	3,781
기금부담금(억원)	-	-	2,814	3,339	3,624	4,238
진료건수(천건)	-	-	7,229	7,527	7,231	7,222
총진료비(억원)	-	-	3,010	3,552	3,894	4,564

구분	1996	1997	1998	1999	2000	2001
대상자 (천명)	1,740 ·1종 : 606 ·2종 : 1,134	1,642 ·1종 : 602 ·2종 : 1,040	1,705 ·1종 : 752 ·2종 : 953	2,128 ·1종 : 828 ·2종 : 1,300	1,906 ·1종 : 793 ·2종 : 1,113	1,756 ·1종 : 913 ·2종 : 843
정부예산(억원)	4,471	6,191	7,884	10,584	13,463	20,947
기금부담금(억원)	5,007	6,289	7,954	11,779	14,346	18,977
진료건수(천건)	7,282	8,030	8,375	11,520	16,035	27,436
총진료비(억원)	5,363	6,693	8,392	12,341	14,977	19,496
구분	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**
대상자 (천명)	1,756 ·1종 : 913 ·2종 : 843	1,706 ·1종 : 971 ·2종 : 735	1,743 ·1종 : 993 ·2종 : 750	1,746 ·1종 : 988 ·2종 : 758	1,828 ·1종 : 1,028 ·2종 : 800	1,853 ·1종 : 1,063 ·2종 : 790
정부예산(억원)	22,119	23,073	24,631	29,057	34,885	47,161
기금부담금(억원)	19,936	21,639	25,715	31,807	38,678	41,321
진료건수(천건)	28,288	28,989	32,009	48,515	56,721	65,913
총진료비(억원)	20,312	22,121	26,161	32,372	39,389	42,238
구분	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
대상자 (천명)	1,841 ·1종 : 1,025 ·2종 : 816	1,677 ·1종 : 1,036 ·2종 : 641	1,674 ·1종 : 1,071 ·2종 : 603	1,609 ·1종 : 1,087 ·2종 : 522	1,507 ·1종 : 1,058 ·2종 : 449	1,458 ·1종 : 1,039 ·2종 : 419
정부예산(억원)	49,884	46,159	46,012	48,358	52,272	57,914
기금부담금(억원)	43,578	46,452	48,656	50,542	51,118	52,213
진료건수(천건)	78,174	78,016	75,462	74,317	77,925	74,067
총진료비(억원)	44,789	47,548	49,582	51,423	51,949	53,037
구분	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
대상자 (천명)	1,440 ·1종 : 1,036 ·2종 : 404	1,544 ·1종 : 1,078 ·2종 : 465	1,509 ·1종 : 1,066 ·2종 : 444	1,486 ·1종 : 1,065 ·2종 : 420	1,484 ·1종 : 1,081 ·2종 : 403	1,488 ·1종 : 1,104 ·2종 : 384
정부예산(억원)	58,511	60,787	63,904	69,502	71,234	91,053
기금부담금(억원)	55,559	58,936	66,319	69,749	76,355	83,855
진료건수(천건)	74,302	74,483	80,368	80,471	81,573	83,655
총진료비(억원)	56,402	59,866	67,375	71,157	78,070	85,900

※ '79~'91년도 : 보건복지부 책정인원, '92~'97년도 : 실인원, '98~'19년도 : 보건복지부 책정인원
※ 참고문헌 : 의료급여통계(국민건강보험공단), 보건복지백서(보건복지부)

2 의료급여제도의 발전과정

연 월	내 용
1961. 12	○ 「생활보호법」 제정 ※ 의료보호에 관한 규정 최초 제정 : 시행령 미비로 미실시
1976. 10	○ 생활보호자를 대상으로 주로 국공립의료기관에서 무료 의료구호사업으로 실시
1977. 1	○ 「의료보호에 관한 규칙」 제정 - 생활보호의 일부분으로 의료보호사업 시작 ○ 1977년~1982.5월까지 시·군·구에서 진료비 심사 및 지급
1977. 10	○ 제2차 진료기관 의료보험 진료수가의 70%로 적용(국립의료기관), 시·도립병원인 경우 의료보험수가와 동액
1977. 12	○ 「의료보호법」 제정(12.31.) - 생활보호대상자, 사회복지시설 수용자, 이재민, 국가유공자, 중요무형문화재 등을 대상으로 의료보호사업을 독자적으로 실시, 1종 거택보호자 황색카드, 2종 자활보호자 녹색카드로 구분
1978. 2	○ 제2차 진료기관 의료보험 진료수가의 70%로 적용 ○ 정신병환자 수가(1일당, 식대포함) 신설
1978. 5	○ 「의료보호법 시행령」 제정(5.23.)
1978. 9	○ 「의료보호법 시행규칙」 제정(9.1.) - 1종은 보호비용 전액, 2종은 1차 진료시 보호비용 전액, 2차 진료시 보호비용의 30%를 의료보호기금에서 지원
1978. 12	○ 「의료보호법」 개정(12.6.) - 월남귀순용사에 대하여 의료보호 실시 ○ 「의료보호법 시행령」 개정(12.30.) - 2종의 2차 진료 본인부담률을 70% → 50%로 하향 조정
1979. 1	○ 개정 의료보호법에 의한 의료보호사업 본격 실시 - 의료보호 내용의 확충 및 강화, 1차 진료와 2차 진료 구분, 진료권 설정, 의료보호기금 설치, 2차 진료시 대불제 도입
1980. 11	○ 「의료보호법 시행령」 개정(11.5.), 동법 시행규칙 개정(12.12.) - 의료보호대상자를 1종·2종·3종으로 구분
1981. 10~12	○ 진료비공동심사위원회 발족(10월) ○ 「의료보호법 시행령」 개정(12.31.) - 의료기관에 보건지소 및 보건진료소 추가
1982. 1	○ 제2종 의료보험사업 지역내의 보건소, 보건지소 및 보건진료소에서 진료시 의료보험 진료수가 적용
1982. 4	○ 「의료보호법 시행규칙」 개정(4.13.) - 의료보호 진료비 심사를 전문심사기관에 위탁(1982.5월까지 시·군·구에서 심사)
1982. 7	○ 「의료보호법 시행령」 개정(6.30.) - 2차 진료 본인부담률을 50%~80% 범위 내에서 지역별로 장관이 정하도록 함 - 3종 대상자를 2종 대상자에 통합 ○ 의료보호대상자의 2차 진료건 공·교공단에 심사업무 위탁

연 월	내 용
1983. 1~6	○ 재활치료비 인정, 제2차 진료기관의 진료수가는 의료보험 수가의 75% 적용(1월) ○ 의료보호 진료비의 기금부담 및 대불기준 개정 고시(6월)
1984. 1	○ 제2차 진료기관의 진료수가는 의료보험수가의 80% 적용
1985. 1~12	○ 제2차 진료기관의 진료수가는 의료보험수가의 83% 적용(1월) ○「의료보호법 시행령」 개정(12.31.) - 의료부조 신설하여 1차 진료 시 진료비의 1/3, 2차 진료시 진료비의 40%~60% 지원하도록 함
1986. 1	○「의료보호법 시행규칙」 개정(1.6.) - 진료비청구를 전문심사기관에 직접 의뢰(시·군·구 경유 폐지) - 입원은 제2차 진료기관에서 실시 ○ 의료부조 실시 - 의료부조대상자에 대한 1차 진료 비용부담은 지역별 구분 없이 1/3을 기금에서 부담 ○ 제2차 진료기관의 진료수가를 의료보험수가의 85%로 적용
1987. 1	○ 대도시 2종대상자 입원진료비 본인부담률 완화(50→40%) ○ 의료부조대상자 입원진료비 본인부담률 완화(60→50%)
1988. 1	○ 심사기구 통·폐합 - 의료보험관리공단 업무를 의료보험연합회로 이관하여 2차 진료건은 의료보험연합회에서 심사 - 1차 진료건(정액수가)은 시·군·구에서 심사 ○ 제2차 진료기관의 진료수가를 의료보험수가의 88%로 적용 ○ 성병입원환자 의료보호 적용
1989. 1	○ 1989년 정신과 입원 수가에 정액제 도입 ○ 제2차 진료기관의 진료수가를 의료보험수가의 94% 적용
1989. 7	○ 전 국민 의료보험 시대 개막
1990. 1	○ 의료보호수가를 의료보험과 일치(정신과, 가산료 제외) - 의료보호 1차 진료건도 방문당 수가에서 행위별 수가로 전환 - 의료보험대상자의 자격관리를 의료보험관리공단에 위탁하여 전산관리 ○ 의료보호 심사 전 건 의료보험연합회 위탁
1990. 6	○ 정신과 외래 정액수가로 변경(6월) - 정액수가 적용 건(정신과 1, 2차 진료, 보건기관)은 시·군·구에서 심사
1990. 12	○「의료보호법 시행령」 개정(12.31.) - 2종대상자와 의료부조대상자의 본인부담률을 각 30% 및 40%로 인하 조정
1991. 1	○ 보건기관에 대한 외래 정액비용은 시·군·구에서 지급, 관리공단에서 전산 처리
1991. 3~5	○「의료보호법」 전면 개정(3.8.) - 보호기간을 연간 180일로 제한 - 보호기간 연장승인제도 도입 - 지정의료기관 사후관리제도 도입 - 부당이득의 징수 규정 도입 및 자료제출 요구권 강화 ○ 의료보호 관리의 3원화(5월) - 의료보험연합회는 행위별 수가 적용건 심사 - 공·교공단은 심사건 자격점검, 전산에 의한 자격 통계관리 - 시·군·구는 자격관리, 진료비 지급 및 정액수가건 심사

연 월	내 용
1991. 9	○「의료보호법 시행령」 전면 개정(9.6.) - 분만비 지급 규정 동비, 진료지구별 진료, 타지역 진료승인제 - 2종, 의료부조대상자의 2차 진료 본인부담률 20%로 통합 - 대상자 전산관리, 의료보호증 발급, 개인별 진료내역 관리를 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험관리 공단에 위탁
1993. 1	○「의료보호법 시행령」 개정(12.31.) - 한방의료보호 실시(한의원, 한방병원)
1993. 6	○「의료보호법」 개정(6.11.) - 귀순북한동포보호법의 적용을 받는 자 및 가족에 대한 의료보호 실시
1994. 1.	○「의료보호법 시행규칙」 개정(12.31.) - 의료부조제도 폐지 - 2종 외래 본인부담금 적용
1995. 3	○「의료보호법 시행령」 개정(3.4.) - 2종대상자 외래 본인부담금 1,000원 → 1,500원으로 조정
1995. 8	○「의료보호법」 개정(8.4.) - 의료보호기간 연간 180일 이내 → 210일 이상 - 65세 이상 노인, 등록장애인, 국가유공자 중 상이자 등은 보호기간의 제한 폐지 (1996.1.1. 시행) - 제1차 진료기관 지정을 시·도지사 → 시장·군수·구청장이 행함
1995. 12	○「의료보호법시행령」 개정(12.29, 1996.1.1. 시행) - 보호기간을 210일 → 240일로 연장 - 의료보호진료기관이 행한 진료·약제의 지급 등 의료보호의 내용에 대한 검사권한을 시·도지사에게 위임
1996. 1	○ 백납, CT촬영 및 판독, 레이저 또는 초음파에 의한 체외충격쇄석술 보호대상으로 인정
1996. 12	○「의료보호법」 개정(12.30.) - 의사상자에 대한 의료보호 적용시점을 행위 한 날로 소급
1997. 1	○ 의료보호수가에 의료기관종별 가산율 적용(3차 진료기관 10%, 종합병원급 7%, 병원급 5%, 의원급 3% 적용) - 장애인보장구 : 지팡이, 저시력 보조기(안경, 돋보기 또는 망원경), 보청기(체외용) 전기후두를 보호대상에 포함
1997. 2	○「의료보호법 시행령」 개정(12.19.) - 의료보호기간 270일로 확대, 보호기관의 타 진료지구 진료승인제 폐지 - 광주민주화 운동 관련자 보상 등에 관한 법률(1.13. 제정, 7.13. 시행)
1997. 9	○「의료보호법 시행규칙」 개정(9.1.) - 의료보호증 외관을 의료보험증과 동일하게 통일 - 의료보호를 받기 위한 사전절차 및 관련서식을 간소화
1998. 2	○「의료보호법 시행령」 개정(2.24.) - 시·군·구 의료보호심의위원회의 심의사항 중 입원기간연장승인사항 삭제 - 의료보호기간 270일 → 300일로 확대

연 월	내 용
	- 장애인 보장구 급여범위 확대, 분만보호시 입원기간 제한규정을 삭제, 분만비 지급 기준을 의료보험과 통일
1998. 6	○ 의료보호 종별 가산율을 의료보험의 1/2 수준으로 확대(6.1.) - 3차 진료기관 15%, 종합병원급 11%, 병원 7%, 의원 5%
1998. 7	○ 「의료보호법 시행규칙」 개정(6.30.) - 입원기간 연장승인제도 폐지 ○ 장애인 보장구(지팡이, 목발, 흰지팡이) 급여절차 간소화 ○ 한시적 생계보호자 '98년 31만 명, '99년 57만 명으로 확대 결정
1998. 9	○ 의료보호환자에 대한 진료지구 폐지
1999. 6~7	○ 「의료보호법 시행령」 개정(6.30., 7.1. 시행) - 의료보호기간 300일 → 330일로 확대 - 진료기관지정제 및 의료보호진료지구제도 폐지
1999. 9	○ 「국민기초생활보장법」 제정
1999. 10	○ 「의료보호법 시행규칙」 개정(10.2.) - 성병 및 분만을 제외하고 의료보호 진료전달체계를 3단계로 구분(10.10.) - 제3차 진료기관을 제외한 모든 진료기관을 의료보호진료기관으로 당연 지정 - 의료보호증 미제출시 사유신고서 제출의무를 면제, 진료개시일 7일 이내 진료기관에 의료보호증 제시하면 의료보호 인정 - 등록장애인에 대하여 의료보장구 보호범위를 확대, 수탁검사 관리료(10%) 산정기준 신설 - 성병에 대한 수가기준 폐지하고 의료보험과 동일하게 행위별 수가로 변경 - 의료보호 정신과 입원수가 17.5% 인상
2000. 1~12	○ 정신과 정액수가 입원기간별, 설립구분별 차등수가 시행(1.1.) - 정신과 낮병동, 설립구분별 수가 신설 등 제도 개선('99.11.15.) ○ 검체검사 수탁기준 고시(1.1.) - 검체검사 수탁시 진료비 청구·심사 및 지급을 의료보험과 별도 고시 ○ 의료보호기간 330일 → 365일로 확대(7.1.) ○ 인간문화재 지원 제한과 연령하한 폐지 ○ 의료보험연합회에서 의료보호 진료비를 일괄 심사 - 보건기관과 정신과 정액의 진료비 심사가 의료보험연합회로 이관 ○ 건강보험심사평가원 설립(7.1.) - 약국 의료보호 실시, 의약분업 시행 - 병원급 심사가 지원으로 이관 - 한의원 및 보건의료원(한방과) 심사건 지원으로 이관 ○ 2종대상자 제1차진료기관 입원진료, 제2차 및 제3차진료기관 진료시 본인부담금 및 CT 본인부담금 20% 적용(7.1.) ○ 종별가산율 확대 : 3차기관 22%, 종합병원 18%, 병원 15%, 의원 11%(12.1.) ○ 국민기초생활보장법 시행(10.1.)
2001. 5	○ 「의료급여법」 전면 개정 - 중앙의료급여심의위원회 설치, 의료급여수급기간 폐지, 요양비 신설, 건강검진 규정, 의료급여 제한 범위 축소 등

연 월	내 용
2001. 10	○「의료급여법 시행령·시행규칙」 개정(10.9.) - 의료급여 진료전달체계 예외규정 개정(응급, 혈우병, 당해 병원 근무자 등) - 의료급여 관련 서류보존기간을 2년 → 5년으로 연장 - 성병 입원 대상자 1종수급권자에서 제외(건강보험 또는 의료급여 적용) - 요양비 지급(의료급여기관 외 장소 출산, 만성신부전증 환자 복막관류액 의약품판매업소 구입), 예방·재활 급여범위에 포함 - 의료급여기관 부당청구방지를 위해 서류제출명령 위반, 관련 공무원의 질문검사 거부·방해·기피시 업무정지처분기간 90일 → 1년으로, 과징금부과기준을 총부당금액의 4배 또는 5배로 강화 - 진료비 지급업무를 시·군·구에서 건강보험공단으로 위탁
2001. 11	○ 혈액투석수가 정액수가(1회당 136,000원)로 변경, 사회복지법인 의원급 외래수가를 정액수가(1일당 8,380원)로 변경(종별가산율 적용 제외) ○ 정신과 낮병동수가 산정기관 확대 - 2, 3차 진료기관 한정 → 정신과 전문의료급여기관 ○ 가정간호제도 신설(월 8회 산정) ○ 왕진 절차 신설 - 보장기관으로부터 왕진신청 후 왕진결정통보서를 받아야 함
2002. 1~3	○「의료급여법 시행규칙」 개정(12.31., '02.1.1. 시행) - 급여일수를 365일로 제한, 정신질환 등 11개 질환군에 대해 30일 추가 인정하고, 계속 급여 필요시 연장승인제 도입 - 1종수급권자 입원시 식대 소정금액의 20% 100분의 100본인부담('02.3.1.) ○ 대불의 범위 본인부담금 10만원초과 → 20만원 초과로 변경('02.3.1.) ○ 정신과 외박수가 신설(설립구분별 적용), 낮병동수가 설립구분별로 적용('02.3.1.)
2002. 4~5	○ 보건복지부에 의료급여과 신설 ○ 건강보험심사평가원에 의료급여실 신설
2002. 7	○ 의료급여비 청구경향 통보 실시
2003. 1	○「의료급여법 시행령」 개정(1.2.) - 1종수급권자 범위 조정 : 18세 미만자, 65세 이상자, 중증장애인, 3월 이상 치료 또는 요양이 필요한 자, 임산부, 병역의무 이행자 - 의료급여 2종 본인부담보상금제 실시 : 매30일간 30만원 이상시 50% 보상 ○「의료급여법 시행규칙」 개정(1.24.) - 본인부담보상금제 절차 규정 - 요양비 지급절차를 공단에서 시장·군수·구청장에서 지급토록 함 ○ 정신과 수가 인상 - 입원수가(식대포함) 10.04%, 외래수가 10.6% ○ 식대는 5.3% 인상 ○ 의료급여관리요원 배치
2003. 5	○「의료급여법」 개정(5.15.) - 중요무형문화재 명예보유자에 대한 의료급여 실시
2004. 1	○「의료급여법 시행령」 개정(12.30., 2004.1.1. 시행) - 차상위 희귀/만성질환자에 대해 각각 의료급여 1종, 2종 실시

연 월	내 용
	- 2종대상자 본인부담률 인하 : 20% → 15%(식대 제외) - 2종대상자 식대 소정금액의 20% 100분의100본인부담 신설 - 본인부담보상금 기준 완화 : 30만원 → 20만원 ○ 정신과 수가 입원수가 인상 : 7.7% ○ 「의료급여법 시행규칙」 개정(2003.12.31., 2004.1.1. 시행) - 한센병자 또는 장애인 등에 대한 의료급여 절차 완화 - 장애인보장구 급여시 행정기관에서 확인 가능한 서류 제출 생략 ○ 급여일수 사후 승인제 실시 ○ 행려환자의 연고자 기준을 부양의무자로 축소 ○ 의료급여관리요원 확대 배치(80개 시·군·구)
2004. 3	○ 「의료급여법」 개정(3.5.) - 입양촉진 및 절차에 관한 특례법에 의하여 국내 입양된 18세 미만 아동에 대해 의료급여 실시
2004. 4	○ 의료급여 대상 현역사병 의료급여 실시(4.28.)
2004. 6~7	○ 「의료급여법 시행령」 개정(6.29., 7.1. 시행) - 의료급여 2종 본인부담상한제(6개월간 120만원 초과시) 실시 - 의사상자의 경우 의사상 행위시로 소급하여 의료급여 실시
2005. 1	○ 「의료급여법 시행령」 개정(2004.12.30., 1.1. 시행) - 차상위계층 12세 미만 아동에 대한 2종 의료급여 실시 - 18세 미만 입양아동에 대한 1종 의료급여 실시 - 자연분만 및 신생아에 대한 입원 본인부담금 면제 ○ 희귀난치성 질환 확대 : 74개 → 98개
2005. 4	○ 전동휠체어, 전동스쿠터 등 장애인보장구 급여범위 확대(4.22.)
2005. 6	○ 「의료급여법 시행규칙」 개정(6.29.) - 의료급여비용심사청구서 및 의료급여비용명세서의 제출은 전산기록장치에 의한 자기매체 또는 전자문서교환방식에 의할 수 있음
2005. 11	○ 「의료급여법 시행령」 개정(11.11.) - 등록된 중증질환자에 대한 본인부담률 경감 : 15% → 10%(9.1일부터 적용)
2005. 12	○ 「의료급여법」 개정(12.23., 공포 후 3월이 경과한 날부터 시행) - 급여비용의 청구에 관한 서류보존의무(5년) - 의료기관의 처방전 보존의무(3년) - 서류보존 의무위반 : 100만원 이하의 과태료
2006. 1	○ 희귀난치성 질환 확대 : 98개 → 107개
2006. 2	○ 「의료급여법 시행령」 개정(2.2.) - 차상위계층 18세 미만 아동 의료급여(2종) 확대·적용 - 6세 미만 아동의 입원 본인부담금 면제(2006.1.1.부터 적용)
2006. 4	○ 「의료급여법 시행규칙」 개정(4.13.) - 서류보존의무를 위반한 의료급여기관에 대한 과태료 부과·징수절차 규정 ○ 의료급여관리사 전국 시·군·구에 확대 배치(234명)
2006. 5	○ 사회복지법인 개설 의료급여기관 외래수가 행위별수가로 전환

연 월	내 용
2006. 6	○ 의료급여 식대 추가급여 실시(6.1.) - 일반식: 3,390원, 치료식: 4,030원, 멸균식: 9,950원, 분유: 1,900원 * 건강보험에서 산정하는 가산식대는 의료급여 제외 - 본인부담면제대상자(행려자, 6세 미만 아동, 자연분만 산모)인 경우 식대본인부담금 면제 - 등록된 중증질환자 식대본인부담금 10%로 경감
2006. 7	○ 의료급여혁신종합대책 수립(7.28.) - 의료급여혁신기획단, 의료급여제도혁신위원회 운영
2006. 8~9	○ 급여일수 연장승인제도를 사전승인제로 변경(8.16.) ○ 차상위수급권자 선정기준 개정(9.1.) - 부양의무자 범위조정, 자동차 기준 변경, 부양능력판정기준 조정, 진단서 첨부 ○ 장애인보장구 지급절차 개정(9.15.) - 보장구 처방전 발급대상을 장애등급 판정의사로 제한, 보장구 지급전 보장기관의 승인을 받도록 함. 보장구 제작판매업자의 대행신청 금지 ○ 의료급여일수 365일 초과자에 대한 사회복지전담공무원 전수조사 실시(8월~9월)
2006. 10	○「의료급여법」 개정(10.4.) - 난민에 대한 의료급여 실시 근거 마련
2006. 11	○ 요양비지급대상 범위 확대(가정산소치료) -「요양비의 의료급여기준 및 방법」 제정('07.4.28., 06.11.1.부터 소급적용)
2006. 12	○「의료급여법」 개정(3.29. 시행) - 부양의무자 축소 - 진료비의 의료급여대상 여부 확인 신청 제도 - 수급권자 입원진료시 보증금 청구금지 - 제3자의 고의, 과실로 인한 상해에 대해 의료급여 우선 실시
2007. 1	○ 행려환자, 보장시설 입소자 등 의료급여관리번호 체계 변경(1.1.) - 2007.1.1부터 대한민국 국적의 자녀를 양육하는 외국인배우자에게 의료급여 수급권 부여
2007. 3	○ 인체면역결핍증바이러스 질환자에 대하여는 상한일수 제외(3.27.)
2007. 4~6	○ 경구투여가 가능한 경우 파스 100분의 100 본인부담(4.28.) ○ 의료급여 관리사 234명 → 439명(205명 증원)(4월) ○ 의료급여 사례관리사업지원단 설치·운영(훈령 제189호, 5월) ○ 11개 시·군·구에 의료급여 텔레케어센터 시범사업 실시(6월)
2007. 7	○「의료급여법 시행령·시행규칙」 개정(시행령 2.28., 시행규칙 3.27.) - 1종대상자 외래 본인일부부담제 도입 및 건강생활유지비 지원(7.1.) - 1종대상자 본인부담보상제 및 본인부담상한제 도입(7.1.) - 1종·2종대상자 선택병의원제 시행(7.1.) - 국민건강보험공단 내 의료급여수급권자 자격관리시스템 구축·운영(7.1.) -「선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용 절차 등에 관한 규정」 제정(7.1.) ※ 의원급 대상 외래 일자별 청구(2007.7.1. 시행, 고시 2006-120호, '06.12.29.)
2008. 1	○「의료급여법 시행규칙」 개정(12.28., '08.1.1. 시행) - 요양병원형 일당 정액수가제 도입 - 의료급여기관 과징금 부과기준 세분화 ○ 가정간호 산정횟수 월8회→ 연96회로 변경

연 월	내 용
2008. 4	○ 「의료급여법 시행령·시행규칙」 개정(2.19., 4.1. 시행) - 의료급여 수급권자 외래진료시 직접조제에 따른 본인일부부담금 변경 - 차상위 1종 희귀난치성질환자 건강보험 가입자로 전환 ○ 「의료급여법 시행규칙」 개정(2.28., 4.1. 시행) - 의료급여와 건강보험에서 지급받은 행위, 약제, 치료재료 등의 지급내역을 통합해서 관리할 수 있는 근거 마련 - 의료급여 수급권자의 각 질환군별 급여상한일수를 365일로 통일하여 운영 ○ 11개 고시질환에 대한 급여상한일수 30일 추가 삭제(4.1.) ○ 선택의료급여기관 이용절차 완화(4.1.) - 선택의료급여기관인 제2차 또는 제3차의료급여기관에서 다른 의료급여기관(제1차의료급여기관 등)으로 진료의뢰 가능
2008. 7	○ 노인장기요양보험 시행(7.1.) ○ 노인장기요양법에 의한 장기요양기관에서 촉탁의 등 원외처방 허용(7.1.) - 의료기관에 소속된 촉탁의 또는 협약의료기관 의사 해당
2008. 10	○ 의료급여 정신질환 정액수가 변경(10.1.) - 의료급여 정신질환 정액수가 인상(외래 2,520원→2,770원) - 의료인 등 인력 확보수준에 따라 입원정액수가 차등제(기관등급별 수가 차등) 실시 - 정신질환자에 대한 치료약제의 경우 원내 직접 조제·투약 실시 ○ 장기요양기관 내 촉탁의 또는 협약의료기관 의사 진료관련·청구방법 등(10.1.)
2008. 11	○ 자동복막투석시 사용되는 소모성 재료 요양비 지급(11.26.) - 만성신부전환자가 의사의 처방전에 의하여 자동복막투석시 사용되는 소모성재료를 의료급여 기관 외의 의약품판매업소에서 구입·사용한 경우(5,640원/1일) ○ 의료급여증 등의 제시 의무 완화(11.26.) - 주민등록증, 운전면허증, 정보통신망 등을 통한 확인도 가능
2008. 12	○ 요양비의 의료급여 기준 및 방법 개정고시(12.1.) - "출산 전 진료비 등의 의료급여기준 및 방법"으로 변경 ○ 출산 전 진료비 지원(12.15.) - 출산 전 진료비에 대하여 20만원 범위내에서 본인이 부담하는 비용을 지원 하되, 1일 4만원 한도 내에서 분만예정일에서 15일이 지난날 까지 사용
2009. 1	○ 의료급여 정신질환 정액수가 청구방법 변경(1.1.) - 서면청구 폐지, 전산청구로 변경 - 정신질환 정액수가 청구시 행위별 진료내역을 명세서에 기재
2009. 2	○ 2월 의료급여실 해체(심사기획실, 심사실, 급여조사실 등으로 업무 분산)
2009. 4	○ 의료급여 차상위 2종(만성질환자, 18세 미만 아동) 건강보험으로 전환(4.1.) ○ 의료급여비용명세서에 "진찰횟수" 기재란 신설(4.1.) ○ 의료급여비용심사결과통보서 상의 "통보번호"를 "심사차수"로 변경(4.1.)
2009. 6	○ 「의료급여법 시행령」 개정(5.23., 6.1. 시행) - 의료급여 2종수급권자의 입원본인부담률 인하(15% → 10%) ○ 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설 내에서의 촉탁의 처방 허용(6.1.) - 「노인장기요양법」에 따른 장기요양기관에서 사회복지시설 전체로 확대 ○ 다른 진료과 입원 중 다른 의료급여기관의 정신과 의뢰시 청구방법 명시

연 월	내 용
2009. 10	○「의료급여법 시행규칙」 개정(10.22.) - 전염병 확산 등 긴급한 사유시 의료급여 절차 예외 인정 ○「신종인플루엔자 의료급여 절차 예외 인정기준」 제정 고시(10.22.) - 신종인플루엔자 감염 또는 의심환자에 대한 의료급여 절차 예외 인정 * 유효기간 : '10.3.31.까지
2009. 12	○「의료급여법 시행령」 개정(12.31, '10.1.1. 시행) - 중증질환자 본인부담률 인하(10% → 5%) • 등록암환자는 '09.12.1., 뇌혈관질환자 및 심장질환자 '10.1.1. 진료분 부터 ○ 의료급여수가의 기준 및 일반기준 개정(12.31., '10.1.1. 시행) - 중증환자 식대 본인부담률 5% 인하 • 등록암환자는 '09.12.1., 뇌혈관질환자 및 심장질환자 '10.1.1. 진료분 부터 - 폐업 등으로 진료기록 일체를 인수한 경우 정신과 입원료 체감제 연계 - 본인부담구분코드(M011, B007, B008) 신설('10.3.1. 진료분 부터 적용) - 소득인정액기준 삭제(별표 3) - 정신보건전문요원 인력은 업무를 전담하여 실제 수행하는 경우 산정(별표 4) ○ 선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용절차에 관한 규정 개정(12.31.) - 의료급여기관의 공단 전송항목에 의뢰받은 선택의료급여기관기호 추가 ('10.3.1. 진료분 부터 적용)
2010. 3	○「의료급여법 시행규칙」 개정('10.2.26., 3.1. 시행) - 제2차 → 제2차의료급여기관, 제3차 → 제3차의료급여기관 의뢰 가능 - 의료급여의뢰서 통합(별지 제4호의3서식 삭제, 별지 제3호서식으로 통합) - 출산 관련 진료비 지원 확대 • 출산 전후 산모의 건강관리와 관련된 진료를 포함하여 지원 • 분만예정일로부터 15일이 지난날까지 사용 → 60일이 지난날까지 사용 • 출산 전 진료비 → 임신·출산진료비로 변경 - 동일성분 의약품 중복 처방·조제 제한 - 장애인 보장구 지급내역 건강보험과 연계(내구연한 연계하여 적용) - 의료급여기관 행정처분 감경근거 마련 ○ 의료급여기관 간 동일성분 의약품 중복투약 관리에 관한 기준 제정('10.2.26.) - 동일상병으로 둘 이상 의료급여기관에서 동일성분 의약품을 6개월에 215일 이상 처방·조제받는 경우 구체적인 인정기준과 관리 등을 규정('10.3.1. 시행) ○ 신종인플루엔자 의료급여절차 예외 인정기준 고시 폐지('10.3.31.)
2010. 7	○ 의료급여수가의 기준 및 일반기준 개정('10.7.6., 7.1. 시행) - 의료급여 중증환자에 등록 중증화상환자 추가 • 본인일부부담 입원, 외래 모두 5%(등록 유예기간 '10.7.1.~'10.10.30.)
2010. 9	○「의료급여법 시행규칙」 개정('10.9.7. 시행) - 임신·출산 진료비 20만원 → 30만원
2010. 10	○「의료급여법 시행령」 개정('10.9.17., 10.1. 시행) - 시장형 실거래가제도 도입 • 본인부담액은 약제구입금액을 기준으로 산정, 약제기금부담금은 약제구입금액에서 본인부담금을 제외한 금액에 약제상한차액을 더하여 산정

연 월	내 용
	○ 의료급여수가의 기준 및 일반기준 개정('10.9.17., 10.1. 시행) - 시장형 실거래가제도 도입 관련 의료급여기관의 약제비용 산정방법 변경
2010. 12	○ 의료급여수가의 기준 및 일반기준 개정('10.10.29., '10.12.1. 시행) - 희귀난치성질환자 등록제 실시(등록 유예기간 '10.12.1.~'11.4.30. 까지) • 등록 희귀난치성질환자 5년간 본인일부부담금 면제 - 의료급여 산정특례 등록 신청서(별제 제20호 서식) 신설 - 약국약제비 직접조제명세서에 "산정특례대상자 등록번호"란 신설
2011. 3	○「의료급여법 시행규칙」 개정('11.3.29., '11.4.1. 시행) - 임신·출산진료비 30만원 → 40만원 ○ 임신·출산진료비 등의 의료급여기준 및 방법」 개정('11.3.29., '11.4.1. 시행) - 임신·출산진료비 1일 사용가능한 범위를 4만원에서 6만원으로 확대 - 분만을 위한 입원진료 시 1일 사용범위는 제한하지 않음
2011. 4	○「의료급여법」 개정('11.3.30., '11.7.1. 시행) - 보장기관을 시·군·구에서 시·도까지 확대 - 사례관리사업 및 사업 지원업무 근거규정 마련 • 수급권자의 건강관리 능력 향상 및 합리적 의료이용 유도 등을 위하여 사례관리를 실시토록 시·도 및 시·군·구에 의료급여 관리사 배치 • 사례관리 사업의 전문적인 지원을 위하여 해당 업무를 공공 또는 민간 기관·단체 등에 위탁하여 실시할 수 있도록 함
2011. 5	○「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」(고시 제2011-53호, '11.5.23.) - 병원급 이상 외래진료분 일자별 청구('12.1.1. 시행)
2011. 7	○「의료급여법 시행규칙」 개정(복지부령 제67호, '11.7.4. 개정, '11.7.4. 시행) - 제1형 당뇨병 환자의 보장성을 강화하기 위해 소모성 재료 요양비 지급 - 별지1의3「제1형 당뇨 소모성 재료 요양비 지급 기준」 신설 ○「임신·출산진료비 등의 의료급여기준 및 방법」 개정(고시 2011-75호, '11.7.4. 시행) - 제1형 당뇨병 환자의 소모성 재료 요양비 지급 • 혈당검사시 사용하는 검사지 : 300원/개(1일 4개까지) - 만성신부전증 환자의 자동복막투석시 사용되는 복막관류액 및 소모성 재료 요양비 지급 • 복막관류액 : 약가기준액 범위 내에서 실구입가 • 소모성 재료 : 5,640원/일
2011. 12	○ 보건복지부 훈령 제31호('11.12.30., '12.1.1. 시행) - 의료급여사례관리사업지원단 설치·운영에 관한 규정 신설 • 지원단은 건강보험심사평가원에 설치(의료급여실 소속)
2012. 4	○「의료급여법 시행규칙」 개정(복지부령 제117호, '12.3.30. 개정, '12.4.1. 시행) 「임신·출산진료비 등의 의료급여기준 및 방법」 개정(고시 2012-40호, '12.4.1. 시행) - 임신·출산진료비 40만원 → 50만원 - 진료비 사용기관에 조산원 추가 ○ 기 등재의약품 약가 일괄인하 - 6,506품목, 평균 14% 가격인하
2012. 6	○「의료급여법」 일부개정(법률 제10784호, '12.6.7. 공포, '12.6.8. 시행) 「의료급여법 시행령」 일부개정(대통령령 제23844호, '12.6.7. 공포, '12.6.8. 시행)

연 월	내 용
	- 노숙인 등을 의료급여 1종 자격 부여 - 75세 이상 노인 완전틀니 의료급여 적용(본인부담 1종 20%, 2종 30%) ○「의료급여수가의 기준 및 일반기준 일부개정」(고시 2012-61호, '12.6.11.) - 인체면역결핍바이러스자(HIVD)의 희귀난치성질환 등록 여부에 대한 선택권 부여 • 등록 안하는 경우 산정특례 특정기호 V103 기재 - 정신과→정신건강의학과로 명칭 변경 - 의약품 시장형실거래가 제도 시행 1년간 유예('12.2.1. 진료분부터) - 100/100 본인부담(U항) 신설('12.4.1. 시행) - 노숙인 관련('12.6.8. 진료분부터) • 노숙인 종별 구분코드 'N' 신설 • 본인부담면제코드 : M012, M013, M014 신설 - 노인틀니 관련('12.7.1. 진료분부터) • 75세 이상 노인수급권자가 제1차·제2차·제3차 의료급여기관에서 레진상 완전틀니 시술할 경우 의료급여 적용(본인부담 1종 20%, 2종 30%) • 본인부담 보상제 및 상한제 적용 제외
2012. 7	○「의료급여법 시행규칙」 개정('12.6.29. 개정, '12.7.1. 시행) - 노숙인등에 대한 의료급여절차 신설 • 노숙인은 노숙인진료시설인 의료급여기관에서 의료급여를 받을 수 있으나, 응급환자이거나 분만을 하는 경우에는 노숙인진료시설이 아닌 의료급여기관에서 의료급여 가능 - 둘 이상 태아(다태아)의 임신·출산진료비 70만원 신설 - 장애인 보장구 급여비 지급청구 처리기간 20일→10일로 단축
2012. 10	○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2012-129호, '12.10.12.) - 보훈대상자 중 7급 경상이자의 상이처 외 질병진료 또는 조제 시 본인부담금 20% 신설 - 의료급여비용명세서 작성방법 중 • 수급권자급여비용총액 → 수급권자의료급여비용총액 • 의료급여비용총액 → 의료급여비용총액 1 • 의료급여비용총액 2 : 의료급여비용총액 1 + 의료급여 100/100 본인부담금총액 • 진료비총액 : 보훈위탁병원 보훈국비환자의 경우, 비급여와 의료급여비용(100/100 본인부담금총액, 보훈 등 100/100 본인부담 포함)을 합한 총금액을 기재 • 처방전교부기관 → 처방전발급기관 • 총교부횟수 → 총발급횟수 • 보훈 본인일부담금 신설 - 정신질환자의 보호자 등이 내원하여 2인 이상 다수환자의 약제 수령 시, 내원 1일당 진료비 산정의 내용을 명확하게 문구 수정
2013. 6	○「의료급여법」 개정(법률 제11878호, '13.6.12. 시행) - 수급권자 선정절차 보완, 허위·부당청구 처벌규정 신설, 명의 대여 개설기관의 사무장에게 부당이득 징수 근거 마련, 급여비용 심사 및 지급절차를 건강보험과 같은 체계로 보완 • 이재민, 노숙인 등 수급권 자격에 관한 기준 보완 • 타 법에 의한 수급권자의 인정절차 기준 마련 • 의료급여 자격증명서 범위 확대 및 제시 의무화 완화 (의료급여증 유효기간 삭제, 입양아동의 경우 부모 건강보험증에 함께 등재, 의료급여증 없이도 의료급여기관 이용할 수 있도록 개선)

연 월	내 용
	• 의료급여비용 청구를 대행청구기관으로 하여금 대행토록 신설 • 출산 전 진료비 지원 근거 마련 • 행정처분 실효성 제고(명의 대여 개설자 및 업무정지처분 위반기관에 대한 처벌 등) • 약제·치료재료 제조업자, 수입업자 등에 대한 금지규정 및 과태료 부과 근거 신설 • 시군구에서 의료급여 사업을 위한 자료요청 근거 마련 • 의료급여비용 부정청구 신고 보상금제 및 장려비 지급 근거 신설 • 이의신청 제기기간 기산점 변경 (처분이 있은 날부터 90일 이내 → 처분이 있음을 안 날로부터 90일 이내, 진료비 확인요청에 대한 의료급여기관의 이의신청기간을 30일로 제한) • 행정처리비용 감안 2천원 미만은 지급·반환하지 않도록 소액처리규정 정비 • 양벌규정 및 과태료 부과·징수 규정 개정
2013. 7	○「의료급여법 시행령」 일부개정(대통령령 제24589호, '13.7.1. 시행) - 75세이상 노인 부분틀니 급여 확대 적용(본인부담률은 완전틀니와 동일) ○「요양비 의료급여기준」 전면개정(고시 제2013-339호, '13.7.1. 시행) - 자가도뇨 소모성재료 추가 * '08년12월 '임신·출산진료비 등의 의료급여기준 및 방법'으로 일원화 했던 요양비 기준을 다시 분리하여 별도 고시 ○「임신·출산진료비 등의 의료급여기준 및 방법」 일부개정(고시 제2013-341호, '13.7.1. 시행) - 요양비 부분을 삭제 ○「의료급여수가기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2013-340호, '13.7.1. 시행) - 제17조의3(틀니에 대한 의료급여) 신설 • '13.7.1.부터 시행되는 75세 이상 노인부분틀니와 '12.7.1. 시행된 완전틀니를 통합 (완전틀니, 부분틀니 → 틀니) - 의약품 시장형실거래가제도 1년간 유예('13.2.1. 진료분부터) - 의·약사 등 의료인의 면허정보를 기재하여 급여비용 청구토록 개정 (명세서 서식에 면허종류, 면허번호 기재란 신설)
2013. 8	○「의료급여기관 간 동일성분의약품 중복투약 관리에 관한 기준」 일부개정(고시 제2013-340호, '13.7.1. 시행) - 중복투약 시 약제비 전액본인부담 부과 대상자에 선택병원이용자 포함
2013. 9	○「의료급여법 시행령」 일부개정(대통령령 제24700호, '13.9.3. 2013.10.1. 시행) - 중증질환자도 희귀난치질환자와 같이 1종 자격 부여 및 본인부담 면제, 절차예외 등 동일하게 적용하고, 기존 가족단위 1종 부여에서 환자 본인만 1종 부여 • 희귀난치질환을 가진 자가 속한 세대구성원 → 희귀난치질환 또는 중증질환을 가진 사람
	○「의료급여법 시행규칙」 일부개정(보건복지부령 제208호, '13.9.13. '13.10.1시행) - 희귀난치성질환 또는 중증질환을 가진 사람에게 의료급여 절차 예외 적용, 각 질환별 급여일수 365일 인정 - 본인부담 면제 대상에서 장기이식환자(신장, 간장, 심장, 췌장) 삭제 * 장기이식환자는 희귀난치질환자로 편입
2013. 10	○「의료급여수가기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2013-133호, '13.10.1. 시행) - 등록 중증환자(암, 중증화상)를 희귀·난치질환자와 동일하게 산정특례 적용 • 의료급여 1종 자격 부여, 본인부담금 면제, 의료급여 절차 예외, 급여일수 제한 예외

<table>
<tr><th>연 월</th><th>내 용</th></tr>
<tr><td></td><td>
- 등록하지 않는 중증환자(뇌혈관질환, 심장질환)의 경우도 특례기간 동안 본인부담 면제
- 중증질환자에 대한 식대 5% 본인부담은 해당질병(합병증 포함)에 한해 적용
- 〈별표 1〉 청구방법 개정
• 뇌혈관질환, 심장질환을 제외한 중증질환자와 희귀난치질환자는 등록번호 기재
• 외래 진료시, 동일상병으로 1일 2회 이상 진찰을 한 경우 진찰횟수 대신 본인부담발생횟수(MT040) 기재토록 변경('13.9.1. 청구분부터)
• 본인부담 면제코드 변경(M006은 M015로 일괄 전환)
<table>
<tr><td>M005</td><td>(구)등록 희귀·난치성질환자 1종('13.9.30. 이전 적용 수급권자)</td><td>명칭변경</td></tr>
<tr><td>M006</td><td>(장기이식환자 1종) - 삭제 (희귀난치질환자에 포함)</td><td>삭 제</td></tr>
<tr><td>M015</td><td>등록 희귀난치성질환자 1종</td><td>신 설</td></tr>
<tr><td>M016</td><td>등록 중증질환자 1종</td><td>신 설</td></tr>
</table>
• 인체면역결핍바이러스 질환자 중 등록하지 않아 의료급여2종으로 남아있는 환자의 경우도 해당상병 진료 시 특례적용(상병 및 특정기호 기재)
- 〈별표 2〉 희귀난치질환 목록 변경
<table>
<tr><th colspan="2">개정 전 (107개)</th><th colspan="2">개정 후 (141개)</th></tr>
<tr><td>1</td><td>A18.3 장, 복막 및 장간막 림프절 결핵</td><td rowspan="2">1</td><td rowspan="2">만성신부전증의 경우
가. 혈액투석을 실시하는 사람
나. 복막투석을 실시하는 사람
다. 신장이식을 받은 사람</td></tr>
<tr><td>2</td><td>A81 중추신경계통의 비정형바이러스감염</td></tr>
<tr><td rowspan="2">3</td><td rowspan="2">B20-B24 인체면역결핍바이러스질환</td><td>2</td><td>혈우병(D66~D68.4)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">4</td><td rowspan="2">B25 거대세포J바이러스병</td><td rowspan="2">3</td><td rowspan="2">장기이식의 경우
가. 간이식을 받은 사람
나. 췌장이식을 받은 사람
다. 심장이식을 받은 사람</td></tr>
<tr><td>⋮</td><td>⋮ ⋮ ⋮</td><td rowspan="2">4</td><td rowspan="2">아래 상병의 경우
"건강보험의 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 [별표4] 희귀난치성질환자 산정특례대상의 구분5." 의 상병</td></tr>
<tr><td>107</td><td>Q96 터너증후군</td></tr>
</table>
* '13.10.1. 이전 등록한 희귀난치질환자(M005)는 탈수급 혹은 희귀난치성질환 종료 시까지 기존 제도 그대로 적용
○ 4대 중증질환(암, 희귀, 심장, 뇌혈관)에 대한 초음파 급여를 '13.10.1.부터 실시
- 건강보험과 동일하게 적용(복지부 고시 2013-129호, '13.8.30.)
○ 토요일 진찰료 가산(30%) 제도 '13.10.1.부터 시행
- 토요일 09~13시 사이의 의원급 외래진료, 약국 및 희귀약품센터 조제·투약시 산정
</td></tr>
<tr><td>2014. 2</td><td>
○ 희귀난치성질환 상병 25개 추가·확대('14.2.1. 시행)
- 건강보험과 동일하게 적용(고시 제2014-8호, '14.1.21.)
</td></tr>
<tr><td>2014. 4</td><td>
○ 「의료급여 포상금 및 장려금의 지급 등에 관한 기준」 제정(고시 제2014-49호, '14.4.1. 시행)
- 의료급여 신고포상금 및 장려금 지급에 관한 법적근거 마련
(포상금 및 장려금지급은 2013년 12월 13일 이후 최초 신고 또는 시행분부터 적용)
</td></tr>
</table>

연 월	내 용
	○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2014-50호, '14.4.1. 시행) - 의료급여 혈액투석 정액수가 인상 : 136,000원 → 146,120원
2014. 5	○ 세월호 사고 관련 치료비 지원지침 등 마련
2014. 7	○「의료급여법」 일부개정(법률 제12362호, '14.7.29. 시행) - 제30조의2(심판청구) 신설 • 의료급여비용 심사기관의 이의신청 결정에 불복시 (종전) 국민권익위원회 소속 중앙행정심판위원회에 행정심판 제기 (변경) 건강보험분쟁조정위원회에 심판청구 제기 ○「의료급여법 시행령」 일부개정(대통령령 제25477호, '14.7.29. 시행) - 제17조의2부터 제17조의5까지 신설 • 심판청구의 절차·방법·결정 및 결정의 통지 등에 관한 사항
	○「의료급여법 시행령」 일부개정(대통령령 제25477호, '14.7.1. 시행) - [별표1] 제3호 신설 • 선별급여 항목의 의료급여 적용(기금부담) ○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2014-110호, '14.7.1. 시행) - 제23조의2(선별급여항목에 대한 의료급여기금) 및 [별표 1의2] 신설 • 의료급여 선별급여 항목 및 기금부담률 등 고시
	○「의료급여법 시행령」 일부개정(대통령령 제25477호, '14.7.1. 시행) - 제13조제5항 일부 개정 및 [별표1] 제1호마목 및 제2호바목 신설 • 치과 임플란트 의료급여적용 (본인부담률은 틀니와 동일 → 본인부담금 보상제, 상한제 제외) ○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2014-110호, '14.7.1. 시행) - 제17조의3 제4항 ~ 제7항 개정·신설 및 [별표1] 청구방법 등 개정 • 치과 임플란트 의료급여 적용기준 및 청구방법 등
2014. 9	○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2014-82호, '14.9.1. 시행) - 의료급여 혈액투석 정액수가 청구방법 변경 • 서면청구 폐지, 전산청구로 변경 • 의료급여 혈액투석 정액수가 청구시 행위별 진료내역을 명세서에 기재토록 청구방법 변경 ○「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」(고시 제2014-92호, '14.9.1. 시행) - 의료급여 혈액투석 정액수가 청구방법 변경(세부내역) • 의료급여비용 심사청구서의 청구서 서식버전, 명세서 서식버전 : '087' • 의료급여 혈액투석 정액 외래명세서 서식 신설 • 상해외인코드 신설 : "M" • 진료형태코드 신설 : "H"(의료급여 혈액투석 정액) • 항(목)번호 신설 : 항번호 "Z"(혈액투석정액), 목번호 "01"(의료급여 혈액투석 정액수가)
2014. 11	○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2014-203호, '14.11.19. 일부개정) - 의료급여 선별급여의 경우 건강보험과 달리 별도로 정하는 경우에만 [별표 1의2]에 명시하도록 개정 (제23조의2 개정) - 의료급여 정액수가(혈액투석, 정신질환)와 동시 발생한 선별급여 항목 별도 분리청구 : 상해외인 "O"를 기재하여 별도의 행위별 명세서에 분리청구 ※ 2014년 7월 1일 이후 진료분에 대하여 2015년 1월 1일 청구분부터 적용

연 월	내 용
	○「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」(고시 제2014-205호, '14.11.19. 일부개정) - 의료급여 선별급여 청구방법 세부고시 • 의료급여비용 심사청구서의 청구서 서식버전, 명세서 서식버전 '089'로 개정 • 의료급여비용 심사결과통보서1, 의료급여비용 정산심사내역서1 서식버전 '089'로 개정 • 상해외인코드 신설 : "O" • 심사결과통보서, 정산심사내역서 개정 ▸ 100분의100미만 본인부담환급금(합계), 100분의100미만 본인추가부담금(합계), 100분의100미만 총액(합계), 100분의100미만 본인일부부담금(합계), 100분의100미만 청구액(합계), 100분의100미만 보훈청구액(합계)란 신설 ▸ 보장기관부담금, 심사결정액, 보훈부담금, 보훈심사결정액, 정산심사결정액의 항목설명란 개정 • 본인부담률 변경심사 관련 개정(심사결과통보서, 정산심사내역서) ※ 2014년 7월 1일 이후 진료분에 대하여 2015년 1월 1일 청구분부터 적용
	○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2014-203호, '14.11.19. 일부개정) - 저가구매 인센티브제 폐지관련 상한가, 약제상한차액 등의 내용 삭제([별표1] 개정) (2014년 9월진료분부터 적용) - 호흡기결핵(A15~A16, A19)을 고시 만성질환에서 삭제(제22조 개정) (의료급여 희귀난치성질환에 포함되어 삭제, '14.11.19. 시행) - 호흡기결핵(A15~A19) 산정특례기간 단축 : 5년 → 2년 ('15.1.1. 시행)
	○「의료급여법 시행규칙」 일부개정(보건복지부령 제269호, '14.11.19. 일부개정) - 잃어버린 의료급여증을 찾은 후 반납하지 않을 때 회수하는 규정 삭제(제15조 개정) - 본인부담 환급 신청시 영수증 사본을 제출하는 규정 삭제(제19조의2와 제19조의3 개정) - 서식개정("이의신청결정서" 등)
	○「임신·출산 진료비 등의 의료급여기준 및 방법」 일부개정(고시 제2014-204호, '14.11.19. 시행) - 다태아를 임신한 수급권자의 지원 금액 상향 조정 : 50만원 → 70만원
2015. 2	○ 미등록 중증질환 지원대상 확대(고시2015-2호, '15.1.8., '15.2.1. 시행) - 건강보험과 동일하게 적용(특정기호 V191, V192, V268)
2015. 7	○「의료급여법 시행령」 일부개정(대통령령 제26365호, '15.7.1. 시행) - 70세 이상 노인 틀니(금속상 완전틀니) 및 치과임플란트 급여 확대 적용 ○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2015-111호, '15.7.1. 시행) - [별표1] 개정 : 만 70세 이상 노인틀니 및 치과 임플란트에 대한 청구방법 등을 개정
	○「의료급여법 시행령」 일부개정(대통령령 제26365호, '15.7.1. 시행) - 2종수급권자의 고위험 임신부 입원진료비 본인부담률 인하(5%) ○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2015-111호, '15.7.1. 시행) - 제17조의6 신설 • 고위험 임신부 입원진료비 본인부담률 인하 적용기준 신설 • 특정기호 신설: "F011"(고위험 임신부 진료)

연 월	내 용
	○「요양급여비용 청구방법, 심사청구서 명세서서식 및 작성요령](고시 제2015-170호, '15.9.25. 시행) - 고위험임신부 동일 입원기간 중 타상병 진료인 경우 분리청구 • 명세서 구분자 기재: 특정내역 MT001(상해외인) "D"
	○「의료급여법 시행규칙」 일부개정(보건복지부령 제328호, '15.7.15. 시행) - 제19조 관련 별표 1의2 제1호아목 신설 • 완화의료 입원진료의 경우 별표 1의2 가목 및 다목 중 [응급의료에 관한 법률]에 따라 요양기관의 구급차를 이용하여 이송되었을 경우의 이송처치료에 해당하는 비용은 의료급여비용의 100분의 100을 본인부담률로 함
	○「의료급여법 시행규칙」 일부개정(보건복지부령 제328호, '15.7.1. 시행) - 제25조제1항 관련 별표2 개정 • 장애인 보장구에 대한 의료급여기금의 부담금액 항목 개정 1) 전동휠체어, 전동스쿠터 및 자세보조용구: 기준액, 고시금액 및 실구입금액 중 최저금액에 해당하는 금액 2) 그 밖의 보장구: 기준액 및 실구입금액 중 최저금액에 해당하는 금액
2015. 9	○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2015-153호, '15.9.1. 시행) - 제3조제2항 신설 ② 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료[산정지침] "5. 의료질평가지원금"은 의료급여비용의 산정에 적용하지 아니함
2015. 11	○「의료급여법 시행령」 일부개정(대통령령 제26606호, '15.11.1. 시행) - [별표1] 제1호바목 및 제2호아목 신설 • 52개 경증질환으로 대형병원(종합병원, 상급종합병원)을 이용하는 경우 약국 약제비 본인부담 변경. 정액제(500원) → 정률제(3%) ○「의료급여법 시행규칙」 일부개정(보건복지부령 제361호, '15.11.1. 시행) - 제19조의5 신설 : 대형병원 경증 외래환자 약제비 본인부담률 조정 예외대상 규정 ○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2015-183호, '15.11.1. 시행) - 제17조의7 신설 • 약제비 본인일부부담 조정 대상 질환 준용규정 마련 • 건강보험의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표5] "약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상"과 같음
	○「의료급여법 시행규칙」 일부개정(보건복지부령 제361호, '15.11.1. 시행) - 제3조제1항제12호 신설 • 8세 미만 소아의 야간 및 공휴일 의료급여절차 완화(제2차의료급여기관에 신청가능) ○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2015-183호, '15.11.1. 시행) - 제18조의3 신설 : 의료급여 절차 예외 대상 관련 규정 마련
2015. 12	○ 희귀난치성질환 산정특례 지원대상 확대(고시 제2015-197호, '15.12.1. 시행) - 선천성심장질환 12종
2016. 1	○「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 일부개정(고시 제2015-240호, 241호, '16.1.1. 시행): 응급의료수가 신설

연 월	내 용
	○ 의료급여법 시행규칙 제24조「요양비의 의료급여 기준 및 방법」일부개정 (고시 제2015-245호, '15.12.30.) - 당뇨병 환자에 대한 요양비 지급 대상자 및 소모성 재료 품목 확대 - 당뇨병 소모성 재료에 대한 기준금액 확대 - 인공호흡기 대여료 및 소모품에 대해 요양비 급여 품목 신설 ○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」일부개정(고시 제2015-246호, '15.12.30.) - 중증질환 산정특례 대상 중증외상환자 추가(제17조의2 개정) ○ 의료급여법 시행규칙 제25조「임신 출산 진료비 등의 의료급여 기준 및 방법」일부개정 (고시 제2015-247호, '15.12.30.) - 급여 적용 장애인 보장구 품목 확대
2016. 2	○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」일부 개정(고시 제2016-18호, '16.1.29.) - 의료질평가지원금, 전문병원 관리료 등 산정제외
2016. 3	○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」일부 개정(고시 제2016-23호, '16.2.18.) - 희귀난치성질환 산정특례 지원대상 확대 • 상세불명희귀질환 적용기간: 등록일로부터 1년
2016. 6	○ 질병관리본부「건강여성 첫걸음 클리닉 사업」관련 자궁경부암 예방접종 비용 등 청구 시행 ('16.6.20.) - 본인부담금 보건소에 환급신청
2016. 7	○「의료급여법 시행령」[별표1] 일부 개정(대통령령 제27275호, '16.6.30.) - 노인틀니 및 치과 임플란트 의료급여 연령 확대(만65세) - 2종수급권자 제왕절개분만 입원진료비 본인부담 면제(특정기호 F013) - 결핵질환 산정특례 구분 변경(본인부담구분코드 M017 신설) - 산정특례 지원 확대 ○「임신·출산 진료비 등의 의료급여기준 및 방법」일부 개정('16.7.1. 시행) - 임신·출산 진료비 20만원 추가 지원(분만취약지)
2016. 9	○ 전액본인부담 치료재료(습윤드레싱 등 22항목) → 선별급여 80% (보건복지부 고시 제2016-147호,148호, '16.9.1. 시행)
2017. 1	○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」일부 개정(고시 제2016-272호, '17.1.1. 시행) - 제1차 의료급여기관 입원진료 범위 확대 - 제17조의8 신설 • 2종수급권자 임신부, 조산아 및 저체중 출생아 외래진료비 본인부담률 인하(5%) - 종합병원 지원 이전 관련 급여비용 청구처 변경 ○「의료급여법 시행규칙」일부 개정(보건복지부령 제459호, '17.1.1. 시행) - 결핵질환, 희귀난치성질환 및 중증질환자가 상한일수 초과로 연장승인 시 기존 절차인 시·군·구 의료급여심의위원회 심의 생략(시장, 군수, 구청장 승인은 필요) - 다태아 임신·출산 진료비 70만원→90만원 - 산소치료 요양비 지급 대상 확대 - 제3차의료급여기관을「의료법」에 따른 상급종합병원과 일치 • 2차→3차 : 21개소(2017.4.1. 시행) • 3차→2차 : 3개소('17.7.1. 시행)

<table>
<tr><th>연 월</th><th>내 용</th></tr>
<tr><td>2017. 3</td><td>○「의료급여법 시행령」 일부개정(대통령령 제27934호, '17.3.13. 시행)
- [별표1] 제2호타목 신설
• 2종수급권자 병원급 이상 정신질환에 대한 외래진료비 본인부담률 인하
(조현병 5%, 그 외 정신질환 10%, 전산화단층촬영 등 15%)
- [별표1] 제1호사목 및 같은 표 제2호카목, 파목 신설
• 1·2종수급권자 정신질환에 대한 외래진료 시 항정신병 장기지속형주사제 본인부담률 10% 부담
○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2017-40호, '17.3.13. 시행)
- 정신질환 입원수가 인상 및 입원구간 변경(3구간→4구간)
- 정신질환 외래진료 수가체계 개선(정액수가→행위별수가)
- 2종수급권자 병원급 이상 정신질환에 대한 외래진료비 본인부담률 인하관련 청구방법
<table>
<tr><td>조현병(F20-29)</td><td>특정기호</td><td>V161</td><td>5%</td></tr>
<tr><td>그 외 정신질환</td><td>본인부담구분코드</td><td>B012</td><td>10%</td></tr>
</table>
- 의료급여 입원환자 식대수가 인상
• 일반식 : 3,440원, 치료식 : 4,180원, 멸균식 : 14,620원, 일반분유 : 2,110원,
특수분유 : 5,940원, 산모식 : 4,180원, 경관영양유동식 : 4,100원</td></tr>
<tr><td>2017. 6</td><td>○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2017-85호, '17.6.1. 시행)
- 제17조제6호 개정
• 만성질환자에 대한 의료급여 범위 확대(폐, 소장 장기이식환자 추가)
- 제17조의2제7항 신설('17.7.1. 시행)
• 추가암 발생 시 산정특례 적용기간 추가암 확진일부터 적용</td></tr>
<tr><td>2017. 7</td><td>○ 뇌사자 장기이식에 관한 법률에 따른 공여자 입원진료비(식대포함) 면제
- 상해외인 'S', 특정기호 'F017' 신설</td></tr>
<tr><td>2017.10</td><td>○「의료급여법 시행령」 별표1 일부개정(대통령령 제28349호, '17.10.1. 시행)
- 2종수급권자 6~15세 이하 아동 입원 본인부담률 인하(3%)
• 특정기호 'F019', 'F020' 신설
- 2종수급권자 18세 이하 치면열구전색술 본인부담률 인하(5%)
- 2종수급권자 치매진료 본인부담률 인하(5%)
• 특정기호 'V800', 'V810', 본인부담구분코드 'B013' 신설
- 노인틀니 본인부담률 인하: 1종(5%), 2종(15%) ('17.11.1. 시행)
○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2017-181호, '17.10.1. 시행)
- 난임진료에 대한 의료급여 조항 신설(제17조의 10)
• 특정기호 'F021' 신설</td></tr>
<tr><td>2017.12</td><td>○「의료급여법 시행령」 일부개정(대통령령 제28550호, '17.12.29. 시행)
- 2종수급권자 본인부담금 상한제 금액 인하
• (기존) 매 6개월간 60만원 → (변경) 연간 80만원
(다만, 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우는 연간 120만원)</td></tr>
<tr><td>2018. 1</td><td>○「의료급여법 시행령」 일부개정(대통령령 제28603호, '18.1.23. 시행)
- 국가건강검진 후 확진검사에 대한 본인부담금 면제
• 별표1 제1호 아목 신설, 제2호 러목 신설
• 특정기호 'F022' 신설
○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2018-7호, '18.1.23. 시행)</td></tr>
</table>

연 월	내 용
2018. 4	○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2018-49호, '18.4.1. 시행) - 예비급여 항목 신설(100분의 90, 100분의 30)관련 청구서 및 서식 개정 ○「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」 일부개정 (고시 제2018-86호, '18.9.1. 시행) - 의료급여 본인부담률구분코드 청구방법 세부고시 • 의료급여비용 심사청구서의 청구서서식버전, 명세서서식버전 '090'로 개정 • 원외처방약제비 심사결과통보서 및 원외처방약제비 심사결과(추가)통보서1 서식버전 '090'로 개정
2018. 6	○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2018-99호, '18.6.1. 시행) - 상급종합병원에 설치된 한의과대학 부속 한방병원 종별가산율 22% 적용 - 한의과대학 부속 한방병원 청구처 본원으로 변경
2018. 7	○「의료급여법 시행령」 일부개정(대통령령 제29003호, '18.7.1. 시행) - 2·3인실 입원료 및 노인 치과 임플란트 관련 별표1 개정 • 상급종합병원 2인실 50%, 3인실 40%, 종합병원 2인실 40%, 3인실 30% - 노인 치과 임플란트 본인부담률 인하 : 1종(10%), 2종(20%) ○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2018-124호, '18.7.1. 시행) - 약제 선별급여 시행 관련 원외처방 서면서식에 '본인부담구분코드' 신설
2018. 8	○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2018-143호, '18.8.1. 시행) - 의료급여 외래 혈액투석 정액수가 이외 별도산정 기준 확대 - 정신질환 외래진료 시 약제 직접조제로 한정하는 문구 삭제 - 정신질환 입원(낮병동, 외박 수가 포함) 수가 인상 및 금액제에서 점수제로 변경 - 의료급여 식대 금액 인상 • 일반식 : 3,740원, 치료식 : 4,420원, 멸균식 : 14,870원, 일반분유 : 2,140원, 특수분유 : 6,040원, 산모식 : 5,510원, 경관영양유동식 : 4,630원 - 정신질환자 직접조제 등 촉탁의 시설내 처방료 관련 별도기준 조항 삭제 ○「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」 일부개정 (고시 제2018-136호, '18.8.1. 시행) : 상해외인 'M' 범주 확대 ○「의료급여법 시행규칙」 일부개정(보건복지부령 제586호, '18.8.1. 시행) - 수면무호흡증 환자 양압기 대여 요양비 지급대상 신설 - 활동형·틸팅형·리클라이닝형 수동 휠체어 장애인보장구 인정에 따른 검사결과 서류제출 명시 ○「요양비 의료급여기준 및 방법」 일부개정(고시 제2018-152호, 160호, '18.8.1. 시행) - 양압기치료 및 처방전 관련 규정 신설 - 요양비 관련 처방전 서식의 처방전 사용기간 일괄변경 - 당뇨병 환자에 대한 소모성재료 품목 확대 및 요양비 기준금액, 처방기간 조정 • 기준금액: 900원/일→ 900~2,500원/일 • 처방기간: 90일 이내→ 180일 이내 ○「임신·출산 진료비 등의 의료급여기준 및 방법」 일부개정(고시 제2018-153호, '18.8.1. 시행) - 급여 대상 보장구에 '수동휠체어' 추가
2018.10	○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2018-203호, '18.10.1. 시행) - 의료급여비용심사결과통보서에 심사위원란 신설(별지 제2호 서식)

<table>
<tr><th>연 월</th><th>내 용</th></tr>
<tr><td>2018.11</td><td>○「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 일부개정(고시 제2018-224호, '18.11.1. 시행)
- 경증질환 확대(52개→100개)
- 48개(V352) 추가상병에 한해 연령 및 제한적 범위내 예외 기준 한시적 적용(V100)
○「의료급여법 시행령」 일부개정(대통령령 제29265호, '18.11.1. 시행)
- 행정처분 대상이 되는 월평균 최저부당금액을 상향(15만→20만), 부당구간 세분화
- 월평균 부당금액이 40만원 미만인 경우 업무정지처분 상한선 설정(최대 1년→최대 50일) 및 부당비율 산식 개선
- 의료급여기관이 감독관청에 부당청구 사실 자진 신고 등의 경우 행정처분 감경 또는 면제 규정 신설</td></tr>
<tr><td>2019. 1</td><td>○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2018-261호, '19.1.1. 시행)
- '희귀난치성질환'을 '희귀질환(M018)'과 '중증난치질환(M019)'으로 분리하여 등록·관리
- 희귀질환 상병 확대, 기타염색체이상질환자 추가
- 보장기관은 등록자 및 의료급여기관에 자료(검사내역 등) 제공을 요청할 수 있음
- 산정특례 등록 신청서 서식 세분화 : 암/희귀, 중증난치/결핵, 중증화상
○「의료급여법 시행령」 일부개정(대통령령 제29410호, '19.1.1. 시행),「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2018-288호, '19.1.1. 시행)
- 의료급여 연장승인 및 선택의료급여기관 미승인자 본인부담 경감
• (개정 전)전액본인부담→(개정 후)입원 20%, 외래 및 약국 30%
• 특정기호(F023), 본인부담구분코드(B014) 신설
- 1세 미만 외래진료 본인부담금 경감
• 2종수급권자 중 1세 미만 아동 외래진료 본인부담률 완화
<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>개정 전</th><th>개정 후</th></tr>
<tr><td rowspan="2">1차의료급여기관</td><td>외래진료</td><td>1,000원~1,500원</td><td>무료</td></tr>
<tr><td>CT, MRI, PET 등</td><td>15%</td><td>무료</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2차의료급여기관
(만성질환자)</td><td>외래진료</td><td>1,000원~1,500원</td><td>무료</td></tr>
<tr><td>CT, MRI, PET 등</td><td>15%</td><td>5%</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2차·3차의료급여기관</td><td>외래진료</td><td>15%</td><td>5%</td></tr>
<tr><td>CT, MRI, PET 등</td><td>15%</td><td>5%</td></tr>
</table>
• 특정기호(F024), 본인부담구분코드(B015) 신설
○「의료급여법 시행규칙」 일부개정(보건복지부령 제605호, '19.1.1. 시행)
- 임신·출산 진료비 지원대상을 산모에서 만1세미만 자녀로 확대 및 지원금 확대
○「의료급여 포상금 및 장려금의 지급 등에 관한 기준」 일부개정(고시 제2018-289호, '19.1.1. 시행)
- 의료급여 부당청구 신고서, 의료급여 신고포상금 지급 신청서 서식 개정
- 거짓·부당 청구 의료급여기관을 신고할 수 있는 사람의 범위 확대
○「요양비 의료급여기준 및 방법」 일부개정(고시 제2018-291호, '19.1.1. 시행)
- 제1형 당뇨병 환자에게 연속혈당측정용 전극 지원(70,000원/주)</td></tr>
<tr><td>2019. 4</td><td>○「의료급여법 시행령」 일부개정(대통령령 제29676호, '19.4.2. 시행)
- [별표1]제3호라목: 추나요법 본인부담(1종 : 30% or 80%, 2종 : 40% or 80%)
○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2019-60호, '19.4.8. 시행)
- 제17조의11(추나요법에 대한 의료급여) 신설</td></tr>
</table>

연 월	내 용
2019. 6	○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2019-61호, '19.6.1. 시행) - 정신건강의학과 입원 정액수가에서 약제를 분리·청구 하도록 변경 - 정신건강의학과 입원 1일당 정액수가(점수)표 개정 - 의료급여 식대 금액 인상 • 일반식 : 3,900원, 치료식 : 5,060원, 멸균식 : 15,150원, 일반분유 : 2,180원, 특수분유 : 6,150원, 산모식 : 5,610원, 경관영양유동식 : 4,720원
2019. 7	○「의료급여법 시행령」 일부개정(대통령령 제29945호, '19.7.1. 시행) - [별표1] 제3호나목: 병원, 한방병원 2·3인실 본인부담(2인실 : 40%, 3인실 : 30%) ○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2019-143호, '19.7.1. 시행) - 병원과 한방병원 2인실·3인실 급여화에 따른 의료급여비용명세서 및 의료급여 본인일부부담금 작성 요령 변경 ○「의료급여법 시행규칙」 일부개정(보건복지부령 제649호, '19.7.1. 시행) - 의료급여 단계별 진료 예외 사항 개선 • (확대) 8세미만 소아 야간·공휴일 진료→15세 이하의 아동 진료 • (추가) 등록한 장애인이 제3차의료급여기관 장애인구강진료센터에서 진료받는 경우 - 의료급여관리사 교육훈련시간 연간 12시간 이상으로 확대 - 장애등급 폐지에 따른 장애인보장구 급여신청서 등 서식 개정 ○「요양비 의료급여기준 및 방법」 일부개정(고시 제2019-141호, '19.7.1. 시행) - 산소치료 처방전 및 당뇨병 소모성 재료 처방전 서식 규정 - 만성신부전증환자의 최대 처방일수를 90일로 규정 - 장애등급제 폐지에 따라 장애등급 표기방식 등을 변경 - 요류역학검사가 불가능한 경우에는 의사의 소견서로 대체하도록 변경 - 요양기관에 입원하였다 하더라도 부득이한 사유로 의료급여 진료비와 중복되지 않는 경우 요양비를 지급할 수 있는 근거 신설
2019. 10	○「의료급여법 시행규칙」 일부개정(보건복지부령 제675호, '19.10.24. 시행) - "보장구"를 "보조기기"로 용어 변경 - 장애인보조기기(돋보기, 망원경) 수급 절차 간소화 - 장애인보조기기 처방전 서식 세분화 ○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2019-215호, '19.10.4. 시행) - 의료급여법 시행규칙 의료급여 절차 개정(야간·공휴일→상시)에 따라 제18조의3 삭제
2019. 11	○「의료급여법 시행규칙」 일부개정(보건복지부령 제649호, '19.11.1. 시행) - [별표1의2] 제1호자목 신설 • 요양병원 입원환자 의료급여의뢰서 없이 다른 의료기관 이용 시 진료비 전액 본인부담 ○「의료급여법 시행령」 일부개정(대통령령 제30144호, '19.11.1. 시행) - 요양병원 중 정신병원 및 장애인 의료재활시설 2인실·3인실(2인실 : 40%, 3인실 : 30%) ○「의료급여법 시행규칙」 일부개정(보건복지부령 제686호, '19.11.19. 시행) - 제4조(요양병원 입원진료 현황의 고지) 신설 • 요양병원의 장에게 수급권자 입원진료 현황을 공단에 알리도록 요구할 수 있음
2020. 1	○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2019-227호, '20.1.1. 시행) 및 「의료급여법 시행령」 [별표1] 제2호차목 일부개정(대통령령 제30144호, '20.1.1. 시행) - 2종 조산아 및 저체중 출생아 외래 본인부담률 완화(5%) 연령 확대(만3세→만5세)

연 월	내 용
	○ 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 일부개정(고시 제2019-281호, '20.1.1. 시행) - 산정특례 대상 희귀질환(10개) 확대 ○ 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2019-307호, '20.1.1. 시행) - 제13조, [별표1] 가정간호기본방문료 삭제 • 가정간호 기본방문료 인정 기준을 건강보험과 동일하게 적용 • 환자 1인당 방문횟수(연 96회) → 가정전문간호사 1인당 1일 방문횟수(월 또는 주평균 1일 7회) ○ 「의료급여기관 간 동일성분 의약품 중복투약 관리에 관한 기준」 일부개정(고시 제2019-308호, '20.1.1. 시행) - "의료급여기관을 방문하여 처방·조제" 받는 행위의 기준을 건강보험과 동일하게 개선 • 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소 포함 • 의료급여기관의 원내조제 및 의료기관이 없는 지역에서의 약국의 직접조제 포함
2020. 2	○ 코로나바이러스감염증-19 의료급여 절차 예외 인정기준(고시 제2020-46호, '20.2.26.) - 코로나바이러스감염증-19에 감염되었거나 감염이 의심되는 의료급여 수급권자가 선별진료소를 방문했을 경우 의료급여 절차의 예외 인정 ※ 선택의료급여기관 이용자의 경우 본인부담구분코드 'B099' 기재하여 청구
2020. 5	○ 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2020-101호, '20.5.25. 시행) - 코로나바이러스감염증-19와 같은 감염병 확산 등에 적극 대응할 수 있는 정액수가 외 별도 산정 근거
2020. 7	○ 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2019-215호, '20.7.1. 시행) - 정신건강의학과 입원료 차등제 산정현황 통보서를 제출기한이 지나 제출하더라도 지연 사유가 인정되면 등급 인정 - 의료인 등 인력 확보수준에 따른 정신건강의학과 입원료 차등제 적용 기준의 개선 • 간호인력 산정기준을 매월 15일자 근무기준에서 실제 근무한 일수 기준으로 변경 • 간호사 부분적 근로시간을 세분화하여 인정하고 정규직 간호사 의무고용비율 명시 등 - 인력기준 변경에 따른 서식 정비 ○ 「의료급여법 시행령」 일부개정(대통령령 제30748호, '20.7.1. 시행) - [별표1] 제1호아목, 제2호러목 개정 : 원격협의진찰료-자문료에 대한 본인부담 면제 - 행정처분 감경 상한 설정 : 행정처분 감경 시 업무정지기간 또는 과장금 금액의 1/2 범위내 감경 가능, 제3차의료급여기관의 지정취소 기준 삭제 - 신고포상금 상향 조정(10 → 20억) ○ 「의료급여법 시행규칙」 일부개정(보건복지부령 제739호, '20.7.1. 시행) - 건강보험심사평가원의 진료 의뢰·회송 중계시스템 설치 및 운영**('20.10.1. 시행)** - 임신 및 출산과 관련하여 처방된 약제·치료재료의 구입에 드는 비용 지원 - 보청기 사후관리 강화 - 개인정보보호를 위한 의료급여증 변경(주민등록번호 → 생년월일 기재)**('21.1.1. 시행)** ○ 「임신·출산 진료비 등의 의료급여기준 및 방법」 일부개정(고시 제2020-131호, '20.7.1. 시행) - 보청기 적합관리급여의 기준 및 방법 등을 규정 ○ 일몰기한 정비를 위한 69개 보건복지부고시의 일괄개정고시(고시 제2020-140호, '20.7.1. 시행) - 급여비용의예탁 및 지급에 관한 규정, 선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용 절차 등에 관한 규정, 요양비의 의료급여기준 및 방법, 의료급여기관 간 동일성분 의약품 중복투약 관리에 관한 기준, 의료급여수가의 기준 및 일반기준, 임신·출산 진료비 등의 의료급여기준 및 방법, 진통·진양·수렴·소염제인 외용제제의 '재검토기한' 개정 및 신설

연 월	내 용
	○「임신·출산 진료비 등의 의료급여기준 및 방법」 일부개정(고시 제2020-149, '20.7.14. 시행) - 임신·출산 진료비의 이용 범위 구체화 및 확대 • 진료→진료 및 그에 따라 처방된 약제·치료 재료의 구입(이하 "진료 등"이라 한다) 비용 포함 • 임신·출산 진료비 이용 의료기관에 약국 및 한국희귀·필수의약품센터 추가
2020. 10	○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2020-223호, '20.10.5. 시행) - 가정형 호스피스 수가 신설에 따른 의료급여의 장소 규정(제15조제1항제4호) - 본인일부부담금 산정특례 대상 : 미등록 암환자(V027) 삭제(제17조제4호 삭제) - 건강보험 회송료 수가 및 급여기준 개정에 따른 명세서작성방법 규정**('20.10.8. 시행)** ○「의료급여법 시행령」 일부개정(대통령령 제31097호, '20.10.7. 시행) - [별표1] 제1호아목에 3), 제2호러목에 3) 신설 : 상급병원이 환자 회송 시 환자 본인일부부담금 면제 ○「급여비용의 예탁 및 지급에 관한 규정」 일부개정(고시 제2020-227호, '20.10.8. 시행) - 산정특례 자격 연계 및 심사 전 점검 관련 조항 신설 - 심사 전 반송 대상을 주민등록오류 건 외 산정특례 자격 등 청구 오류 건으로 변경
2020. 11	○「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정(고시 제2020-239호, '20.11.1. 시행) - 정신질환 입원 시 정액수가 외 입원환자 안전관리료 별도 산정 근거 마련(제9조제2항)

3 의료급여의 운영체계

구 분	담당기관	업무 내용
1. 대상자 선정	시·군·구 (보장기관)	■ 통합조사관리팀의 자산조사 등을 거쳐 국민기초생활보장 수급자 선정되면 의료급여 자격 취득 ■ 타법지원 대상자는 해당부처의 통보 또는 민원인 신청을 받아 수급자로 선정 ■ 행려환자는 병·의원의 신청을 받아 수급자로 선정
2. 공단에 자료전송	시·군·구 (보장기관)	■ 수급자의 자격정보를 건강보험공단으로 전송 * 수급자 병의원 이용 시 건강보험공단 자료로 자격확인
3. 급여실시	병의원, 약국 등 (의료급여기관)	■ 진료 전 의료급여 자격관리시스템*을 통한 자격확인 – 종별구분, 본인부담여부, 선택의료급여기관 적용여부 등 ■ 진찰·검사 등 의료급여 실시 – 수급자 본인부담금 납부(건강생활유지비 지급 대상자는 잔액에서 차감 후 부족한 금액은 수급자 직접 납부) ■ 진료 후 자격관리시스템을 통해 건보공단에 급여일수, 진료유형(입원, 외래) 등 전송 * 건강보험공단에서 진료확인번호 부여
4. 의료급여비용 심사	병의원 등, 심사평가원	■ 병의원등 : 심사평가원에 비용심사 청구 – 진료확인번호 기재 – 청구 가능일로부터 3년이내 청구 ■ 심사평가원 : 의료급여비용 심사 및 통보
5. 의료급여비용 지급	공단	■ 병의원에 의료급여비용 지급(심사평가원 통보금액)
6. 사후관리	보건복지부, 시/군/구 (보장기관), 공단, 심사평가원	■ 보건복지부 – 정책수립, 지도감독 및 행정처분 등 ■ 시·군·구 – 전·출입, 사망 등 수급자 관리 – 확인조사 및 수시조사 실시 – 의료기관 과다 이용자 사례관리 등 – 부정수급권자 관리 및 부당이득금 징수 등 ■ 국민건강보험공단 – 부적정 수급 의심자(급여제한 대상 등) 발췌 – 시군구에 내역 제공 및 부정수급 조사 등 ■ 건강보험심사평가원 – 의료급여기관 청구진료비 심사 – 병의원 허위·부당청구 현지조사지원 등

4 의료급여 수급권 불일치 관리업무

개 요

의료급여기관에서 의료급여비용을 청구하여 심사 후 급여비용을 지급할 때 수급권자의 자격을 확인하여 중복, 부당청구 등으로 의료급여를 받은 비용에 대하여 관리함으로써 의료급여기금 누수를 방지하고 급여질서를 확립

관련근거

- 「의료급여법」 제11조 및 같은 법 시행규칙 제20조 및 제21조
- 「급여비용의 예탁 및 지급에 관한 규정」

의료급여비용 청구·심사·지급업무 절차

- 의료급여기관이 건강보험심사평가원(이하 '심사평가원')에 의료급여비용을 청구하면 심사평가원이 급여내역에 대한 심사·평가 및 산정특례 대상자 자격정보를 점검한 후 국민건강보험공단(이하 '공단')으로 심사결과를 통보(산정특례 자격 점검 관련 심사불능코드 : 10-10)
- 공단은 수급권자 자격확인 후 심사평가원에 그 결과를 통보
- 심사평가원은 공단으로부터 수급권자의 자격확인결과를 통보받아 심사결과와 공단의 자격점검 결과를 반영하여 의료급여기관 및 보장기관(시·군·구)에 심사결과를 통보(심사평가원 통보서식 : 의료급여비용 심사결과통보서)
- 공단은 심사평가원의 심사결과와 수급권 점검결과에 따라 의료급여기관에 의료급여비용을 지급하고 보장기관(시·군·구)에 지급결과를 통보(공단 통보서식 : 의료급여비용지급통보서)

공단 수급권자 자격관리업무

업무처리절차

보장기관(시·군·구)		공 단
• 행복e음 전산입력 전송 (취득, 상실, 본인부담면제, 선택병의원 등)	>	• 전송자료 즉시수신 • 수신즉시 정상, 오류건 전송 • 자격D/B구축

- 시·군·구에서 수급권자의 자격변동자료를 공단과 행복e음(사회복지통합관리망)간 자격연동 시스템에 의해 실시간 전송처리

- ‘행복e음’에 의하여 공단 전송 및 공단처리결과 수신확인
- ‘행복e음’과 공단 간 자격불일치건 서면문서를 작성, 공단에 통보
- 서면문서 접수건 공단 전산D/B 수정입력 ⇒ ‘행복e음’과 자격일치 유지
- 보장기관에서 의료급여수급권자의 자격 취득, 상실 및 변경자료를 공단에 전송하면 자격 D/B 구축 후 전산관리(‘10.1.1.부터 ‘행복e음’에서 처리)
- 수급권자 자격처리는 보장기관에서 전송 처리함이 원칙이며, ‘행복e음’에서 처리 불가한 건에 한하여 공단에 통보서로 처리
  - 전송 결과는 최대 30분이내 포탈(요양기관 정보마당「수진자 자격확인」)에 반영
  - 신규 취득 통보서 처리건은 약 40~60분 후 반영
- 공단은 구축된 D/B에서 산정특례 대상자의 자격정보를 심사평가원에 전송

지급불능건

- 의료급여기관에서 심사평가원에 원청구 대상건(심사평가원심사불능사유 ‘36’)

  ① 책정 전 진료(공단지급불능사유 36-‘31’)

  : 수급권자 자격책정전 의료급여비 청구 경우

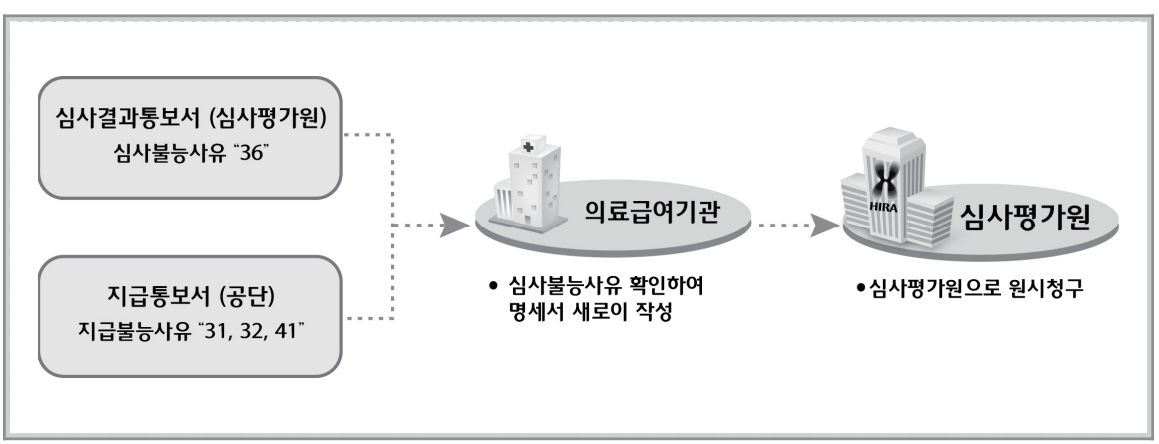
  ② 책정 제외 후 진료(공단지급불능사유 36-‘32’)

  : 수급권자 자격책정 제외 후 의료급여비 청구

  ③ 중증등록기간 외 경감적용(공단지급불능사유 36-‘41’)

  : 중증암환자 및 중증화상, 희귀질환, 중증난치질환자 등록기간 외 의료급여비 청구, 2종수급자 중 임산부·조산아·저체중출생아의 등록기간 외 의료급여비 청구

※ 업무흐름 및 처리요령



※ 심사평가원 심사불능 사유 ‘36’ – 건강보험공단의 의료급여 수급권 점검 후 지급불능사유 ‘31’, ‘32’, ‘41’을 통보받아 해당 의료급여기관에 ‘36-31’, ‘36-32’, ‘36-41’로 심사불능사유결과 통보

지급보류건

- 수급권 불일치건에 대하여 지급보류 후 보장기관의 자격확인 결과에 따라 추후 지급되므로 심사평가원으로 청구할 수 없음

① 주민등록번호 상이건(공단지급불능사유 '30') : 청구내역서의 수급권자 주민등록번호와 건강보험공단자격D/B상 수급권자의 주민등록번호가 상이한 경우

② 종별 상이건(공단지급불능사유 '33') : 청구내역서에 1종수급권자로 청구하였으나 공단자격D/B상에는 2종수급권자로 되어있는 경우

③ 보장기관기호 상이건(공단지급불능사유 '34') : 청구내역서의 수급권자 소속 보장기관기호와 건강보험공단자격D/B상 수급권자 소속 보장기관이 상이한 경우

④ 행려환자 진료(공단지급불능사유 '35') : 행려환자 대상으로 청구한 의료급여비용

⑤ 수급권자 종별과 소속 보장기관 상이건(공단지급불능사유 '40') : 청구내역서의 수급권자 주민등록번호와 건강보험공단자격D/B상 수급권자의 주민등록번호는 일치하나, 종별과 보장기관이 상이한 경우

※ 업무흐름 및 처리요령

지급보류 후 지급불능건

- 지급보류건 중 보장기관에서 자격확인결과 지급할 수 없는 건은 지급불능 건, 보장기관에서 미확인 통보 건은 재확인 의뢰건으로 분류

① 지급불능건

- 청구소멸시효 완성 건(공단지급불능사유 '51')
- 보장기관에서 책정 전 의료급여비로 청구한 건(공단지급불능사유 '52')
- 보장기관에서 책정제외 후 의료급여비로 청구한 건(공단지급불능사유 '53')
- 행려환자 적용대상 제외 의료급여비로 청구한 건(공단지급불능사유 '54')
- 진료기간(입내원)내에 수급권자의 보장기관이나 종별이 변경된 건(공단지급불능사유 '60')
- 주민등록번호 확인불가건(공단지급불능사유 '60')

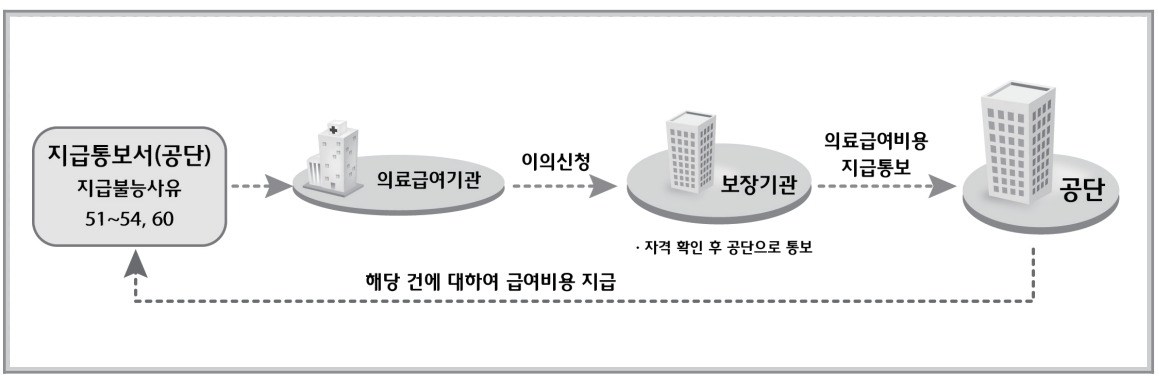
② 재확인의뢰건 : 급여개시일이 속한 수급권자의 보장기관(공단자격D/B 기준)에 수급권 재확인의뢰후 의료급여비용 지급

- 보장기관 상이건(공단지급불능사유 '55')
- 종별 상이건(공단지급불능사유 '57')
- 종별 및 보장기관 상이건(공단지급불능사유 '58')

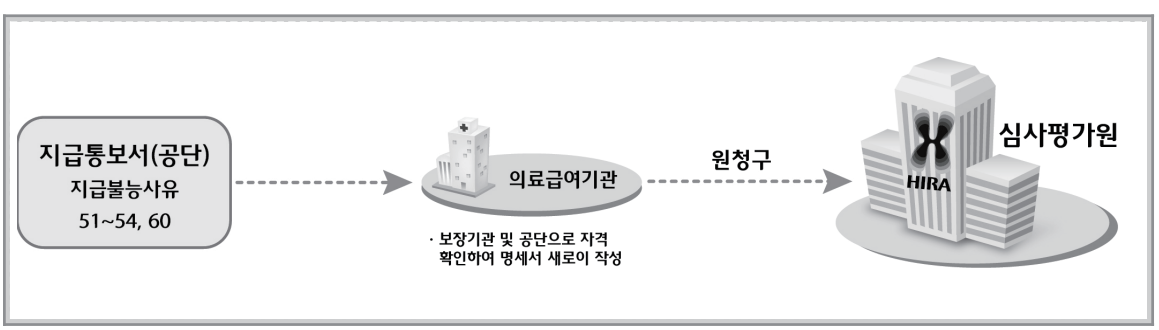
※ 업무흐름 및 처리요령

① 지급불능건

– 확인된 수급권자 자격이 원청구와 동일하나 지급불능으로 통보된 경우



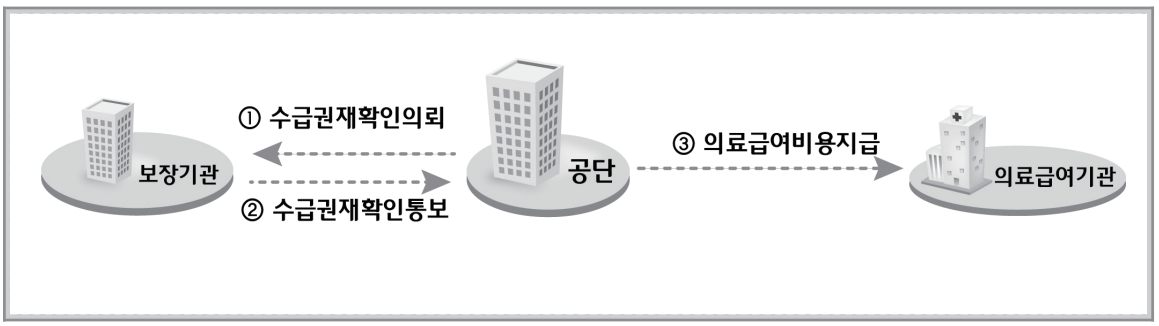
– 확인된 수급권자의 자격이 원청구와 상이한 경우



☞ 공단지급불능사유 '52' 또는 '53'으로 통보된 경우

- 자격확인 결과 청구된 진료분 모두 건강보험인 경우 : 건강보험으로 원시청구
- 자격확인 결과 청구된 진료기간 중 자격 변동이 있는 경우 : 의료급여, 건강보험으로 각각 명세서 분리 작성하여 원시청구

② 재확인의뢰건 : 공단으로부터 1차 지급보류 통보 후 재차 통보됨
(공단지급불능사유 : '55', '57', '58')



의료급여비용 이의신청(「의료급여법」 제30조)

- 수급권자의 자격, 의료급여 및 급여비용에 대한 보장기관의 처분에 이의가 있는 경우
  ⇒ 보장기관(시·군·구)에 이의신청
- 의료급여비용의 심사·조정에 이의가 있는 경우
  ⇒ 심사평가원에 이의신청

유의사항

공단에서 지급보류 또는 지급불능으로 통보되었으나 자격이 원청구와 동일한 건에 대하여 심사평가원으로 재청구하게 될 경우 중복청구로 심사불능 처리되므로, 공단과 보장기관에 반드시 확인(지급불능으로 통보되었으나 자격이 원청구와 동일한지 여부)하여 보장기관으로 이의신청하여야 함

5 의료급여 절차

기본취지

- 의료급여의 절차는 보다 나은 진료를 받고자 하는 의료수요자의 욕구와 함께 본인부담이 없거나 소액만 지급하는 특성으로 인해 제2·3차의료급여기관으로 진료가 집중될 수 있는 소지가 높아, 의료자원의 효율적 활용과 대형병원으로의 환자 집중현상을 방지하기 위하여 건강보험의 2단계 요양급여와 달리 3단계 의료급여 절차를 규정
  - 수급권자의 합리적인 의료이용 유도
  - 의료자원의 효율적 배분을 통한 의료기관의 역할정립 도모

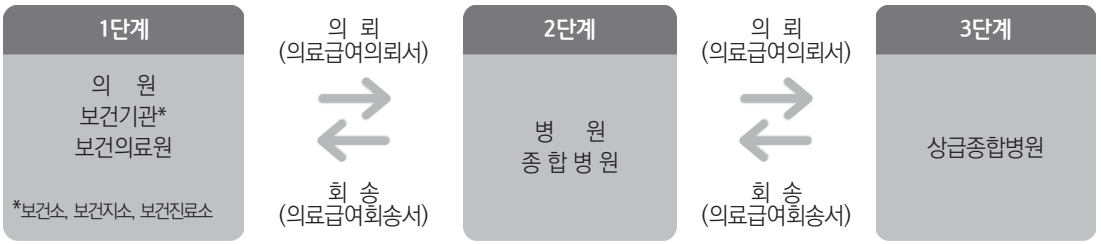
관련규정

- 의료급여 절차(「의료급여법 시행규칙」 제3조)
  - 수급권자가 의료급여를 받고자 하는 경우 먼저 제1차의료급여기관(의원급)에 의료급여를 신청
  - 진찰결과 또는 진료중에 다른 의료급여기관의 진료가 필요하다고 판단하는 경우에는 진료담당의사의 진료의견이 기재된 '의료급여의뢰서'(별지 제3호서식)를 수급권자 또는 그 보호자에게 발급
  - 의료급여의뢰서는 발급받은 날부터 7일(공휴일 제외) 이내에 제2차 또는 제3차의료급여기관에 제출

    ※ 7일 이내에 진료를 예약하고 진료를 받는 때에 의료급여의뢰서를 제출하는 경우에는 예약접수일을 의료급여의뢰서 제출일로 봄
  - 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관은 수급권자의 상태가 호전되는 때에는 '의료급여회송서'(별지 제4호서식)를 수급권자에게 발급하여 회송할 수 있음

의료급여 절차

● 의료급여절차도



- 제1차의료급여기관 → 제2차의료급여기관, 제2차의료급여기관 → 제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관, 제3차의료급여기관 → 제3차의료급여기관 가능

  ※ 단계별 절차에 따라 재의뢰 가능

- 의료급여의 절차에 의하지 않고 (의료급여의뢰서 없이) 의료급여기관을 이용한 경우 소요비용은 전액 본인부담 (「의료급여법 시행규칙」 제19조 및 별표1의2)

● 의료급여 단계별 진료 예외 사항

대 상 자	의료급여기관
• 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 해당하는 응급환자인 경우 • 분만의 경우 • 영 제3조제2항제1호라목에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환, 희귀질환자, 중증난치질환자 또는 중증질환을 가진 사람이 의료급여를 받으려는 경우 ※ 중증의 경우 등록된 중증환자만 해당 • 제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관에서 근무하는 수급권자가 근무하는 의료급여기관에서 의료급여를 받으려는 경우 • 「장애인복지법」 제32조에 따라 등록한 장애인이 보조기기를 지급받으려는 경우 • 「장애인복지법」 제32조에 따라 등록한 장애인이 「구강보건법」 제15조의2에 따른 장애인 구강진료센터에서 의료급여를 받으려는 경우 • 감염병의 확산 등 긴급한 사유가 있어 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준에 따라 의료급여를 받으려는 경우	제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관에 의료급여 신청 가능
• 단순물리치료가 아닌 작업치료·운동치료 등의 재활치료가 필요하다고 인정되는 사람이 재활의학과에서 의료급여를 받으려는 경우 • 한센병환자가 의료급여를 받으려는 경우 • 「장애인복지법」 제32조에 따라 등록한 장애인이 의료급여를 받으려는 경우 • 「국민건강보험법」 시행령 제45조제1호에 해당하는 지역의 의료급여수급권자가 의료급여를 받으려는 경우 • 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 시행령 제14조 또는 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 시행령 제8조에 따른 상이등급을 받은 사람이 의료급여를 받으려는 경우 • 15세 이하의 아동이 의료급여를 받으려는 경우	제2차의료급여기관에 의료급여 신청 가능

선택의료급여기관 이용절차

- 선택의료급여기관 적용대상자가 해당 선택의료급여기관에서 진료 받을 수 없는 질환이 발생한 경우에는 선택의료급여기관 이외의 다른 의료급여기관으로 진료를 의뢰할 수 있음
  - 선택의료급여기관 미적용자 또는 적용자 모두 별지 3호서식 '의료급여의뢰서' 사용

- 선택의료급여기관에서 진료상 필요하여 다른 의료급여기관으로 의뢰하는 경우
  - '의료급여의뢰서' 사용구분란 중 "선택의료급여기관에서 다른 의료급여기관으로 의뢰하는 경우"에 표기
  - 의뢰사실을 7일 이내에 보장기관에 통보
    ※ 진료의뢰사실을 자격관리시스템으로 전송하는 것으로 대체 가능

- 선택의료급여기관으로부터 의뢰받은 수급권자를 진료상 필요하여 다른 의료급여기관으로 재의뢰하는 경우
  - '의료급여의뢰서' 사용구분란 중 "선택의료급여기관으로부터 의뢰받은 후 다른 의료급여기관으로 재의뢰하는 경우"에 표기
  - 의뢰사실을 7일 이내에 보장기관에 통보
    ※ 진료 재의뢰사실을 자격관리시스템으로 전송하는 것으로 대체 가능

- **재의뢰가 불가한 경우**(선택의료급여기관으로부터 진료를 의뢰받은 의료급여기관에서 다음의 경우는 재의뢰 불가)
  - 제1차의료급여기관 → 제1차의료급여기관
  - 제2차의료급여기관 → 제1차~2차의료급여기관
  - 제3차의료급여기관 → 제1차~3차의료급여기관

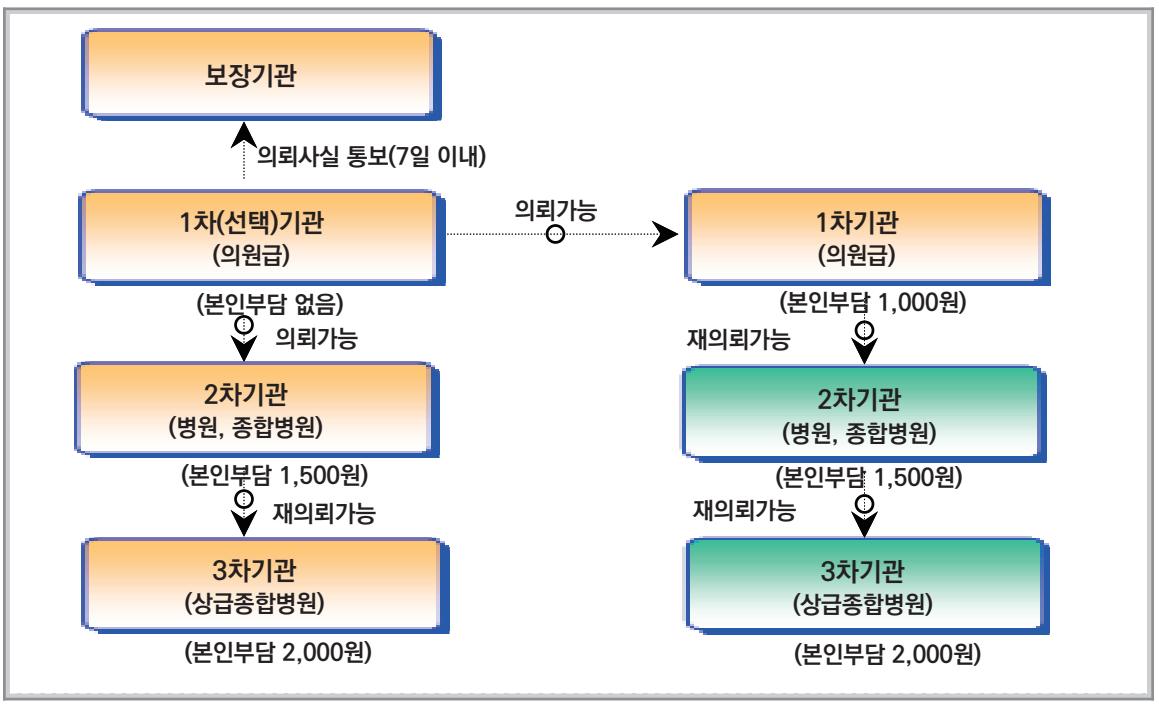
- 응급상황 발생 등
  - 조건부 연장승인자가 응급상황이 발생하거나 장애인 보조기기를 지급받고자 하는 경우에는 제2차 또는 제3차의료급여기관을 이용할 수 있으며, 이 경우 본인부담금은 면제함

- 보건기관 이용
  - 보건소 등 보건기관에서 외래진료를 받는 경우와 동 보건기관의 처방으로 약국을 이용하는 경우에는 본인부담금 없이 이용가능. 다만, 보건의료원에서 외래진료를 받을 경우에는 본인부담금 부과

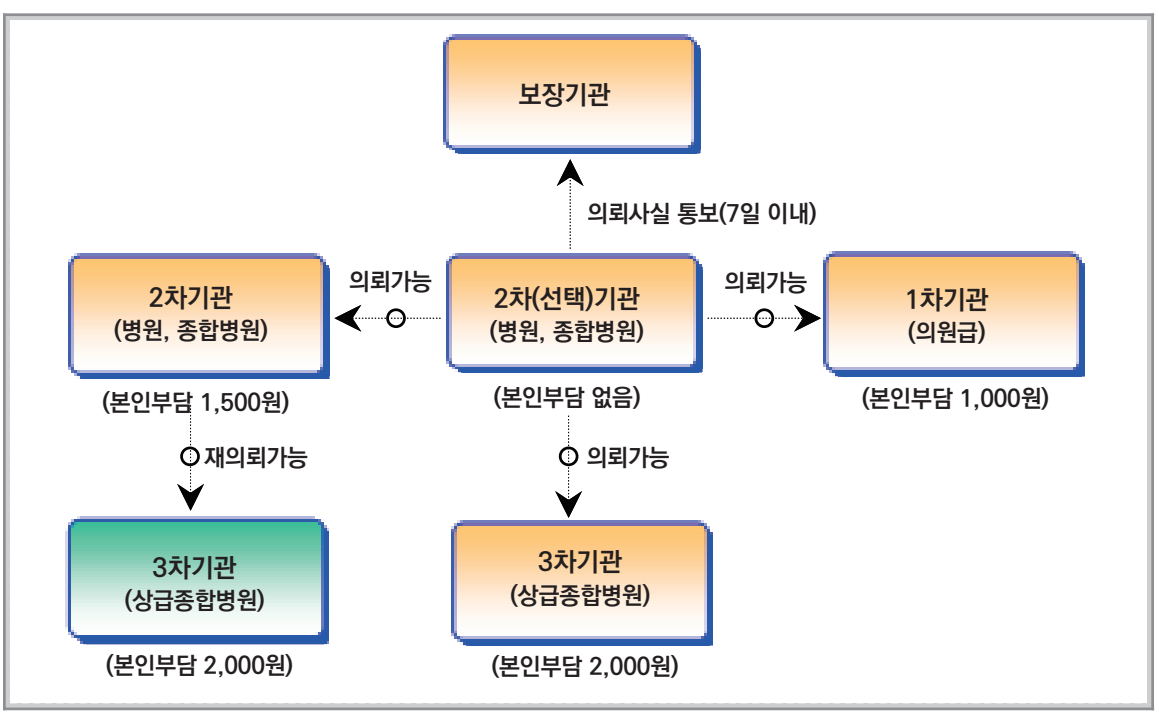
【선택의료급여기관 이용 절차도】

* 그림에 표기된 본인부담은 1종수급권자 기준임

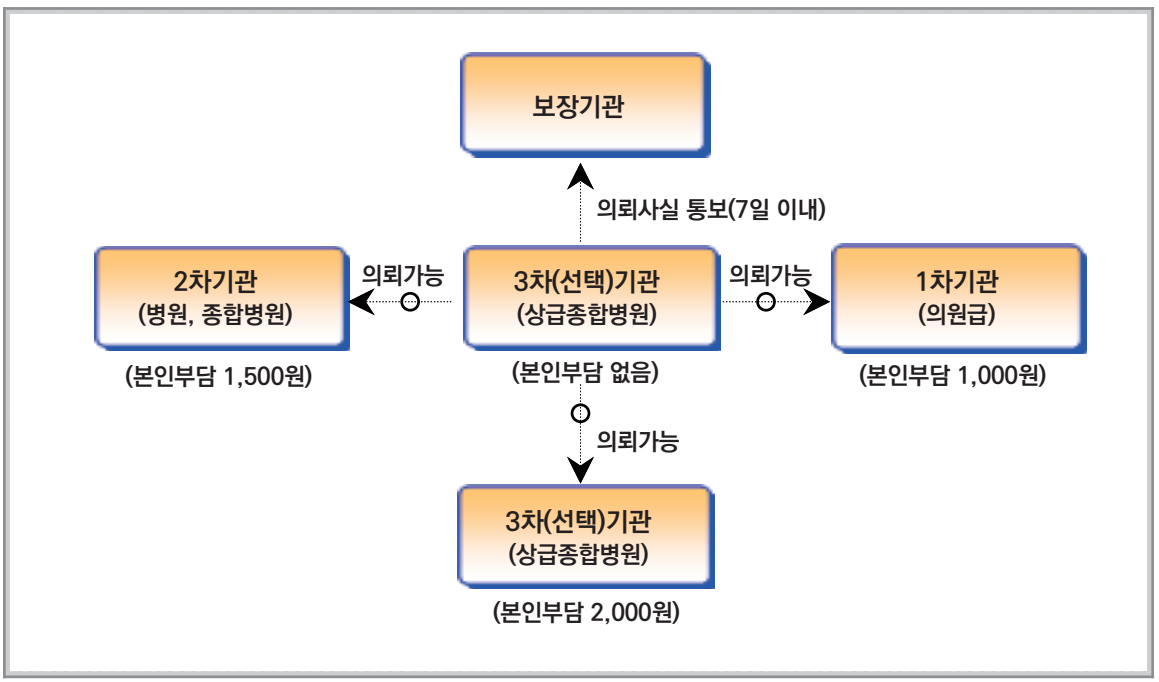
▶ 선택의료급여기관이 제1차의료급여기관인 경우



▶ 선택의료급여기관이 제2차의료급여기관인 경우



▶ 선택의료급여기관이 제3차의료급여기관인 경우



※ 선택의료급여기관 진료의뢰 범위(기초의료보장팀-4292호, 2007.10.5.)

선택병의원인 2차 또는 3차의료급여기관에 해당 진료과목이 없거나 다른 1차 또는 2차의료급여기관에서의 진료가 적절한 경우 등에는 진료의뢰가 가능함

(등록장애인 및 희귀난치성질환자 등 2차 또는 3차의료급여기관을 선택병의원으로 지정한 수급권자의 경우 현행 법령상 1차 또는 2차의료급여기관에서의 진료의뢰에 대한 별도의 규정이 없어 1차 또는 2차의료급여기관에서의 진료가 어려운 점을 개선)

6 의료급여 본인일부부담금

관련근거

- 「의료급여법」 제10조 및 같은 법 시행령 제13조
  - 「의료급여법 시행령」〔별표1〕
- 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」

입원진료

의료급여 입원 본인일부부담금(식대제외)

의료급여기관	1종수급권자	2종수급권자	
		일반	장애인
제1·2·3차 의료급여기관	무료	의료급여비용총액의 10%	무료(장애인기금)

본인부담률을 달리 운영하고 있는 특정 항목 본인부담률

항 목	대 상	본인일부부담률
식 대	일반	20%
	2종장애인	20%
	중증질환자 (V191, V192, V193, V268, V275, V247, V248, V249, V250, V273)	5%
	자연분만(F001)	무료
	6세미만 (F004: '17.9.30. 이전진료)	
	6세미만 (F019: '17.10.1. 이후진료)	
	행려환자	
2인실 입원료	상급종합병원	50%
	종합병원·한방병원·병원(치과·요양병원* 제외) *정신병원·의료재활시설('19.11.1.부터)	40%
3인실 입원료	상급종합병원	40%
	종합병원·한방병원·병원(치과·요양병원* 제외) *정신병원·의료재활시설('19.11.1.부터)	30%
치아홈메우기	2종 16세이상 18세이하인 자	5%

※ 2·3인실 입원료 : 본인부담 보상제·상한제 해당되지 않음, 2종장애인의 경우 장애인 기금 지원 없음

본인부담률을 달리 운영하고 있는 경우(특정기호)

특정기호	대상	본인일부부담률	관련 근거
V103	인체면역결핍바이러스 질환자의 해당상병(B20~24)의 입원진료(2종)	무료	의료급여기준 제17조의2
F001	자연분만(2종)	무료	영[별표1] 제2호다목
F004	6세미만(2종)('17.9.30. 이전진료)	무료	
F019	6세미만(2종)('17.10.1. 이후진료)	무료	
F013	제왕절개 분만(2종)	무료	
F011	고위험 임신부(2종)	의료급여비용총액의 5%	영[별표1] 제2호사목
V800, V810	치매질환자(2종)	의료급여비용총액의 5%	영[별표1] 제2호하목
F020	6세이상 15세이하(2종)	의료급여비용총액의 3%	영[별표1] 제2호거목
F023	연장승인(선택의료급여기관) 미신청자 (불승인자)(1,2종)	의료급여비용총액의 20%	영[별표1] 제3호다목
F017	뇌사자 등 장기기증	무료	의료급여기준

외래진료

의료급여 외래본인일부부담금

의료급여기관			의료급여수급권자 종별		
			1종수급권자	2종수급권자	
				일반	장애인
제1차 의료급여기관	의원 (보건의료원)	그 밖의 외래진료	1,000원	1,000원	250원
		원내 직접조제	1,500원	1,500원	750원
		CT,MRI,PET	5%	15%	
	보건기관	그 밖의 외래진료	무료		
		원내 직접조제	무료		
	약국 및 한국 희귀·필수의약품 센터	처방조제	500원		
		직접조제	900원		
		보건기관 처방조제	무료		
제2차의료급여기관		그 밖의 외래진료	1,500원	의료급여비용 총액의 15%	무료 (장애인기금)
		원내 직접조제	2,000원		
		CT,MRI,PET	5%		
제3차의료급여기관		그 밖의 외래진료	2,000원	의료급여비용 총액의 15%	무료 (장애인기금)
		원내 직접조제	2,500원		
		CT,MRI,PET	5%		

※ 그 밖의 외래진료

원내 직접조제와 처방전 발급이 함께 이루어진 경우
원내 직접조제 없이 처방전 발급만 이루어진 경우
원내 직접조제와 처방전 발급이 모두 없는 경우

외래 본인부담면제자

의료급여 기관	대 상	본인부담 구분코드	관련 근거
제1·2·3차 의료급여기관	18세 미만인자 1종	M003	영[별표1] 제1호 다목
	임산부 1종	M004	
	(구)등록 희귀난치성질환자 1종(2013.9.30.이전 등록 수급권자)	M005	
	등록 희귀난치성질환자 1종 (2013.10.01.~2018.12.31.등록수급권자)	M015	
	20세 이하인 자로 중·고등학교 재학 중인 자 1종	M007	
	가정간호대상자 1종	M008	
	응급환자인 선택의료급여기관 이용자 1종	M009	
	장애인보조기기 지급받는 선택의료급여기관 이용자 1종	M010	
	행려환자 1종	M011	
	노숙인진료시설을 이용하는 노숙인 1종	M012	
	응급·분만으로 노숙인진료시설 이외의 의료급여기관을 이용하는 노숙인1종	M013	
	노숙인진료시설에서 의뢰되어 제3차의료급여기관을 이용하는 노숙인 1종	M014	
	등록 중증질환자 1종	M016	
	등록 결핵질환자 1종	M017	
	등록 희귀질환자 1종	M018	
	등록 중증난치질환자 1종	M019	

선택의료급여기관 적용자

구분	대 상	본인부담 구분코드	본인일부부담률
선택의료 급여기관 이용자	선택의료급여기관 적용자(조건부연장승인자) 1종	M001	무료
	선택의료급여기관 자발적 참여자 1종	M002	
	응급환자인 선택의료급여기관 이용자 1종	M009	
	장애인보조기기 지급받는 선택의료급여기관 이용자 1종	M010	
	선택의료급여기관 적용자(조건부연장승인자) 2종	B001	외래 본인부담률
	선택의료급여기관 자발적 참여자 2종	B002	
	응급환자인 선택의료급여기관 이용자 2종	B003	
	장애인보조기기 지급받는 선택의료급여기관 이용자 2종	B004	
	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	원외 1,000원 원내 1,500원
	제3선택의료급여기관(한의원) 또는 제4선택의료급여기관(치과의원)에서 진료 받은 자(1,2종)	B008	외래 본인부담률
선택의료 급여기관에서 의뢰된자	선택의료급여기관에서 의뢰된 자	B005	외래 본인부담률
	선택의료급여기관에서 의뢰되어 재의뢰된 자	B006	
	선택의료급여기관 적용자로서 「선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용절차 등에 관한 규정」에 따른 경과규정 적용자 등 의료급여의뢰서를 제출한 것으로 갈음하는 자	B009	

본인부담률을 달리 운영하고 있는 특정 항목 본인부담률

본인부담구분코드 및 특정기호	대 상	본인일부부담률			관련 근거
V001,V003,V005 V009,V012,V013 V014,V015,V117 V277,V278,V284 V286,V288	보건복지부 장관이 정하여 고시하는 만성질환자(2종)	제2차 의료 급여 기관	그 밖의 외래진료	1,000원	영[별표1] 제2호가목2)가), 의료급여기준 제17조
			원내 직접조제	1,500원	
			CT,MRI, PET	15%	
V103	인체면역결핍바이러스 질환자의 해당상병(B20~24)의 당일 외래진료 (1, 2종)	무료			의료급여기준 제17조의2
B010·F015*	임신부(2종)	제1차 의료 급여 기관	CT,MRI PET	5%	영[별표1] 제2호자목
		제2·3차 의료급여기관		의료급여비용 총액의 5%	
B011·F016*	만5세까지의 조산아 및 저체중 출생아 (2종)	제1차 의료 급여 기관	CT,MRI PET	5%	영[별표1] 제2호차목
		제2·3차 의료급여기관		의료급여비용 총액의 5%	
V161	조현병(해당상병 F20~29) 정신질환자(2종)	제2·3차 의료 급여 기관	외래 진료	5%	영[별표1] 제2호타목1)
			CT,MRI PET	15%	
B012	조현병 외 정신질환자(2종)[주1]	제2·3차 의료 급여 기관	외래 진료	10%	영[별표1] 제2호타목2)
			CT,MRI PET	15%	
B013· (V800,V810)*	치매 질환자 (2종)	제1차 의료 급여 기관	CT,MRI PET	5%	영[별표1] 제2호하목
		제2·3차 의료급여기관		의료급여비용 총액의 5%	
B014·F023*	연장승인(선택의료급여기관) 미신청자(불승인자)(1,2종)	의료급여비용 총액의 30%			영[별표1] 제3호다목
F024	1세미만(2종)	제1차 의료급여기관		무료	영[별표1] 제2호머목, 버목
		제2·3차 의료급여기관		의료급여비용 총액의 5%	
B015·F024*	1세미만 만성질환자(2종)	제2차 의료 급여 기관	외래 진료	무료	
			CT,MRI PET	5%	
V008,V194,V231 V293,V251,V274	가정간호 대상자	1종수급권자		무료	의료급여기준 제17조의4
		2종수급권자		의료급여비용 총액의 10%	

본인부담구분코드 및 특정기호	대 상	본인일부부담률		관련 근거
V252,V352	경증질환주2) 약국 약제비	3%		영[별표1] 제1호바목 제2호아목
F022	보건복지부장관이 정하여 고시하는 확진검사	무료		영[별표1] 제1호아목1) 제2호러목1)
-	원격협의진찰료-자문료	무료		영[별표1] 제1호아목2) 제2호러목2)
-	회송료	무료		영[별표1] 제1호아목3) 제2호러목3)
-	18세이하 치아 홈메우기(2종)	제2·3차 의료급여기관	5%	영[별표1] 제2호더목
-	항정신병 장기지속형 주사제	10% 본인부담면제자 무료 2종 장애인 무료(장애인 기금)		영[별표1] 제1호사목 제2호카목, 파목

* 해당 본인부담구분코드, 특정기호 동시기재
주1) 조현병 외 정신질환: 상병코드 F00~19, F30~F99, G40~41
주2) 경증질환: 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준[별표6] "약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상"

기 타

기타 의료급여 항목 본인일부부담률

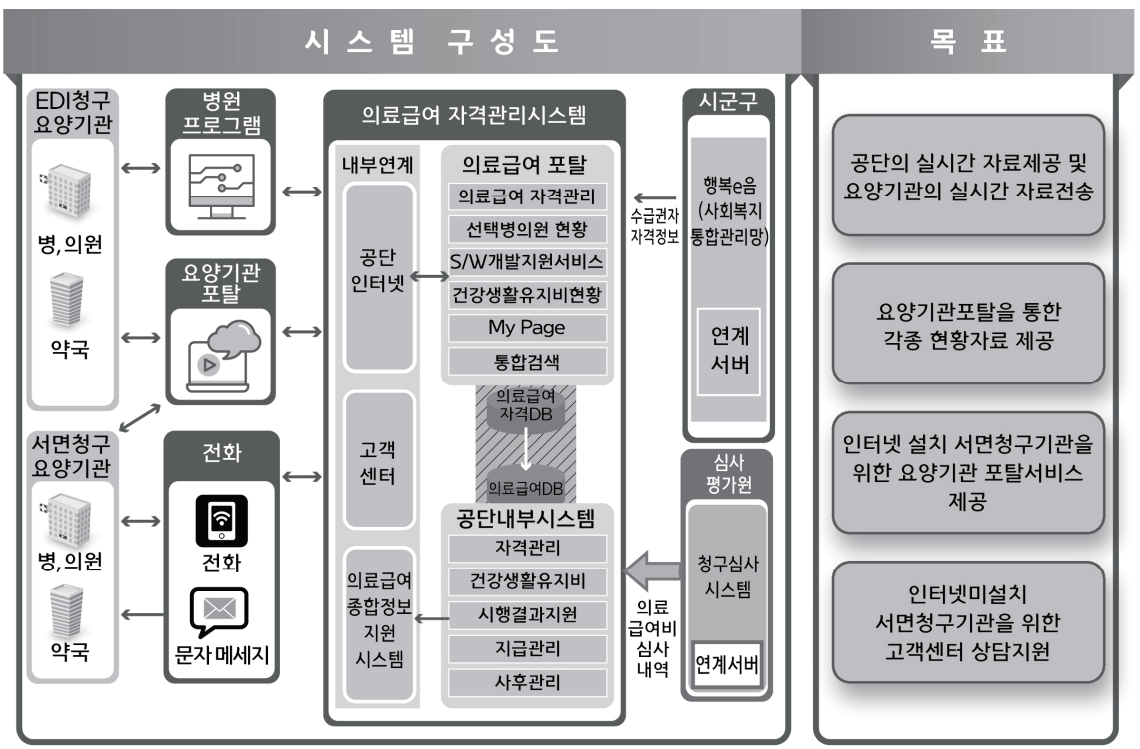
대 상	의료급여수급권자 종별		관련 근거
	1종수급권자	2종수급권자	
등록 틀니 환자 (65세 이상)	급여비용의 5%	급여비용의 15%	영[별표1] 제1호라목 제2호마목
등록 치과임플란트 환자 (65세 이상)	급여비용의 10%	급여비용의 20%	영[별표1] 제1호마목 제2호바목
선별급여	급여비용의 30·50(60)·80·90%		영[별표1] 제3호가목
한방 추나요법	급여비용의 30% 또는 80%	급여비용의 40% 또는 80%	영[별표1] 제3호라목

※ 본인부담 보상제·상한제 해당되지 않음, 2종 장애인의 경우 장애인 기금 지원 없음

7 의료급여 자격관리시스템

- 의료급여 자격관리시스템은 급여일수의 실시간 관리를 통해 여러 의료기관 이용에 따른 중복투약을 예방하여 수급자의 건강을 증진하고, 수급권자의 본인부담금을 건강생활유지비에서 차감할 수 있도록 한 시스템 임
- 즉, 불필요한 누수요인을 최소화하여 의료급여 재정집행의 건전성을 도모하기 위해 도입

기본체계도



진료 전 수급자 자격정보 제공

- 의료급여기관이 수급자 진료 전에 본인부담면제자 여부, 선택병의원 적용자 여부, 건강생활유지비 잔액 등의 정보를 확인할 수 있도록 하여 의료급여기관의 행정처리 편의 제공

진료 후 급여일수 전송 등 처리

- 의료급여기관에서는 수급자 진료(조제)후 주상병명, 급여일수, 본인부담금차감액, 처방전교부기관기호, 처방전교부번호, 진료를 의뢰한 선택의료급여기관 기호 등 보건복지부장관이 정하는 사항을 국민건강보험공단의 자격관리 시스템에 전송하면, 진료확인번호를 받을 수 있음

의료급여기관과 건강보험공단간의 송수신 정보

▌의료급여기관 ⇔ 공단 ▌

구분	전달 메시지 내역		비고
M1	✲ 수진자 주민등록번호 ✲ 수급권자성명 ✲ 건강보험 증번호	✲ 의료급여기관기호 ✲ 진료일자 ✲ 생년월일	
M2	✲ 자격여부 ✲ 수진자성명 ✲ 보장기관기호(사업장기호) ✲ 시설기호(증번호) ✲ 급여제한일자(상실일자) ✲ 본인부담여부 ✲ 선택기관기호와 명칭(관할지사 명칭) ✲ 장애여부 ✲ 차상위 대상자 ✲ 약국환자 정보 ✲ 노인틀니 등록대상자 ✲ 당뇨병 요양비 대상자 등록일 ✲ 동일성분 100/100 대상자 ✲ 자격상실처리일자 ✲ 희귀난치대상자	✲ 자격취득일 ✲ 세대주성명 ✲ 수진자 주민등록번호 ✲ 의료급여 기관기호 ✲ 급여제한여부 ✲ 건강생활유지비잔액 ✲ 출국자 여부 ✲ 산정특례대상자 ✲ 의료급여 임신출산전 지원금잔액 ✲ 임플란트 등록대상자 ✲ 자가도뇨카테타 등록대상자 ✲ 당뇨병 요양비 대상자 유형	수진자 주민번호 중복시 N개 전송
M3	✲ 수진자 주민등록번호 ✲ 의료급여기관기호 ✲ 입(내)원일수 ✲ 본인일부부담금 ✲ 기관부담금 ✲ 진료일자 ✲ 처방전교부기관기호(약국) ✲ 본인부담여부 ✲ 진료과목코드 ✲ 처방전 발급유무 ✲ 비급여 총금액	✲ 수진자성명 ✲ 진료형태 ✲ 투약일수 ✲ 건강생활유지비청구액 ✲ 주상병분류기호 ✲ 처방전교부번호(의료급여기관, 약국) ✲ 진료의뢰 의료급여기관기호 ✲ 타기관 의뢰여부 ✲ 장애시 진료승인번호 ✲ 퇴원구분코드 ✲ 임신출산전 진료비 청구액	
M4	✲ 수진자 주민등록번호 ✲ 의료급여기관기호 ✲ 본인일부부담금 ✲ 건강생활유지비청구액 ✲ 임신출산전 진료비 청구액	✲ 수진자성명 ✲ 진료확인번호 ✲ 건강생활유지비잔액 ✲ 승인여부 ✲ 임신출산전 진료비지원금 잔액	
M5	✲ 수진자 주민등록번호 ✲ 진료확인번호	✲ 의료급여기관기호 ✲ 진료일자	
M6	✲ 수진자 주민등록번호 ✲ 취소여부 ✲ 진료확인번호 ✲ 임신출산전 진료비지원금 잔액	✲ 의료급여기관기호 ✲ 건강생활유지비잔액	

▌의료급여 송수신 Message Layout ▌

(항목설명)
COL:MDB의 컬럼명(Broker), **DESC**:항목명, **key Name**:항목 영문명칭, **Mode**:항목의 타입 및 길이(an:문자/n:숫자), **Pos**: 해당 항목 시작위치(파일브로커만 해당), **value 또는 포멧**: 항목값 또는 데이타포멧

MESSAGE 1 : MESSAGE_REQUEST(자격조회요청)

COL	DESC	key Name	Mode	Pos	value 또는 format	비고
COL01	수진자 주민등록번호	sujinjaJuminNo	an(13)	1	생년월일 다음의 '-'는 기재 생략	
COL02	의료급여기관기호	ykiho	an(8)	14	병의원(약국)의 해당 요양기관기호 기재	
COL03	수진자 성명	sujinjaJuminNm	an(40)	22	수진자의 성명을 한글로 기재하되 성과 이름을 붙여서 기재	2007.10.1. 신규 개인정보침해사고를 보완하고자 주민번호+수진자성명이 일치하는 경우에만 조회
COL04	진료일자	diagDt	an(8)	62	YYYYMMDD ; 미기재시 기존과 같이 현재 일자의 자격조회	2007.10.1. 신규진료 당시의 자격제공을 위해 추가함
COL05	건강보험증번호	hiCardNo	an(11)	70	건강보험 대상자 증번호 기입 (의료급여미해당)	이 컬럼에 값이 들어오면 증번호 조회로직이 수행됩니다.
COL06	생년월일	birthDay	an(6)	81	YYMMDD : ex) 831124	
COL29	로그인 아이디	loginId	an(30)	87	건강보험공단 요양기관포탈 로그인 아이디	2007.6.12. 신규
COL30	패스워드	password	an(30)	117	건강보험공단 요양기관포탈 로그인 패스워드	2007.6.12. 신규
DATE	데이터 입력 일자 (년월일-시분초)	date	an(15)	147	YYYYMMDD-HHmmSS	
STATUS	메시지 처리상태	해당없음	an(1)	해당 없음	Broker DB사용자에만 해당 (DLL사용자, 파일브로커사용자는기재생략) 1:대기중 2:작업중 3:처리완료 4:장애	
MSG_TYPE	메시지 타입	msgType	an(2)	162	"M1" 기재	
CLIENT_INFO	화면 클라이언트의 개별 고유 값	clientInfo	an(50)	164		
OPERATOR_ JUMIN_NO	담당자주민등록번호	operatorJuminNo	an(13)	214	전산담당자 고유정보 기재	2007.5.16. 신규
해당없음	프로그램 구분	pgmType	an(1)	해당없음	1:Broker, 2:DLL, 3:WSDL (DLL/Broker사용자는 기재 생략)	2007.5.7. 신규
해당없음	DLL 버전	version	an(15)	해당없음	VER+YY+'.'+MM+'.'+DD+'.'+buildno(3) 예) VER07.05.02.001 (DLL/Broker사용자는 기재 생략)	2007.5.7. 신규

MESSAGE 2 : MESSAGE_RESPONSE(자격조회확인)

COL	DESC	key Name	Mode	Pos	value format 또는 value	비고
COL01	수진자 주민등록번호	sujinjaJuminNo	an(13)	1	생년월일 다음의 '-'는 기재 생략	

COL02	수진자 성명	sujinjaJuminNm	an(40)	14	수진자의 성명을 한글로 기재하되 성과 이름을 붙여서 기재	2007.10.1 길이변경an(20)->an(40) :외국인이름 중 10자리 초과되는 이름 존재하여 자릿수 늘림
COL03	의료급여기관기호	ykiho	an(8)	54	병의원(약국)의 해당 요양기관기호 기재	
COL04	자격여부	qlfType	an(1)	62	1:지역세대주 2:지역세대원 4:임의계속직장가입자 5:직장가입자 6:직장피부양자 7:의료급여1종 8:의료급여2종	
COL05	자격취득일	qlfChwidukDt	an(8)	63		
COL06	세대주 성명	sedaejuNm	an(40)	71	세대주의 성명을 한글로 기재하되 성과 이름을 붙여서 기재	2007.10.1 길이변경an(20)->an(40) :외국인이름 중10자리 초과되는 이름 존재하여 자릿수 늘림
COL07	보장기관기호	protAdminSym	an(11)	111	( )안은 건강보험	자릿수변경 an(7)->an(8) 사업장기호:8자리 보장기관기호:7자리 2008.1.1. 사업장기호변경에 따른 길이 변경 an(8)->an(11) 2008.12.18. 사업장 기호 미제공 (11자리 모두 0으로 표기)
COL08	시설기호(증번호)	asylmSym	an(11)	122	( )안은 건강보험	
COL09	급여제한일자 (건강보험상실일자)	payRestricDt	an(8)	133	( )안은 건강보험	이 항목은, 다른 필드의 값에 따라서 데이터의 의미가 달라지므로, OCS 화면에서 반드시 그 의미에 맞는 항목명으로 보여지도록 해야 한다. -건강보험대상자일 경우- 자격상실일자 -의료급여수급권자일 경우- 1. 급여제한일자 :sbrdnType M001, M002, B001, B002, B014가 아닐 때 2. 선택기관지정일자 :sbrdnType M001, M002, B001, B002 일 때 3. 건보부담적용일자 :sbrdnType B014일 때
COL10	본인부담여부	sbrdnType	an(4)	141	M001: 선택기관적용자(조건부연장 승인자) 1종 M002:선택기관자발적참여자 1종 M003:18세미만인자 1종 M004:임산부 1종 M005:(구)희귀난치성질환자 1종 (2013.09.30.이전) M007:20세 이하인 자로 중·고등학교 재학중인 자 1종 M008:가정간호대상자 1종	2019.03.01. B014 신설

					M011:행려환자 1종 M012:노숙인진료시설을이용하는노숙인 1종 M015:등록희귀난치성질환자 1종 (2013.10.01.~2018.12.31.) M016:등록중증질환자 1종 M017:등록결핵질환자 1종 M018:등록희귀질환자 1종 M019:등록중증난치질환자 1종 B001:선택기관적용자(조건부연장승인자) 2종 B002:선택기관자발적참여자 2종 B011:등록조산아및저체중출생아 2종 B014:연장승인(선택의료급여기관)미신청자(불승인자)로서「의료급여법 시행령」[별표1] 제3호다목에 따른 의료급여비용을 적용받는 사람(1·2종) [건보부담적용자]	
COL11	건강생활유지비 잔액	cfhcRem	n(10)	145		
COL12	선택기관기호1 (관할지사코드)	ykiho1	an(8)	155	( )안은 건강보험	2008.12.18. 관할지사 미제공 (0000)
COL13	선택기관기호2	ykiho2	an(8)	163		
COL14	선택기관기호3	ykiho3	an(8)	171		
COL15	선택기관기호4	ykiho4	an(8)	179		
COL16	선택기관 이름1 (관할지사명)	yoyangNm1	an(50)	187	( )안은 건강보험	2008.12.18. 관할지사명 미제공
COL17	선택기관 이름2	yoyangNm2	an(50)	237		
COL18	선택기관 이름3	yoyangNm3	an(50)	287		
COL19	선택기관 이름4	yoyangNm4	an(50)	337		
COL20	출국자 여부	dprtYn	an(1)	387	Y:출국자, N: 출국자 아님	2007.4.27. 신규추가
COL21	장애인등록일자	obstRegDt	an(8)	388	YYYYMMDD	2007.5.18. 신규추가 ※ 2015.10.1. 장애인등록일자 미제공
COL22	희귀난치 의료비 지원 대상자	disRegPrson1	an(45)	396	특정기호(4)+승인일(8)+종료일(8)	승인상병(5) (2009.8.13. 제거)
COL23	산정특례(희귀질환) 등록대상자	disRegPrson2	an(47)	441	특정기호(4)+등록번호(15)+등록일(8)+종료일(8)+상병코드(10)+상병일련번호(2)	특정기호 = V ※ 의료급여희귀난치 등록제정보제공 11.1일 ※ 상병코드, 일련번호 2014.10.1. 제공 (건강보험) ※ 상병코드, 일련번호 2014.12.1. 제공 (의료급여) 2019.1.1. 중증난치질환자 COL50 변경
COL24	차상위대상자	disRegPrson3	an(21)	488	특정기호(4)+시작일(8)+종료일(8)+구분(1) ;구분 '1':차상위1종, '2':차상위2종	2008.4.1 1종 시행(C) 2009.4.1 2종 시행(E,F)

COL25	산정특례(암)등록 대상자1	disRegPrson4	an(48)	509	특정기호(4)+등록번호(15)+등록일(8)+종료일(8)+상병기호(10)+상병일련번호(2)+등록구분(1)	2009.12.1일부 상병기호 제거 의료급여: 중증암등록대상자 ※상병코드, 일련번호, 등록구분 2017.7.12. 제공 (건강보험, 의료급여) ※ 데이터길이 변경(40->48)
COL26	약국환자 정보 (약국전용)	reqPatInfo	an(62)	557	[첫번째건]교부요양기관기호(8)+[첫번째건]처방전교부번호(13)+[첫번째건]상병코드(6)+[첫번째건]본인부담구분코드(4)+[두번째건]교부요양기관기호(8)+[두번째건]처방전교부번호(13)+[두번째건]상병코드(6)+[두번째건]본인부담구분코드(4)	2008.7.14. 신규 약국에서 확인용(2건까지제공) 2011.1.1. 상병코드 5->6자리
COL27	의료급여 산전 지원금 잔액	pregRemAmt	n(10)	619		2008.12.15. 적용
COL28	산정특례(화상)등록 대상자	disRegPrson5	an(40)	629	특정기호(4)+등록번호(15)+등록일(8)+종료일(8)	특정기호: V247-250 2010.11.1. 신규 (건강보험, 의료급여제공)
COL29	당뇨병 요양비 대상자 등록일	disRegPrson6	n(8)	669	등록일(8)	2011.7.1. 적용 (건강보험제공)
COL30	동일성분 의약품 제한자	disRegPrson7	n(16)	677	등록일(8)+종료일(8)	2011.8.1. 적용 (의료급여 제공)
COL31	노인틀니 대상자(상악)	dentTop	n(55)	693	등록번호(15)+등록요양기관기호(8)+틀니 장착일(8)+무상사후기간 종료일(8)+시작일(8)+종료일(8)	2012.7.1. 시행
COL32	노인틀니 대상자(하악)	dentBottom	n(55)	748	등록번호(15)+등록요양기관기호(8)+틀니 장착일(8)+무상사후기간 종료일(8)+시작일(8)+종료일(8)	2012.7.1. 시행
COL33	건강보험 수진자의 자격상실처리일자	sangsilProcDt	n(8)	803	상실처리일(8)	2013.5.1. 시행
COL34	자가도뇨 카테타 대상자	disRegPrson8	n(8)	811	등록일(8)	2013.7.1. 시행
COL35	급여제한 여부	qlfRestrictCd	n(2)	819	01:무자격자 02:6회 이상 체납에 의한 급여 제한 03:외국인, 재외국민보험료 체납에 의한 급여 제한	2014.6.1. 시범운영 2014.7.1. 시행 2019.7.1. 외국인보험료체납 급여제한자(03)시행
COL36	임플란트 대상자정보 1	dentImpl1	n(58)	821	등록번호(18)+등록요양기관기호(8)+최종단계 시술일(8)+사후점검종료일(8)+시작유효일(8)+상실유효일(8)	2014.7.1. 시행
COL37	임플란트 대상자정보 2	dentImpl2	n(58)	879	등록번호(18)+등록요양기관기호(8)+최종단계 시술일(8)+사후점검종료일(8)+시작유효일(8)+상실유효일(8)	2014.7.1. 시행
COL38	산정특례(결핵)등록 대상자	disRegPrson9	an(47)	937	특정기호(4)+등록번호(15)+등록일(8)+종료일(8)	특정기호 = V ※ 의료급여희귀난치등록제정보 제공11.1. ※ 상병코드, 일련번호 2014.10.1. 제공 (건강보험만) ※ 상병코드, 일련번호 2016.7.1. 제공안함
COL39	장애여부	obstYn	an(1)	984	Y:장애우 N:비장애우	차상위 특정기호(E) 대상자 또는 의료급여1·2종 대상자일 경우만 서비스 제공
COL40	당뇨병 요양비 대상자 유형	diabetesCd	an(2)	985	01:DMTYPE1 02:DMTYPE2	2015.12.16.

COL41	산정특례(극희귀) 등록대상자	disRegPrson10	an(48)	987	특정기호(4)+등록번호(15)+등록일(8)+종료일(8)+상병코드(10)+상병일련번호(3)	2016.4.1. 2019.1.1. 상병일련번호길이 변경(2->3)
COL42	산정특례(상세불명 희귀)등록대상자	disRegPrson11	an(47)	1035	특정기호(4)+등록번호(15)+등록일(8)+종료일(8)+상병코드(10)+상병일련번호(2)	2016.4.1.
COL43	조산아 및 저체중출생아 등록대상자	preInfant	an(26)	1082	등록번호(10)+시작유효일자(8)+종료유효일자(8)	2017.2.16.
COL44	요양기관별 산정특례(결핵)등록대상자	disRegPrson12	an(88)	1108	특정기호(4)+산정특례등록번호(10)+치료시작일자(8)+치료종료일자(8)+의사면허번호(10)+의사성명(40)+종료요양기관기호(8)	2017.4.6.
COL45	산정특례(중복암) 등록대상자2	disRegPrson13	an(48)	1196	특정기호(4)+등록번호(15)+등록일(8)+종료일(8)+상병기호(10)+상병일련번호(2)+등록구분(1)	2017.7.12.
COL46	산정특례(중복암) 등록대상자3	disRegPrson14	an(48)	1244	특정기호(4)+등록번호(15)+등록일(8)+종료일(8)+상병기호(10)+상병일련번호(2)+등록구분(1)	2017.7.12.
COL47	산정특례(중복암) 등록대상자4	disRegPrson15	an(48)	1292	특정기호(4)+등록번호(15)+등록일(8)+종료일(8)+상병기호(10)+상병일련번호(2)+등록구분(1)	2017.7.12.
COL48	산정특례(중복암) 등록대상자5	disRegPrson16	an(48)	1340	특정기호(4)+등록번호(15)+등록일(8)+종료일(8)+상병기호(10)+상병일련번호(2)+등록구분(1)	2017.7.12.
COL49	산정특례(중증치매) 등록대상자	disRegPrson17	an(69)	1388	특정기호(4)+상병코드(10)+상병일련번호(2)+등록번호(15)+시작(유효)일(8)+상실(유효)일(8)+차수시작일(8)+차수종료일(8)+연장전사전승인일수(3)+연장후사전승인일수(3)	2017.10.12.
COL50	산정특례(중증난치질환)등록대상자	disRegPrson18	an(47)	1457	특정기호(4)+등록번호(15)+등록일(8)+종료일(8)+상병코드(10)+상병일련번호(2)	2019.1.1. 신규
COL51	산정특례(기타염색체이상질환)등록대상자	disRegPrson19	an(48)	1504	특정기호(4)+등록번호(15)+등록일(8)+종료일(8)+상병코드(10)+상병일련번호(3)	2019.1.1. 신규
COL52	국적구분	ntntType	an(2)	1552	※ 건강보험 지역자격 세대만 표시 01:내국인 02:외국인 03:재외국민	2019.8.30. 신규
COL53	요양병원 입원여부	mdcareHsptHsptzYn	an(1)	1554	Y:진료일자 기준 입원 시작 다음날부터 퇴원 전날까지 N:진료일자 기준 요양병원 입원자료가 없거나 입원/퇴원당일	2019.11.1. 신규
COL54	요양병원 기관기호	mdcareHsptAdminSym	an(8)	1555	표시:진료일자 기준 입원 시작 다음날부터 퇴원 전날까지 Null:진료일자 기준 요양병원 입원자료가 없거나 입원/퇴원당일	2020.2.29. 신규
DATE	데이터 입력 일자(년월일-시분초)	date	an(15)	1563	M1의 데이터 입력 일자 :YYYYMMDD-HHmmSS	
PICKUP_FLAG	요양기관 처리여부	해당없음	an(1)	해당없음	(Broker DB사용자에만 해당) Y:처리, N:미처리	
MESSAGE_CODE	서버로부터의 메시지 Code	messageCode	an(8)	1570		
MESSAGE	서버로부터의 메시지	message	an(250)	1578		
MSG_TYPE	메시지 타입	msgType	an(2)	1828	"M2" 기재	
CLIENT_INFO	화면 클라이언트의 개별 고유 값	clientInfo	an(50)	1830		

OPERATOR_ JUMIN_NO	담당자 주민등록번호	operatorJuminNo	an(13)	1880	M1의 전산담당자 고유정보 값	2007.5.16. 신규
해당없음	프로그램 구분	pgmType	an(1)	해당없음	M1의 프로그램 구분 값 1:Broker, 2:DLL, 3:WSDL	2007.5.7. 신규
해당없음	DLL 버전	version	an(15)	해당없음	M1의 DLL버전값 VER+YY+'.'+MM+'.'+DD+'.'+buildno(3) 예) VER07.05.02.001	2007.5.7. 신규
MESSAGE 3 : MESSAGE_REQUEST(진료확인요청)						
COL	DESC	key Name	Mode	Pos	value format 또는 value	비고
COL01	수진자 주민등록번호	sujinjaJuminNo	an(13)	1	생년월일 다음의 '-'는 기재 생략	
COL02	수진자 성명	sujinjaJuminNm	an(40)	14	수진자의 성명을 한글로 기재하되 성과 이름을 붙여서 기재	2007.10.1. 길이변경an(20)->an(40) :외국인이름 중 10자리 초과되는 이름 존재하여 자릿수 늘림
COL03	의료급여기관기호	ykiho	an(8)	54	병의원(약국)의 해당 요양기관기호 기재	
COL04	진료형태	diagType	an(1)	62	병의원 1:입원, 2:외래, 약국 3:약국처방조제, 4:약국직접조제	
COL05	입(내)원 일수	payDdCnt	n(3)	63	병의원 :외래는 1, 입원은 입원일수 약국 :1	
COL06	투약일수	tuyakDdCnt	n(3)	66	병의원 :원내 투약일수 기재 약국 :총투약일수기재	2007.5.8. keyname 오타 수정 toyakDdCnt ->tuyakDdCnt
COL07	본인 일부 부담금	selfPartBrdnAmt	n(10)	69		
COL08	건강생활 유지비 청구액	cfhcDmdAmt	n(10)	79		
COL09	기관부담금	adminBrdnAmt	n(10)	89		
COL10	주상병분류기호 (약국직접조제-증상기호)	mainSickSym	an(5)	99		
COL11	진료일자	diagDt	an(8)	104	YYYYMMDD	
COL12	처방전 교부 기관 기호 (약국)	piAdmin	an(8)	112	병의원 : 미기재 약국 :처방전발행병의원의요양기관기호기재	
COL13	처방전교부번호 (의료급여기관, 약국)	prscGnoAdmin	an(13)	120	요양기관에서 처방전 교부시 부여하는 번호 :YYYYMMDD+일련번호5자리	COL14(처방전 교부 교부번호 (의료급여기관)-prscGnoYkiho)와 통합됨
COL14	본인부담여부	sbrdnType	an(4)	133	M009: 응급환자인 선택기관 이용자 1종 M010: 장애인보장구지급받는선택기관 이용자1종 M013: 응급환자인노숙인1종 M014: 2차노숙인진료시설에서3차로의뢰된 노숙인1종 B003: 응급환자인선택이용자2종 B004: 장애인보장구지급받는선택기관이용자 2종	old:COL15 2019.3.1. B015 신설

					B005: 선택기관에서 의뢰된 자(1,2종) B006: 선택기관에서 의뢰되어 재의뢰된 자(1,2종) B007: 장기요양기관에서 진료받은 자(1,2종) B008: 제3선택 또는 제4선택기관에서 진료받은 자(1,2종) B009: 경과규정적용자 등 의뢰서 제출 갈음 대상자(1,2종) B010: 임산부2종 B012: 정신질환자가 조현병(F20~F29)외의 정신질환으로 관련 진료를 받은 당일 외래진료(2종) B013: 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 별표4의2 구분6과 구분7에 해당하는 치매질환으로 진료를 받은 당일 외래진료 B015: 1세미만 수급권자 중 만성질환자의 외래진료(2종) B099: 전염병확산등 긴급사유로 급여를 받은 선택기관적용자	
COL15	타기관 의뢰여부	otherRequestYn	an(1)	137	Y 또는 N	2007.5.4. 신규추가 old:COL16
COL16	장애시 진료확인번호	cfhcCfrNo	an(23)	138	정상 :NULL 장애(요양기관에서자체부여한번호) : 의료급여기관기호(8)+진료일자(8)+'9'+일련번호(6)	2007.5.4. 신규추가 old:COL17
COL17	진료과 코드	diagItem	an(4)	161	중복자료로 전송시 체크하기 위함 해당되는 의료기관만 전송함 진료과목이 하나인 기관은 미기재 (*)의료급여정보메시지추가변경(안)기재방법 참고	2007.10.1. 신규
COL18	처방전 발급유무	prscGnoYn	an(1)	165	Y:원외처방전 발급시 N:미발급	2008.7.14. 신규
COL19	퇴원구분코드	diagOutCode	an(1)	166	1:입원중 2:퇴원 3:신포괄 9:기타(외래 등)	2008.7.14. 신규 2012.10.29. 신포괄수가제추가
COL20	비급여 총금액	pregSumAmt	n(10)	167	산전지원비청구액이 포함된 금액	2008.12.15. 적용
COL21	출산전 진료비 청구액	pregDmndAmt	n(10)	177		2008.12.15. 적용
COL22	진료의뢰 의료급여기관기호	diagReqYkiho	an(8)	187	진료의뢰서를 발급한 의료급여기관기호 (B005, B006 진료확인번호 요청시 필수 입력 사항-약국제외, M014 노숙인 진료의뢰기관 기호는 약국도 필수 입력 사항)	2010.3.1. 적용
COL29	로그인 아이디	loginId	an(30)	195	건강보험공단 요양기관포탈 로그인 아이디	2007.6.12. 신규
COL30	청구개발업체 및 자체개발병원 사업자등록번호	password	an(30)	225	개발구분(1)+사업자증록번호(10) 개발구분: 1:자체개발 2:청구업체	사업자등록번호는 개발업체 혹은 자체개발병원 예) 19999999999 자체개발이고 사업장등록번호가 9999999999인 경우
DATE	데이터 입력 일자 (년월일-시분초)	date	an(15)	255	YYYYMMDD-HHmmSS	

STATUS	메시지 처리상태	해당없음	an(1)	해당없음	Broker DB사용자에만 해당 (DLL 사용자, 파일브로커 사용자는 기재 생략) 1:대기중 2:작업중 3:처리완료 4:장애	
MSG_TYPE	메시지 타입	msgType	an(2)	270	"M3" 기재	
CLIENT_INFO	화면 클라이언트의 개별 고유 값	clientInfo	an(50)	272		
OPERATOR_JUMIN_NO	담당자 주민등록번호	operatorJuminNo	an(13)	322	전산담당자 고유정보 기재	
해당없음	프로그램 구분	pgmType	an(1)	해당없음	1:Broker, 2:DLL, 3:WSDL (DLL/Broker사용자는 기재 생략)	1:웹서비스(Broker) 2:웹서비스(DLL) 3:웹서비스(WSDL) 4:포탈로그인 5:고객센터상담화면 6:고객센터IVR 7:지사ARS
해당없음	DLL 버전	version	an(15)	해당없음	VER+YY+'.'+MM+'.'+DD+'.'+buildno(3) 예) VER07.05.02.001 (DLL/Broker사용자는 기재 생략)	

MESSAGE 4 : MESSAGE_RESPONSE(진료확인결과)

COL	DESC	key Name	Mode	Pos	value format 또는 value	비고
COL01	수진자 주민등록번호	sujinjaJuminNo	an(13)	1	생년월일 다음의 '-'는 기재 생략	
COL02	수진자 성명	sujinjaJuminNm	an(40)	14	수진자의 성명을 한글로 기재하되 성과 이름을 붙여서 기재	2007.10.1. 길이변경 an(20)->an(40) : 외국인이름 중 10자리 초과되는 이름 존재하여 자릿수 늘림
COL03	의료급여기관기호	ykiho	an(8)	54	병의원(약국)의 해당 요양기관기호 기재	
COL04	승인여부	admType	an(2)	62	승인:03, 불승인:04	
COL05	진료확인번호	cfhcCfrNo	an(23)	64	정상승인: 의료급여기관기호(8)+진료일자(8)+'0'+일련번호(6)	
COL06	본인 일부 부담금	selfPartBrdnAmt	n(10)	87		
COL07	건강생활 유지비 청구액	cfhcDmdAmt	n(10)	97		
COL08	건강생활 유지비 잔액	cfhcRem	n(10)	107		
COL09	산전지원비청구액	pregDmndAmt	n(10)	117		2008.12.15. 적용
COL10	의료급여 산전 지원금 잔액	pregRemAmt	n(10)	127		2008.12.15. 적용
DATE	데이터 입력 일자 (년월일-시분초)	date	an(15)	137	M3의 데이터 입력 일자 :YYYYMMDD-HHmmSS	
PICKUP_FLAG	요양기관 처리여부	해당없음	an(1)	해당없음	Broker DB사용자에만 해당 (DLL 사용자는 기재 생략) Y:처리, N:미처리	

MESSAGE_CODE	서버로부터의 메시지 Code	messageCode	an(8)	152		
MESSAGE	서버로부터의 메시지	message	an(250)	160		
MSG_TYPE	메시지 타입	msgType	an(2)	410	"M4" 기재	
CLIENT_INFO	화면 클라이언트의 개별 고유 값	clientInfo	an(50)	412		
OPERATOR_JUMIN_NO	담당자 주민등록번호	operatorJuminNo	an(13)	462	M3의 전산담당자 고유정보 (DLL/Broker 사용자는 기재 생략)	
해당없음	프로그램 구분	pgmType	an(1)	해당없음	M3의 프로그램 구분 값 1:Broker, 2:DLL, 3:WSDL	
해당없음	DLL 버전	version	an(15)	해당없음	M3의 DLL 버전값 VER+YY+'.'+MM+'.'+DD+'.'+buildno(3) 예) VER07.05.02.001	

MESSAGE 5 : MESSAGE_REQUEST(진료확인취소요청)

COL	DESC	key Name	Mode	Pos	value format 또는 value	비고
COL01	수진자 주민등록번호	sujinjaJuminNo	an(13)	1	생년월일 다음의 '-'는 기재 생략	
COL02	의료급여기관기호	ykiho	an(8)	14	병의원(약국)의 해당 요양기관기호 기재	
COL03	진료확인번호	cfhcCfrNo	an(23)	22		
COL04	진료일자	diagDt	an(8)	45	YYYYMMDD	
COL29	로그인 아이디	loginId	an(30)	53	건강보험공단 요양기관포탈 로그인 아이디	
COL30	패스워드	password	an(30)	83	건강보험공단 요양기관포탈 로그인 패스워드	
DATE	데이터 입력 일자 (년월일-시분초)	date	an(15)	113	YYYYMMDD-HHmmSS	
STATUS	메시지 처리상태	해당없음	an(1)	해당없음	Broker DB에만 해당(DLL 사용자는 기재 생략) 1:대기중 2:작업중 3:처리완료 4:장애	
MSG_TYPE	메시지 타입	msgType	an(2)	128	"M5" 기재	
CLIENT_INFO	화면 클라이언트의 개별 고유 값	clientInfo	an(50)	130		
OPERATOR_JUMIN_NO	담당자 주민등록번호	operatorJuminNo	an(13)	180	전산담당자 고유정보 기재	
해당없음	프로그램 구분	pgmType	an(1)	해당없음	1:Broker, 2:DLL, 3:WSDL (DLL/Broker사용자는 기재 생략)	
해당없음	DLL 버전	version	an(15)	해당없음	VER+YY+'.'+MM+'.'+DD+'.'+buildno(3) 예) VER07.05.02.001 (DLL/Broker사용자는 기재 생략)	

MESSAGE 6 : MESSAGE_RESPONSE(진료확인취소확인)

COL	DESC	key Name	Mode	Pos	value format 또는 value	비고
COL01	수진자 주민등록번호	sujinjaJuminNo	an(13)	1	생년월일 다음의 '-'는 기재 생략	

COL02	의료급여기관번호	ykiho	an(8)	14	병의원(약국)의 해당 요양기관기호 기재	
COL03	취소여부	cnclType	an(2)	22	06:취소, 07:자료무	
COL04	진료확인번호	cfhcCfrNo	an(23)	24		
COL05	건강생활유지비 잔액	cfhcRem	n(10)	47		
COL06	의료급여 산전 지원금 잔액	pregRemAmt	n(10)	57		2008.12.15. 적용
DATE	데이터 입력 일자 (년월일-시분초)	date	an(15)	67	M5의 데이터 입력 일자 :YYYYMMDD-HHmmSS	
PICKUP_FLAG	요양기관 처리여부	해당없음	an(1)	해당없음	Broker DB사용자에만 해당 (DLL 사용자는 기재 생략) Y:처리, N:미처리	
MESSAGE_ CODE	서버로부터의 메시지 Code	messageCode	an(8)	82		
MESSAGE	서버로부터의 메시지	message	an(250)	90		
MSG_TYPE	메시지 타입	msgType	an(2)	340	"M6" 기재	
CLIENT_INFO	화면 클라이언트의 개별 고유 값	clientInfo	an(50)	342		
OPERATOR_ JUMIN_NO	담당자 주민등록번호	operatorJuminNo	an(13)	392	M5의 전산담당자 고유정보	
해당없음	프로그램 구분	pgmType	an(1)	해당없음	M5의 프로그램 구분 값 1:Broker, 2:DLL, 3:WSDL	
해당없음	DLL 버전	version	an(15)	해당없음	M5의 DLL 버전 값 VER+YY+'.'+MM+'.'+DD+'.'+buildno(3) 예) VER07.05.02.001	

8 의료급여 대상여부의 확인 업무

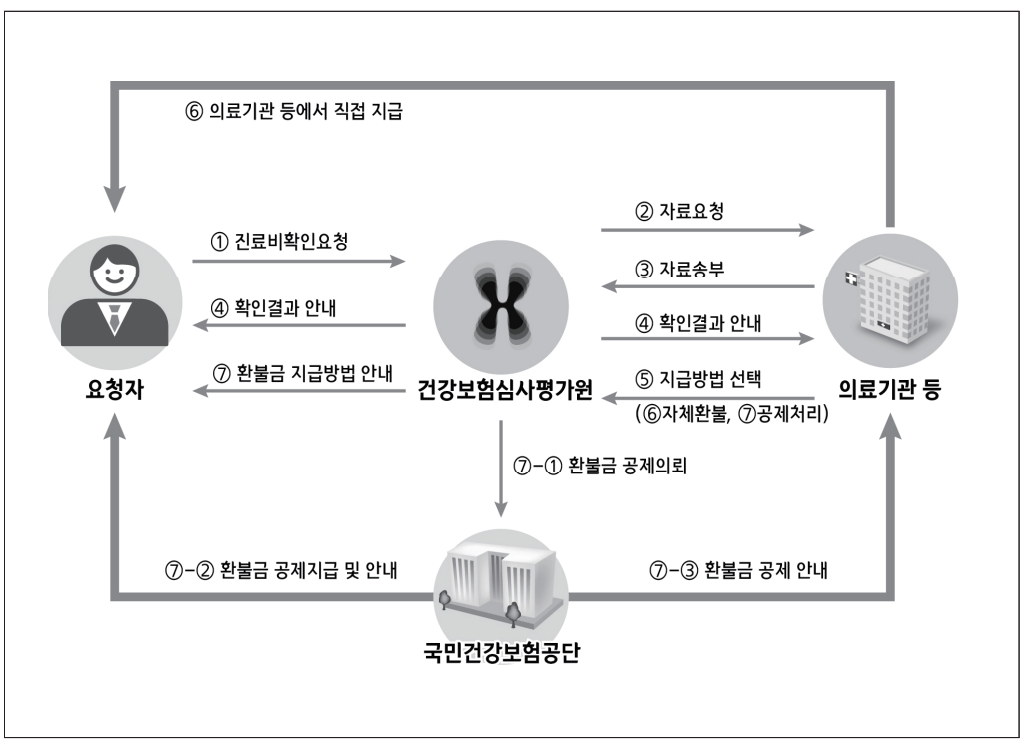
개요

- 의료급여 수급권자가 의료급여기관에 진료 후 지불한 비급여(또는 전액본인부담) 진료비용이 의료급여의 대상에 해당하는지 여부를 건강보험심사평가원에 확인요청 하면, 관련 법령 등에 맞게 납부하였는지를 확인하여 과다 납부된 진료비는 해당 기관으로 하여금 확인요청자에게 환불하도록 하는 의료소비자의 권익보호 제도임

관련 근거

- 「의료급여법」 제11조의3(급여 대상 여부의 확인 등)
- 「의료급여법」 제7조제3항에 따라 의료급여대상에서 제외되는지 여부

업무 흐름도



진료비확인요청자 범위

- 진료를 받은 사람(수진자) 본인
- 진료를 받은 사람(수진자)의 가족
  - 배우자, 직계존속, 직계비속 및 그 배우자, 형제·자매
  - 환자와 동일 의료급여 적용 관계가 있는 수급권자 및 그 피부양자
- 수진자로부터 위임 받은 제3자

※ 개인정보보호법에 따라 본인 동의 없이 제기한 민원은 처리 불가(개인정보보호법 제15조제1항제1호)

진료비확인 신청방법

- 접수방법: 인터넷(모바일), 서면, 우편, Fax, 직접방문, 이첩 등

※ 건강보험심사평가원 홈페이지(www.hira.or.kr) > 비급여 진료비 확인 요청

- 요양기관 종별 접수처리
  - 본원: 상급종합병원
  - 지원: 종합병원이하(한방병의원, 치과병원 포함) 요양기관 소재지 관할 지원

진료비 확인요청 필요서류

신청자 구분	필 요 서 류
수진자 본인	• 기본서류
수진자의 가족	• 기본서류 • 동의서(수진자 자필 서명 또는 날인) • 가족관계 확인서류 등
	• 동일 의료급여증에 등재되어 있는 경우 가족관계 증명서 불필요 • 수진자 연령이 만 14세 미만일 경우 환자의 동의서 불필요
수진자로부터 위임 받은 자	• 기본서류 • 수진자의 인감도장이 찍힌(본인이 서명한) 진료비확인 신청용 위임장 • 수진자의 인감증명서 또는 본인서명사실 확인서 원본
수진자 본인 (미성년자)	• 기본서류 • 동의서에 부모, 법정대리인의 자필 서명 또는 날인 • 부모, 법정대리인을 확인할 수 있는 서류
	• 동일 의료급여증에 등재되어 있는 경우 가족관계 증명서 불필요

※ 환불금 수령을 위임 하는 경우 필요서류(추가)

환불금 수령을 위임 받은 경우	• 환자의 인감도장이 찍힌 (본인이 서명한) 환불금 수령용 위임장 • 환자의 인감증명서 또는 본인서명사실 확인서 원본
	* 환자가 사망한 경우 법정상속인의 인감이 날인된 위임장과 인감증명서

* 부모 등 법정대리인이 진료비확인 요청시 수진자 연령이 14세 미만인 경우 동의서 제출 제외(의료법 시행규칙 제13조의3 제1항 제3호 수진자가 자필 서명 한 동의서, 다만, 수진자가 만14세 미만의 미성년자인 경우에는 제외)

* 인감증명은 「본인서명사실 확인 등에 관한 법률」에 따라 "본인서명사실 확인서"로 대체 제출 가능 (2012.12.1.시행)

● 인터넷 및 모바일 앱을 통하여 신청하는 경우

- 기본서류: 진료비계산서·영수증 또는 진료비(약제비)납입 확인서

● 우편/FAX 및 방문상담의 방법으로 신청할 경우

- 인터넷 신청시 신청서류에 진료비확인 신청서를 추가로 작성하여 제출

● 수진자 동의를 받을 수 없는 경우 필요서류

구 분	구비서류
수진자가 사망한 경우	가족관계증명서, 제적등본, 사망진단서 등 사망사실을 확인할 수 있는 서류 * 단, 환불금 수령을 위임 받은 경우 진료를 받은 사람이 사망한 경우 법정상속인의 인감도장이 찍힌 위임장과 인감증명서
수진자가 의식불명 또는 중증질환·부상으로 자필 서명을 할 수 없는 경우	수진자가 의식불명 또는 중증의 질환·부상으로 자필서명을 할 수 없음을 확인할 수 있는 진단서
수진자가 행방불명인 경우	주민등록 등본, 법원의 실종신고 결정문 사본 등 행방불명 사실을 확인할 수 있는 서류
수진자가 의사 무능력자인 경우	법원의 금치산 선고 결정문 사본 또는 의사무능력자임을 증명하는 정신과 전문의의 진단서

심사기준 및 처리방법

- 심사기준
  - 의료급여법령 및 관계 법령
    - 의료급여비용의 심사는 요양급여비용의 심사기준을 준용
  - 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」
  - 「국민건강보험법」 제41조에 따른 요양급여기준
  - 「국민건강보험법」 제45조 규정에 의하여 정한 요양급여비용의 내역(고시)
  - 「국민건강보험법」 제63조제1항제5호의 규정에 의해 다른 법률 규정에 의하여 지급되고 급여비용심사에 관하여 위탁받은 경우에는 그 법령 및 기준
  - 보건복지부 행정해석 및 행정지시사항
  - 심사평가원장이 진료심사평가위원회의 심의를 거쳐 정한 심사지침
  - 신의료기술 등의 결정 및 조정기준
  - 선택진료에 관한 규칙(2018년 4월 4일 폐지)

- 처리 기한

처리기간은 접수일로부터 15일 이내(행정안전부 2018년 민원처리기준표) 다만, 아래의 기간은 처리기간에 산입하지 않는다.

  - 확인요청서 내용의 보완·보정 등을 위해 소요되는 기간
  - 보완자료 요청 등에 소요되는 기간
  - 확인요청 건 처리를 위하여 현지 방문이 필요한 경우 그에 소요되는 기간
  - 진료심사평가위원회 등의 심의 또는 의결이 필요한 경우 그에 소요되는 기간
  - 공휴일(토요일 포함), 심평원 창립기념일·근로자의 날(인사규정 제46조)
  - 진료비 확인요청건의 지연 처리 안내
    - 접수일(진료비계산서·영수증 도착일)로부터 15일 및 30일이 경과하거나, 확인요청자로부터 요청이 있는 경우 처리진행 상황 등을 안내

진료비확인신청 처리 절차

의료급여 대상여부 확인 업무 절차

구 분	주요 내용
접 수	• 확인 요청자(민원인) 신청서 제출 – 온라인(홈페이지, 모바일), 서면(우편, FAX, 방문) • 제출서류 미비 시 보완(진료비 계산서·영수증 등) – 10일 이내(원하는 경우 5일 추가 연장)
의료급여기관 자료 요청·회신	• 의료급여기관 비급여 자료(진료기록부, 세부 진료내역 등) 제출요청 – 제출기한 1차(10일), 2차(7일) • 의료급여기관 추가자료 제출 요청 – 제출기한 1차(7일), 2차(7일)
심사·확인 결정	• 의료급여 대상여부 확인 • 의학적 타당성 심사위원 자문(정밀 분석) • 확인 결정(정당, 환불) • 결정내용 통보(확인 요청자, 의료급여기관)
환불금 지급	• 심사평가원 요양기관업무포탈을 통해 환불금 지급방법 선택 – 자체환불, 공제처리 – 의료급여기관이 선택한 지급방법에 따라 환불금 지급처리
이의신청	• 진료비확인 결과에 이의가 있는 경우 • 국민(90일 이내 제기) • 요양기관(30일 이내 제기)
심판청구	• 이의신청 결과에 이의가 있는 경우 • 국민, 요양기관(90일 이내 제기)

확인처리결과

- 정당 : 관계법령에서 정한 기준에 맞게 진료비용 산정 건
- 취하 : 접수 또는 검토과정에서 확인심사 처리의 중단 의사를 표명한 건
- 환불 : 관계법령에서 정한 진료비용 외의 비용을 징수한 것으로 확인된 건
- 종결 : 진료비계산서·영수증 미제출, 동일 건 중복접수, 자료보존기간 경과에 따른 검토불가, 비급여 진료비용 확인불가 등으로 확인된 건

환불금 지급 처리 절차

- 환불금 지급요청 자동접수(환불금 지급 원스톱 처리시스템)
  - 진료비확인 처리결과 통보와 환불금지급신청으로 자동 접수 처리
- 의료급여기관은 요양기관 업무포털서비스(진료비확인요청/확인내역조회) 화면에서 환불 건을 확인하여 지급방법(자체환불, 공제처리, 이의신청 예정) 선택
- 환불금 지급 방법
  - 자체환불 : 해당 의료급여기관에서 환불금을 직접 지급(지급예정일자, 실 지급일자 등록)
  - 공제처리: 심평원 ⇒ 건보공단 ⇒ 민원인 환불금 지급
- 환불금에 대한 의료급여기관의 지급방법이 결정되면 확인요청자에게 이를 안내
- 환불금 지급업무 담당자는 이의신청기간(30일)이 경과하였음에도 지급방법을 선택하지 않은 것으로 확인된 건에 대하여는 요양기관에 유선, 문서 등으로 지급방법을 확인

  ※「국민건강보험법」 제107조(끝수처리)와 「의료급여법」 제34조(단수처리)에 따라 10원미만의 환불금액은 지급하지 아니 함

이의신청 및 심판청구(행정심판) 처리

- 이의신청
  - 진료비확인요청 결과에 대하여 이의가 있는 경우
  - 관련근거 :「의료급여법」 제30조
    - 신청기간 : 처분이 있음을 안 날부터 의료급여기관은 30일 이내, 수급권자는 90일 이내(처분이 있은 날부터 180일이 지나면 제기하지 못함) 홈페이지 또는 문서로 신청
    - 처리기간 : 이의신청을 받은 날부터 60일 이내에 결정(부득이한 사정이 있는 경우에는 30일의 범위 내에서 기간 연장)
- 심판청구(행정심판)
  - 진료비확인요청 이의신청 결과에 대하여 이의가 있는 경우
  - 관련근거 :「의료급여법」 제30조의2
    - 제기기간 : 처분이 있음을 안 날부터 90일 이내(「의료급여법」 제30조제3항)
    - 제기기관 : 건강보험분쟁조정위원회(보건복지부 소속) 또는 건강보험심사평가원
- 행정소송
  - 진료비 확인요청 처리 결과에 이의가 있는 경우와 이의신청 또는 심판청구(행정심판)에 대한 결정에 불복이 있는 경우 「행정소송법」이 정하는 바에 따라 행정소송 제기

[별지 제1-1호 서식]

진료비[비급여]확인 신청서

〈개정: 2019.07.17.〉

1. 확인신청자 인적사항			
성 명		주민등록번호(외국인등록번호)	
주 소	( )		
전화번호		휴 대 폰 번 호	
이 메 일	@	문자 수신 여부	수신함 □ 수신안함 □
이메일수신여부	수신함 □ 수신안함 □	수진자(진료받은자)와의 관계	
※ 본인의 동의(위임) 없이 개인정보를 활용하여 진료비확인 신청한 경우, 개인정보보호법 등 관련법에 따라 처벌될 수 있습니다.			
※ 핸드폰문자 수신을 원하신 경우 문자메시지로 안내되며, 처리과정 안내에 대하여 이메일 수신을 원하신 경우 우편발송을 별도로 하지 않음.			
2. 수진자(진료받은자) 인적사항			
성 명		주민등록번호(외국인등록번호)	
보험자종별	건강보험 □ 의료급여 □		
3. 확인신청내용 및 진료받은 기관			
확인신청내용	○ 6하 원칙에 의거 간략히 작성		
진료받은 기관			
4. 환불발생시 입금 계좌			
금 융 기 관		예 금 주	
계 좌 번 호			
※ 환불금 수령은 진료를 받은 사람 또는 확인신청자로 함			
5. 확인신청대상범위 및 첨부서류			
확인신청 대상	급여의 전액본인부담금, 비급여 진료비		
확인신청자 범위 및 첨부서류	**〈확인신청자 범위〉** 1. 진료 받은 사람(환자) 본인 2. 진료 받은 사람(환자)의 가족 3. 환자로부터 위임 받은 제3자 **〈확인신청자별 첨부서류〉** ○ **공통 첨부서류: 외래, 입원(퇴원)진료비계산서·영수증 또는 진료비(약제비)납입 확인서** ※ 원외처방 약제비에 대한 확인요청은 의료기관에서 발급한 처방전과 약제비 계산서·영수증 첨부 1. 가족관계인 자 또는 건강보험(의료급여) 증에 자격이 같이 등재되어 있는 자가 확인신청시 - 상기 공통 첨부서류와 환자가 자필서명(날인)한 동의서, 가족관계 확인서류 등 2. 진료받은 사람(환자)로부터 위임받은 자가 확인신청시 - 상기 공통 첨부서류와 환자의 인감이 날인된 진료비확인신청용 위임장과 인감증명서 원본 ※ 인감증명서는 본인서명사실 확인서로 대체 가능, 이 경우 위임장에 환자의 서명 날인 3. 미성년자(만19세미만)가 확인신청시 - 공통 첨부서류 이외 동의서(법정대리인(부모 등)의 자필서명 또는 날인), 가족관계 확인 서류 등 ※ 동일 건강보험증에 등재되어 있는 경우 가족관계 확인 서류 제출 생략		
※ 진료비(비급여)확인 신청을 위하여 아래의 개인정보 수집·이용 및 제공에 대한 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.			

6. 진료비(비급여)확인 신청을 위한 개인정보 수집·이용 동의서 (필수사항)	상세사항 [별지] 참조
우리원은 고객님의 개인정보를 [별지]와 같이 처리함을 알려드립니다. 아래 개인정보를 수집 이용하는데 동의하십니까? **동의를 거부할 경우 서비스를 제공 받으실 수 없습니다.**	
[필수] 성명, 주소, 전화번호, 휴대폰번호	□ 동의 □ 미동의
[선택] 이메일, 계좌번호	□ 동의 □ 미동의
7. 진료비 영수증 (진료받은 기관) 제공에 관한 동의 (필수사항)	상세사항 [별지] 참조
[국민건강보험법] 제48조 및 [의료급여법] 제11조의3에 의거 진료비확인신청 업무처리를 위하여 진료비(약제비) 계산서·영수증을 진료받은 기관에게 제공하는 것에 동의합니다.	□ 동의 □ 미동의
8. 고객만족조사 수행을 위한 개인정보 수집·이용에 관한 동의 (선택사항)	상세사항 [별지] 참조
진료비확인신청서비스 이용자 만족도 조사를 위해 귀하의 개인정보 수집·이용 동의를 받고자 합니다. - 귀하는 이와 같은 개인정보 수집 이용에 동의하지 않으실 수 있습니다. 동의 거부 시 불이익은 없습니다. 개인정보를 수집 이용하는데 동의하십니까?	□ 동의 □ 미동의
9. 개인정보처리에 관한 사항 (필수사항)	
※ 개인정보보호법 제15조에 따라 개인정보를 수집·이용함이 가능하며, 개인정보보호법 제24조의2 및 국민건강보험법 시행령제81조(의료급여법 시행령 제21조)에 따라 **고유식별정보(주민등록번호 등)**를 처리할 수 있음을 알려드립니다. 해당 안내를 잘 받으셨습니까?	□ 예 □ 아니오

신청 일자 : 년 월 일 확인신청자 : (서명)

건강보험심사평가원장 귀하

[별지]

관련 동의사항 상세내용

구 분	내 용
진료비(비급여)확인 신청을 위한 개인정보 수집이용 동의서	우리원은 고객님의 개인정보를 아래와 같이 처리함을 알려드립니다. 1. 개인정보의 수집·이용 목적: 국민건강보험법제48조 및 의료급여법 제11조의3에 따라 진료비 확인 업무 수행을 위한 개인정보 확보 2. 수집하려는 개인정보의 항목: [필수] 성명, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, [선택] 이메일, 계좌번호 3. **개인정보의 보유 및 이용 기간: 5년** 4. 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따라 불이익이 있음
진료비 영수증(진료받은 기관) 제공에 관한 동의	○ 영수증 정보를 제공받는 자 **진료받은 기관(병·의원 등)** ○ 제공 받는 자의 이용목적 **진료비확인 업무처리를 위하여 진료받은 기관은 진료비 영수증을 제공받아 진료비세부내역 자료를 우리원으로 보낼 때 비급여(전액 본인부담 포함) 금액을 확인하기 위하여 제공받은 영수증을 참고하며, 본 목적외 다른 목적으로 사용하지 않습니다.** ○ 제공하는 영수증 항목 [필수항목] 진료비(약제비)계산서·영수증 [제외항목] 수진자 고유식별정보 (주민등록번호, 외국인등록번호) ○ 영수증 정보의 보유 및 이용기간 **진료받은 기관은 진료비확인신청 결정사항 통보일까지 영수증 정보를 보유 및 이용합니다.** ○ 동의를 거부할 권리 및 불이익 내용 진료비 영수증을 진료받은 기관에 제공하는 것에 대해 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의하지 않을 경우 진료비확인신청 업무 진행시 처리기간이 지연될 수 있음을 알려드립니다.
고객만족도 조사 수행을 위한 개인정보 수집·이용에 관한 사항	진료비확인신청서비스 이용자 만족도 조사를 위해 귀하의 개인정보 수집·이용 동의를 받고자 합니다. **1. 개인정보수집 이용 목적: 이용자 만족도조사** 2. 수집하는 개인정보의 항목: 성명, 전화번호 및 휴대폰 번호 **3. 개인정보의 보유 이용기간: 만족도 조사 종료 시까지(최대 1년)** 4. 귀하는 이와 같은 개인정보 수집 이용에 동의하지 않으실 수 있습니다. 동의 거부 시 불이익은 없습니다.

9 이의신청 및 심판청구(행정심판) 업무

이의신청

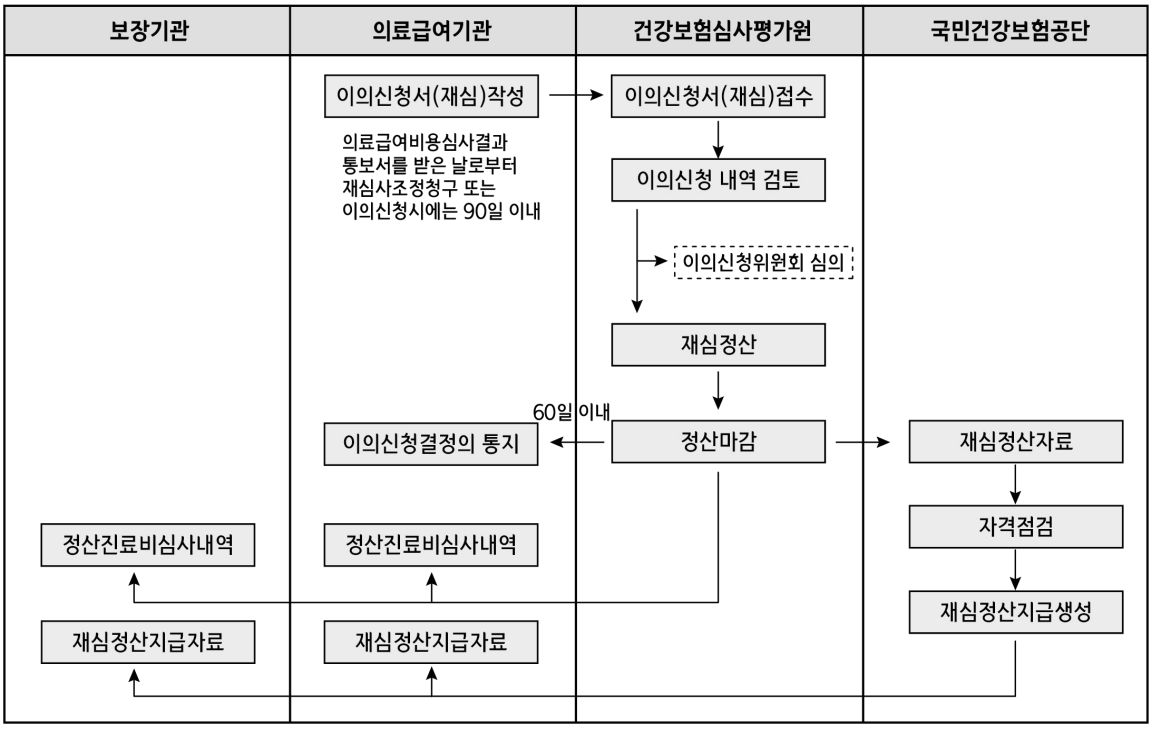
● 개요

심사평가원의 처분에 대한 권리구제절차로서, 요양급여비용에 대한 심사 및 요양급여의 적정성에 대한 평가 등에 관한 처분에 불복하여 관계법령에서 정한 서식에 따라 처분의 취소나 변경을 신청하는 것

● 관련근거

- 「의료급여법」 제30조, 같은 법 시행령 제17조 및 제20조, 같은 법 시행규칙 제35조
- 심사평가원 이의신청위원회 운영규정
- 요양급여비용 이의신청 업무편람
- 요양급여의 적정성 평가업무 운영규정

● 업무 흐름도



● 업무관장

- 본원 : 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원, 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원 또는 한의과대학부속한방병원

- 지원 : 각 관할지역에 소재하고 있는 종합병원, 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원 또는 한의과대학부속한방병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 의원, 치과의원, 한의원, 보건기관, 약국, 조산원
  - 서울지원 : 서울특별시
  - 부산지원 : 부산광역시, 제주특별자치도
  - 대구지원 : 대구광역시, 경상북도
  - 광주지원 : 광주광역시, 전라남도
  - 대전지원 : 대전광역시, 세종특별자치시, 충청북도, 충청남도
  - 수원지원 : 경기남부
  - 창원지원 : 울산광역시, 경상남도
  - 의정부지원 : 경기북부, 강원도
  - 전주지원 : 전라북도
  - 인천지원 : 인천광역시

● **이의신청의 제기방법**

- 의료급여비용의 심사결정 처분에 이의가 있는 의료급여기관은 「의료급여법」 제30조제3항에 의하여 처분이 있음을 안 날로부터 90일 이내에 문서(전자문서 포함)로 제기하여야 하며, 처분이 있은 날부터 180일을 경과하며 이를 제기하지 못함. 다만, 정당한 사유에 의하여 그 기간 내에 이의신청을 할 수 없었음을 소명한 때에는 그러하지 아니함
- 여기서 "처분이 있음을 안 날"이란 의료급여비용심사결과통보서가 의료급여기관에 도달된 날을 기준으로 그 익일부터 기간을 산정하되, 기간만료일(심사평가원 도착일 기준)이 공휴일인 경우 그 익일이 기간 만료일이 됨

※ 이의신청(재심사조정청구) 인터넷 접수 안내

- 요양기관업무포털(http://biz.hira.or.kr) 로그인 후 "정산관리 〉 재심/이의신청/환수/정산 〉 안내"에서 '이의신청(재심사조정청구)프로그램' 다운 후 접수

※ 이의신청서식

- 요양기관업무포털(http://biz.hira.or.kr)에서 "업무안내 〉 자료방 〉 서식자료실"에서 서식을 열람 또는 다운로드 할 수 있음

● **이의신청 처리기간 및 지연통지**

- 이의신청 처리기간은 「의료급여법 시행령」 제17조제1항의 규정에 의하여 이의신청을 받은 때로부터 60일 이내에 결정하여야 함
- 업무처리 단계별 처리흐름에 의하여 처리하되 의료급여비용명세서의 색인지연, 진료심사평가위원회(각종위원회 포함)에 부의, 관련학회 자문, 이의신청위원회에 부의 등으로 심사결정 기간 내에 처리할 수 없을 경우에는 30일의 범위 내에서 그 기간을 연장할 수 있음
- 이의신청 처리기간을 연장할 경우에는 결정기간이 만료되기 7일전까지 이의신청인에게 이를 통지하여야 함

심판청구

● **개요**

심사평가원의 처분에 대해 이의신청결정에 불복이 있는 자가 법령에서 정한 사항을 기재한 심판청구서를 보건복지부 건강보험분쟁조정위원회 또는 심사평가원에 제출하여 재심사를 구하는 행정쟁송 절차임

● **관련근거** : 「의료급여법」 제30조의2, 같은 법 시행령 제17조의 2, 3, 5

행정심판과의 관계

심판청구는 특수 행정심판으로 다른 법률에서 특례를 정한 경우 이외에는 행정심판법이 정하는 바에 의하고 있음(「행정심판법」 제4조제1항 관련)

※ 「의료급여법」 일부개정에 따라 2014년 7월 29일 의료급여비용 심사조정에 대한 이의신청 결정분부터 종전의 국민권익위원회 소속 중앙행정심판위원회가 아닌 건강보험분쟁조정위원회에 심판청구를 제기하도록 변경됨

● **업무 흐름도**

주 체	절 차	세부내용
청구인 (요양기관)	① 이의신청 기각	• 이의신청 기각 건에 대한 심판청구
	② 심판청구 제기	• 이의신청 결정이 있음을 안 날부터 90일 이내에 문서(전자문서 포함)로 제기 * 이의신청 결정이 있은 날부터 180일이 지나면 제기하지 못함
처분청 (심사평가원)	③ 심판청구서 접수 및 색인	• 심판청구서 내용, 이의신청 결정통보일 및 관련자료 2부 확인 • 기간도과 시 청구인 안내 후 반송
	④ 사건번호 부여	• 사건번호 부여 후 청구인에게 접수증 통보
	⑤ 심판청구서 및 관련자료 검토	• 심사 담당자 분배 • 심사담당자는 심판청구서와 처분내용에 대하여 재심사 – 심사위원 자문 또는 필요시 심사위원회 안건 상정 • 답변서 제출 지연 시 지연사유 분쟁조정위원회 통보
	⑥ 답변서 제출	• 재심사 후(10일 이내) – 인정할 경우: 청구인 통보 및 분쟁조정위원회에 직권취소 답변서 제출 – 불인정할 경우: 분쟁조정위원회에 기각 답변서 및 관련자료 제출
재결청 (분쟁조정위원회)	⑦ 분쟁조정위원회 심리·의결	• 분쟁조정위원회 심리·의결
	⑧ 재결서 송부	• 심판청구 결정서(재결서)를 청구인과 피청구인(처분청) 및 이해관계인에게 통지
처분청 (심사평가원)	⑨ 재결서 확인 및 정산	• 재결서 확인 및 인용(일부인용)건에 대하여 요양급여비용 정산 후 정산내역을 청구인 및 건강보험공단에 통보

행정심판

- **개요**

  행정청의 위법·부당한 처분, 그밖의 공권력 행사 또는 불행사 등으로 권리와 이익을 침해당한 자가 그 구제를 위하여 행정청에 시정을 요구하고 행정청이 이를 심판하는 쟁송절차

- **관련근거** :「행정심판법」 제3조제1항, 제23조, 제27조

- **업무처리 절차**

  - 청구인
    - 시·군·구청장의 이의신청 결정에 불복이 있는 의료급여기관
  - 청구서 제출기관
    - 중앙행정심판위원회
  - 제기기간 등
    - 처분이 있음을 알게 된 날부터 90일 이내에 제기 하여야 하며 처분이 있은 날부터 180일을 지나면 제기하지 못함(다만, 정당한 사유로 그 기간에 이의신청을 할 수 없었음을 소명한 경우에는 가능)
  - 답변서 제출
    - 피청구인이 제23조제1항·제2항 또는 제26조제1항에 따라 심판청구서를 접수하거나 송부 받으면 10일 이내에 심판청구서(제23조제1항·제2항의 경우만 해당된다)와 답변서를 위원회에 보내야 함. 다만, 청구인이 심판청구를 취하한 경우에는 그러하지 아니함(동법 제24조 제1항)
  - 피청구인의 직권취소 등
    - 제23조제1항·제2항 또는 제26조제1항에 따라 심판청구서를 받은 피청구인은 그 심판청구가 이유있다고 인정하면 심판청구의 취지에 따라 직권으로 처분을 취소·변경하거나 확인을 하거나 신청에 따른 처분을 할 수 있음. 이 경우 서면으로 청구인에게 알려야 함(동법 제25조제1항)
    - 피청구인은 제25조제1항에 따라 직권취소 등을 하였을 때에는 청구인이 심판청구를 취하한 경우가 아니면 제24조제1항 본문에 따라 심판청구서·답변서를 보낼 때 직권취소 등의 사실을 증명하는 서류를 위원회에 함께 제출하여야 함(동법 제25조제2항)

※ 행정심판 청구를 원하거나 행정심판에 대해서 좀 더 자세히 알고자 하면 온라인 행정심판 포털사이트인「권리누리(http://www.simpan.go.kr)」를 방문하면 심판진행절차, 행정심판 서식·법령, 행정심판 재결례 등이 상세하게 소개되어 있어 쉽게 이용할 수 있음

재심사조정청구

- 심사조정내역에 대하여 이의가 있을 때는 심사결과통보서가 의료급여기관에 도착한 날로부터 90일 이내에 문서로 재심사 조정청구 또는 「의료급여법」 제30조의 규정에 의거 90일 이내에 문서로 심사평가원에 이의신청할 수 있으며, 해당 본·지원에 제출
  - 재심사조정청구서 서식 : 요양기관업무포털(http://biz.hira.or.kr)에서 "업무안내〉자료방〉서식자료실"에서 재심사조정청구서 열람, 다운로드 가능
  - 재심사조정청구: 요양기관업무포털(http://biz.hira.or.kr) 로그인 후 '이의신청(재심사조정청구) 프로그램' 다운 후 접수

10 의료급여 현지조사 업무

정의

- 의료급여기관이 지급받은 의료급여비용 등에 대해 세부진료내역을 근거로 사실관계 및 적법 여부를 확인·조사하고, 그 결과에 따라 부당이득 환수 및 행정처분 등을 수반하는 보건복지부장관의 행정조사

목적

- 의료급여기관의 건전한 의료급여비용 청구 풍토 조성 및 적정진료 유도
- 의료급여 수급권자의 수급권 보호 및 건전한 의료공급자 보호
- 불필요한 의료급여 재정 누수 방지

법적근거

의료급여법

- 제23조(부당이득의 징수), 제28조(의료급여기관의 업무정지 등), 제29조(과징금 등)
- 제32조(보고 및 검사), 제33조(권한의 위임 및 위탁)
- 제35조(벌칙), 제36조(양벌규정), 제37조(과태료)
- 시행령 제16조의2(행정처분의 기준), 제16조의4(과징금의 부과기준), 제18조(검사업무의 지원)

보건복지부 고시

- 제2018-222호(요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형)

현지조사의 방법

- 서면조사
  - 조사원이 조사대상기관에 방문하지 않고 요양급여 사항에 관한 보고 또는 관련 자료를 제출하도록 요구하여 의료급여비용 청구의 적법 타당성을 조사하는 방식
- 현장조사
  - 조사원이 조사대상기관에 현장방문하여 의료급여비용 청구의 적법 타당성을 조사하는 방식

현지조사의 유형

- 정기조사
  - 지표점검기관 : 청구경향통보제, 부당청구감지시스템 및 본인부담금 과다징수 다발생기관 등에 의해 부당청구 개연성이 높다고 판단되는 의료급여기관
  - 외부의뢰기관 : 건강보험시사평가원, 보장기관(시·군·구) 및 국민건강보험공단의 급여사후관리, 민원제보 및 타 행정기관의 수사 등의 과정에서 의료급여비용의 부당청구가 확인되거나 인지되어 의료급여 전반에 대해 행정조사를 실시할 필요가 있다고 판단되는 의료급여기관

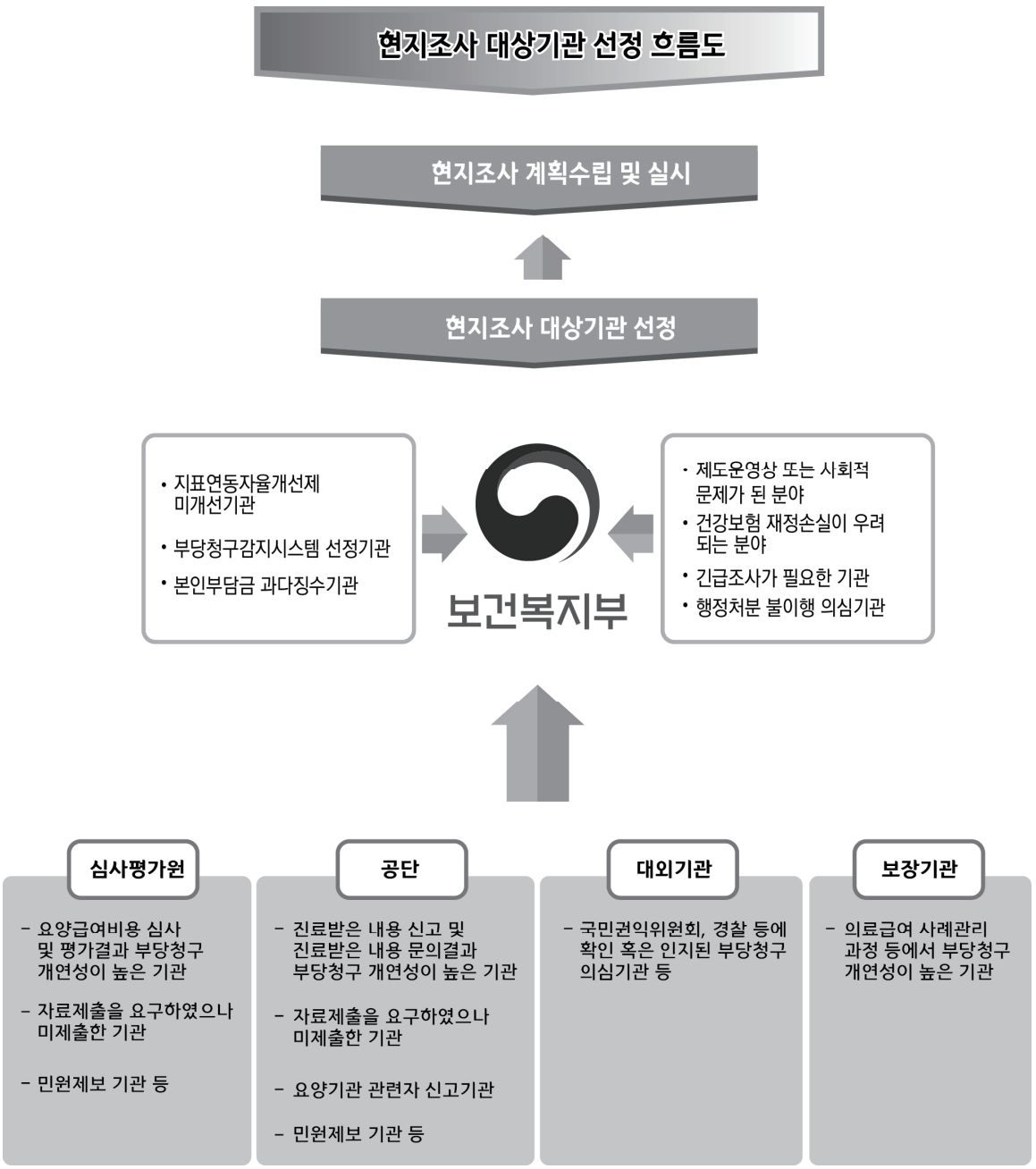
- 기획조사
  - 의료급여제도 운용상 또는 사회적 문제가 된 문야 및 의료급여 재정 손실이 우려되는 분야에 대해 실시하는 현지조사

    ※ 기획조사 실시 전 조사 분야 및 조사 시기 사전 예고

- 긴급조사
  - 거짓·부당청구 개연성이 높은 의료급여기관 중 증거인멸·폐업 등의 우려가 있는 기관 또는 사회적으로 문제가 제기되어 긴급하게 조사가 필요한 기관 등에 대해 실시하는 현지조사

- 이행실태 조사
  - 의료급여 및 건강보험 업무정지처분 기간 중 당해 처분을 편법적으로 회피할 우려가 높은 의료급여기관 혹은 불이행이 의심되는 의료급여기관 등에 대해 처분의 사후 이행여부를 점검하기 위해 실시하는 현지조사

조사대상 기관 선정 과정


현지조사 대상기관 선정 흐름도
현지조사 계획수립 및 실시
현지조사 대상기관 선정
• 지표연동자율개선제 미개선기관
• 부당청구감지시스템 선정기관
• 본인부담금 과다징수기관
보건복지부
• 제도운영상 또는 사회적 문제가 된 분야
• 건강보험 재정손실이 우려되는 분야
• 긴급조사가 필요한 기관
• 행정처분 불이행 의심기관
심사평가원
- 요양급여비용 심사 및 평가결과 부당청구 개연성이 높은 기관
- 자료제출을 요구하였으나 미제출한 기관
- 민원제보 기관 등
공단
- 진료받은 내용 신고 및 진료받은 내용 문의결과 부당청구 개연성이 높은 기관
- 자료제출을 요구하였으나 미제출한 기관
- 요양기관 관련자 신고기관
- 민원제보 기관 등
대외기관
- 국민권익위원회, 경찰 등에 확인 혹은 인지된 부당청구 의심기관 등
보장기관
- 의료급여 사례관리 과정 등에서 부당청구 개연성이 높은 기관

현지조사업무 업무 흐름도

부당청구 인지

- **건강보험심사평가원**
  - 심사평가과정에서 부당청구 의심기관
  - 건강보험재정지킴이 신고 기관
  - 지표연동자율개선제 미개선기관, 부당청구감지시스템 선정기관 등
- **국민건강보험공단**
  - 진료받은 내용 안내 등의 과정에서 부당청구 의심기관
  - 요양기관 관련자 신고기관
- **보건복지부**
  - 대외기관(권익위, 검찰 등)의뢰, 민원제보기관
  - 제도 운영상 또는 사회적 문제가 된 분야

현지조사

- **대상선정**
  - 조사의 실효성·시급성·조사여건 등을 감안하여 적정수의 조사대상기관 선정
  - 선정심의위원회 심의대상 : 정기조사, 기획조사
  - 선정심의위원회 조사대상 : 보건복지부장관이 심의 제외 (요양기관 관련자 신고 등)로 판단하는 경우
- **조사실시**
  - **서면조사**
    - 보건복지부장관 주관으로 심사평가원이 자료를 제출 받아 서면으로 조사 실시
  - **현장조사**
    - 보건복지부장관 주관으로 심사평가원, 공단의 인력지원을 받아 현장에 나가 조사 실시
- **정산심사**
  - 조사결과를 근거로 건별 정산심사(부당금액집계)
  - 행정처분 내역 산출
- **의견청취**
  - 요양기관에 처분사전통지(행정절차법)
  - 처분예정 내용에 대한 의견 검토
- **행정처분심의위원회**
  - 의견제출 건 중 법령 위반행위의 동기·목적·정도 등을 처분에 고려할 필요가 있다고 보건복지부 장관이 인정한 건에 대하여 심의
- **행정처분**
  - 의료급여법상 업무정지(1년이내) 또는 과징금 부과(부당금액의 2~5배)

사후관리

- **타법위반 통보**
  - 의료법·약사법 등 타법령 위반자는 담당부에 통보
- **고발 및 공표**
  - 서류제출 명령위반, 허위보고, 검사·질문을 거부, 방해 또는 기피, 거짓청구 등의 경우 형사고발
  - 거짓청구 요양기관 명단 공표
- **이행실태 점검 및 이력관리**
  - 행정처분 불이행 의심기관에 대한 이행실태 조사
  - 행정처분 이후 시정여부 모니터링 등 이력관리
- **행정소송**
  - 행정심판, 행정소송

11 의료급여 청구경향통보 운영 업무

개요

- 의료급여비용 심사결정 내역을 의료급여기관 종별·병상수(규모별), 진료과목(의원은 세부표시과목)별로 분류한 후 진료비크기와 임상적 유사성을 고려한 환자분류체계(KOPG, KDRG, KOPG-KM)를 이용한 질병군별 진료비에 대한 건당급여비(일당급여비, 내원일수) 등 지표를 산출하여,
- 분류그룹의 평균치보다 일정수준 이상인 의료급여기관을 대상으로 청구경향을 분기 별로 통보하여 의료급여기관 스스로 급여내역을 이해하고, 다른 의료급여기관보다 높은 진료지표는 자체 시정할 수 있도록 안내하는 제도

지표 산출 및 통보대상 기관

1) 지표 산출

- 분석대상 : 의료급여
- 분석단위 : 의료급여기관 종별(의원은 세부표시과목), 질병군별
- 분석방법 : 의료급여기관에서 청구한 의료급여비용 청구내역을 의료급여기관 종별(의원은 표시과목별)로 구분하여 진료비 크기와 임상적 유사성을 고려한 **환자분류체계(KOPG, KOPG-KM, KDRG(입원))를 이용한 질병군별** 진료비에 대한 상대지표 산출(평균 1을 기준으로 한 해당 의료급여기관의 상대지표)

$$\frac{\Sigma \text{ 특정기관의 KOPG/KDRG/KOPG-KM별 진료비}}{\Sigma \text{ 분류그룹의 KOPG/KDRG/KOPG-KM별 표준진료비}} = \text{진료지표}$$

- 분자 : 해당기관의 실제 진료비용
- 분모 : 분류그룹별 전체 모집단의 평균 진료비용

2) 통보대상기관

- 의료급여청구경향통보 대상기관

- 상급종합병원·종합병원 의과, 치과, 한방병원 : 진료지표가 **1.20 이상**인 기관 - 병원, 치과병원, 한방병원, 의원, 치과의원, 한의원 : 진료지표가 **1.45 이상**인 기관

- 제공내역 : 청구경향진료지표 및 질병군별 내원일당 진료비, 건당 내원일수

통보유형별 통보기준

관리항목			통보기준
진료지표별 청구경향	상급 및 종합병원 (치과, 한방포함)		○ 진료지표 1.2 이상인 기관
	병원(치과, 한방포함), 의원급(치과, 한의원포함)		○ 진료지표가 1.45이상인 기관
	요양병원		○ 상병별지표가 1.40% 이상인 기관
유형별 청구경향	1유형	**동일상병의 건당입원 일수**	○ 입원별로 분석대상 분기의 건당입원일수가 분류그룹 평균 건당입원일수 대비 100%이상 (심사분기 상병별 청구건수 30건 이상)
	2유형	**동일상병의 건당내원 일수**	○ 외래별로 분석대상 분기의 건당내원일수가 분류그룹 평균 건당 내원일수 대비 100%이상 (심사분기 상병별 청구건수 50건 이상)
	3유형	**상병별 처방건당 처방일수**	○ 분석대상 분기의 처방건당 처방일수가 분류그룹 처방건당 처방일수 상위 10%이내

* 분류그룹별 입원·외래, 수술·비수술로 구분

통보시기(분기)

통보분기(통보월)	대상기간
1분기(3월)	지난해 4/4분기(전년 10~12월) 심사결정자료
2분기(6월)	올해 1/4분기(1~3월) 심사결정 자료
3분기(9월)	올해 2/4분기(4~6월) 심사결정 자료
4분기(12월)	올해 3/4분기(7~9월) 심사결정 자료

12 보장기관 의뢰 중복청구진료비 사후관리업무

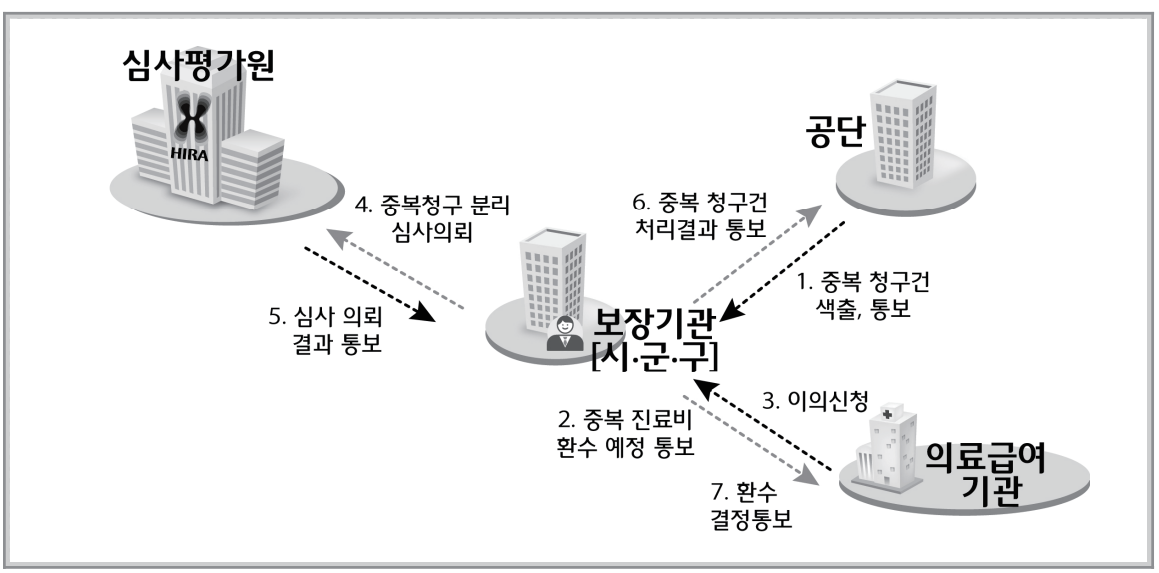
목적

의료급여기관이 의료급여 수급권자에게 의료서비스를 제공하고 보건복지부장관이 별도 고시한 의료급여비용 청구방법 및 작성요령에 의해 청구한 급여비용을 심사지급 후 지급된 급여비용의 적정여부를 재확인하여 중복, 부당청구 등 사위·기타 부정한 방법으로 지급받은 비용에 대하여 그 비용의 전부 또는 일부를 해당 의료급여기관으로부터 환수 등의 조치를 함으로써 의료급여기금 누수를 방지하고 급여질서를 확립하고자 함

관련근거

- 「의료급여법」 제23조(부당이득의 징수)
  - 시장·군수·구청장은 속임수 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여를 받은 자 또는 급여비용을 받은 의료급여기관에 대하여 그 급여 또는 급여비용에 상당하는 금액의 전부 또는 일부를 부당이득금으로 징수함

사후관리 업무 흐름도



중복청구 발췌 기준

1) 발췌 유형 : 의료급여간 중복청구(중복청구), 의료급여와 건강보험간 중복청구(이중청구)

2) 발췌 대상

- 의료급여기간이 중복되는 명세서

- 입원명세서와 입원명세서간 급여기간이 중복되었을 경우
  (동일 의료급여기관 및 타 의료급여기관 구분하지 않음)
- 외래명세서와 외래명세서간 의료급여기간이 중복되었을 경우
  (동일 의료급여기관에 한함)

※ 종합병원과 병원급은 상병기호가 동일한 경우에만 발췌하되, 한 명세서에 진찰료가 없는 경우는 제외
※ 보건기관은 완전중복인 경우만 발췌(기관부담금, 주상병, 부상병명이 동일 건에 한함)
※ 약국은 완전중복인 경우만 발췌

● 진찰료가 중복되는 명세서
- 동일 의료급여기관에서 동일상병으로 초·재진 후 30일 이내에 재내원한 수진자의 진찰료를 초진으로 산정 청구한 경우
- 종합병원 또는 3개 이상 의료급여 전문 과목의 전문의가 상근하는 병원은 주상병기호가 동일한 경우에 한함
- 보건기관, 정신과 정액 의료급여분, 약국 제외(보건의료원은 발췌)

중복청구유형

중복유형	세 부 내 용
완전중복	▸ 중복 명세서간 진료개시일 및 입·내원일수 동일한 경우
일부중복	▸ 중복 명세서간 진료기간 일부가 중복된 경우
포함중복	▸ 진료기간이 중복된 명세서건 중 한건에 완전 포함된 경우
진찰료중복	▸ 동일상병기호로 초·재진 후 30일 이내에 초진으로 청구한 경우
타기관중복	▸ 서로 다른 의료급여기관 간 진료내역이 이중으로 청구됨

이중청구 진료비 정산

● 의료급여 및 건강보험간 실제 자격과 다르게 의료급여(요양급여)를 받아 발생한 진료비 정산은 보장기관에서 건강보험공단으로 요청하여 처리하도록 함

보장기관에서의 중복청구진료비 분리심사 의뢰대상

의료급여기관으로부터 이의신청을 받은 보장기관에서 첨부된 증빙자료를 근거로 중복청구의 사실 확인이 가능한 부분은 자체 처리하되, 진료기록부 판독 곤란 등 전문적 심사가 필요한 사항에 대하여 건강보험심사평가원에 심사를 의뢰함

중복청구 분리심사 의뢰 시 첨부 자료

- 중복청구 의료급여비 발췌대장 '해당 명세서 출력부분' 사본
  ※ 발췌대장 내 해당 명세서의 접수번호 및 명세서 일련번호 기재여부 확인
- 의료급여기관 이의신청서 사본
- 의료급여비용(약제비)명세서 사본, 진료기록부 사본(다만, 약국의 경우 처방전 사본)
- 기타 의료급여기관 관련자료 사본
- 중복청구진료비 분리심사 의뢰 시 색출대장 내역 예시(필수 사항)

순번	성명	의료전산 관리번호	중복유형명	심사 차수	청구접수번호	명세서 일련번호	진료 개시일자	내원 일수	진료 일수	심사 지원명	의료급여 기관코드	의료 기관명

중복청구진료비 분리심사 의뢰 접수

- 본·지원 관할 의료급여기관
  - 심사평가원 본원 : 상급종합병원, 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원 및 한의과대학부속한방병원
  - 심사평가원 지원 : 종합병원, 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원 및 한의과대학부속한방병원, 병·의원(치과, 한방포함), 보건기관, 조산원

☞ 보장기관에서는 색출대상의 의료급여기관기호를 반드시 확인하여 심사평가원 본원과 지원을 구분하여 분리심사 의뢰하여야 함

☞ 의료급여기관이 2개 기관 이상 관련되어 있는 경우는 진료개시일이 빠른 의료급여기관 소재 지역에 따라 관할 본·지원으로 의뢰

- 소재지별 의뢰 지원 구분

명칭	의료급여기관 소재지	명칭	의료급여기관 소재지
서울지원	서울	수원지원	경기남부
부산지원	부산, 제주	창원지원	울산, 경남
대구지원	대구, 경북	의정부지원	경기북부, 강원
광주지원	광주, 전남	전주지원	전북
대전지원	대전, 세종, 충남, 충북	인천지원	인천

- 색출대장 상 "의료급여기관기호" 구조

1	1	1	1	0	0	1	0
지역별		종별	한방종별	일련번호			전산체크 번 호

- 지역별 부여번호(코드번호 1, 2째자리수)

  11, 12-서울 21-부산 31, 41-인천·경기 32-강원 33-충북 34-대전·충남·세종
  35-전북 36-광주·전남 37-대구·경북 38-울산·경남 39-제주

- 의료급여기관 종별 구분(코드번호 3째자리수)

  1-종합병원 2-병원 3-의원 4-치과병원 5-치과의원
  6-조산원 7-보건기관 8-약국 9-한방기관

중복청구 분리심사 방법 및 처리사례

중복청구 색출대장, 의료급여기관의 중복청구 급여비 통보에 대한 이의신청서, 진료기록부, 명세서사본 등 관련 자료를 참고하여 중복청구 여부 확인

완전중복인 경우

- 동일날 타 진료과목 협의진찰(외래)으로 2개 진료과에서 진료 후 당월 진료개시일과 당월 입·내원일수가 동일하게 청구되어 중복으로 색출된 경우
  - 동일 환자의 다른 상병에 대하여 전문 진료과목 또는 전문분야가 다른 진료담당의사가 각각 진찰한 것인지 확인 후 처리

- 정신건강의학과(입원) 진료분과 타과 협의진찰건으로, 타과 협의진료분 청구한 명세서에 상해외인 "E" 코드 기재하지 않고 정신건강의학과 진료분 당월 입·내원일수와 동일하게 기재하여 중복으로 색출된 경우
  - 착오사항을 명시하고 당월 입·내원일수 정정 통보

예) 2020년 1월 7~10일 정신건강의학과 입원중 소화기내과 협의진료 받음

구 분	진료개시일 및 입내원일수
정신건강의학과	2020.1.7.(4)
협의진료 (소화기내과)	**오** : 2020.1.7.(4) **정** : 2020.1.7.**(0) 상해외인 "E" 기재**

- 진료내역 일부가 청구 당시 누락되어 추가 청구된 건으로 당월 입·내원일수를 원청구와 동일하게 기재하여 중복으로 색출된 경우
  - 추가청구된 내역 중 원청구내역과 중복 여부 확인 후 중복내역 발생 시 환수 및 추가청구 진료분 당월 입·내원일수 정정 통보

- A정신병원에서 입원기간을 '20.3.19.(입원일수 13일 : 3.19.~3.31.)와 '20.3.19.(입원일수 13일 : 3.19.~3.31.)로 동일기간을 이중으로 청구

  ☞ 정신질환 정액수가 입원 중 정신건강의학과 의료진으로 진료가 곤란한 다른 상병에 대하여 다른 진료과목의 진료를 받아 (내과, 정형외과) 분리청구한 건으로 중복청구가 아니나 해당 코드(상해외인란에 "E" 표기) 기재 누락으로 중복 발췌된 경우로서 의료급여기관의 청구방법에 대한 숙지가 필요함

일부중복인 경우

- 장기입원 등으로 명세서 분리청구 시 당월 입·내원일수 또는 당월진료개시일 착오기재로 중복으로 색출된 경우
  - 중복내역(입원료 등)이 있는지 확인 후 중복내역 발생시 환수 및 당월 입·내원일수 또는 당월 진료개시일 정정 통보

  예) 계속입원중인 환자의 월별 분리청구시 입·내원일수 착오기재

진료개시일	2020.4.1.(31)	2020.5.1.(31)
4월 청구내역은 4.1일부터 30일까지 30일의 청구내역이나 입내원일수 착오기재 (정: 2020.4.1.(30))		

* 진료기록 확인을 통해 진료개시일 및 입·내원일수 착오기재 여부, 중복내역 발생 여부를 확인해야함(중복의 경우 해당내역 환수)

- 퇴원 당일 재입원으로 당월 입·내원일수가 일부 포함되어 중복으로 색출된 경우
  - 중복내역(입원료 등)이 있는지 확인 후 중복 발생 시 환수

  ☞ **퇴원한 후 당일 재입원한 경우**에는 계속 입원중이었던 환자로 간주하여 입원료를 산정하되 입원료 체감제는 최초 입원일부터 적용

예) 퇴원당일 재입원 했으나 입원료체감제가 미적용 된 경우

2020.1.9.~2.19.(42일)	2.19일 퇴원당일 재입원했으나 입원료 체감적용되지 않았을 경우 차액을 환수
2020.2.19일 동일상병으로 재입원	

☞ **정신건강의학과 퇴원당일, 정신건강의학과로 재입원 할 경우**에는 의료급여 정신질환의 경우 1일당 정액수가로 산정하므로, 퇴원당일 입원의 1일당 정액수가가 중복으로 발생할 수 있으므로 중복내역 발생 여부 확인

예) 정신건강의학과 퇴원당일 재입원한 경우

2020.2.17.(3)	(17, 18, 19일) 3일의 정신건강의학과정액수가 청구	입퇴원 당일인 2/19에 정액수가가 각각 중복으로 발생
2020.2.19.(3) 퇴원당일 재입원	(19, 20, 21일) 3일의 정신건강의학과정액수가 청구	

- A병원에서 입원기간을 '20.1.14.(입원일수 12일 : 1.14~1.25)와 '20.1.25.(입원일수 3일 : 1.25.~1.27.)로 청구
  ☞ '20.1.14일 입원하여 1.25일 퇴원하였으나, 당일에 통증이 있어 재입원한 건으로 입원료 중복 산정되지 않음

- A병원에서 입원기간을 '20.3.1.(입원일수 7일 : 3.1.~3.7.)와 '20.3.7.(입원일수 50일)로 청구하여 '20.3.7일에 대한 입원 중복여부 의뢰
  ☞ A병원에서 '20.3.7일 퇴원 후 동일날 재입원한 건으로 퇴원 당일에 동일의료급여기관에 재입원하는 경우 계속적인 입원에 해당하므로 중복청구된 1일 입원료 환수함

포함중복인 경우

- A병원에서 입원기간을 '20.1.3.(입원일수 2일 : 1.3.~1.4.)로, B병원에서 입원기간을 '20.1.3.(입원일수 10일 : 1.3.~1.12.)로 청구하여 중복여부 의뢰
  ☞ A병원에 '20.1.3일 입원한 후 익일(1.4일) 퇴원하여, 퇴원당일(1.4일) B병원에 입원한 경우로서 B병원에서 요양개시일 1.4일을 1.3일로 착오 입력하여 청구된 건으로 중복청구는 아님. 요양(진료)개시일 착오 청구는 중복청구 의뢰건 발생의 많은 원인으로 정확한 청구가 요망되며, 보장기관에서 직접처리 대상 건임

진찰료중복인 경우

- 월별청구시 재진진찰건이 초진진찰료로 청구되어 중복으로 색출된 경우
  - 동일 진료과(내과인 경우 동일 진료분야)에서 동일상병에 대해 진료내역 유·무 확인 후 중복청구시 재진진찰료와의 차액 환수

- 서면청구기관인 경우 재진진찰건을 초진진찰료 횟수란에 기재되어 중복으로 색출된 경우
  - 초진진찰료 횟수 입력란 착오기재 여부 확인

- A종합병원에 처음 내원하여 천식으로 내과에서 '20.1.4. 진료(30일분 약처방)하고 초진진찰료 산정, '20.2.3. 동일진료과목에서 동일상병으로 진료 후 초진진찰료 산정
  ☞ 건강보험요양급여행위 및 상대가치점수 제2부 제1장 [산정지침]-1-가에 의거 해당 상병으로 동일 의료기관의 동일 진료과목 의사에게 계속해서 진료받고 있는 환자로서 재진진찰료로 인정하고 그 차액은 환수함

타기관중복인 경우

- 수급권자가 입원 진료 중에 외출 등의 이유로 출타하여 다른 의료급여기관에 입원 후 입원사실을 알리지 않아 이중입원이 발생되어 중복으로 색출된 경우
  - 무단외출로 의료급여 수급권자의 확실한 귀책사유가 인정되는 경우 중복된 내역을 수급권자에게서 환수(입원료 등)
  - 주치의 허가 하에 외출을 시행한 경우 외박수가 산정이 타당하므로 입원료 청구 여부 확인하여 차액을 의료급여기관으로부터 환수

- 퇴원 당일 수급권자가 타 의료급여기관으로 입원하였으나, 퇴원한 의료급여기관으로 재의뢰된 경우
  - 위 사항에 해당 시 중복이 아님

- 동일 수급권자명으로 타 의료급여기관에서 각각 다른 상병으로 입원하여 중복으로 색출된 경우
  - 주민번호 착오기재 또는 의료급여증 대여 개연성이 있으므로 해당 보장기관에 수급권자에 대한 조회가 필요함을 명시하여 통보

- A요양병원에서 입원해있던 중 '20.8.20. 패혈증 증상으로 B대학병원 응급실 내원하여 응급실 중증도 분류기준(KTAS) 3등급으로 입원본인부담률 적용하여 청구, 중복여부 의뢰
  ☞ 응급의료수가 청구방법에 따라 응급실 방문시간은 6시간 미만이었으나 중증도 분류기준에 따라 입원본인부담률 적용한 경우로 중복청구는 아님. 다만, 타 기관에 진료를 의뢰한 때에는 의뢰한 의료급여기관에서 청구해야하나 각각 기관에서 청구하여 중복청구 의뢰건 발생의 많은 원인이 됨

13 의료급여비용 중복청구 확인요령(보장기관용)

개요

시·군·구청에서 의뢰하는 의료급여 중복청구 진료비 분리심사 의뢰건과 관련하여 정신건강의학과 입원진료 중 타과 협진으로 인한 진료일수 중복건, 의료급여기관의 당월진료개시일 또는 당월진료일수 기재착오 등 단순착오 건이 다발생하여 이에 대한 중복청구여부 확인요령을 안내하고자 함

중복청구 확인요령

외래진료 명세서 완전 중복 건

- 동일 날 타 진료과목 협의진찰(외래)로 2개 진료과에서 진료 후 당월 진료개시일과 당월 입·내원일수가 동일하게 청구되어 발생하는 중복으로, 대부분 의료급여기관의 주상병 기재착오로 발췌되는 경우가 많음
- 수급권자의 진료기록부 상 전문 진료과목 및 전문분야가 다른 진료담당의사, 진료내용 등을 확인하여 동일 상병 여부 및 세부 진료과목 파악
- 다른 상병에 대해 세부 과목을 달리하여 진료를 본 경우 중복청구가 아님
  다만, 진료기록부 확인 상 동일 상병으로 진료를 본 경우와 세부과목의 분류가 동일할 경우 중복청구이므로 진찰료 등을 확인하여 중복청구 내역을 환수하도록 함

※ **업무처리 순서**(예시)

<table>
<tr><td>이름</td><td>김OO</td><td>중복색출대장</td><td>진료기록부</td><td rowspan="3">〈진료기록부 확인결과〉
A병원에서 신장내과 진료와 내분비내과 진료를 보았음. 신장내과의 경우 만성신부전 질환으로 진료를 보았으며 내분비내과는 당뇨병 질환으로 진료 본 것으로 확인되어 중복청구가 아님.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">기관</td><td rowspan="2">A병원</td><td>’20.08.20.(1)</td><td>’20.08.20.(1)</td></tr>
<tr><td>’20.08.20.(1)</td><td>’20.08.20.(1)</td></tr>
</table>

정신건강의학과 정액 입원진료와 타과 진료와의 중복

- 중복색출대장과 의료급여비용명세서를 비교함
- 중복색출대장상 동일 의료급여기관의 두 명세서가 진료개시일과 진료기간(입원일수 또는 원내투약일수 산입)을 확인한 결과 진료기간이 일부 중복되어 있는 경우
  ⇒ 중복색출대장에 표기되어 있는 명세서 서식번호가 09(정신건강의학과 낮병동), 또는 10(정신건강의학과 입원) 인지 여부와 02(의과입원), 03(의과외래), 04(치과입원), 05(치과외래)인지를 확인함

※ 의료급여수가의 기준 및 일반기준 [별표1] 제4장 마목(3)

- 정신질환자가 정신건강의학과 의료진으로 진료가 곤란한 다른 질환이 발생하여 부득이 입원도중 동일 급여기관의 다른 진료과목의 전문의에게 협진 의뢰하여 진료한 경우에는 별도 행위별 수가로 적용하여 청구함
- 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 기재

● 정신건강의학과 진료와 타과 진료인 경우에는 정신건강의학과 의료진으로 진료가 가능한 간단한 상병(예: 소화불량, 감기 등)인지의 여부를 확인함

- 정신건강의학과 의료진으로 진료가 가능한 간단한 상병(예: 소화불량, 감기 등)의 진료비용은 정신건강의학과 입원수가에 포함되어 있으므로 별도로 산정할 수 없음

● 타과 명세서 내용이 정신건강의학과 의료진으로 진료가 곤란한 타과 진료를 행위별수가로 청구한 것인지 확인함

- 명세서 내용에는 상병명이 별도로 부여되며, 협의진찰료, 시술 및 처치료, 약제비, 검사료 등이 청구됨

  * 이 경우는 정신건강의학과 입원 중에 타과 협진에 대한 의료급여비용이 청구된 것으로 중복청구가 아님

- 타과 행위별 명세서 상해외인란의 "E" 코드 기재누락이나 진료일수를 "0"으로 표기하지 않아 중복청구로 색출되는 경우가 많으므로 의료급여비용 청구 방법에 대한 안내가 필요함

예시)

중복색출대장		의료급여비용 명세서	
당월진료개시일	**당월진료일수**	**당월진료개시일**	**당월진료일수**
2020.1.1.	30(서식10)	2020.1.1.	30 정신건강의학과정액입원
2020.1.15.	0 (서식2)	2020.1.15.	0 타과진료 - 상병명 : 당뇨병 - 진료과목 : 01(내과) - 상해외인란 : E

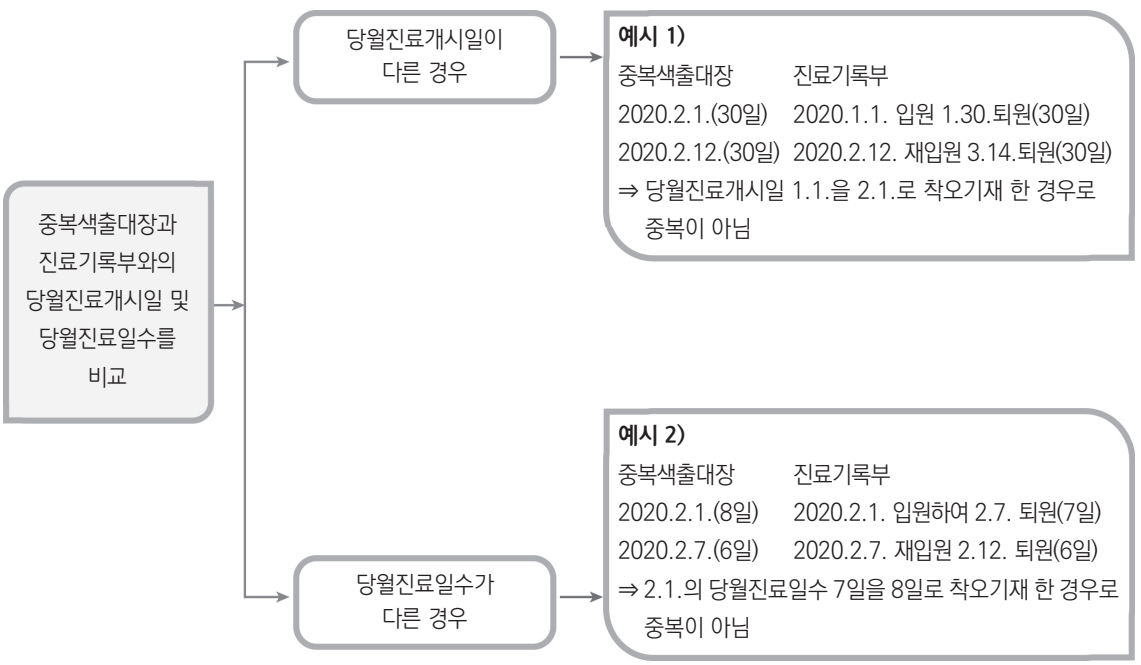
※ 업무처리 순서

중복색출내역 상 진료기간 일부중복 ▶ 중복색출대장에서 중복된 내역이 정신건강의학과정액 입원(서식 09, 10)과 타과 진료분(행위별 수가적용 명세서서식 02, 03, 04, 05)인지 확인 ▶ 의료급여비용 명세서에서 타과 진료분 명세서가 협진 진료분인지 확인 ▶ 위의 사항이 모두 확인되면 정신건강의학과 정액입원 중 타과 협진 진료분으로 중복청구가 아님

당월진료개시일 또는 당월진료일수 중복

- 중복색출대장과 진료기록부와의 당월진료개시일과 당월진료일수를 비교함
- 비교결과 당월진료개시일만 다르고 입·내원일수 및 당월진료일수가 같은 경우 당월진료개시일 기재착오임
  - 진료기록부상의 진료개시일로 확인
- 중복색출대장과 진료기록부와의 당월진료일수는 다르나 진료개시일이 같은 경우 진료기록부상의 진료일수를 확인하여 당월진료일수 착오에 대한 확인을 함
  - 진료일수는 진료일을 기준으로 원내투약일수를 산입하여 산출함
- 퇴원한 당일, 증상의 악화 등으로 동일 의료급여기관 혹은 타 의료급여기관에 다시 재입원한 경우 각각의 의료급여비용을 인정하므로 중복청구가 아님. 단, 동일 의료급여기관에 재입원한 경우에는 당일의 입원료가 중복 산정되었는지 여부만을 확인함

※ 업무처리 순서



14 의료급여 급여기준 이력관리시스템 활용 방법

구축배경 및 목적

- 의료급여 특성상 의료급여적용 기준 및 방법·절차·범위·상한 등이 건강보험과 다르게 다양하게 운영되고 있음
- 그러나 현재 의료급여의 다양한 기준에 대한 이력관리가 체계적으로 이뤄지지 않아 업무 활용도 및 대내외 사용자에 대한 정보제공 기능이 미흡함
- 「의료급여 급여기준 이력관리시스템 구축」을 통해 체계적 관리와 업무효율성 제고는 물론 대내외 정보이용자에 대한 만족도를 제고하고자 함

주요 기능 및 내용

- 의료급여 기준 제·개정 연혁 및 내용
  - 제·개정 사유, 삭제 및 변경 등에 대한 경과 및 세부 사항(법령, 의료급여기준, 고시 등)
- 연혁 업로드 내역 : 법령 및 기준
  - 의료급여법(시행령, 시행규칙 포함 최근 개정 법령 업로드)
  - 의료급여수가의 기준 및 일반기준
  - 의료급여 관련 급여기준
  - 기타 관련 법령(국민건강보험법, 의료법 등)
- 의료급여 급여기준 이력관리시스템 접속 경로

▌심사평가원 홈페이지 하단의 바로가기 click

요양기관 업무포털 서비스(http://biz.hira.or.kr) → 심사기준 종합서비스 → 급여기준 이력조회(http://rulesvc.hira.or.kr) → "의료급여" 및 "관련법령" 이력조회화면

건강보험심사평가원

HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

Ⅱ

의료급여수가의 기준 및 일반기준

[보건복지부 고시 제2020-239호]

의료급여 실무편람

Health Insurance Review & Assessment Service

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, 2019.10.22. 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 제2020-223호, 2020. 10. 5. 시행
보건복지부 고시 제2020-239호, 2020. 11. 1. 시행

제1장 의료급여수가의 기준 및 그 계산방법

제1조(급여비용 산정) ① 의료급여기관의 급여비용 산정은 「국민건강보험법 시행령」 제21조제2항 및 제3항, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제2항 및 제4항의 규정에 의하여 고시한 "건강보험 행위급여·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, 제2조 부터 제14조에서 정하는 급여비용의 산정에 대하여는 그러하지 아니하다.

② 「의료급여법 시행규칙」(이하 "규칙"이라 한다) 제20조제2항의 의료급여비용 청구방법 및 심사청구서·명세서 서식 작성요령은 별표1에 의한다.

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

1. 「의료급여법」 제9조제2항제3호에 따른 다음 각목에 해당되는 의료급여기관은 22%
   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 한방병원 및 국립병원 한방진료부는 18%
3. 제1호 또는 제2호에 해당되지 아니하는 병원, 치과병원, 한방병원 또는 요양병원은 15%
4. 의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원은 11%

② 제1항의 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) ① 진찰료(약국의 경우에는 조제료, 약국관리료, 조제기본료, 복약지도료를 말한다)의 경우에는 상대가치점수 제1부 일반원칙"Ⅲ. 차등수가"는 적용하지 아니한다.

② 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료〔산정지침〕 "5. 의료질평가지원금, 6. 전문병원 관리료 등(전문병원 관리료·전문병원 의료질지원금)"은 의료급여비용의 산정에 적용하지 아니한다.

③ 규칙 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 산정할 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

② 입원은 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 "진료

내역"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) ① 만성신부전증환자가 외래 혈액투석시에는 의료급여기관 종별에 불구하고 1회당 146,120원(코드 O9991)의 정액수가로 산정한다. 다만, 「약사법」 제23조제4항에 해당되지 아니하여 처방전을 발행하여 진료한 경우에는 제1조에 의한다.

② 외래 1회당 혈액투석 정액수가에는 진찰료, 혈액투석수기료, 재료대, 투석액, 필수경구약제 및 Erythropoietin 제제를 포함한 투석당일 투여된 약제 및 검사료 등을 포함한다. 다만, 혈액투석을 위한 정맥내 카테터삽입술 또는 혈관중재시술 등의 비용은 별도로 산정할 수 있다.

③ 혈액투석을 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) ① 한국표준질병사인분류항목 중 정신 및 행동장애(F00-F99)와 뇌전증(G40, G41)에 해당하는 질병(이하 "정신질환"이라 한다)으로 정신건강의학과 전문의료급여기관(병원 및 종합병원급의 정신건강의학과 포함)에서 입원 진료한 경우에는 1일당 정액수가로 산정하며, 환자상태에 따라 적절한 진료를 행하여 치료기간을 단축시키도록 노력하여야 한다.

② 정신질환에 대한 정액수가는 약제를 제외한 진찰료·입원료·투약료·주사료·정신요법료·검사료 등 환자진료에 필요한 비용을 포함한다. 다만, 마약류 관리료, 입원환자 안전관리료 및 감염병의 확산 등 긴급한 사유로 부득이하게 보건복지부장관이 정하는 급여비용의 경우 제1조에 따라 별도로 산정할 수 있다.

③ 입원환자의 경우 1주일에 2회 이상(개인정신치료 1회 이상) 정신요법을 실시하여야 하고, 별표 4에서 정한 정신건강의학과 의사, 정신건강의학과 간호사 및 정신건강전문요원 인력 확보수준에 따른 차등제 적용 시 기관등급 G3에 해당하는 의료급여기관의 경우 1주일에 3회 이상(개인정신치료 1회 이상), 기관등급 G2 이상에 해당하는 의료급여기관의 경우에는 1주일에 4회 이상(개인정신치료 2회 이상) 정신요법을 실시하여야 한다.

④ 〈2017.3.13일자로 삭제〉

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

제10조(정신질환 외래수가 등) ① 정신건강의학과 전문의료급여기관에서 한국표준질병사인분류항목 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.
② 정신질환자 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)을 준수하여야 한다.
③ 〈2017.3.13일자로 삭제〉

제11조(정신질환 입원 및 낮병동 수가 등) ① 정신질환에 대한 입원수가는 1일당 정액수가(식대 포함)로 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, 별지 제18호 서식에 따른 의료급여 정신건강의학과 입원료 차등제 산정현황 통보서를 매분기 마지막 월 20일까지 제출하지 않은 의료급여기관인 경우 기관등급 G5로 산정하되, 제출기간을 도과하여 적용분기 전일까지 부득이한 사유를 소명하여 제출하는 경우에 한하여 확인된 기관 등급을 적용한다.
② 정신질환 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.

입원기간 / 기관등급	1일당 정액수가(점수)			
	입원 후 1일~90일	입원 후 91일~180일	입원 후 181~360일	입원 후 361일 이상
G1	753.50	709.01	663.03	633.78
G2	693.64	651.87	610.24	582.35
G3	541.94	509.97	476.63	455.68
G4	435.49	409.07	382.66	365.09
G5	405.27	380.20	356.25	339.91

③ 정신건강의학과 입원진료 후 퇴원 투약비용은 제1조에 따라 별도 산정한다.
④ 낮병동 수가는 1식을 포함한 1일당 정액수가로서, 낮병동을 운영할 수 있는 정신건강의학과 전문의료급여기관에서 정신질환자를 1일 6시간 이상 진료를 실시하고 당일 귀가시킨 경우에 적용하되, 제1항에 따른 정신질환 입원수가와 동일한 기관등급을 적용하여 제2항의 산정방법과 동일하게 한다. 다만, 입원실을 운영하지 않는 의료급여기관인 경우 「의료급여법」제9조제2항제1호에 따른 제1차의료급여기관은 기관등급 G4를 산정하고, 그 외 의료급여기관은 기관등급 G3로 산정한다.

기관등급	G1	G2	G3	G4	G5
낮병동 1일당 정액수가(점수)	531.02	486.80	383.54	306.39	293.00

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

⑥ 정신건강의학과 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

⑦ 제6항에 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	3,900원 (1식당)	5,060원 (1식당)	15,150원 (1식당)	2,180원 (1일당)	6,150원 (1일당)	5,610원 (1식당)	4,720원 (1식당)

② 식대 세부산정기준은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 Ⅰ. 행위 제17장 입원환자 식대 제2호 및 제4호를 준용한다.

제13조(가정간호) 〈2020.1.1. 일자로 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) 〈2018.8.1. 일자로 삭제〉

제14조의3(왕진료) ①제15조제1항제3호에 따라 왕진을 실시한 경우 왕진료는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 중 왕진료 진료수가 산정방법 제1호에 따라 산정한다.

② 제15조제1항제5호에 따른 촉탁의 진료만으로는 적절한 진료가 곤란한 경우에는 제15조제2항에 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) ① 의료급여는 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

② 제1항제3호의 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 제출하여야 한다. 이 경우 보장시설내의 수급권자의 경우는 촉탁의만으로는 적절한 진료가 곤란한 때에 한한다.

③ 보장기관은 수급권자 또는 보호자가 제출한 "왕진신청서"를 검토한 후 왕진인정여부를 결정하여 별지 제1호서식에 의한 "왕진결정통보서"를 지체 없이 의료급여기관에 송부하고, 해당 수급권자 또는 보호자에게 그 결과를 통보하여야 한다. 이 경우 보장기관이 왕진요청사유에 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 관한규칙 별표 2 중 제4호 가목에 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 "영"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. 〈2020.10.5.일자로 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.

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

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

④ 영 제3조제2항제1호라목, 영 별표 1 제1호다목(5) 중 "보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환"은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표5] 의 대상과 같다.

⑤ 제1항, 제3항 및 제4항에 따른 중증질환, 희귀질환, 중증난치질환 또는 결핵질환을 가진 자(이하 "본인일부부담금 산정특례대상자"라 한다)는 의료급여기관에서 확인한 별지 제20호서식의 의료급여(암) 산정특례 등록 신청서, 별지 제20-1호 의료급여(희귀, 중증난치) 산정특례 등록 신청서 및 별지 제20-2호 의료급여(결핵, 중증화상) 산정특례 등록 신청서를 보장기관에 제출하여야 하며, 희귀질환을 가진 자 중 극희귀질환자, 상세불명희귀질환자 및 기타염색체이상질환자는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조의2에 따라 승인된 의료급여기관에서 확인한 별지 제20-1호 의료급여(희귀, 중증난치) 산정특례 등록 신청서를 보장기관에 제출하여야 하며, 그 기준은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」제7조제6항, 제9항 및 제10항을 따른다. 다만, 제1항에 따른 중증질환을 가진 자 중 뇌혈관질환자, 심장질환자, 중증외상환자는 의료급여기관에 제출할 수 있다.

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

⑦ 산정특례 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 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조의2 제2항에 따라 의료급여기관이 제출한 자료를 근거로 질병관리청 희귀질환 전문위원회에서 상세불명희귀질환 및 기타염색체이상질환임을 판정한 날로부터 적용한다.

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

⑨ 본인일부부담금 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

⑩ 제5항에 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. 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

⑪ 제5항에 따라 인체면역결핍바이러스질환자로 등록한 자는 적용기한을 두지 않고 본인일부부담금을 면제한다. 다만, 인체면역결핍바이러스질환자 본인이 희망하는 경우 중증난치질환자 신청을 하지 아니할 수 있고 반대로 기신청·등록자가 등록취소를 요청할 수 있으며 등록취소 후에도 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 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 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) ①영 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.

③ 출생일로부터 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) 및 파목에서의 "보건복지부장관이 정하여 고시하는 정신질환"이란 조현병(F20~29)을 말한다.

② 영 [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 제13조제1항 별표 1과 같다.

제17조의11(추나요법에 대한 의료급여) 추나요법에 대한 의료급여의 적용기준 및 방법은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따르며, 급여비용의 부담은 영 제13조제1항 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 "3차의료급여기관"과 같고, "1단계 요양급여를 담당하는 요양기관"은 "2차의료급여기관 또는 1차의료급여기관"과 같다.

제18조(의료급여제한 관련 예외규정) ① 법 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. 〈2007.7.1.일자로 삭제〉

② 〈2007.7.1.일자로 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 통보하여야 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 〈2019.10.4.일자로 삭제〉

제19조(급여비용의 심사업무 처리) 급여비용의 심사업무처리에 관하여는 국민건강보험법시행규칙 제20조제4항의 규정에 의해 고시한 요양급여비용심사·지급업무처리기준에 의한다. 다만, 의료급여비용심사결과통보서는 별지 제2호 서식 및 별지 제2-1호 서식에 의하고, 제9조 및 제11조의 정신질환 정액수가 청구시 의료급여비용정액명세서에 정신질환 정액수가에 포함된 진찰료·입원료·투약료·정신요법료 등 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 계산방법에 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) ① 상환의무자가 상환기간 중에 대지급금을 상환하지 아니하여 대지급금이 체불되어 있는 경우에는 다시 대지급할 수 없다.

② 5년이상 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(뇌전증포함)(F00~F99, G40~G41)
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)

제23조(식대중본인일부부담) ① 규칙 별표 1의2 제1호라목의 규정에 따른 "수급권자가 입원시 발생하는 식대 중 보건복지부장관이 정하는 비용"은 제12조의 규정에 따른 식대의 100분의 20에 해당하는 금액으로 하되, 제17조의2 제1항에 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 제1항의 규정에 불구하고 제9조 및 제11조에 의한 의료급여를 받는 경우에는 제1항의 규정을 적용하지 아니한다.

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) ① 이 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.

② 의료급여비용의 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.〉

① 이 고시는 2004년 7월1일 부터 시행한다.
② 제23조제2항은 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.〉

① 이 고시는 2005년 9월 1일 진료분부터 시행한다.
② 자연분만 및 신생아 본인부담금면제에 관한 명세서작성은 2005년 1월 1일 진료분부터 소급하여 적용하며 보훈위탁진료 의료급여기관에 관한 사항은 2005년 10월 1일부터 시행한다.

부　　칙 〈2005. 11. 24.〉

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

부　　칙 〈2005. 12. 30.〉

① 이 고시는 2006년 1월 1일 진료분부터 시행한다.
② 제17조의 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 24부터 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 시행이후 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 시행이후 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 본인부담항목 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, 별표2의 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 개정에 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) ① 별지 서식에 대한 개정규정은 2014년 9월 1일 이후 진료분부터 적용한다.
② 제1항에도 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.100분의100미만 본인부담1', 'B.100분의100미만 본인부담2', '100분의100미만 총액', '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(중증외상환자에 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 등록 신청을 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 서식주8.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 때한 개정규정은 2018년 9월 1일 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. 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.

〔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 혈액투석 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 진료월의 진료분을 함께 청구한다.

(4) **〔청구처〕** ① 급여비용을 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.

② 의료법 제3조의4에 따른 상급종합병원, 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원 및 한의과대학부속한방병원의 급여비용은 심사평가원 본원으로, 종합병원, 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속치과병원 및 한의과대학부속한방병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 의원, 치과의원, 한의원, 보건기관, 조산원, 약국 및 한국희귀·필수의약품센터의 급여비용은 지역권별로 심사평가원 지원으로 청구한다.

〈표 1〉 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원, 보건기관, 조산원, 약국 및 한국희귀·필수의약품센터의 소재지역권별 청구처

지 역	청 구 처
서 울	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
전 북	건강보험심사평가원 전주지원
인 천	건강보험심사평가원 인천지원

주1) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원 및 한의과대학부속한방병원은 심사평가원 본원으로 청구함

(5) **〔사본의 보관〕** 청구인은 청구서와 명세서의 사본을 의료급여법 시행규칙 제11조제1항에서 정한 바에 따라 보관하여야 한다.

(6) **〔청구서와 명세서의 구분〕** ① 청구서는 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(V)하여야 한다.

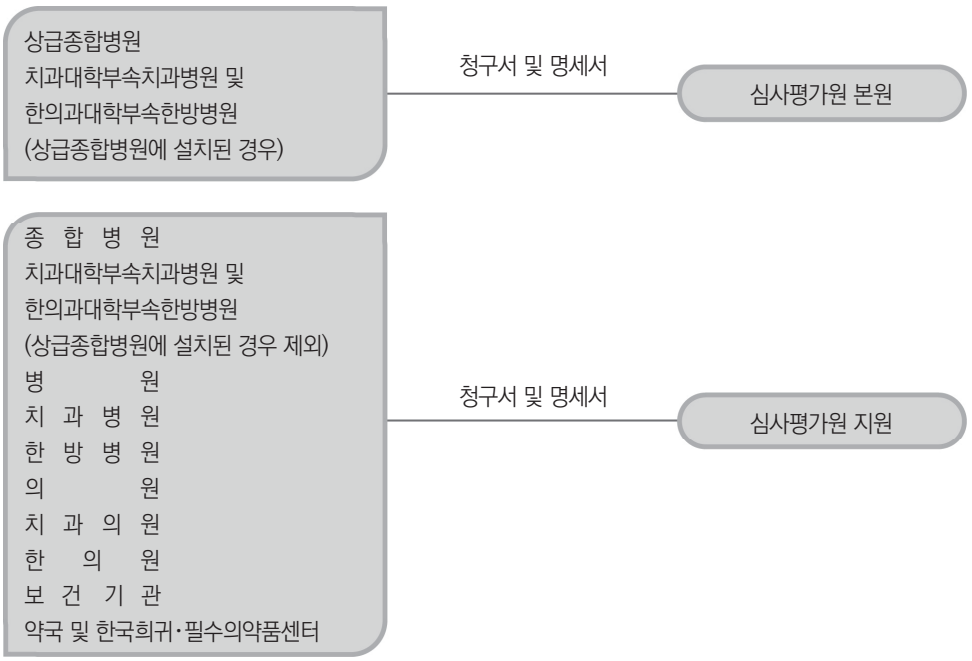
② 제①항에 의한 제3차의료급여기관 및 종합병원의 진료분야 구분은 요양급여비용 작성요령 제12조제2항과 같다.

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

④ 명세서의 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 기재하여 작성한다.

〈표 2〉 의료급여비용 청구체계



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(V)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 인정한 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.

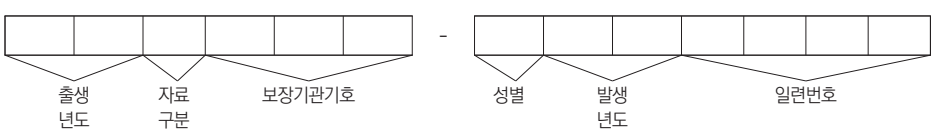
(4) **〔보훈 등 구분〕** 보훈위탁진료 의료급여기관의 의료급여수급권자 중 보훈 국비환자인 경우에는 '4'를 기재하여야 한다.

(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〕** ① 의료급여증에 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)

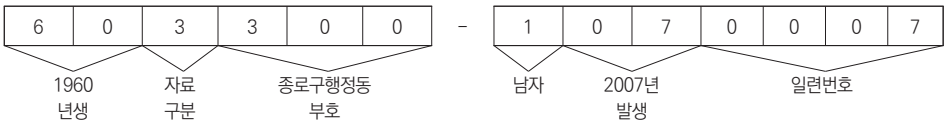
  2000년대 출생(남 : 3, 여 : 4)
- 발생년도(2자리) : 발생년도 마지막 2자리를 기재

  2000년 발생 → 00, 2007년 발생 → 07

- 일련번호(4자리) : 보장기관에서 중복되지 않도록 일련번호를 부여

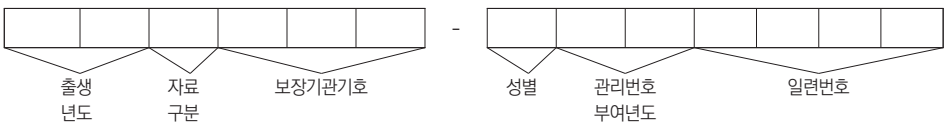
(예시)

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



□ 보장시설입소자가 아닌 자로서 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)

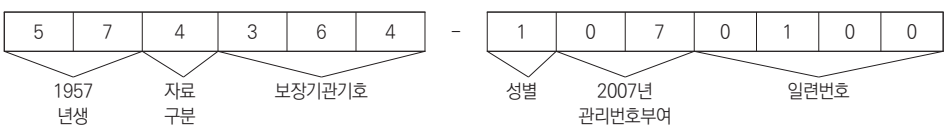
  1800년대 및 1900년대 출생(남 : 1, 여 : 2)

  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

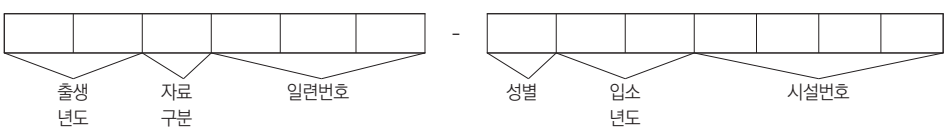
(예시)

2007.1.15일 대전동구(3640000) 100번째 기초생활보장번호 부여자(1957.5.30일생, 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

3	0	5	1	5	0	-	2	0	4	2	3	4	9
1930 년생		자료 구분	일련번호				여자	2004년 입소		감로당 시설번호			

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

③ 신생아가 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

세 대 주 성 명	홍 길 동	주민등록번호
수 급 권 자 성 명	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 기재하고, 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 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, 제17조의2제4항에 해당하는 결핵질환자의 경우 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표5]의 특정기호를 기재하고, 가정간호 대상자는 "[별표2] 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·동결침전제제 투여 및 기타 혈우병 치료를 받은 당일 외래진료	V009, V284
5	삭제(2020.10.5.)	삭제
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

일련번호	대 상	특정기호
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

(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 [별표1] 제2호자목 및 차목의 경우 일련번호 29~30호까지의 본인부담구분 코드를 기재하고, 규칙 제8조의3에 따라 2종수급권자 중 선택의료급여기관을 이용하는 경우에는 일련번호 20~25 또는 27~28까지의 본인부담구분 코드를 기재하며, 선택의료급여기관 적용 대상자 중 의료급여수가기준 제15조제1항 제5호에 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 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

구분	대 상	본인부담 구분코드
4	임산부 1종	M004
5	(구)등록 희귀난치성질환자 1종(2013.9.30. 이전 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(2013.10.1.~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 갈음하는 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

(9) **〔진료확인번호〕**「선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용 절차 등에 관한 규정」 제3조제4항에 따라 공단에서 전송받은 확인번호를 "진료확인번호"란에 기재하여야 한다.

(10) **〔상해외인〕** 의료급여수급권자가 외래에서 의사 진찰없이 예약된 검사만을 실시한 경우 그 해당 내역을 별도 명세서로 작성하여 「상해외인」란에 "H"를 기재토록 하며 진료일수는 "0"으로 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 적용 건

가. 서 식

서 식	서 식 명	서식번호	비 고
별지 제 4 호	의료급여비용명세서(의과입원)	GI02	의과용
별지 제4-1호	의료급여비용명세서(의과입원)	GI02	의과용
별지 제 5 호	〃 (의과외래일자별)	GI03	의과용
별지 제 6 호	〃 (치과입원)	GI04	치과용
별지 제 7 호	〃 (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〕** ① 식대는 실제로 행하여진 경우에 한하여 의료급여수가기준 제1장 제12조에서 정한 금액에 급식일수를 곱하여 2항 10목(기본식대)란 〔서면으로 청구하는 경우, 2.입원료 ⑦ 식대란(치과는 ② 식대란, 한방은 ④ 식대란)〕에 기재한다.

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

③ 입원환자 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〕** 〈2020.1.1.일자로 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〕** 정신질환 정액수가에는 정신요법료 등이 포함되어 있는 포괄수가이므로 동 항목을 산정 할 수 없으며, 정신질환이외 상병으로 치료도중 정신건강의학과에 의뢰하여 정신요법을 실시한 경우에 한하여 상대가치점수 제8장에서 정한 정신요법료를 산정할 수 있다.

(9) **〔요양병원 정액수가 등〕** ① 〈삭제〉

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

③ 〈2008.1.1.일자로 삭제〉

④ 〈2018.8.1.일자로 삭제〉

(10) **〔위탁검사〕** 해당 의료급여기관에서 검사시설 및 능력이 없어 검사를 다른 의료급여기관 또는 검사기관에 의뢰한 경우는 의료급여수가기준 제1장제6조에 의해 산정토록 하며, 상대가치점수 제2장제1절 검체검사료 각 분류항목 금액 및 별도 산정 가능한 재료대 금액을 합산한 금액은 명세서 9.검사료 ③위탁검사(Ⅰ)란에 위탁의뢰 검사수와 함께 기재하고, 위탁검사관리료(검사료 각 분류항목의 10%에 상당하는 금액)는 명세서 9.검사료 ②검체검사관리(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 골밀도검사료 분류 항목을 참고하여 "S. CT의 (Ⅱ)란, "S. MRI"의 (Ⅱ)란, "S. PET" (Ⅱ)란에 각각에 기재하되, 조영제 및 재료대 등은 (Ⅰ)란에 기재하며 해당란(분류란, 횟수란 등)에는 촬영부위, 필름매수, 재료대 등 그 내역을 명기한다.

(12) **〔기타 청구사항〕** ① 상기 사항 이외의 기본진료료, 검사료, 영상진단 및 방사선치료료, 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〉

③ 처방전을 발행한 경우 명세서 상 추가기재사항(처방전 발급번호와 처방일수, 처방내역)은 "요양급여비용 작성요령"에 따라 산정한다.

④ 일련번호는 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 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 본인일부부담금을 기재한다.

(19) **〔장애인의료비〕** ① 2종 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 및 요양병원(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조 제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원인 요양병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다.)에서 이용한 일반병상 중 2·3인실 입원료를 제외한 제5장 의료급여 본인일부부담금 작성요령에 의한 본인일부부담금을 장애인의료비란에 기재한다.

② 2종수급권자 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〕** ① 의료급여비용총액1에서 본인일부부담금을 공제한 금액을 기재한다.

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

③ 2종수급권자 중 장애인 1차 의료급여(종별구분: 8)해당건의 청구액은 의료급여비용총액1에서 본인일부부담금과 장애인의료비를 공제한 금액을 기재한다.

④ 2종수급권자의 입원진료 후 대지급금이 발생된 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 진료비총액에서 본인일부부담금, 청구액, 보훈 본인일부부담금 및 의료급여 100분의100본인부담금총액을 제외한 금액을 기재한다.

(24) **〔단수처리〕** 급여비용 청구 및 지급시 「국고금관리법」 제47조제1항을 준용하여 10원미만의 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	서 식 명	서식번호	비 고
별지 제 8 호	의료급여비용명세서(조산원 입원)	GI06	조산원용
별지 제 9 호	〃 (보건기관 입원)	GI07	보건기관용
별지 제 10 호	〃 (보건기관 외래 처방전 미발행)	GI08	
별지 제10-1호	〃 (보건기관 외래 처방전 발행)		

나. 공통사항

(1) **〔입원일수〕** 당월의 재원일수를 기재한다.

(2) **〔의료급여비용총액1〕** 의료급여기간에 따른 의료급여비용총액1을 기재한다.

(3) **〔본인일부부담금〕** 본인일부부담금은 제5장 의료급여 본인일부부담금 작성요령에 의하여 기재하며 보훈위탁진료 의료급여기관의 보훈 국비환자의 경우에는 '0'으로 기재한다.

(4) **〔장애인의료비〕** ① 2종수급권자 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.
② 2종 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 부양의무자가 의료급여법시행규칙 제27조제7항에 의거 그 초과하는 금액의 일부 또는 전부를 대불받은 경우 "대지급금"란에 기재한다.

(6) **〔청구액〕** ① 의료급여비용총액1에서 본인일부부담금을 공제한 금액을 기재한다.
② 2종수급권자 중 장애인 2차의료급여(종별구분 : 6) 해당건의 청구액은 의료급여비용총액1에서 장애인의료비를 공제한 금액을 기재한다.
③ 2종수급권자 중 장애인 1차의료급여(종별구분 : 8) 해당건의 청구액은 의료급여비용총액1에서 본인일부부담금과 장애인의료비를 공제한 금액을 기재한다.
④ 2종수급권자가 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(정신질환 정액수가 제외)에 해당되는 외래 진료시 처방전 발행에 의해 의약품을 약국에서 조제·투약하도록 한 경우 처방전발급기관은 그 처방내역을 명세서에 기재하거나 수급권자에게 발급한 처방전 사본을 첨부하여 청구하여야 하나 정액수가 적용건의 경우는 명세서상 약제처방 내역 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〕** ① 초·경산 및 골반위만출 여부에 따라 초산은 ①, 경산은 ②, 골반위만출술은 ③으로 기재한다.
② 자궁내장치를 시행하여 상대가치점수 "제11장 조산료"를 산정하지 아니하고 상대가치점수 "제9장 제1절 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〕** ① 주간(09시를 초과한 때부터 18시전까지)에 조산한 경우에는 주간 소정금액을 산정하며 이 경우 명세서(GI06)의 시간란에 ①로 기재한다.
② 18시~09시(22시~06시 제외) 또는 공휴일에 조산한 경우에는 18시~09시 또는 공휴일 소정금액을 산정한다. 이 경우 명세서(GI06)의 시간란에 ②를 기재하고 조산시각 또는 조산일자(공휴일인 경우)를 기재한다.
③ 22시~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.

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〕** ① 의료급여수가기준 제1장 제9조 및 제11조의 정신질환 정액수가는 의료급여비용정액명세서 제X항 "정신건강의학과 정액"에 기재한다.

② 제1항에 따른 정신질환 정액수가에 포함된 진찰료·입원료·투약료·정신요법료 등 진료내역을 상대가치점수 및 요양급여비용 작성요령에 따라 진찰료, 입원료(식대 포함), 투약료 및 처방전, 주사료, 마취료, 이학요법료, 정신요법료, 처치 및 수술료, 검사료, 영상진단 및 방사선 치료료, 특수장비, 100분의100 본인부담 순서로 코드, 분류, 단가, 1회 투약량[3항(투약료), 4항(주사료) 의약품인 경우만 해당] 1일 투여량 또는 투여(실시)횟수, 총투여일수 또는 실시횟수, 금액 등을 명세서 각각의 항·목에 기재하되, 입원료와 식대는 의료급여수가기준 제2조에 따라 적용한다.

(2) **〔정신질환 정액수가 코드〕**

의료급여수가기준 제1장 제9조 및 제11조의 정신질환 정액수가 코드는 아래와 같다.

① 〈2017.3.13.일자로 삭제〉

② 정신질환 입원수가

입원기간 / 명 칭	수가코드			
	입원 후 1일~90일	입원 후 91일~180일	입원 후 181일~360일	입원 후 361일 이상
정신질환 입원수가 G1등급(병원이상)	AR341	AR351	AR361	AR331
정신질환 입원수가 G2등급(병원이상)	AR342	AR352	AR362	AR332
정신질환 입원수가 G3등급(병원이상)	AR343	AR353	AR363	AR333
정신질환 입원수가 G4등급	AR346	AR356	AR366	AR336
정신질환 입원수가 G5등급	AR347	AR357	AR367	AR337

③ 정신질환 낮병동수가

명 칭	수가코드
정신질환 낮병동수가 G1등급(병원이상)	AR201
정신질환 낮병동수가 G2등급(병원이상)	AR202
정신질환 낮병동수가 G3등급(병원이상)	AR203
정신질환 낮병동수가 G4등급	AR206
정신질환 낮병동수가 G5등급	AR207

④ 정신질환 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〕** ① 정신질환자가 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.

② 정신질환자가 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〕** 〈2017.3.13.일자로 삭제〉

(5) **〔촉탁의의 정신질환자 진료〕** 〈2017.3.13.일자로 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·내원 일수란에 "0"으로 기재한다.

(7) **〔정신질환 외래진료 시 항정신병 장기지속형주사제 청구〕** 제17조의9 제2항의 주사제의 경우 4항(주사료)의 (I)란에 기재한다.

(8) **〔퇴원 투약비용 등의 별도 산정〕** 정신건강의학과 입원 중 투여한 약품비 및 입원 진료 후 퇴원 투약비용 등을 제1조에 따라 별도 산정하는 경우 제X항 각목의 분류에 따라 기재한다.

바. 혈액투석 정액수가 명세서 작성

(1) **〔혈액투석 외래 정액수가 기재방법〕** ① 의료급여수가기준 제1장제7조의 혈액투석 외래 정액수가(O9991)는 의료급여비용명세서 제Z항의 "혈액투석 정액"란에 기재한다.

② 제1항에 따른 혈액투석 정액란의 혈액투석 정액수가에 포함된 진찰료, 혈액투석수기료, 재료대, 투석액, 필수경구약제 및 Erythropoietin제제 등 진료내역을 상대가치점수 및 요양급여비용 작성요령에 따라 진찰료, 투약료 및 처방전, 주사료, 마취료, 이학요법료, 정신요법료, 처치 및 수술료, 검사료, 영상진단 및 방사선치료료, 특수장비 등 순서로 코드, 분류, 상한가, 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 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 상해외인란에 반드시 "M"을 표기하되, 내원일수란에 "0"을 기재한다. 혈관중재시술 등의 해당 범주는 혈관조영촬영, 인공신장투석을 위한 동정맥루의 교정술, 중재적 방사선시술이며, 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〕** ① 1, 2차 의료급여별로 본인일부부담금이 변경된 수급권자의 경우 변경전 진료분과 변경후 진료분을 별도의 명세서에 각각 구분 작성하여야 한다.

② 1종수급권자가 제1차의료급여기관(보건소, 보건지소, 보건진료소, 약국 제외)·제2차의료급여기관·제3차 의료급여기관에서 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.

③ 2종수급권자가 제1차의료급여기관(약국제외)에서 외래진료를 받거나 또는 2종수급권자 중 만성질환자(만성신부전환자, 혈우병환자, 대사장애환자, 근육병환자, 장기이식환자)가 제2차의료급여기관(제3차의료급여기관 제외)에서 의료급여수가기준 제2장제17조에서 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.

④ 2종수급권자가 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 부담하므로 본인일부부담금이 발생하지 아니한다. 다만, 식대 본인부담면제대상자 및 정신건강의학과정액수가 산정 대상자 이외의 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 및 요양병원(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원인 요양병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다)에서 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 본인부담면제자의 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 못

하였거나 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 의약품을 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 의약품을 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 의약품을 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 한국희귀의약품센터에서 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.
- 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, 본인부담금액이 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 10%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 의료급여비용총액1의 5%를 산정하고, 치과임플란트에 대한 의료급여를 실시한 경우 본인일부부담금은 의료급여비용총액1의 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 의료급여비용총액1의 100분의 10(중증질환자, 자연분만, 6세미만 아동, 제왕절개분만의 경우 100분의 0, 고위험 임신부 진료 및 치매질환 진료의 경우 본인부담 100분의5, 6세 이상 15세 이하 아동 진료의 경우 본인부담 100분의3)에 입원진료시 제공된 식대 소정금액의 100분의 20[중증질환자에게 해당 중증질환(합병증 포함)으로 진료한 경우에는 100분의 5, 식대본인부담면제대상자의 경우 100분의0, 정신건강의학과 정액수가 산정대상자는 제외], 15세초과 18세이하 치면열구전색술금액의 100분의 5를 합한 금액을 본인이 부담하고, 「의료급여법 시행령」[별표1] 제3호 나목에 따른 상급종합병원, 종합병원, 병원, 한방병원 및 요양병원(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원인 요양병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다.)에서 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, 영 별표 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, 제왕절개분만의 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, 정신건강의학과 정액수가 산정

대상자는 제외)]에 해당하는 금액은 본인이 부담하고, 「의료급여법 시행령」[별표1] 제3호 나목에 따른 상급종합병원, 종합병원, 병원, 한방병원 및 요양병원(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원인 요양병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다.)에서 일반병상 중 2·3인실을 이용하는 경우 및 라목에 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 발생된 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 본인일부부담금을 전혀 부담하지 못하였거나 일부만 부담한 경우는 본인일부부담금란에 실제 수급권자가 부담한 금액(부담 못한 경우 "0"으로 표기)을 기재하여야 한다.

② **제1차의료급여기관**

- 2종수급권자가 제1차의료급여기관 외래에서 본인일부부담금은 처방전 발행 없이 의약품을 직접 조제받은 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 의약품을 직접 조제 받은 경우 본인일부부담금란에 750원, 장애인의료비란에 750원을 기재하고, 그 이외의 경우(동일에 직접 조제와 처방전 발행이 동시에 이루어진 경우 포함)에는 본인일부부담금란에 250원, 장애인의료비란에는 750원을 기재한다.

③ **제2차의료급여기관**

- 2종수급권자가 제2차의료급여기관 외래에서 의료급여를 받은 경우 의료급여비용총액1의 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 정신

질환의 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 장애인 의료비란에는 1,000원(또는 1,500원)을 각각 기재한다.

④ 제3차의료급여기관

- 2종수급권자가 제3차의료급여기관 외래에서 의료급여를 받는 경우 수급권자의료급여비용총액의 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 본인일부부담금은 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 본인일부부담금란

에는 “0”, 장애인의료비란에는 의료급여비용총액1의 15%(임신부, 등록 조산아 및 저체중 출생아, 치매 질환, 1세 미만인 수급권자의 경우 5%)를 각각 기재한다.

⑥ **약국 조제시**

- 2종수급권자가 의료급여기관에서 발행한 처방전에 의해 약국 또는 한국희귀의약품센터에서 처방 조제를 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, 본인부담금액이 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 10%에 1,500원을 합하여 기재한다.
- 2종수급권자가 제2차·제3차의료급여기관에서 정신건강의학과 외래진료 시 제17조9 제2항에 의한 주사제를 투여하는 경우 본인일부부담금은 해당 약제비용총액의 10%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 10%에 실제로 본인이 의료급여기관에 납부한 금액(250원 또는 750원)을 합하여 기재하고, 제2차·3차의료급여기관에서 제17조의9 제2항에 의한 주사제를 투여하는 경우에는 본인일부부담금란에는 “0”, 장애인 의료비란에는 해당 약제비용총액의 10%와 해당 약제비용총액을 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 행위비용총액의 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 의료급여비용총액1의 15%를 산정하고, 치과 임플란트에 대한 의료급여를 실시한 경우 본인일부부담금은 의료급여비용총액1의 20%를 산정하되, 10원 미만의 단수가 있을 때에는 이를 절사한 금액으로 기재한다.

(7) **[사회복지시설의 촉탁의 진료]** 〈2018.8.1.일자로 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 누락 부분에 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
	바. 소장이식을 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

【참고】 건강보험의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」〔별표2〕 가정간호 산정특례 대상

구분	대 상	특정기호
1	등록 암환자·희귀질환자·중증난치질환자·중증화상환자·결핵환자를 제외한 환자가 가정간호를 받은 경우(등록 암환자·희귀질환자·중증난치질환자·중증화상환자·결핵환자가 타 상병만으로 가정간호를 받은 경우 포함)	V008
2	등록 암환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병(C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~D48)으로 가정간호를 받은 경우	V194
3	별표 4에 의거 등록 희귀질환자가 등록일로부터 5년간 고시에서 정한 해당 상병으로 가정간호를 받은 경우, 단 상세불명 희귀질환은 등록일로부터 1년	V231
4	별표 4의2에 의거 등록 중증난치질환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병으로 가정간호를 받은 경우	V293
5	등록 중증화상환자가 등록일로부터 1년간 고시에서 정한 해당 상병으로 가정간호를 받는 경우	V251
6	별표 5에 의거 등록한 결핵환자가 특례기간 동안 결핵질환으로 가정간호를 받는 경우	V274
7	별표 4의2의 구분 제6호에 의거 등록한 치매질환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병으로 가정간호를 받은 경우	V801
	별표 4의2의 구분 제7호에 의거 등록한 치매질환자가 제10조제1항에 의거 해당상병으로 가정간호를 받은 경우	V811

【참고】 건강보험의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」〔별표2의2〕 가정형 호스피스 산정특례 대상

구분	대 상	특정기호
1	연명의료결정법 제2조제6호각목에 의한 말기환자가 가정형 호스피스를 받은 경우 (다만, 이미 산정특례 적용을 받고 있는 말기환자는 제외)	V301
2	등록 암환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병(C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~D48)으로 가정형 호스피스를 받은 경우	V302
3	별표 4에 따라 등록 희귀질환자 중 원발성 담즙성 간경변증(K74.3) 환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병으로 가정형 호스피스를 받은 경우	V303
4	별표 4의2에 따라 등록 중증난치질환자 중 인체면역결핍바이러스병(B20~B24) 환자가 5년간 해당 상병으로 가정형 호스피스를 받은 경우	V304

【참고】 건강보험의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」〔별표3〕 중증질환자 산정특례 대상

구분	대 상		특정기호
1	[별지 제1호] 서식에 따라 등록한 암환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병(C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~D48)으로 진료를 받은 경우		V193
2	[별첨 1]에 해당하는 상병의 뇌혈관질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 [별첨 1]에 해당하는 수술을 받은 경우 최대 30일		V191
	[별첨 1]에서 I60~I62에 해당하는 상병의 중증 뇌출혈환자가 급성기에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일 * [별첨1]에 해당하는 수술을 받지 않은 경우		V268
	[별첨 1]에서 I63에 해당하는 상병의 뇌경색증 환자가 증상 발생 24시간 이내에 병원에 도착하여 입원 진료 중 NIHSS가 5점 이상인 경우 최대 30일 * [별첨1]에 해당하는 수술을 받지 않은 경우		V275
3	[별첨 2]에 해당하는 상병의 심장질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 [별첨 2]에 해당하는 수술 또는 약제 투여를 받은 경우 최대 30일 * 단, [별첨 2]에 해당하는 상병 중 복잡 선천성 심기형질환자 또는 [별첨 2]에 해당하는 수술 중 심장 이식술을 받은 경우 최대 60일		V192
4	[별지 제3호] 서식에 따라 등록한 중증화상환자가 등록일로부터 1년간 [별첨 3]에 해당하는 상병의 진료를 받는 경우 * 단, 등록기간 종료 후 진료담당의사의 의학적 판단하에 등록기간을 6개월 연장할 수 있음	2도(T20.2, T21.2, T22.2, T23.2, T24.2, T25.2, T30.2)이면서 체표면적 20% 이상(T31.2~T31.9)인 경우	V247
		3도(T20.3, T21.3, T22.3, T23.3, T24.3, T25.3, T30.3)이면서 체표면적 10% 이상인 경우 (T31.11,T31.21~T31.22,T31.31~T31.33,T31.41~T31.44,T31.51~T31.55,T31.61~T31.66,T31.71~T31.77,T31.81~T31.88,T31.91~T31.99)	V248
		기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 안면부, 수부, 족부, 성기 및 회음부 화상은 2도이상, 눈 및 각막 등 안구화상(T20.2~T20.3, T21.2~T21.3, T23.2~T23.3, T25.2~T25.3, T26.0~T26.4)인 경우	V249
		흡입, 내부장기 화상(T27.0~T27.3, T28.0~T28.3)인 경우	V250
5	손상중증도점수(ISS) 15점 이상에 해당하는 중증외상환자가 「응급의료에 관한 법률」 제30조의2에 따른 권역외상센터에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일		V273

【참고】 건강보험의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」〔별표4〕 희귀질환자 산정특례 대상

구분	상 병 명	상병코드	특정기호
1	혈우병 환자가 항응고인자·동결침전제제 등의 약제 및 기타 혈우병 치료를 받은 당일 외래진료 또는 해당 치료 관련 입원 진료		
	유전성 제8인자결핍	D66	V009
	제8인자결핍(기능적 결함을 동반)	D66	V009
	혈우병 NOS	D66	V009
	A형혈우병	D66	V009
	고전적 혈우병	D66	V009
	유전성 제9인자결핍	D67	V009
	크리스마스병	D67	V009
	제9인자결핍(기능적 결함을 동반)	D67	V009
	혈장트롬보플라스틴성분결핍	D67	V009
	B형혈우병	D67	V009
	폰빌레브란트병	D68.0	V009
	혈관혈우병(Angiohaemophilia)	D68.0	V009
	혈관결손이 있는 제8인자결핍	D68.0	V009
	혈관혈우병(Vascular haemophilia)	D68.0	V009
	유전성 제11인자결핍	D68.1	V009
	C형혈우병	D68.1	V009
	혈장트롬보플라스틴전구물질결핍	D68.1	V009
	기타 응고인자의 유전성 결핍	D68.2	V009
	선천성 무피브리노젠혈증	D68.2	V009
	AC글로불린결핍	D68.2	V009
	프로악셀레린결핍	D68.2	V009
	제1인자[피브리노젠]의 결핍	D68.2	V009
	제2인자[프로트롬빈]의 결핍	D68.2	V009
	제5인자[불안정]의 결핍	D68.2	V009
	제7인자[안정]의 결핍	D68.2	V009
	제10인자[스튜어트-프라워]의 결핍	D68.2	V009
	제12인자[하게만]의 결핍	D68.2	V009
	제13인자[피브린안정화]의 결핍	D68.2	V009
	이상피브리노젠혈증(선천성)	D68.2	V009
	저프로콘버틴혈증	D68.2	V009
	오우렌병	D68.2	V009
2	아래의 상병을 갖고 있는 환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		
	크로이츠펠트-야콥병	A81.0	V102
	아급성 해면모양뇌병증	A81.0	V102
	포도당-6-인산탈수소효소결핍에 의한 빈혈	D55.0	V163
	잠두중독	D55.0	V163
	G6PD결핍빈혈	D55.0	V163
	해당효소의 장애에 의한 빈혈	D55.2	V164
	용혈성 비구상적혈구성 (유전성) Ⅱ형 빈혈	D55.2	V164
	헥소카이네이스결핍빈혈	D55.2	V164
	피루브산염카이네이스결핍빈혈	D55.2	V164
	삼탄당인산염이성화효소결핍빈혈	D55.2	V164
	알파지중해빈혈	D56.0	V232
	베타지중해빈혈	D56.1	V232
	쿠울리빈혈	D56.1	V232
	중증 베타지중해빈혈	D56.1	V232
	중간형 지중해빈혈	D56.1	V232

구분	상 병 명	상병코드	특정기호
	중증 지중해빈혈	D56.1	V232
	델타-베타지중해빈혈	D56.2	V232
	지중해빈혈 소질	D56.3	V232
	태아헤모글로빈의 유전적 존속	D56.4	V232
	비정형 용혈-요독증후군	D59.3	V219
	발작성 야간헤모글로빈뇨	D59.5	V187
	만성 후천성 순수적혈구무형성	D60.0	V023
	원발성 무형성(순수)적혈구	D61.0	V023
	가족성 저형성빈혈	D61.0	V023
	판코니빈혈	D61.0	V023
	블랙판-다이아몬드증후군	D61.0	V023
	영아 무형성(순수)적혈구	D61.0	V023
	기형을 동반한 범혈구감소증	D61.0	V023
	체질성 무형성빈혈	D61.0	V023
	선천성 무형성(순수)적혈구	D61.0	V023
	특발성 무형성빈혈	D61.3	V023
	골수형성저하	D61.9	V023
	범골수황폐	D61.9	V023
	저형성빈혈 NOS	D61.9	V023
	선천성 적혈구조혈이상빈혈	D64.4	V220
	이상조혈성 빈혈(선천성)	D64.4	V220
	항인지질증후군	D68.6	V253
	정성적 혈소판결손	D69.1	V106
	베르나르-술리에[거대혈소판]증후군	D69.1	V106
	글란즈만병	D69.1	V106
	그레이혈소판증후군	D69.1	V106
	혈소판무력증(출혈성)(유전성)	D69.1	V106
	혈소판병증	D69.1	V106
	에반스증후군	D69.30	V188
	선천성 무과립구증	D70.8	V108
	선천성 호중구감소	D70.8	V108
	영아 유전성 무과립구증	D70.8	V108
	무과립구증	D70.8	V108
	무과립구성 안지나	D70.8	V108
	호중구감소 NOS	D70.8	V108
	주기성 호중구감소	D70.8	V108
	코스트만병	D70.8	V108
	순환성 호중구감소	D70.8	V108
	호중구감소성 비장비대	D70.8	V108
	베르너-슐츠병	D70.8	V108
	선천성 이상식작용증	D71	V109
	만성 (소아기) 육아종성 질환	D71	V109
	다형핵호중구의 기능장애	D71	V109
	진행성 패혈성 육아종증	D71	V109
	세포막수용체복합체[CR3]결손	D71	V109
	혈구탐식성 림프조직구증	D76.1	V110
	가족성 혈구탐식세망증	D76.1	V110
	단핵탐식세포의 조직구증	D76.1	V110
	세망조직구종(거대세포)	D76.3	V110

구분	상 병 명	상병코드	특정기호
	심한 림프선병증을 동반한 동조직구증	D76.3	V110
	X-연관무감마글로불린혈증[브루톤](성장호르몬결핍을 동반)	D80.0	V111
	보통염색체열성 무감마글로불린혈증(스위스형)	D80.0	V111
	유전성 저감마글로불린혈증	D80.0	V111
	원발성 무감마글로불린혈증	D80.0	V111
	공통가변성 무감마글로불린혈증	D80.1	V111
	저감마글로불린혈증 NOS	D80.1	V111
	비가족성 저감마글로불린혈증	D80.1	V111
	면역글로불린을 지닌 B-림프구가 있는 무감마글로불린혈증	D80.1	V111
	면역글로불린A의 선택적 결핍	D80.2	V111
	면역글로불린G 서브클래스의 선택적 결핍	D80.3	V111
	면역글로불린M의 선택적 결핍	D80.4	V111
	면역글로불린M의 증가를 동반한 면역결핍	D80.5	V111
	거의 정상의 면역글로불린 또는 고면역글로불린혈증을 동반한 항체결핍	D80.6	V111
	항체결손이 현저한 기타 면역결핍	D80.8	V111
	카파경쇄결핍	D80.8	V111
	세망세포발생이상을 동반한 중증복합면역결핍	D81.0	V111
	T- 및 B-세포수가 감소된 중증복합면역결핍	D81.1	V111
	B-세포수가 정상이거나 감소된 중증복합면역결핍	D81.2	V111
	아데노신탈아미노효소결핍	D81.3	V111
	네젤로프증후군	D81.4	V111
	퓨린뉴클레오사이드인산화효소결핍	D81.5	V111
	주조직적합성복합체 I 형결핍	D81.6	V111
	노출림프구증후군	D81.6	V111
	주조직적합성복합체 II 형결핍	D81.7	V111
	바이오틴-의존카복실레이스결핍	D81.8	V111
	오멘증후군	D81.8	V111
	중증복합면역결핍장애 NOS	D81.9	V111
	혈소판감소 및 습진을 동반한 면역결핍	D82.0	V111
	비스코트-얼드리치증후군	D82.0	V111
	디죠지증후군	D82.1	V111
	흉선성 림프조직무형성	D82.1	V111
	면역결핍을 동반한 흉선무형성 또는 형성저하	D82.1	V111
	인두낭증후군	D82.1	V111
	짧은사지체구를 동반한 면역결핍	D82.2	V111
	엡스타인-바르바이러스에 대한 유전성 결손반응에 따른 면역결핍	D82.3	V111
	X-연관 림프증식성 질환	D82.3	V111
	고면역글로불린E증후군	D82.4	V111
	B-세포 수 및 기능의 현저한 이상에 의한 공통 가변성 면역결핍	D83.0	V111
	현저한 면역조절T-세포장애에 의한 공통 가변성 면역결핍	D83.1	V111
	B- 또는 T-세포에 대한 자가항체를 동반한 공통 가변성 면역결핍	D83.2	V111
	림프구기능항원-1결손	D84.0	V111
	C1에스터레이스억제인자결핍	D84.1	V111
	보체계통의 결손	D84.1	V111
	폐의 사르코이드증	D86.0	V111
	림프절의 사르코이드증	D86.1	V111
	림프절의 사르코이드증을 동반한 폐의 사르코이드증	D86.2	V111
	피부의 사르코이드증	D86.3	V111
	사르코이드관절병증(M14.8*)	D86.8	V111
	사르코이드심근염(I41.8*)	D86.8	V111
	사르코이드근염(M63.3*)	D86.8	V111

구분	상 병 명	상병코드	특정기호
	포도막귀밑샘열	D86.8	V111
	사르코이드증에서의 홍채섬모체염(H22.1*)	D86.8	V111
	기타 및 복합부위의 사르코이드증	D86.8	V111
	사르코이드증에서의 다발성 뇌신경마비(G53.2*)	D86.8	V111
	한랭글로불린혈증성 혈관염	D89.1	V294
	말단비대증 및 뇌하수체거인증	E22.0	V112
	말단비대증과 관련된 관절병증 (M14.5*)	E22.0	V112
	성장호르몬의 과잉생산	E22.0	V112
	쉬한증후군	E23.0	V165
	콜만증후군	E23.0	V165
	뇌하수체 부신피질자극호르몬의 과다생산	E24.0	V114
	뇌하수체-의존 쿠싱병	E24.0	V114
	뇌하수체-의존 부신피질기능항진증	E24.0	V114
	넬슨증후군	E24.1	V114
	이소성 부신피질자극호르몬증후군	E24.3	V114
	효소결핍과 관련된 선천성 부신생식기장애	E25.0	V115
	염류소실 선천성 부신증식증	E25.0	V115
	선천성 부신증식증	E25.0	V115
	21-수산화효소결핍	E25.0	V115
	부신생식기증후군 NOS	E25.9	V115
	바터증후군	E26.8	V254
	원발성 부신피질부전	E27.1	V116
	애디슨병	E27.1	V116
	자가면역성 부신염	E27.1	V116
	가족성 부신코티코이드결핍	E27.1	V116
	애디슨발증	E27.2	V116
	부신피질발증	E27.2	V116
	부신발증	E27.2	V116
	부신출혈	E27.4	V116
	부신경색증	E27.4	V116
	저알도스테론증	E27.4	V116
	부신피질부전 NOS	E27.4	V116
	송과선 기능이상	E34.8	V166
	조로증	E34.8	V166
	활동성 구루병	E55.0	V207
	영아골연화증	E55.0	V207
	연소성 골연화증	E55.0	V207
	고전적 페닐케톤뇨증	E70.0	V117
	기타 고페닐알라닌혈증	E70.1	V117
	타이로신대사장애	E70.2	V117
	타이로신혈증	E70.2	V117
	타이로신증	E70.2	V117
	조직흑갈병	E70.2	V117
	알캅톤뇨증	E70.2	V117
	눈피부백색증	E70.3	V117
	눈백색증	E70.3	V117
	교차증후군	E70.3	V117
	체디아크(-스타인브링크)-히가시증후군	E70.3	V117
	헤르만스키-푸들라크증후군	E70.3	V117
	바르덴브르그 증후군	E70.3	V117
	히스티딘대사장애	E70.8	V117

구분	상 병 명	상병코드	특정기호
	트립토판대사장애	E70.8	V117
	단풍시럽뇨병	E71.0	V117
	프로피온산혈증	E71.1	V117
	메틸말론산혈증	E71.1	V117
	아이소발레린산혈증	E71.1	V117
	고발린혈증	E71.1	V117
	고류신-이소류신혈증	E71.1	V117
	지방산대사장애	E71.3	V117
	부신백질디스트로피[애디슨-쉴더]	E71.3	V117
	근육카르니틴팔미틸트란스퍼레이스결핍	E71.3	V117
	장쇄수산화아실코에이탈수소효소결핍증(VLCAD)	E71.3	V117
	아미노산운반장애	E72.0	V117
	로베증후군	E72.0	V117
	시스틴증	E72.0	V117
	판코니(-드토니)(-드브레)증후군	E72.0	V117
	시스틴뇨증	E72.0	V117
	하르트넙병	E72.0	V117
	시스틴축적병(N29.8*)	E72.0	V117
	유황함유아미노산대사장애	E72.1	V117
	호모시스틴뇨	E72.1	V117
	아황산염산화효소결핍	E72.1	V117
	시스타타이오닌뇨증	E72.1	V117
	메타이오닌혈증	E72.1	V117
	고호모시스틴혈증	E72.1	V117
	요소회로대사장애	E72.2	V117
	아르지닌숙신산뇨	E72.2	V117
	시트룰린혈증	E72.2	V117
	아르지닌혈증	E72.2	V117
	고암모니아혈증	E72.2	V117
	라이신 및 하이드록시라이신 대사장애	E72.3	V117
	하이드록시라이신혈증	E72.3	V117
	글루타르산뇨	E72.3	V117
	고라이신혈증	E72.3	V117
	오르니틴대사장애	E72.4	V117
	오르니틴혈증(Ⅰ, Ⅱ형)	E72.4	V117
	오르니틴트랜스카바미라제결핍	E72.4	V117
	글라이신대사장애	E72.5	V117
	사르코신혈증	E72.5	V117
	비케톤고글라이신혈증	E72.5	V117
	고하이드록시프롤린혈증	E72.5	V117
	고프롤린혈증(Ⅰ, Ⅱ형)	E72.5	V117
	감마글루타밀회로의 장애	E72.8	V117
	베타아미노산대사장애	E72.8	V117
	선천성 젖당분해효소결핍	E73.0	V117
	글리코젠축적병 1b형 A	E74.0	V117
	글리코젠합성효소결핍	E74.0	V117
	코리병	E74.0	V117
	타루이병	E74.0	V117
	폼페병	E74.0	V117
	맥아들병	E74.0	V117
	글리코젠축적병	E74.0	V117

구분	상 병 명	상병코드	특정기호
	포르브스병	E74.0	V117
	폰기에르케병	E74.0	V117
	간인산화효소결핍	E74.0	V117
	허스병	E74.0	V117
	심장글리코젠증	E74.0	V117
	안데르센병	E74.0	V117
	갈락토스혈증	E74.2	V117
	갈락토스대사장애	E74.2	V117
	갈락토카이네이스결핍	E74.2	V117
	포스포에놀피루브산염카르복시카이네이스의 결핍	E74.4	V117
	피루브산염대사 및 포도당신합성 장애	E74.4	V117
	탈수소효소피루브산염의 결핍	E74.4	V117
	카복실레이스피루브산염의 결핍	E74.4	V117
	옥살산뇨	E74.8	V117
	샌드호프병	E75.0	V117
	GM_2 -강글리오시드증	E75.0	V117
	연소형 GM_2 -강글리오시드증	E75.0	V117
	테이-삭스병	E75.0	V117
	GM_2 -강글리오시드증 NOS	E75.0	V117
	성인형 GM_2 -강글리오시드증	E75.0	V117
	강글리오시드증 NOS	E75.1	V117
	뮤코지질증 Ⅳ	E75.1	V117
	GM_1 -강글리오시드증	E75.1	V117
	GM_3 -강글리오시드증	E75.1	V117
	패프리(-앤더슨)병	E75.2	V117
	니만-픽병	E75.2	V117
	화버증후군	E75.2	V117
	크라베병	E75.2	V117
	설파테이스결핍	E75.2	V117
	이염성 백질디스트로피	E75.2	V117
	고쉐병	E75.2	V117
	신경세포세로이드라이포푸스신증	E75.4	V117
	스필마이어-보그트병	E75.4	V117
	쿠프스병	E75.4	V117
	바텐병	E75.4	V117
	얀스키-빌쇼스키병	E75.4	V117
	월만병	E75.5	V117
	대뇌건의 콜레스테롤증[밴보게르트-쉐러-엡스타인]	E75.5	V117
	Ⅰ형 점액다당류증	E76.0	V117
	헐러증후군	E76.0	V117
	헐러-샤이에증후군	E76.0	V117
	샤이에증후군	E76.0	V117
	Ⅱ형 점액다당류증	E76.1	V117
	헌터증후군	E76.1	V117
	모르키오 (-유사)(고전적) 증후군	E76.2	V117
	마로토-라미 (경도)(중증) 증후군	E76.2	V117
	베타-글루쿠론산분해효소결핍	E76.2	V117
	Ⅲ, Ⅳ, Ⅵ, Ⅶ형 점액다당류증	E76.2	V117
	산필립포 (B형)(C형)(D형) 증후군	E76.2	V117
	뮤코지질증Ⅲ[거짓헐러다발디스트로피]	E77.0	V117
	뮤코지질증Ⅱ[Ⅰ-세포병]	E77.0	V117

구분	상 병 명	상병코드	특정기호
	라이소솜효소의 번역후 수정의 결손	E77.0	V117
	푸고스축적증	E77.1	V117
	시알산증[뮤코지질증 Ⅰ]	E77.1	V117
	당단백질분해의 결손	E77.1	V117
	아스파르틸글루코사민뇨	E77.1	V117
	마노스축적증	E77.1	V117
	레쉬-니한증후군	E79.1	V221
	유전성 코프로포르피린증	E80.2	V118
	포르피린증 NOS	E80.2	V118
	급성 간헐성 (간성) 포르피린증	E80.2	V118
	구리대사장애	E83.0	V119
	멘케스(꼬인모발)(강모)병)	E83.0	V119
	윌슨병	E83.0	V119
	혈색소증	E83.1	V255
	산성인산분해효소결핍	E83.3	V189
	가족성 저인산혈증	E83.3	V189
	저인산효소증	E83.3	V189
	비타민D저항골연화증	E83.3	V189
	비타민D저항구루병	E83.3	V189
	인대사 및 인산분해효소 장애	E83.3	V189
	폐증상을 동반한 낭성 섬유증	E84.0	V120
	장증상을 동반한 낭성 섬유증	E84.1	V120
	낭성 섬유증에서의 태변장폐색 (P75*)	E84.1	V120
	원위장폐쇄증후군	E84.1	V120
	유전성 아밀로이드 신장병증	E85.0	V121
	비신경병성 유전가족성 아밀로이드증	E85.0	V121
	가족성 지중해열	E85.0	V121
	아밀로이드다발신경병증(포르투갈)	E85.1	V121
	신경병성 유전가족성 아밀로이드증	E85.1	V121
	상세불명의 유전가족성 아밀로이드증	E85.2	V121
	기관한정아밀로이드증	E85.4	V121
	국소적 아밀로이드증	E85.4	V121
	뇌전증에 동반된 후천성 실어증(失語症)[란다우-클레프너]	F80.3	V256
	레트증후군	F84.2	V122
	헌팅톤병	G10	V123
	헌팅톤무도병	G10	V123
	선천성 비진행성 운동실조	G11.0	V123
	조기발병 소뇌성 운동실조(발병은 보통 20세 이전)	G11.1	V123
	X-연관 열성 척수소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	보류된 건반사을(를) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	마이오클로누스[헌트운동실조]을(를) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	본태성 떨림을(를) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	프리드라이히운동실조(보통염색체열성)	G11.1	V123
	만기발병 소뇌성 운동실조(발병은 보통 20세 이후)	G11.2	V123
	DNA복구결손을 수반한 소뇌성 운동실조	G11.3	V123
	모세혈관확장성 운동실조[루이-바]	G11.3	V123
	유전성 강직성 하반신마비	G11.4	V123
	기타 유전성 운동실조	G11.8	V123
	상세불명의 유전성 운동실조	G11.9	V123
	유전성 소뇌의 변성	G11.9	V123
	유전성 소뇌의 병	G11.9	V123

구분	상 병 명	상병코드	특정기호
	유전성 소뇌의 증후군	G11.9	V123
	유전성 소뇌의 운동실조 NOS	G11.9	V123
	영아척수성 근위축, I형[베르드니히-호프만]	G12.0	V123
	기타 유전성 척수성 근위축	G12.1	V123
	소아기의 진행성 연수마비[파지오-론데]	G12.1	V123
	원위 척수성 근위축	G12.1	V123
	어깨종아리형 척수성 근위축	G12.1	V123
	소아형, Ⅱ형 척수성 근위축	G12.1	V123
	연소형, Ⅲ형[쿠겔베르그-벨란더] 척수성 근위축	G12.1	V123
	성인형 척수성 근위축	G12.1	V123
	운동신경세포병(단, 기타 및 상세불명의 운동신경세포병(G12.28)은 제외)	G12.2	V123
	기타 척수성 근위축 및 관련 증후군	G12.8	V123
	상세불명의 척수성 근위축	G12.9	V123
	할러포르덴-스파츠병	G23.0	V257
	색소성 담창구변성	G23.0	V257
	진행성 핵상안근마비 [스틸-리차드슨-올스제위스키]	G23.1	V190
	아급성 괴사성 뇌병증[리이]	G31.81	V208
	다발경화증	G35	V022
	뇌간(~의) 다발경화증	G35	V022
	척수(~의) 다발경화증	G35	V022
	다발경화증 NOS	G35	V022
	전신성(~의) 다발경화증	G35	V022
	파종성(~의) 다발경화증	G35	V022
	시신경척수염[데빅병]	G36.0	V276
	레녹스-가스토증후군	G40.4	V233
	웨스트증후군	G40.4	V233
	긴장-간대성 뇌전증지속상태	G41.0	V125
	대발작 뇌전증지속상태	G41.0	V125
	소발작뇌전증지속상태	G41.1	V125
	뇌전증 압상스지속상태	G41.1	V125
	복합부분뇌전증지속상태	G41.2	V125
	기타 뇌전증지속상태	G41.8	V125
	상세불명의 뇌전증지속상태	G41.9	V125
	발작수면 및 허탈발작	G47.4	V234
	멜커슨증후군	G51.2	V167
	멜케르손-로젠탈증후군	G51.2	V167
	복합부위통증증후군 Ⅱ형	G56.4	V168
	다리의 복합부위통증증후군 Ⅱ형	G57.80	V168
	데제린-소타스병	G60.0	V169
	루시-레비증후군	G60.0	V169
	영아기의 비대성 신경병증	G60.0	V169
	유전성 운동 및 감각 신경병증 I-IV형	G60.0	V169
	유전성 운동 및 감각 신경병증	G60.0	V169
	샤르코-마리-투스질환	G60.0	V169
	비골근위축(축삭형, 비대형)	G60.0	V169
	길랭-바레증후군	G61.0	V126
	밀러휘셔증후군	G61.0	V126
	다초점 운동 신경병증(전도차단동반)	G61.8	V126
	만성 염증성 탈수초성 다발신경병증	G61.8	V126
	중증근무력증	G70.0	V012
	선천성 및 발달성 근무력증	G70.2	V012

구분	상 병 명	상병코드	특정기호
	조기수축을 동반하는 양성 어깨종아리[에머리-드라이프스] 근디스트로피	G71.0	V012
	뒤쉔 또는 베커와 유사한 보통염색체열성, 소아형 근디스트로피	G71.0	V012
	눈 근디스트로피	G71.0	V012
	어깨종아리 근디스트로피	G71.0	V012
	근디스트로피	G71.0	V012
	중증[뒤쉔] 근디스트로피	G71.0	V012
	양성[베커] 근디스트로피	G71.0	V012
	눈인두성 근디스트로피	G71.0	V012
	지대 근디스트로피	G71.0	V012
	원위성 근디스트로피	G71.0	V012
	얼굴어깨팔 근디스트로피	G71.0	V012
	근긴장장애	G71.1	V012
	거짓근긴장증	G71.1	V012
	신경근육긴장[아이작스]	G71.1	V012
	증상성 근긴장증	G71.1	V012
	선천성 근긴장증 NOS	G71.1	V012
	열성[베커] 선천성 근긴장증	G71.1	V012
	우성[톰슨] 선천성 근긴장증	G71.1	V012
	연골형성장애성 근긴장증	G71.1	V012
	근긴장디스트로피[스타이너트]	G71.1	V012
	선천성 이상근긴장증	G71.1	V012
	다발심 병	G71.2	V012
	선천성 근병증	G71.2	V012
	근섬유의 특정 형태이상을 동반한 선천성 근디스트로피(G71.2)	G71.2	V012
	미세심 병	G71.2	V012
	네말린근병증	G71.2	V012
	선천성 근디스트로피 NOS	G71.2	V012
	근세관성 (중심핵성) 근병증	G71.2	V012
	중심핵 병	G71.2	V012
	근섬유형 불균형	G71.2	V012
	달리 분류되지 않은 미토콘드리아근병증	G71.3	V012
	멜라스증후군	G71.3	V012
	유전성 근병증 NOS	G71.9	V012
	주기마비(가족성) 저칼륨혈성	G72.3	V258
	람베르트-이튼증후군(C00-D48†)	G73.1*	V259
	척수공동증 및 연수공동증	G95.0	V172
	맥락막결손	H31.2	V295
	코츠	H35.01	V260
	색소망막염	H35.51	V209
	스타르가르트병	H35.58	V209
	레베르선천성흑암시	H35.59	V209
	상세불명의 유전성 망막디스트로피	H35.59	V209
	컨스-세이어증후군	H49.8	V261
	원발성 폐동맥고혈압	I27.0	V202
	아이젠멘거복합	I27.8	V226
	아이젠멘거증후군	I27.8	V226
	비가역적 확장성 심근병증	I42.0	V127
	폐색성 비대성 심근병증	I42.1	V127
	비대성 대동맥하협착	I42.1	V127
	비폐색성 비대성 심근병증	I42.2	V127
	심내막심근(호산구성)병	I42.3	V127

구분	상 병 명	상병코드	특정기호
	심내막심근(열대성)섬유증	I42.3	V127
	뢰플러심내막염	I42.3	V127
	심내막탄력섬유증	I42.4	V127
	선천성 심근병증	I42.4	V127
	긴QT증후군	I49.8	V296
	모야모야병	I67.5	V128
	폐색혈전혈관염[버거병]	I73.1	V129
	유전성 출혈성 모세혈관 확장증	I78.0	V297
	랑뒤-오슬러-웨버병	I78.0	V235
	버드-키아리증후군	I82.0	V173
	폐포단백질증	J84.0	V222
	특발성 폐섬유증	J84.18	V236
	소장의 크론병	K50.0	V130
	대장의 크론병	K50.1	V130
	소장 및 대장 모두의 크론병	K50.8	V130
	원발성 담즙성 경변증	K74.3	V174
	자가면역성 간염	K75.4	V175
	원발성 담관염/경화성 담관염(두 상병 진단기준 모두 충족하는 경우)	K83.0	V262
	보통천포창	L10.0	V132
	낙엽천포창	L10.2	V210
	수포성 유사천포창	L12.0	V211
	흉터유사천포창	L12.1	V212
	양성 점막유사천포창	L12.1	V212
	후천성 수포성 표피박리증	L12.3	V176
	성인발병 스틸병	M06.1	V298
	류마티스인자가 있거나 없는 연소성 류마티스관절염	M08.0	V133
	연소성 류마티스관절염	M08.0	V133
	연소성 강직척추염	M08.1	V133
	전신적으로 발병된 연소성 관절염	M08.2	V133
	(혈청검사음성인) 연소성 다발관절염	M08.3	V133
	만성 연소성 다발관절염	M08.3	V133
	결절성 다발동맥염	M30.0	V134
	폐침범을 동반한 다발동맥염[처그-스트라우스]	M30.1	V134
	연소성 다발동맥염	M30.2	V134
	굿파스쳐증후군	M31.0	V135
	혈전성 혈소판감소성 자반	M31.1	V135
	혈전성 미세혈관병증	M31.1	V135
	치사중간선육아종	M31.2	V135
	베게너육아종증	M31.3	V135
	괴사성 호흡기육아종증	M31.3	V135
	대동맥궁증후군[다까야수]	M31.4	V135
	현미경적 다발동맥염	M31.7	V238
	기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스	M32.1	V136
	연소성 피부근염	M33.0	V137
	기타 피부근염	M33.1	V137
	다발근염	M33.2	V137
	진행성 전신경화증	M34.0	V138
	크레스트증후군	M34.1	V138
	석회증, 레이노현상, 식도기능장애, 경지증(硬指症), 모세혈관확장의 조합	M34.1	V138
	폐침범을 동반한 전신경화증(J99.1*)	M34.8	V138
	근병증을 동반한 전신경화증(G73.7*)	M34.8	V138

구분	상 병 명	상병코드	특정기호
	근병증을(를) 동반한 쉐그렌증후군(G73.7*)	M35.0	V139
	폐침범을(를) 동반한 쉐그렌증후군(J99.1*)	M35.0	V139
	건조증후군[쉐그렌]	M35.0	V139
	각막결막염을(를) 동반한 쉐그렌증후군(H19.3*)	M35.0	V139
	신세뇨관-간질성 장애을(를) 동반한 쉐그렌증후군(N16.4*)	M35.0	V139
	혼합결합조직병	M35.1	V139
	베체트병	M35.2	V139
	류마티스성 다발근통	M35.3	V139
	미만성(호산구성) 근막염	M35.4	V139
	다초점 섬유경화증	M35.5	V139
	재발성 지방층염[웨버-크리스찬]	M35.6	V139
	진행성 골화섬유형성이상	M61.1	V224
	가족샘종폴립증	M8220/0 (D12.6)	V281
	두개골의 파젯병	M88.0	V213
	기타 뼈의 파젯병	M88.8	V213
	상세불명의 뼈의 파젯병	M88.9	V213
	복합부위통증증후군 I형	M89.0	V177
	수근반달뼈의 골연골증(연소성)[킨뵉]	M92.2	V299
	성인의 킨뵉병	M93.1	V299
	재발성 다발연골염	M94.1	V178
	소사구체이상을 동반한 선천성 신증후군	N04.0	V263
	최소변화병변을 동반한 선천성 신증후군	N04.0	V263
	초점성 및 분절성 사구체병변을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	초점성 및 분절성 유리질증을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	초점성 및 분절성 경화증을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	초점성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	미만성 막성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.2	V263
	미만성 메산지음 증식성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.3	V263
	미만성 모세혈관내 증식성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.4	V263
	미만성 메산지음 모세혈관성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.5	V263
	막증식성 사구체신염, 1형, 3형 또는 NOS를 동반한 선천성 신증후군	N04.5	V263
	고밀도침착병을 동반한 선천성 신증후군	N04.6	V263
	막증식성 사구체신염, 2형을 동반한 선천성 신증후군	N04.6	V263
	미만성 반월형 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.7	V263
	모세혈관외 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.7	V263
	신장성 요붕증	N25.1	V141
	댄디-워커증후군	Q03.1	V239
	무뇌이랑증	Q04.3	V214
	큰뇌이랑증	Q04.3	V214
	분열뇌증	Q04.6	V240
	수두증을 동반한 이분경추	Q05.0	V179
	수두증을 동반한 이분흉추	Q05.1	V179
	수두증을 동반한 이분흉요추	Q05.1	V179
	수두증을 동반한 이분척추	Q05.1	V179
	수두증을 동반한 이분요추	Q05.2	V179
	수두증을 동반한 이분요천추	Q05.2	V179
	수두증을 동반한 이분천추	Q05.3	V179
	수두증을 동반한 상세불명의 이분척추	Q05.4	V179
	수두증이 없는 이분경추	Q05.5	V179
	수두증이 없는 이분흉추	Q05.6	V179

구분	상 병 명	상병코드	특정기호
	이분흉요추 NOS	Q05.6	V179
	이분척추 NOS	Q05.6	V179
	이분요천추 NOS	Q05.7	V179
	수두증이 없는 이분요추	Q05.7	V179
	수두증이 없는 이분천골	Q05.8	V179
	상세불명의 이분척추	Q05.9	V179
	척수이개증	Q06.2	V180
	아놀드-키아리증후군	Q07.0	V143
	소이증(小耳症)	Q17.2	V291
	총동맥간	Q20.0	V144
	동맥간존속	Q20.0	V144
	타우시그-빙증후군	Q20.1	V144
	이중출구우심실	Q20.1	V144
	이중출구좌심실	Q20.2	V144
	대혈관의 (완전)전위	Q20.3	V144
	심실대혈관연결불일치	Q20.3	V144
	대동맥의 우측전위	Q20.3	V144
	단일심실	Q20.4	V225
	수정혈관전위	Q20.5	V144
	방실연결불일치	Q20.5	V144
	좌측전위	Q20.5	V144
	심실내번	Q20.5	V144
	방실중격결손	Q21.2	V269
	총방실관	Q21.2	V269
	심내막융기결손	Q21.2	V269
	제1공심방중격결손(Ⅰ형)	Q21.2	V269
	팔로네징후	Q21.3	V269
	폐동맥 협착 또는 폐쇄, 대동맥의 우측위치 및 우심실비대를 동반한 심실중격결손	Q21.3	V269
	대동맥폐동맥창	Q21.4	V269
	대동맥폐동맥중격결손	Q21.4	V269
	대동맥중격결손	Q21.4	V269
	아이젠멩거결손	Q21.8	V226
	폐동맥판폐쇄	Q22.0	V145
	삼첨판폐쇄	Q22.4	V146
	에브스타인이상	Q22.5	V146
	형성저하성 우심증후군	Q22.6	V146
	대동맥판의 선천협착	Q23.0	V147
	선천성 대동맥판폐쇄	Q23.0	V147
	선천성 대동맥협착	Q23.0	V147
	이첨대동맥판막	Q23.1	V147
	선천성 대동맥판폐쇄부전	Q23.1	V147
	대동맥판의 선천성 기능부전	Q23.1	V147
	선천성 대동맥판류역류	Q23.1	V147
	선천성 승모판협착	Q23.2	V147
	선천성 승모판폐쇄	Q23.2	V147
	선천성 승모판폐쇄부전	Q23.3	V147
	(승모판 협착 또는 폐쇄와 함께) 상행대동맥의 형성저하와 좌심실의 결손발육을 동반하는 대동맥구멍 및 판막의 폐쇄 또는 현저한 발육부전	Q23.4	V147
	형성저하성 좌심증후군	Q23.4	V147
	대동맥판 및 승모판의 기타 선천기형	Q23.8	V147
	대동맥판 및 승모판의 상세불명의 선천기형	Q23.9	V147

구분	상 병 명	상병코드	특정기호
	선천성 대동맥협착	Q24.4	V270
	관상동맥혈관의 기형	Q24.5	V148
	선천성 관상동맥류	Q24.5	V148
	선천성 심장차단	Q24.6	V271
	대동맥의 축착	Q25.1	V272
	대동맥의 축착(관전, 관후)	Q25.1	V272
	대동맥의 폐쇄	Q25.2	V272
	판막상부 대동맥협착	Q25.3	V272
	대동맥의 협착	Q25.3	V272
	폐동맥의 폐쇄	Q25.5	V149
	대정맥의 선천성 협착	Q26.0	V150
	(하)(상)대정맥의 선천성 협착	Q26.0	V150
	좌상대정맥존속	Q26.1	V150
	전폐정맥결합이상	Q26.2	V150
	부분폐정맥결합이상	Q26.3	V150
	상세불명의 폐정맥결합이상	Q26.4	V150
	문맥결합이상	Q26.5	V150
	문맥-간동맥루	Q26.6	V150
	무설증(無舌症)	Q38.3	V241
	담관의 폐쇄	Q44.2	V181
	다낭성 신장, 보통염색체열성	Q61.1	V264
	다낭성 신장, 영아형	Q61.1	V264
	방광외반	Q64.1	V227
	방광이소증	Q64.1	V227
	방광외번	Q64.1	V227
	선천성 다발관절만곡증	Q74.3	V292
	두개골유합	Q75.0	V265
	뾰족머리증(Acrocephaly)	Q75.0	V265
	두개골의 불완전유합	Q75.0	V265
	뾰족머리증(Oxycephaly)	Q75.0	V265
	삼각머리증	Q75.0	V265
	크루존병	Q75.1	V151
	두개안면골이골증	Q75.1	V151
	하악안면골이골증	Q75.4	V182
	프란체스쉐티 증후군	Q75.4	V182
	트레처-콜린스 증후군	Q75.4	V182
	연골무발생증	Q77.0	V228
	연골발생저하증	Q77.0	V228
	치사성 단신	Q77.1	V228
	질식성 흉부형성이상[쥐느]	Q77.2	V228
	짧은늑골증후군	Q77.2	V228
	점상 연골형성이상	Q77.3	V228
	어깨고관절 점상 연골형성이상(1형-3형)	Q77.3	V228
	X-연관 우성 연골형성이상	Q77.3	V228
	연골무형성증	Q77.4	V228
	연골형성저하증	Q77.4	V228
	선천성 골경화증	Q77.4	V228
	디스트로피성 형성이상	Q77.5	V228
	엘리스-반크레벨트증후군	Q77.6	V228
	연골외배엽형성이상	Q77.6	V228
	척추골단형성이상	Q77.7	V228

구분	상 병 명	상병코드	특정기호
	만발성 척추골단형성이상	Q77.7	V228
	관상골 및 척추의 성장결손을 동반한 기타 골연골형성이상	Q77.8	V228
	말단왜소 형성이상	Q77.8	V228
	관상골 및 척추의 성장결손을 동반한 상세불명의 골연골형성이상	Q77.9	V228
	불완전골형성	Q78.0	V183
	골취약증(Fragilitas ossium)	Q78.0	V183
	골취약증(Osteopsathyrosis)	Q78.0	V183
	다골성 섬유성 형성이상	Q78.1	V154
	얼브라이트(-맥쿤)(-스턴버그)증후군	Q78.1	V154
	골화석증	Q78.2	V229
	알베르스-쇤베르그증후군	Q78.2	V229
	카무라티-엥겔만증후군	Q78.3	V266
	내연골종증	Q78.4	V230
	마푸치증후군	Q78.4	V230
	올리에르병	Q78.4	V230
	필레증후군	Q78.5	V215
	다발선천외골증	Q78.6	V242
	골간병적조직연결	Q78.6	V242
	유전성 다발외골증	Q78.6	V242
	선천성 횡격막탈장	Q79.0	V155
	횡격막결여	Q79.1	V155
	횡격막 탈출	Q79.1	V155
	횡격막의 기타 선천기형	Q79.1	V155
	횡격막의 선천기형 NOS	Q79.1	V155
	배꼽내장탈장	Q79.2	V155
	선천복벽탈장	Q79.2	V155
	복벽파열증	Q79.3	V155
	말린자두배증후군	Q79.4	V155
	복벽의 기타 선천기형	Q79.5	V155
	엘러스-단로스증후군	Q79.6	V155
	근골격계통의 기타 선천기형	Q79.8	V155
	부근	Q79.8	V155
	선천성 짧은힘줄	Q79.8	V155
	근육의 결여	Q79.8	V155
	폴란드증후군	Q79.8	V155
	힘줄의 결여	Q79.8	V155
	선천성 근위축	Q79.8	V155
	선천성 협착띠	Q79.8	V155
	근골격계통의 상세불명의 선천기형	Q79.9	V155
	근골격계통의 선천이상 NOS	Q79.9	V155
	근골격계통의 선천변형 NOS	Q79.9	V155
	X—연관비늘증	Q80.1	V300
	X—연관비늘증; 스테로이드설파타제결핍	Q80.1	V300
	할리퀸태아	Q80.4	V300
	치사성 수포성 표피박리증	Q81.1	V184
	헤를리츠증후군	Q81.1	V184
	디스트로피성 수포성 표피박리증	Q81.2	V184
	신경섬유종증(비악성)	Q85.0	V156
	폰렉클링하우젠병	Q85.0	V156
	신경섬유종증(비악성) 1형, 2형	Q85.0	V156
	결절성 경화증	Q85.1	V204

구분	상 병 명	상병코드	특정기호
	에필로이아	Q85.1	V204
	부르느뷰병	Q85.1	V204
	폰 히펠-린다우 증후군	Q85.8	V216
	포이츠-제거스 증후군	Q85.8	V216
	스터지-베버(-디미트리) 증후군	Q85.8	V216
	(이상형태성) 태아알콜증후군	Q86.0	V157
	고린-샤우드리-모스 증후군	Q87.0	V185
	주로 얼굴형태에 영향을 주는 선천기형증후군	Q87.0	V185
	잠복안구증후군	Q87.0	V185
	골덴하 증후군	Q87.0	V185
	로빈 증후군	Q87.0	V185
	첨두다지유합증	Q87.0	V185
	첨두유합지증	Q87.0	V185
	단안증	Q87.0	V185
	뫼비우스 증후군	Q87.0	V185
	입-얼굴-손발 증후군	Q87.0	V185
	휘파람부는 얼굴	Q87.0	V185
	카펜터 증후군	Q87.0	V185
	드 랑즈 증후군	Q87.1	V158
	두보위츠 증후군	Q87.1	V158
	프라더-윌리 증후군	Q87.1	V158
	로비노-실버만-스미스 증후군	Q87.1	V158
	시클 증후군	Q87.1	V158
	주로 단신과 관련된 선천기형증후군	Q87.1	V158
	아르스코그 증후군	Q87.1	V158
	코케인 증후군	Q87.1	V158
	누난 증후군	Q87.1	V158
	러셀-실버 증후군	Q87.1	V158
	스미스-렘리-오피츠 증후군	Q87.1	V158
	쉐그렌-라손 증후군	Q87.1	V158
	루빈스타인-테이비 증후군	Q87.2	V243
	바테르 증후군	Q87.2	V243
	클리펠-트레노우네이-베버 증후군	Q87.2	V243
	홀트-오람 증후군	Q87.2	V243
	손발톱무릎뼈 증후군	Q87.2	V243
	소토스 증후군	Q87.3	V244
	위버 증후군	Q87.3	V244
	마르팡증후군	Q87.4	V186
	알포트 증후군	Q87.8	V267
	로렌스-문(-바르데)-비들 증후군	Q87.8	V267
	젤웨거 증후군	Q87.8	V267
	좌지 증후군	Q87.8	V267
	21삼염색체증, 감수분열비분리	Q90.0	V159
	21삼염색체증, 섞임증형(유사분열비분리)	Q90.1	V159
	21삼염색체증, 전위	Q90.2	V159
	21삼염색체증 NOS	Q90.9	V159
	18삼염색체증, 감수분열비분리	Q91.0	V160
	18삼염색체증, 섞임증형(유사분열비분리)	Q91.1	V160
	18삼염색체증, 전위	Q91.2	V160
	13삼염색체증, 감수분열비분리	Q91.4	V160

구분	상 병 명	상병코드	특정기호
	13삼염색체증, 섞임증형(유사분열비분리)	Q91.5	V160
	13삼염색체증, 전위	Q91.6	V160
	13삼염색체증후군	Q91.7	V160
	5번 염색체 단완의 결손	Q93.4	V205
	고양이울음증후군	Q93.4	V205
	캐취22증후군	Q93.5	V217
	엔젤만증후군	Q93.5	V217
	스미스 마제니스 증후군	Q93.5	V217
	윌리엄스 증후군	Q93.5	V217
	핵형45, X	Q96.0	V021
	핵형46, X동인자(Xq)	Q96.1	V021
	동인자(Xq)를 제외한 이상 성염색체를 가진 핵형46, X	Q96.2	V021
	섞임증, 45, X/46, XX 또는 XY	Q96.3	V021
	섞임증, 이상성염색체를 가진 45, X/기타 세포열	Q96.4	V021
	클라인펠터증후군, 핵형 47, XXY	Q98.0	V218
	클라인펠터증후군, 두 개 이상의 X염색체를 가진 남성	Q98.1	V218
	클라인펠터증후군, 핵형 46, XX를 가진 남성	Q98.2	V218
	취약X증후군	Q99.2	V245
3	제7조 제2항에 따른 요양기관을 통해 등록된 극희귀질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		V900
4	제7조 제2항에 따른 요양기관을 통해 등록된 기타염색체이상질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		V901
5	제7조 제2항에 따른 요양기관을 통해 등록된 상세불명희귀질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		V999

【참고】 건강보험의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」〔별표4의2〕 중증난치질환자 산정특례 대상

구분	상 병 명	상병코드	특정기호
1	**만성신부전증환자의 경우**		
	인공신장투석 실시 당일 외래진료 또는 해당 시술 관련 입원진료		V001
	계속적 복막관류술 실시, 복막관류액 수령 당일 외래진료 또는 해당 시술 관련 입원진료		V003
2	**혈우병 환자가 항응고인자·동결침전제제 등의 약제 및 기타 혈우병 치료를 받은 당일 외래진료 또는 해당 치료 관련 입원 진료**		
	후천성 응고인자결핍	D68.4	V284
	간질환에 의한 응고인자결핍	D68.4	V284
3	**장기이식 환자의 경우**		
	간 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V013
	췌장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V014
	심장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V015
	신 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V005
	폐 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V277
	소장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V278
4	**정신질환자가 해당 상병으로 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료**		
	편집조현병	F20.0	V161
	편집분열성 조현병	F20.0	V161
	파과형조현병	F20.1	V161
	해체성 조현병	F20.1	V161
	파과증	F20.1	V161

구분	상 병 명	상병코드	특정기호
	긴장성 조현병	F20.2	V161
	긴장성 혼미	F20.2	V161
	조현병성 카탈렙시	F20.2	V161
	조현병성 긴장증	F20.2	V161
	조현병성 납굴증	F20.2	V161
	미분화조현병	F20.3	V161
	비정형조현병	F20.3	V161
	조현병후우울증	F20.4	V161
	잔류조현병	F20.5	V161
	만성 미분화조현병	F20.5	V161
	레스트추스탄트(조현병성)	F20.5	V161
	조현병성 잔류상태	F20.5	V161
	단순형조현병	F20.6	V161
	기타 조현병	F20.8	V161
	체감장애조현병	F20.8	V161
	조현양상장애 NOS	F20.8	V161
	조현양상정신병 NOS	F20.8	V161
	상세불명의 조현병	F20.9	V161
	조현형장애	F21	V161
	잠재 조현병성 반응	F21	V161
	경계성 조현병	F21	V161
	잠재성 조현병	F21	V161
	전정신병적 조현병	F21	V161
	전구성 조현병	F21	V161
	거짓신경증성 조현병	F21	V161
	거짓정신병증성 조현병	F21	V161
	조현형인격장애	F21	V161
	망상장애	F22.0	V161
	편집증	F22.0	V161
	편집증정신병	F22.0	V161
	편집증상태	F22.0	V161
	망상분열증(만기의)	F22.0	V161
	민감망상	F22.0	V161
	기타 지속성 망상장애	F22.8	V161
	망상성 이상형태공포증	F22.8	V161
	퇴행성 편집상태	F22.8	V161
	불평편집증	F22.8	V161
	상세불명의 지속적 망상장애	F22.9	V161
	조현병의 증상이 없는 급성 다형성 정신병장애	F23.0	V161
	조현병 및 상세불명의 증상이 없는 순환형 정신병	F23.0	V161
	조현병 증상이 없거나 상세불명의 부페 델리랑뜨	F23.0	V161
	조현병의 증상이 있는 급성 다형성 정신병장애	F23.1	V161
	조현병의 증상이 있는 순환형 정신병	F23.1	V161
	조현병 증상이 있는 부페 델리랑뜨	F23.1	V161
	급성 조현병-유사정신병장애	F23.2	V161
	급성 (미분화형) 조현병	F23.2	V161
	단기 조현양상장애	F23.2	V161
	단기 조현양상정신병	F23.2	V161

구분	상 병 명	상병코드	특정기호
	몽환정신병	F23.2	V161
	조현병성 반응	F23.2	V161
	기타 급성 주로 망상우세성 정신병장애	F23.3	V161
	편집반응	F23.3	V161
	심인성 편집정신병	F23.3	V161
	기타 급성 및 일과성 정신병장애	F23.8	V161
	상세불명의 급성 및 일과성 정신병장애	F23.9	V161
	단기 반응성 정신병 NOS	F23.9	V161
	반응성 정신병	F23.9	V161
	유도망상장애	F24	V161
	감응성 정신병	F24	V161
	유도편집장애	F24	V161
	유도정신병장애	F24	V161
	조현정동장애, 조증형	F25.0	V161
	조현정동정신병, 조증형	F25.0	V161
	조현양상정신병, 조증형	F25.0	V161
	조현정동장애, 우울증형	F25.1	V161
	조현정동정신병, 우울증형	F25.1	V161
	조현양상정신병, 우울증형	F25.1	V161
	조현정동장애, 혼합형	F25.2	V161
	순환성 조현병	F25.2	V161
	혼합형 조현병성 및 정동성 정신병	F25.2	V161
	기타 조현정동장애	F25.8	V161
	상세불명의 조현정동장애	F25.9	V161
	조현정동정신병 NOS	F25.9	V161
	기타 비기질성 정신병장애	F28	V161
	만성 환각성 정신병	F28	V161
	상세불명의 비기질성 정신병	F29	V161
	정신병 NOS	F29	V161
5	**아래의 상병을 갖고 있는 환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료**		
	도슨 봉입체뇌염	A81.1	V282
	아급성 경화성 범뇌염	A81.1	V282
	밴보게르트 경화성 백질뇌병증	A81.1	V282
	진행성 다초점백질뇌병증	A81.2	V282
	다초점백질뇌병증 NOS	A81.2	V282
	중추신경계통의 기타 비정형바이러스감염	A81.8	V282
	쿠루	A81.8	V282
	중추신경계통의 상세불명의 비정형바이러스감염	A81.9	V282
	중추신경계통의 프리온질환 NOS	A81.9	V282
	마이코박테리아감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.0	V103
	결핵을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.0	V103
	기타 세균감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.1	V103
	거대세포바이러스병을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.2	V103
	기타 바이러스감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.3	V103
	칸디다증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.4	V103
	기타 진균증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.5	V103
	폐포자충폐렴을 유발한 인체면역결핍바이러스병 (HIV disease resulting in Pneumocystis jirovecii pneumonia)	B20.6	V103

구분	상 병 명	상병코드	특정기호
	폐포자충폐렴을 유발한 인체면역결핍바이러스병 (HIV disease resulting in Pneumocystis carinii pneumonia)	B20.6	V103
	다발감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.7	V103
	기타 감염성 및 기생충성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.8	V103
	상세불명의 감염성 또는 기생충성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.9	V103
	감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병 NOS	B20.9	V103
	카포시육종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.0	V103
	버킷림프종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.1	V103
	기타 유형의 비호지킨림프종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.2	V103
	림프성, 조혈성 및 관련 조직의 기타 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.3	V103
	다발성 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.7	V103
	기타 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.8	V103
	상세불명의 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.9	V103
	뇌병증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.0	V103
	인체면역결핍바이러스치매	B22.0	V103
	림프성 간질폐렴을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.1	V103
	소모증후군을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.2	V103
	슬림병	B22.2	V103
	성장장애를 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.2	V103
	달리 분류된 다발성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.7	V103
	급성 인체면역결핍바이러스감염증후군	B23.0	V103
	(지속성) 전신림프선병증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.1	V103
	달리 분류되지 않은 혈액학적 및 면역학적 이상을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.2	V103
	기타 명시된 병태를 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.8	V103
	상세불명의 인체면역결핍바이러스병	B24	V103
	후천면역결핍증후군 NOS	B24	V103
	에이즈-관련복합 NOS	B24	V103
	뇌하수체의 양성 신생물	D35.2	V162
	약물유발 무형성빈혈	D61.1	V283
	약물유발 호중구감소	D70.8	V285
	과당대사장애	E74.1	V286
	유전성 과당불내성	E74.1	V286
	과당-1, 6-이인산분해효소결핍	E74.1	V286
	수크레이스결핍	E74.3	V286
	장성 탄수화물흡수의 기타 장애	E74.3	V286
	포도당-갈락토스흡수장애	E74.3	V286
	신생물딸림 신경근육병증 및 신경병증	G13.0	V287
	신생물딸림 변연부뇌병증(C00-D48+)	G13.1	V287
	달리 분류된 기타 질환에서 일차적으로 중추신경계통을 침범하는 계통적 위축	G13.8	V287
	파킨슨병	G20	V124
	특발성 파킨슨증 또는 파킨슨병	G20	V124
	원발성 파킨슨증 또는 파킨슨병	G20	V124
	편측파킨슨증	G20	V124
	떨림마비	G20	V124
	파킨슨증 또는 파킨슨병 NOS	G20	V124
	난치성 뇌전증을 동반한 국소발병의 발작을 동반한 국소화-관련 (초점성)(부분적) 특발성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.01	V279

구분	상 병 명	상병코드	특정기호
	난치성 뇌전증을 동반한 복합부분발작을 동반한 국소화-관련 (초점성)(부분적) 증상성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.21	V279
	난치성 뇌전증을 동반한 전신성 특발성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.31	V279
	결핵(~에서의) 다발신경병증(A17.82†)	G63.0	V170
	디프테리아(~에서의) 다발신경병증(A36.8†)	G63.0	V170
	감염성 단핵구증(~에서의) 다발신경병증(B27.-†)	G63.0	V170
	나병(~에서의) 다발신경병증(A30.-†)	G63.0	V170
	라임병(~에서의) 다발신경병증(A69.2†)	G63.0	V170
	볼거리(~에서의) 다발신경병증(B26.8†)	G63.0	V170
	포진후(~에서의) 다발신경병증(B02.2†)	G63.0	V170
	만기매독(~에서의) 다발신경병증(A52.1†)	G63.0	V170
	만기선천매독(~에서의) 다발신경병증(A50.4†)	G63.0	V170
	달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 다발신경병증	G63.0	V170
	독성근신경장애	G70.1	V288
	노년성 황반변성(삼출성)	H35.31	V201
	울혈성 심근병증	I42.0	V289
	기타 비대성 심근병증	I42.2	V289
	기타 제한성 심근병증	I42.5	V289
	궤양성 (만성) 범결장염	K51.0	V131
	궤양성 (만성) 직장염	K51.2	V131
	좌측 결장염	K51.5	V131
	기타 궤양성 대장염	K51.8	V131
	상세불명의 궤양성 대장염	K51.9	V131
	중증 보통건선	L40.00	V280
	비장림프절비대 및 백혈구감소가 동반된 류마티스관절염	M05.0	V223
	펠티증후군	M05.0	V223
	류마티스폐질환(J99.0*)	M05.1	V223
	류마티스혈관염	M05.2	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스관절염	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심장막염(I32.8*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 다발신경병증(G63.6*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심근염(I41.8*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 근병증(G73.7*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심내막염(I39.-*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심장염(I52.8*)	M05.3	V223
	기타 혈청검사양성 류마티스관절염	M05.8	V223
	상세불명의 혈청검사양성 류마티스관절염	M05.9	V223
	절단성 관절염(L40.5†)	M07.1	V237
	건선척추염(L40.5†)	M07.2	V237
	기타 건선관절병증(L40.5†)	M07.3	V237
	과민성 혈관염	M31.0	V290
	강직척추염, 척추의 여러 부위	M45.0	V140
	강직척추염, 후두환축부	M45.1	V140
	강직척추염, 경부	M45.2	V140
	강직척추염, 경흉추부	M45.3	V140
	강직척추염, 흉추부	M45.4	V140
	강직척추염, 흉요추부	M45.5	V140
	강직척추염, 요추부	M45.6	V140

구분	상 병 명	상병코드	특정기호
	강직척추염, 요천부	M45.7	V140
	강직척추염, 천추 및 천미추부	M45.8	V140
	신생아의 호흡곤란증후군	P22.0	V142
	유리질막병	P22.0	V142
	신생아의 기타 호흡곤란	P22.8	V142
	신생아의 상세불명의 호흡곤란	P22.9	V142
6	**아래 상병으로 등록하여 해당 상병 및 이와 직접 관련된 외래진료 또는 입원진료**		
	조기발병 알츠하이머병에서의 치매(G30.0†)	F00.0	V800
	알츠하이머병 2형(G30.0†)	F00.0	V800
	초로성 치매, 알츠하이머형(G30.0†)	F00.0	V800
	알츠하이머형의 원발성 퇴행성 치매, 초로성 발병(G30.0†)	F00.0	V800
	피크병에서의 치매(G31.00†)	F02.0	V800
	조기발병을 수반한 알츠하이머병	G30.0	V800
	피크병	G31.00	V800
	전두측두치매	G31.00	V800
	의미변이원발진행실어증	G31.01	V800
	비유창원발진행실어증	G31.02	V800
	로고페닉원발진행실어증	G31.03	V800
	달리 분류되지 않은 원발진행실어증	G31.04	V800
	진행성 고립성 실어증	G31.04	V800
	루이소체치매(F02.8*)	G31.82	V800
7	**아래 상병으로 등록하여 다음 중 한 가지 상황 발생 시, 해당 상병과 직접 관련된 외래진료 또는 입원진료를 받은 경우 등록일 기준 매년 최대 60일. 단, 의료법 제3조제2항제3호라목의 요양병원을 제외한 병원급 이상 의료기관에서 신경과 또는 정신과 전문의가 의료적으로 필요하다고 인정한 경우 60일 추가 인정** **① 치매 및 치매와 직접 관련되어 중증의 의료적 필요가 발생하여 입원 및 외래진료가 필요한 경우, ② 문제행동이 지속적으로 심하여 잦은 통원 혹은 입원치료가 필요한 경우, ③ 급속한 치매 증상의 악화로 의료적 재접근이 필요한 경우, ④ 급성 섬망 상태로 치료가 필요한 경우**		
	만기발병 알츠하이머병에서의 치매(G30.1†)	F00.1	V810
	알츠하이머병 1형(G30.1†)	F00.1	V810
	알츠하어머형의 원발성 퇴행성 치매, 노년발병(G30.1†)	F00.1	V810
	알츠하이머형의 노년성 치매(G30.1†)	F00.1	V810
	비정형 또는 혼합형 알츠하이머병에서의 치매(G30.8†)	F00.2	V810
	비정형치매, 알츠하이머형(G30.8†)	F00.2	V810
	급성 발병의 혈관성 치매	F01.0	V810
	다발-경색치매	F01.1	V810
	주로 피질성 치매	F01.1	V810
	피질하 혈관성 치매	F01.2	V810
	혼합형 피질 및 피질하 혈관성 치매	F01.3	V810
	만기발병을 수반한 알츠하이머병	G30.1	V810

【참고】 건강보험의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」〔별표5〕 결핵질환 산정특례 대상

대상 및 적용기간	특정기호
가. 대상 : 결핵예방법 시행규칙 제3조에 따라 신고한 결핵환자 중 결핵치료가 진행 중인 자가 항결핵제 내성(U84.3) 및 결핵(A15~A19)상병으로 확진 받아 공단에 산정특례로 등록한 자 나. 적용기간 : 산정특례 적용시작일부터 결핵예방법 시행규칙 제3조 및 별지서식의 치료결과보고에 따른 산정특례 종료일까지 - 산정특례 종료일은 결핵예방법 시행규칙 제3조 및 별지서식의 치료결과보고에서 치료결과 구분항목이 "완치" 또는 "완료"일 경우는 치료종료일을, "사망"은 사망일을, "진단변경"은 진단변경일로 "중단 및 다른 의료기관으로 전원"은 해당 요양기관의 최종 진료일로 한다.	V000

〔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 일반현황 통보서, 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 별지 제19호 서식인 정신건강전문요원인력 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 대진의가 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(간호감독, 전임노조, 가정간호사, 호스피스 간호사 등), 정신건강의학과 병동이 아닌 일반병동에 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 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 이상인 근무자는 1인으로 산정한다. 다만, 계약직 간호조무사는 전일제인 경우에만 3인을 2인으로 산정한다.

(6) 단시간 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 휴게시간을 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 전전분기 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」 제17조제2항에 따른 정신건강임상심리사, 정신건강간호사 및 정신건강사회복지사를 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 경우에는 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 기관등급별 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

(비고)

기관등급별 점수

= {(정신건강의학과 의사수 1인당 입원환자수에 따른 인력별 배점) × 0.5}

+ {(정신건강의학과 간호사 1인당 입원환자수에 따른 인력별 배점) × 0.35}

+ {(정신건강전문요원 1인당 입원환자수에 따른 인력별 배점) × 0.15}

〔별지 제1호서식〕

(갑지 앞면)

왕 진 신 청 서

세대주 성명		보장기관명칭		
수급권자 성명		주민등록번호		
주 소			종별 구분	( )종
보장시설 명칭	(해당 수급권자만 기재)			
의료급여기관명칭				
환자상태 및 왕진요청사유	(구체적으로 기술할 것)			

의료수가의 기준 및 일반기준 제15조제3호의 규정에 의하여 위와 같이 왕진을 신청합니다.

년 월 일

신청인 : (서명 또는 인)

수급권자와의 관계 :

왕 진 결 정 통 보 서

위 수급권자의 왕진신청에 대하여 ( )함을 통보합니다.

년 월 일

시장·군수·구청장(인)

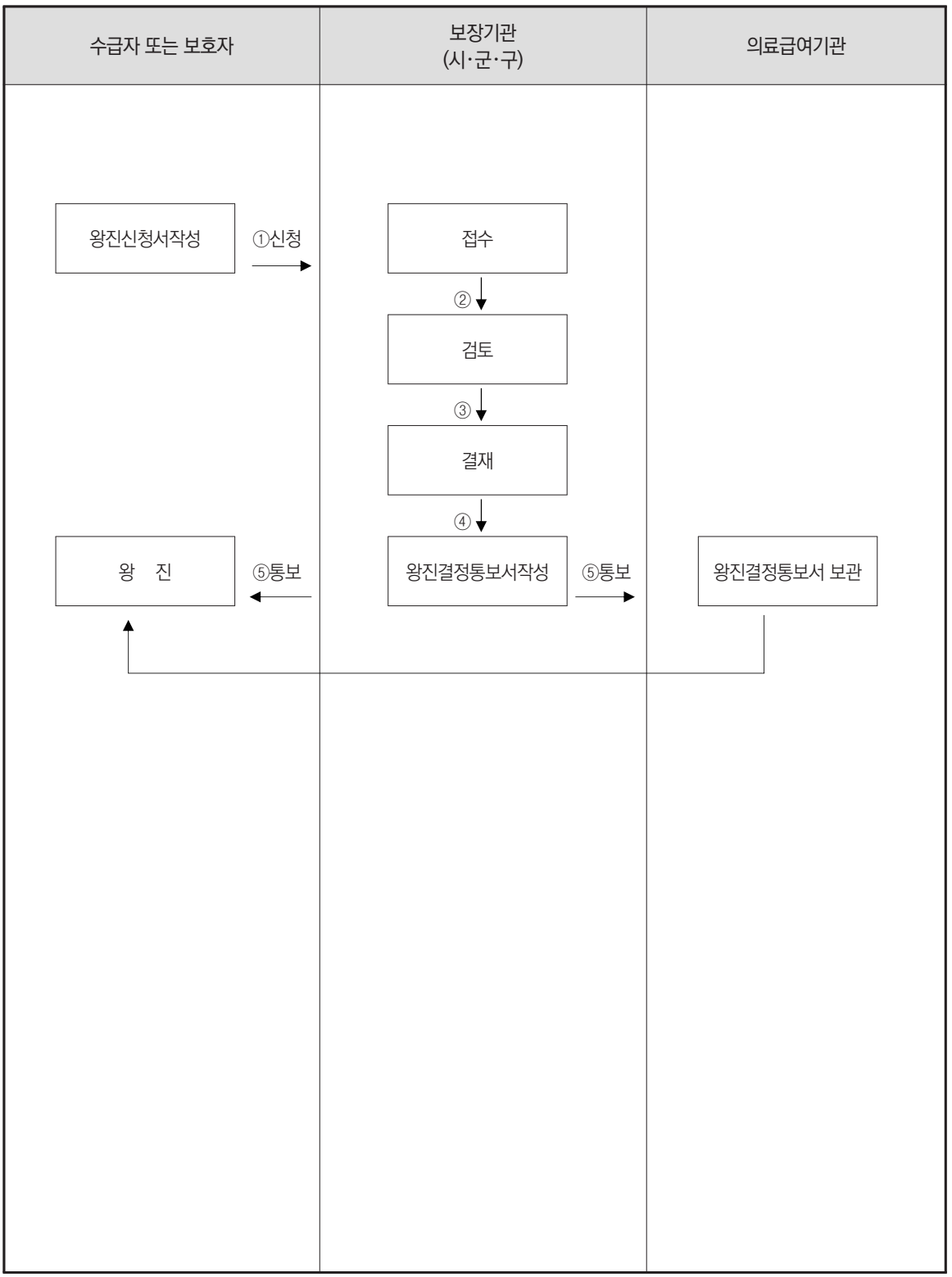
병(의)원장 귀하

(190mmm×268mmm 신문용지 50g/m)

주: 1. 신청서는 2부 작성하여 1부는 보장기관에 보관하고 1부는 의료급여기관에서 보관합니다.
2. 수급권자가 다수인 경우에는 (을지)를 추가 사용합니다.
3. 환자상태 및 진료요청사유란에는 환자상태, 증상 등의 왕진이 불가피한 사유를 구체적으로 기재하시기 바랍니다.

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.

(갑지뒷면)



(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			

(190mmm×268mmm 신문용지 50g/m)

〔별지 제2호서식〕

의료급여비용심사결과통보서(의료급여기관용)

의료급여기관기호: 접수번호: 묶음번호: 지원: 페이지:

의료급여기관명: 접수일자: 심사차수: 진료년월: 년 월분

담당부, 심사위원:

명세서 일련번호		진료개시일	수급권자주민등록번호			내원일수	투약일수	처방횟수	청구사항					본인부담환급금(주6)	(주8) 구분	증감내역(주9)											불능코드
									의료급여비용총액1	의료급여100분의100본인부담총액	비급여총액	특수장비총액	보훈 등 100분의 100 본인부담총액	본인추가부담금(주6)		계											청구 약제 상한차액총액
진료구분(주1)	종별(주2)	수급권자 성 명	(주10) 보장기관 기호	(주11) 유 형	(주12) 내 역	주상병코드			기관부담금	본인부담금(주3)	장애인의료비(주4)	의료급여비용총액2, 진료비총액	보훈청구액	심사결정액(주7)		항목	사유	감 액	一二	항목	사유	감 액	一二	항목	사유	기타감액	一二	심사결정약제 상한차액총액
									100분의 100미만 총액	100분의 100미만 청구액	100분의 100미만 본인일부부담금	100분의 100미만 보훈청구액		보훈심사결정액														
									심사결정사항					100분의 100미만 본인부담환급금														
				직접조제 횟수	본인부담 구분코드(주14)	특정기호(주13)			기관부담금	본인부담금	장애인의료비 또는 대지급금(주5)	의료급여비용총액2, 진료비총액	보훈부담금	100분의 100미만 본인추가부담금													청구 보훈 본인부담금
									의료급여100분의 100본인부담총액	보훈 본인부담환급금	보훈 본인추가부담금	100분의 100미만 총액	100분의 100미만 청구액	상계환급금														
									100분의 100미만 본인일부부담금	100분의 100미만 보훈청구액				상계추가부담금														심결 보훈 본인부담금
			-																								
			-																								
			-																								

합 계	구 분	건 수	의료급여비용총액1	본인부담금	장애인의료비	기관부담금	의료급여비용총액2, 진료비총액	보훈청구액	수급권확인 대상 건	지정내역 확인대상건
	심사의뢰									
	심사결정									
합 계	구 분		100분의 100미만 총액	100분의 100미만 본인일부부담금	100분의 100미만 청구액	100분의 100미만 보훈청구액				
	심사의뢰									
	심사결정									

구 분	건 수	금 액	본인부담환급금	심 사 결 정 액
심사불능				보훈심사결정액
증 감				

건강보험심사평가원 **건강보험심사평가원장** 직인생략

297㎜×210㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

〔별지 제2-1호서식〕

의료급여비용심사결과통보서(보장기관용)

보장기관기호: 보장기관명칭: 접수번호 : 묶음번호 : 지원 : 페이지 :

의료급여기관기호: 의료급여기관명칭 접수일자 : 심사차수 : 진료년월 : 년 월분

명세서 일련번호		수급권자 성명		수진자주민등록번호			진료개시일			청구사항					심사결정사항			구분	증감내역(주9)													
										의료급여비용총액1	본인부담금(주3)	장애인의료비(주4)		본인부담금	장애인의료비	본인부담환급금(주6)	(주8)	항목	사유	계												
																본인추가부담금(주6)																
																심사결정액(주7)																
										특수장비총액	기관부담금	주상병코드	특정기호(주13)	기관부담금	대지급금(주5)	100분의 100미만 본인부담환급금																
										약제상한차액총액				약제상한차액총액		100분의 100미만 본인추가부담금																
진료구분(주1)	종별(주2)	본인부담구분코드(주14)	직접조제횟수	(주10) 음면동시설	(주11) 유형	(주12) 내역	내원일수	투약일수	처방횟수	100분의 100미만 본인일부부담금	100분의 100미만 청구액			100분의 100미만 본인일부부담금	100분의 100미만 청구액	상계환급금																
																상계추가부담금																

합 계	구 분	건 수	의료급여비용총액1	본인부담금	장애인의료비	기관부담금	수급권확인 대상건	지정내역 확인대상건	본인부담환급금	구 분	건 수	금 액	심사결정액
	심사의뢰									심사불능			
	심사결정									증 감			
합 계	구 분		100분의 100미만 총액	100분의 100미만 본일부부담금	100분의 100미만 청구액								
	심사의뢰												
	심사결정												

건강보험심사평가원 건강보험심사평가원장

297㎜×210㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품)

서식의 종류와 구분

연번	서식	서 식 명	서식 번호	활자 색채	용지의 크기		서식 실제크기		인쇄의면	지질 및 정량		비고
					수작업 용 지 (mm)	전 산 용 지 (inch)	수작업 용 지 (mm)	전 산 용 지 (inch)		수작업 용 지	전 산 용 지	
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

〔별지 제3호 서식〕

서식번호	G 1 0 1	(　　년 월분) 의료급여비용심사청구서	※접수번호		
의료급여기관 ①기 호		급여구분 1차 2차	④전화번호		⑤청구단위구분
의료급여기관 ②명 칭					
의료급여기관 ③소재지			⑥우편번호		
의료급여기관 작성자	⑦성 명	(서명 또는 날인)	대행청구단체	⑨ 기 호	
의료급여기관 작성자	⑧생년월일		대행청구단체	⑩ 명 칭	

구 분			⑫건수	⑬청구액	⑭의료급여비용 총액1	⑮본인일부 부담금	⑯장애인 의료비	⑰의료급여 비용총액2, 진료비총액	⑱보훈 청구액	⑲의료급여 100분의 100본인 부담금 총액	⑳보훈 본인일부 부담금	㉑100분의 100미만 총액	㉒100분의 100미만 본인 일부부담금	㉓100분의 100미만 청구액	㉔100분의 100미만 보훈청구액
계															
의과	입원	1													
의과	외래	2													
치과	입원	3													
치과	외래	4													
한의과	입원	5													
한의과	외래	6													
조산		7													
약국	처방조제	8													
약국	직접조제	9													

상급종합병원 종합병원 치과대학부속치과병원 한방병원 진료분야구분	1	2	3	4	5	6	9
	내과 분야	외과 분야	산·소아청소년과 분야	안·이비인후과 분야	피부·비뇨의학과 분야	치과	한의과

「의료급여법 시행규칙」 제20조제1항에 따라 의료급여비용의 심사를 청구합니다.
「한국보훈복지의료공단법 시행령」 제17조의 2에 따라 진료비용의 심사를 청구합니다.

청구일자 :　　년　　월　　일

청 구 인 성　명 :　　(서명 또는 날인)

□ 건강보험심사평가원장　　귀하
□ 한국보훈복지의료공단이사장　귀하

첨　부: 의료급여비용 명세서　　매
전산매체 (　　)　　매
처　방　전　　매

190mm×268mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

주 : 1. ※란은 건강보험심사평가원이 기재합니다.
2. 급여구분 - 1차의료급여: 제1차의료급여기관의 외래진료·조제투약
2차의료급여: 제2차 또는 제3차의료급여기관에서의 입원·외래진료나 제1차의료급여기관에서의 입원진료
3. 진료비총액, 보훈청구액 및 보훈 일부부담금은 보훈위탁진료 의료급여기관의 '보훈 국비환자' 진료분인 경우에 한하여 기재합니다.

〔별지 제3-1호 서식〕

서식번호	G 1 0 1	(년 월분) 요양병원 의료급여비용심사청구서			※접수번호			
의료급여기관 ①기 호					④전화번호		⑤청구 단위구분	
의료급여기관 ②명 칭		급여구분	1차	2차				
의료급여기관 ③소재지					⑥우편번호			
의료급여기관 작성자	⑦성 명	(서명 또는 날인)			대행 청구 단체	⑨기 호		
의료급여기관 작성자	⑧생년월일					⑩명 칭		

구 분			⑫건수	⑬청구액	⑭의료급여 비용총액1	⑮본인일부 부담금	⑯장애인 의료비	⑰의료급여 비용총액2, 진료비총액	⑱보훈 청구액	⑲의료급여 100분의100 본인부담금 총액	⑳보훈 본인일부 부담금	㉑100분의 100미만 총액	㉒100분의 100미만 본인일부 부담금	㉓100분의 100미만 청구액	㉔100분의100미만 보훈 청구액
계															
의과	입원 장기환자	11													
의과	입원 제외환자	1													
의과	외래	2													
치과	입원	3													
치과	외래	4													
한의과	입원	5													
한의과	외래	6													

「의료급여법 시행규칙」 제20조제1항에 따라 의료급여비용의 심사를 청구합니다.

「한국보훈복지의료공단법 시행령」 제17조의 2에 따라 진료비용의 심사를 청구합니다.

청 구 일 자: 년 월 일

청구인 성 명: (서명 또는 날인)

□ 건강보험심사평가원장 귀하

□ 한국보훈복지의료공단이사장 귀하

첨 부: 의료급여비용 명세서 매

전산매체 ( ) 매

처 방 전 매

190mm×268mm(일반용지 60g/㎡(재활용품)))

주 : 1. ※란은 건강보험심사평가원이 기재합니다.

2. 급여구분 - 1차의료급여: 제1차의료급여기관의 외래진료·조제투약

2차의료급여: 제2차 또는 제3차의료급여기관에서의 입원·외래진료나 제1차의료급여기관에서의 입원진료

3. 진료비총액, 보훈청구액 및 보훈 일부부담금은 보훈위탁진료 의료급여기관의 '보훈 국비환자' 진료분인 경우에 한하여 기재합니다.

〔별지 제4호 서식〕

(의과 / 입원)

의료급여비용명세서

서식번호	G	I	O	2

보장기관	
기 호	
명 칭	

의료급여기관	
기 호	
명 칭	

등록번호		종 별		보훈 등	
세대주성명		보장시설 및 노숙인시설 기호			
수진자성명			-		

상 병 명	분류기호	수술	진료과목	상해외인	특정기호	면허종류	면허번호	당월진료개시일 / 최초입원개시일	당월진료일수 (원내투약일수포함)	진료결과
	.								일	
	.								일	
	.								일	

입원일수	일	기본진료 약제 특정 재료(1)	진료행위 (II)	처방전 발급번호 / 점검번호	처방일수	진료확인번호

구 분				야간,공휴 회	약품코드 (일반명 또는 제품명 코드)	약품명 (일반명 또는 제품명)	1회투약량	1일투여횟수	총 투약일수	본인부담률 구분코드	
1. 진찰료 (외래관리료 포함)	①초 진	회	원		코드	보류 (예외구분코드)	단가	1회투약량 (3.4항 해당)	1일투여량또는 실시횟수	총투여일수 또는 실시횟수	금액	면허종류	면허번호
	②재 진	회	원	야간,공휴회									
	③의약품관리료		원										
	④용급 및 회송료		원										
2. 입원료	①일 반	일	원										
	②내과질환자,정신질환자, 만8세미만의 소아	일	원										
	③집중치료실	일	원										
	④격리병실	일	원										
	⑤신생아	일	원										
	⑥기 타	일	원										
	⑦식 대		원										
	⑧안치료	일	원										
3. 투약 및 처방전료	①내 복	일분	원	원									
	②외 용	일분	원	원									
	③처방전	회	원										
4. 주사료	①피하 또는 근육내	일	원	원									
	②정맥내	일	원	원									
	③수액제	회	원	원									
	④기 타	회	원	원									
	⑤특정 재료		원										
	⑥수 혈	회	원	원									
5. 마취료	①	회	원	원									
6. 이학요법료	①	종	원	원									
7. 정신요법료	①	종	원	원									
8. 처치 및 수술료	①처치 및 수술	종	원	원									
	③캐스트	회	원	원									
9. 검사료	①자체검사	종	원	원									
	②위탁검사관리		원										
	③위탁검사	종	원										
10.영상진단 및 방사선 치료료	①진 단	종	원	원									
	②치 료	종	원	원									
S. 특수장비	①CT	회	원	원									
	②MRI	회	원	원									
	③PET	회	원	원									
A. 100분의100미만 본인부담50	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
B. 100분의100미만 본인부담80	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
D. 100분의100미만 본인부담30	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
E. 100의100미만 본인부담90	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
U. 의료급여 100분의 100본인부담	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
V. 보훈 등 100분분의 100 본인부담	①의약품		원	원	특정내역								
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
W. 비급여	①의약품		원	원	수술 코드								
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									

특수장비총액		원
보훈 등 100분의 100본인부담총액		원
비급여총액		원
11. 소계	원	원
12. 가산율	%	원
13. 의료급여비용총액1		원
14. 본인일부부담금		원
15. 장애인의료비		원
16. 대지급금		원
17. 청구액		원
18. 의료급여비용총액2, 진료비총액		원
19. 보훈청구액		원
20. 의료급여 100분의100본인부담금총액		원
21. 보훈본인일부부담금		원
22. 100분의100미만 총액		원
23. 100분의100미만 본인일부부담금		원
24. 100분의100미만 청구액		원
25. 100분의100미만 보훈청구액		원
일련번호	※심사조정	

※심사내역	구분	코드	조정	I.II	구분	코드	조정	I.II
				감I				감I
				감II				감II
				증I				증I
				증II				증II
	계				계			

190mm×320mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

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

〔별지 제4-1호 서식〕

의과 입원

서식번호	G I O 2	의료급여비용명세서	의료급여기관
보장기관 기호 / 명칭			기호
등록번호		종별 / 보훈등	명칭
세대주성명		보장시설 및 노숙인시설 기호	
수진자성명		-	

상병명	분류기호	수술	질료과목	상해외인	특정기호	면허종류	면허번호	당월진료개시일 / 최초입원개시일	당월진료일수 (원내투약일수포함)	진료결과
	.								일	
	.								일	
	.								일	

입원일수		기본진료 약제 특정 재료(Ⅰ)	진료행위 (Ⅱ)	처방전 발급번호 / 점검번호	처방일수	진료확인 번호

구분			
1. 진찰료 (외래관리료 포함)	①초 진 회	원	야간, 공휴 회
	②재 진 회	원	야간, 공휴 회
	③의약품관리료	원	
	④응급 및 회송료	원	
2. 입원료	①일 반 일	원	
	②내과질환자, 정신질환자, 만8세미만의 소아 일	원	
	③집중치료실 일	원	
	④격리병실 일	원	
	⑤신생아 일	원	
	⑥기 타 일	원	
	⑦식 대	원	
	⑧안치료 일	원	
3. 투약 및 처방전료	①내 복 일분 / ②외 용 일분	원 / 원	원 / 원
	③처방전 회	원	
4. 주사료	①피하 또는 근육내 일 / ②정맥내 일 / ③수액제 회 / ④기 타 회 / ⑤특정재료 / ⑥수 혈 회	원 / 원 / 원 / 원 / 원 / 원	원 / 원 / 원 / 원 / 원 / 원
5. 마취료	① 회	원	원
6. 이학요법료	① 종	원	원
7. 정신요법료	① 종	원	원
8. 처치 및 수술료	①처치 및 수술 종 / ③캐스트 회	원 / 원	원 / 원
9. 검사료	①자체검사 종 / ②위탁검사관리 / ③위탁검사 종	원 / 원 / 원	원
10. 영상진단 및 방사선 치료료	①진 단 종 / ②치 료 종	원 / 원	원 / 원
1. 장기요양	① 일	원	
S. 특수장비	①CT 회	원	원
	②MRI 회	원	원
	③PET 회	원	원
A. 100분의100미만 본인부담50	①의약품	원	원
	②치료재료	원	원
	③진료행위	원	원
B. 100분의100미만 본인부담80	①의약품	원	원
	②치료재료	원	원
	③진료행위	원	원
D. 100분의100미만 본인부담30	①의약품	원	원
	②치료재료	원	원
	③진료행위	원	원
E. 100분의100미만 본인부담90	①의약품	원	원
	②치료재료	원	원
	③진료행위	원	원
U 의료급여 100분의 100 본인부담	①의약품 / ②치료재료 / ③진료행위	원 / 원 / 원	원 / 원 / 원
V. 보훈 등 100분의 100 본인부담	①의약품 / ②치료재료 / ③진료행위	원 / 원 / 원	원 / 원 / 원
W. 비급여	①의약품 / ②치료재료 / ③진료행위	원 / 원 / 원	원 / 원 / 원

약품코드 (일반명 또는 제품명 코드)	약품명 (일반명 또는 제품명)		1회투약량	1일투여횟수	총 투약일수	본인부담률 구분코드		
코드	분류 (예외구분코드)	단가	1회투약량 (3,4항 해당)	1일투여량 또는 실시횟수	총 투여일수 또는 실시횟수	금액	면허 종류	면허 번호
특정내역								

수술 코드			

특수장비총액	원
보훈 등 100분의 100본인부담총액	원
비급여총액	원
11. 소계	원 / 원
12. 가산율	% / 원
13. 의료급여비용총액1	원
14. 본인일부부담금	원
15. 장애인의료비	원
16. 대지급금	원
17. 청구액	원
18. 의료급여비용총액2. 진료비총액	원
19. 보훈청구액	원
20. 의료급여 100분의100본인부담금총액	원
21. 보훈본인일부부담금	원
22. 100분의100미만 총액	원
23. 100분의100미만 본인일부부담금	원
24. 100분의100미만 청구액	원
25. 100분의100미만 보훈청구액	원
일련번호	※ 심사조정

※ 심사내역

구분	코드	조정	Ⅰ.Ⅱ	구분	코드	조정	Ⅰ.Ⅱ
			감Ⅰ				감Ⅰ
			감Ⅱ				감Ⅱ
			증Ⅰ				증Ⅰ
			증Ⅱ				증Ⅱ
계				계			

190mm×320mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

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

[요양병원정액]

수가기준

〔별지 제5호 서식〕

의과
외래

서식번호	G	I	O	3

의료급여비용명세서

보장기관	
기 호	
명 칭	

의 료 급 여 기 관	
기 호	
명 칭	

등록번호		종 별	보훈 등
세 대 주 성 명		보장시설 및 노숙인시설 기호	
수 진 자 성 명			-

상 병 명	분류기호	수술	진료과목	상해외인	특정기호	본인부담구분	면허종류	면허번호	내원일자	진료일수 (원내투약일수포함)	진료결과
	.									일	
	.									일	
	.									일	

처방일수		진료확인번호		본인부담금 발생횟수		직접 조제 횟수	

구 분		기본진료 약제,특정 재료(I)	진료행위 (II)	처방전 발급번호 / 점검번호									
1. 진찰료 (외래관리료 포함)	①초 진 회	원	야간.공휴 회	약품코드 (일반명 또는 제품명 코드)	약품명 (일반명 또는 제품명)		1회투약량	1일투여횟수	총 투약일수	본인부담률 구분코드			
	②재 진 회	원	야간.공휴 회	코드	분류 (예외구분코드)	단가	1회투약량 (3.4항 해당)	1일투여량 또는 실시횟수	총 투여일수 또는 실시횟수	금액	면허종류	면허번호	
	③의약품관리료	원											
	④응급 및 회송료	원											
	⑤가정간호기본방문료	원											
	⑥만성질환관리료 회	원											
3. 투약 및 처방전료	①내 복 일분	원	원										
	②외 용 일분	원	원										
	③처방전 회	원											
4. 주사료	①피하 또는 근육내 일	원	원										
	②정맥내 일	원	원										
	③수액제 회	원	원										
	④기 타 회	원	원										
	⑤특정 재료	원											
	⑥수 혈 회	원	원										
5. 마취료	① 회	원	원										
6. 이학요법료	① 종	원	원										
7. 정신요법료	① 종	원	원										
8. 처치 및 수술료	①처치 및 수술 종	원	원										
	③캐스트 회	원	원										
9. 검사료	①자체검사 종	원	원										
	②위탁검사관리	원											
	③위탁검사 종	원											
10.영상진단 및 방사선 치료료	①진 단 종	원	원										
	②치 료 종	원	원										
S. 특수장비	①CT 회	원	원										
	②MRI 회	원	원										
	③PET 회	원	원										
A. 100분의100미만 본인부담50	①의약품	원	원										
	②치료재료	원	원										
	③진료행위	원	원										
B. 100분의100미만 본인부담80	①의약품	원	원										
	②치료재료	원	원										
	③진료행위	원	원										
D. 100분의100미만 본인부담30	①의약품	원	원	특정내역									
	②치료재료	원	원										
	③진료행위	원	원										
E. 100분의100미만 본인부담90	①의약품	원	원										
	②치료재료	원	원										
	③진료행위	원	원										
U. 의료급여 100분의 100본인부담	①의약품	원	원										
	②치료재료	원	원										
	③진료행위	원	원										
V. 보훈 등 100분의 100 본인부담	①의약품	원	원										
	②치료재료	원	원										
	③진료행위	원	원										
W. 비급여	①의약품	원	원										
	②치료재료	원	원										
	③진료행위	원	원										

특 수 장 비 총 액	원	수술 코드			
보훈 등 100분의100본인부담총액	원				
비 급 여 총 액	원				
11. 소 계	원 원				
12. 가 산 율	% 원				
13. 의 료 급 여 비 용 총 액 1	원				
14. 본 인 일 부 부 담 금	원				
15. 장 애 인 의 료 비	원				
16. 청 구 액	원				
17. 의료급여비용총액2. 진료비총액	원				
18. 보 훈 청 구 액	원				
19. 의료급여 100분의100본인부담금총액	원				
20. 보 훈 본 인 일 부 부 담 금	원				
21. 100분의100미만 총액	원				
22. 100분의100미만 본인일부부담금	원				
23. 100분의100미만 청구액	원				
24. 100분의100미만 보훈청구액	원				
일련번호					
수진자 일련번호	-	※ 심사조정			

※ 심사내역	구분	코드	조정	I.II	구분	코드	조정	I.II
				감I				감I
				감II				감II
				증I				증I
				증II				증II
	계				계			

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 〕

치과
입원

[별지 제6호 서식]

서식번호	G	I	O	4

의료급여비용명세서

보장기관	기 호	
	명 칭	
등록번호		
세대주성명		
수진자성명		

종 별		보훈 등	
보장시설 및 노숙인시설 기호			
	-		

의료급여기관	
기 호	
명 칭	

상 병 명	분류기호	수술	진료과목	상해외인	특정기호	면허종류	면허번호	당월진료개시일 / 최초입원개시일	당월진료일수 (원내투약일수포함)	진료결과
	.								일	
	.								일	
	.								일	

입원일수	일	기본진료약제, 특정재료(I)	진료행위 (II)	처방전 발급번호 / 점검번호	처방일수	진료확인 번호

구 분												
1. 진찰료 (외래관리료 포함)	①초 진 회	원	야간,공휴 회	약품코드 (일반명 또는 제품명 코드)	약품명 (일반명 또는 제품명)		1회투약량	1일투여횟수	총투약일수	본인부담률 구분코드		
	②재 진 회	원	야간,공휴회	코드	복류 (예외구분코드)	단가	1회투약량 (3.4항 해당)	1일투여량 또는 실시횟수	총투여일수 또는 실시횟수	급액	면허종류	면허번호
	③의약품관리료	원										
	④응급 및 회송료	원										
2. 입원료	①일 반 일	원										
	②식 대	원										
	③기 타 일	원										
3. 투약 및 처방전료	①내 복 일분	원	원									
	②외 용 일분	원	원									
	③처방전 회	원										
4. 주사료	①피하 또는 근육내 일	원	원									
	②정맥내 일	원	원									
	③수액제 회	원	원									
	④기 타 회		원									
	⑤특정 재료	원										
	⑥수 혈 회	원	원									
5. 마취료	① 회	원	원									
6. 이학요법료	① 종	원	원									
8. 처치 및 수술료	①처치 및 수술 종	원	원									
	③캐스트 회	원	원									
9. 검사료	①자체검사 종	원	원									
	②위탁검사관리	원										
	③위탁검사 종	원										
10. 영상진단 및 방사선 치료료	①진 단 종	원	원									
	②치 료 종	원	원									
S. 특수장비	①CT 회	원	원									
	②MRI 회	원	원									
	③PET 회	원	원									
A. 100분의 100미만 본인부담50	①의약품	원	원	특정내역								
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
B. 100분의 100미만 본인부담80	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
D. 100분의 100미만 본인부담30	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
E. 100분의 100미만 본인부담90	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
U 의료급여 100분의 100본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
V. 보훈 등 100분의 100 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
W. 비급여	①의약품	원	원	수술 코드								
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									

특수장비총액		원
보훈 등 100분의100본인부담총액		원
비급여총액		원
11. 소계	원	원
12. 가산율	%	원
13. 의료급여비용총액1		원
14. 본인일부부담금		원
15. 장애인의료비		원
16. 대지급금		원
17. 청구액		원
18. 의료급여비용총액2, 진료비총액		원
19. 보훈청구액		원
20. 의료급여 100분의100본인부담금총액		원
21. 보훈 본인일부부담금		원
22. 100분의100미만 총액		원
23. 100분의100미만 본인일부부담금		원
24. 100분의100미만 청구액		원
25. 100분의100미만 보훈청구액		원
일련번호	※ 심사조정	

※ 심사내역	구분	코드	조정	I.II	구분	코드	조정	I.II
				감I				감I
				감II				감II
				증I				증I
				증II				증II
	계				계			

190mm×320mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

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

〔별지 제7호 서식〕

치과 외래

의료급여비용명세서

서식번호	G I O 5	의료급여기관	
보장기관 기 호		기 호	
보장기관 명 칭		명 칭	
등록번호		종별	보훈 등
세대주성명		보장시설 및 노숙인시설 기호	
수진자성명		-	

상 병 명	분류기호	수술	진료과목	상해외인	특정기호	본인부담구분	면허종류	면허번호	내원일자	진료일수(원내투약일수 포함)	진료결과
	.									일	
	.									일	
	.									일	

구 분		기본진료약제, 특정재료(I)	진료행위(II)
1. 진찰료(외래관리료 포함)	①초 진 회	원	야간,공휴 회
	②재 진 회	원	야간,공휴 회
	③의약품관리료 ④응급 및 회송료	원 원	
3. 투약 및 처방전료	①내 복 일분 ②외 용 일분	원 원	원 원
	③처방전 회	원	
4. 주사료	①피하 또는 근육내 일 ②정 맥 내 일 ③수 액 제 회 ④기 타 회 ⑤특정 재료 ⑥수 혈 회	원 원 원 원 원 원	원 원 원 원 원 원
5. 마취료	① 회	원	원
8. 처치 및 수술료	보 통 × / 복 조 × / 즉 처 × / 지각과민 ×	원	원
	치수절단 × / 즉발근충 × × / 근관와동 × / 근관성형 ×	원	원
	발 수 × / 근세척 × / 근 충 × × / 근관확대 ×	원	원
	치면세마 × / 치근활택술 × / 후 처 치 × × × × / 내소염 × × × ×	원	원
	치석제거 × / 치주소파 × / 치은박리 × × / 치은절제 ×	원	원
	치주처치 × × / 교합조정 × / 러버댐 × / 응급근관 ×	원	원
	충전물연마 × / 신부착 × / 보철물제거 × × / 치아진정 ×	원	원
	발유치 × / 전 × / 구 × / 난 × / 매 × × ×	원	원
	충 아 1면 × 복 1면 × 와 1면 × 말 2면 × 합 2면 × 동 2면 × 감 3면 × 레 3면 × 형 3면 × 전 4면 × 진 4면 × 성 4면 ×	원	원
	기 타	원	원
9. 검사료	①자체검사 종 ②위탁검사관리 ③위탁검사 종	원 원 원	원
10. 영상진단 및 방사선 치료료	①진 단 종 ②치 료 종	원 원	원 원
S. 특수장비	①CT 회	원	원
	②MR I 회	원	원
	③PET 회	원	원
A. 100분의 100미만 본인부담50	①의약품	원	원
	②치료재료	원	원
	③진료행위	원	원
B. 100분의 100미만 본인부담80	①의약품	원	원
	②치료재료	원	원
	③진료행위	원	원
D. 100분의 100미만 본인부담30	①의약품	원	원
	②치료재료	원	원
	③진료행위	원	원
E. 100분의 100미만 본인부담90	①의약품	원	원
	②치료재료	원	원
	③진료행위	원	원
U. 의료급여 100분의 100본인부담	①의약품 ②치료재료 ③진료행위	원 원 원	원 원 원
V. 보훈 등 100분의 100본인부담	①의약품 ②치료재료 ③진료행위	원 원 원	원 원 원
W. 비급여	①의약품 ②치료재료 ③진료행위	원 원 원	원 원 원
특수장비총액		원	
보훈 등 100분의100본인부담총액		원	
비급여총액		원	
11. 소 계		원	원
12. 가 산 율		%	원
13. 의료급여비용총액1		원	
14. 본인일부부담금		원	
15. 장애인의료비		원	
16. 청 구 액		원	
17. 의료급여비용총액2, 진료비총액		원	
18. 보 훈 청 구 액		원	
19. 의료급여 100분의100본인부담금총액		원	
20. 보훈본인일부부담금		원	
21. 100분의100미만 총액		원	
22. 100분의100미만 본인일부부담금		원	
23. 100분의100미만 청구액		원	
24. 100분의100미만 보훈청구액		원	
일련번호		※심사조정	
수진자 일련번호	-		

처방전 발급번호		처방일수		진료확인 번호		본인부담금 발생횟수		직접 조제 횟수	
점검번호									

약품코드(일반명 또는 제품명코드)	약품명(일반명 또는 제품명)		1회투약량	1일투여횟수	총투약일수	본인부담률 구분코드		
코드	분류(예외구분코드)	단가	1회투약량(3,4항 해당)	1일투여량 또는 실시횟수	총투여일수 또는 실시횟수	금액	면허종류	면허번호

특정내역

수술코드			

※ 심사내역

구분	코드	조정	I.II	구분	코드	조정	I.II
			감I				감I
			감II				감II
			증I				증I
			증II				증II
계				계			

190mm×320mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

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

〔일자별〕

〔별지 제8호 서식〕

서식번호	GI06	조산원의료급여비용명세서	의료급여기관	
진료형태	입원		기호	
			명칭	

일련번호	보장기관기호	종별구분	보장시설 및 노숙인 시설 기호	세대주 성명	수진자		당월진료 개시일	입원일수	당월 진료일수 (투약일수 포함)	조산구분	시간	가산구분	다태아 여부	조산료	식대	진료확인번호	의료급여비용						※심사내역	
					성명	주민등록 변호											의료급여 비용총액1	본인일부 부담금	장애인 의료비	청구액	의료급여 비용총액2	의료급여 100분의 100본인 부담금 총액	증	감
														합 계										

주: 1. ※ 란은 건강보험심사평가원이 기재합니다.
2. 종별구분은 1종수급권자 : 1, 2종수급권자 : 2, 행려 : 4, 2종수급권자 중 장애인 2차 의료급여 : 6, 노숙인 1종 : N으로 기재합니다.
3. 조산구분란에는 초산①, 경산②, 골반위만출술③, 자궁내장치④로 기재합니다.
4. 시간란은 주간①, 18시~09시(22시~06시 제외) 또는 공휴일②, 22시~06시③으로 기재합니다.
5. 가산구분란에는 고위험 분만①, 분만취약지 분만②, 분만취약지 소재 조산원에서 고위험분만에 해당하는 경우③으로 기재한다.
6. 다태아 여부란에는 쌍태아②, 삼태아③ 등으로 기재합니다.
7. 보장시설 입소자인 경우 또는 노숙인 의료급여를 받은 경우에는 해당 보장시설 및 노숙인시설의 기호를 기재합니다.
8. 식대란에는 식사종류(일반식, 치료식, 멸균식, 분유(일반분유, 특수분유), 산모식, 경관영양유동식)에 따른 총액을 기재합니다.

320mm×190mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

〔별지 제9호 서식〕

서식번호	GI07	보건기관의료급여비용명세서	의료급여기관	
진료형태	입원		기호	
			명칭	

일련번호	보장기관기호	종별구분	보장시설 및 노숙인 시설 기호	세대주 성명	보훈 등 구분	수진자		상병		진료과	면허종류	면허번호	당월 진료 개시일	입원일수	당월 진료 일수 (투약 일수 포함)	진료 확인 번호	의료급여비용										※심사 내역	
						성명	주민등록번호	상병명	분류기호								보훈 등 100분의 100본인 부담 총액	비급여 총액	의료급여 비용 총액1	본인 일부 부담금	장애인 의료비	청구액	의료급여 비용 총액2, 진료비 총액	보훈 청구액	의료급여 100분의 100본인 부담금 총액	보훈 본인 일부 부담금	증	감

진료내역(의약품)							진료내역(의약품)						
코드	분류	단가	1일 투여횟수 또는 실시횟수	총 투약일수 또는 실시횟수	금액	급여구분	코드	분류	단가	1일 투여횟수 또는 실시횟수	총 투약일수 또는 실시횟수	금액	급여구분

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.

320mm×190mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

〔별지 제10호 서식〕

서식번호	GI08	보건기관의료급여비용명세서	의료급여기관	
진료형태	외래		기호	
			명칭	

일련번호	보장기관기호	종별구분	보장시설 및 노숙인 시설 기호	세대주 성명	보훈등 구분	수진자		상병		진료과	면허종류	면허번호	당월 진료 개시일	방문횟수	진찰횟수	투약일수	물리치료일수	예외구분코드	당월 진료일수(투약일수 포함)	진료확인번호	의료급여비용										※심사내역	
						성명	주민등록번호	상병명	분류기호												보훈등 100분의 100본인 부담 총액	비급여 총액	의료급여 비용 총액1	본인 일부 부담금	장애인 의료비	청구액	의료급여 비용 총액2, 진료비 총액	보훈 청구액	의료급여 100분의 100본인 부담금 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	급여구분	코드	분 류	단가	1일 투여횟수 또는 실시횟수	총 투약일수 또는 실시횟수	금 액	급여구분

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/㎡(재활용품))

〔별지 제10-1호 서식〕

서식번호	GI08	보건기관의료급여비용명세서	의료급여기관	
진료형태	외래		기호	
			명칭	

일련번호	보장기관기호	종별구분	보장시설 및 노숙인 시설기호	세대주 성명	보훈등 구분	수진자		상병		진료과	면허종류	면허번호	당월 진료개시일	방문횟수	진찰횟수	투약일수	물리치료일수	예외구분코드	원외처방			당월 진료일수 (원내 투약일수 포함)	진료확인번호	의료급여비용									※심사내역	
						성명	주민등록번호	상병명	분류기호										처방전 발급횟수	처방전 발급번호 / 점검번호	총 처방일수			보훈 등 100분의 100 본인부담금 총액	비급여 총액	의료급여비용 총액 1	본인일부부담금	청구액	의료급여비용 총액 2, 진료비 총액	보훈 청구액	의료급여 100분의 100본인부담금 총액	보훈 본인일부부담금	증	감

원외처방내역 및 진료내역(의약품)								원외처방내역 및 진료내역(의약품)							
처방전 발급번호	약품코드 (일반명 또는 제품명코드)	약품명 (일반명 또는 제품명)	1회 투약량	1일 투여횟수	총 투약일수	본인부담률 구분코드	급여구분	처방전 발급번호	약품코드 (일반명 또는 제품명코드)	약품명 (일반명 또는 제품명)	1회 투약량	1일 투여횟수	총 투약일수	본인 부담률 구분코드	급여구분
	코드	분류	단가	1일 투여횟수 또는 실시횟수	총 투여일수 또는 실시횟수	금액	급여구분		코드	분류	단가	1일 투여횟수 또는 실시횟수	총 투여일수 또는 실시횟수	금액	급여구분

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, 급여구분를 기재한다.

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.

320mm×190mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

〔별지 제14호 서식〕

한방 입원

서식번호	G	I	O	12	의료급여비용명세서	의료급여기관	
보장기관	기호					기호	
	명칭						
등록번호					종별 / 보훈 등	명칭	
세대주 성명					보장시설 및 노숙인시설 기호		
수진자 성명					-		

상병명	한방상병 분류기호	진료과목	상해외인	특정기호	면허 종류	면허 번호	당월진료개시일 / 최초입원개시일	당월진료일수 (투약일수 포함)	진료확인번호	진료결과
	.	.						일		
	.							일		
								일		

처방명

입원일수 일

구분		기본진료 약제(Ⅰ)	진료행위 (Ⅱ)	분류	단가	1일투여량 또는 실시횟수	총투여일수 또는 실시횟수	금액	면허 종류	면허 번호
1. 진찰료 (외래관리료 포함)	①초진 회	원	야간,공휴 회							
	②재진 회	원	야간,공휴 회							
	③기타	원								
2. 입원료	①일반 일	원								
	②내과질환자, 정신질환자, 만8세미만의 소아 일	원								
	③집중치료 일	원								
	④식대	원								
	⑤안치료	원								
3. 투약료	①내복약 일분	원								
	②처방·조제·복약지도료 일분		원							
4. 시술 및 처치료	①침술 회		원							
	②구술 회		원							
	③부항술 회		원							
	④처치료 회		원							
	⑤기타 회		원							
5. 검사료	①양도락검사 회		원							
	②맥전도검사 회		원							
	③경락기능검사 회		원							
	④기타 회		원							
A. 100분의100미만 본인부담50	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원							
	③진료행위	원	원							
B. 100분의100미만 본인부담80	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원							
	③진료행위	원	원							
D. 100분의100미만 본인부담30	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원							
	③진료행위	원	원							
E. 100분의100미만 본인부담90	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원							
	③진료행위	원	원							
U. 의료급여 100분의 100본인부담	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원							
	③진료행위	원	원							
V. 보훈 등 100분의100 본인부담	①의약품	원	원	특정내역						
	②치료재료	원	원							
	③진료행위	원	원							
W. 비급여	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원							
	③진료행위	원	원							

보훈 등 100분의100본인부담금총액	원		※ 심사내역	구분	코드	조정금액	Ⅰ.Ⅱ	구분	코드	조정금액	Ⅰ.Ⅱ
비급여총액	원										
11. 소계	원	원									
12. 가산율	%	원									
13. 의료급여비용총액 1	원										
14. 본인일부부담금	원										
15. 장애인의료비	원										
16. 대지급금	원										
17. 청구액	원						감Ⅰ				감Ⅰ
18. 의료급여비용총액 2. 진료비총액	원						감Ⅱ				감Ⅱ
19. 보훈청구액	원										
20. 의료급여 100분의100본인부담금총액	원						증Ⅰ				증Ⅰ
21. 보훈본인일부부담금	원										
22. 100분의100미만 총액	원						증Ⅱ				증Ⅱ
23. 100분의100미만 본인일부부담금	원										
24. 100분의100미만 청구액	원										
25. 100분의100미만 보훈청구액	원										
일련번호	※ 심사조정			계				계			

190mm×320mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

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

수가기준

〔별지 제15호 서식〕

한방
외래

서식번호	G I O 13	의료급여비용명세서	의료급여기관
보장기관	기호 / 명칭		기호 / 명칭
등록번호		종별 / 보훈등	
세대주 성명		보장시설 및 노숙인시설 기호	
수진자 성명		-	

상병명	한방상병 분류기호	진료과목	상해외인	특정기호	본인부담 구분	면허 종류	면허 번호	내원일자	당월진료일수 (투약일수포함)	진료확인 번호	본인부담금 발생횟수	직접조제 횟수	진료 결과
	.	.							일				
	.	.							일				
처방명													

구분		기본진료 약제(I)	진료행위 (II)	분류	단가	1일투여량 또는 실시횟수	총투여일수 또는 실시횟수	금액	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							
	②맥전도검사 회		원							
	③경락기능검사 회		원	특정내역						
	④기타 회		원							
A. 100분의100미만 본인부담50	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원							
	③진료행위	원	원							
B. 100분의100미만 본인부담80	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원							
	③진료행위	원	원							
D. 100분의100미만 본인부담30	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원							
	③진료행위	원	원							
E. 100분의100미만 본인부담90	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원							
	③진료행위	원	원							
U. 의료급여 100분의100 본인부담	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원							
	③진료행위	원	원							
V. 보훈등 100분의100 본인부담	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원							
	③진료행위	원	원							
W. 비급여	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원							
	③진료행위	원	원							
보훈등 100분의100본인부담총액		원								
비급여총액		원								
11. 소계		원	원							
12. 가산율		%	원							
13. 의료급여비용총액1		원								
14. 본인일부부담금		원								
15. 장애인의료비		원								
16. 청구액		원								
17. 의료급여비용총액2, 진료비총액		원								
18. 보훈청구액		원								
19. 의료급여 100분의100본인부담금총액		원								
20. 보훈일부본인부담금		원								
21. 100분의100미만 총액		원								
22. 100분의100미만 본인일부부담금		원								
23. 100분의100미만 청구액		원								
24. 100분의100미만 보훈청구액		원								
일련번호		※ 심사조정								
수진자 일련번호	-									

※ 심사내역	구분	코드	조정 금액	I.II	구분	코드	조정 금액	I.II
				감I				감I
				감II				감II
				증I				증I
				증II				증II
	계				계			

190mm×320mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

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

〔일자별〕

〔별지 제16호 서식〕

약국 직접 조제

서식번호	G	I	2	0	의료급여비용명세서	의료급여기관	
사업장(보장기관) 기호						기호	
사업장(보장기관) 명칭					보장시설 및 노숙인시설 기호		
등록번호					종별구분	명칭	
세대주 성명							
수진자 성명					-		

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

구분	금액	심사내역							
		구분	코드	조정금액	I.II	구분	코드	조정금액	I.II
1. 약가	원	(가)							
2. 조제료 등	원	(나)							
3. 의약품관리료	원	(다)							
4. 의료급여비용총액 1	원	(라)							
5. 본인일부부담금	원	(마)							
6. 청구액	원				감I				감I
7. 의료급여비용총액2, 진료비총액	원	(바)			감II				감II
8. 의료급여 100분의 100본인부담금총액	원	(사)			증I				증I
9. 보훈본인일부부담금	원	(아)			증II				증II
10. A항 100분의100미만 본인부담 50	원								
11. B항 100분의100미만 본인부담 80	원								
12. D항 100분의100미만 본인부담 30	원								
13. E항 100분의100미만 본인부담 90	원								
14. 100분의100미만 총액	원								
15. 100분의100미만 본인일부부담금	원								
16. 100분의100미만 청구액	원								
17. 100분의100미만 보훈청구액	원								
일련번호	※심사조정	(자) 계				계			
수진자 일련번호	-								

190mm×320mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

주 : 1. *란은 건강보험심사평가원이 기재합니다.
2. 종별구분란은 해당번호(1종수급권자:1, 2종수급권자:2, 행려:4, 2종장애인 1차 의료급여:8, N: 노숙인 1종)를 기재합니다.

〔별지 제17호 서식〕

약국 처방 조제

서식번호	G I 2 1	의료급여비용명세서	의료급여기관
사업장(보장기관) 기호 / 명칭		보장시설 및 노숙인시설 기호	기호 / 명칭
등록번호		종별 / 보훈등	
세대주 성명			
수진자 성명		-	

상병분류기호	특정기호	본인부담구분	면허종류	면허번호	처방전발급기관기호	처방전발급번호	사용기간	조제투약일	투약일수	진료확인번호	비고(재해발생일자)
									일		

구분		약가(I)	조제료등(II)
1. 약제비	①내복 일분	원	원
	②외용 일분	원	원
	③주사료 일분	원	
	④약국관리료, 기본조제기술료, 복약지도료		원
	⑤소계(①~④)		원
	⑥의약품관리료		원
A. 100분의100미만 본인부담 50	①내복 일분	원	원
	②외용 일분	원	원
	③주사료 일분	원	원
	④소계(①~③)		원
B. 100분의100미만 본인부담 80	①내복 일분	원	원
	②외용 일분	원	원
	③주사료 일분	원	원
	④소계(①~③)		원
D. 100분의100미만 본인부담 30	①내복 일분	원	원
	②외용 일분	원	원
	③주사료 일분	원	원
	④소계(①~③)		원
E. 100분의100미만 본인부담 90	①내복 일분	원	원
	②외용 일분	원	원
	③주사료 일분	원	원
	④소계(①~③)		원
U. 100분의100 본인부담 약제비	①내복 일분	원	원
	②외용 일분	원	원
	③주사료 일분	원	원
	④소계(①~③)		원
W. 비급여 약제비	①내복 일분	원	원
	②외용 일분	원	원
	③주사료 일분	원	원
	④소계(①~③)		원
보훈 등 100분의100 본인부담 약제비 총액			원
비급여 약제비 총액			원
2. 소계		원	원
3. 수급권자 의료급여비용총액			원
4 의료급여비용총액1			원
5. 본인일부부담금			원
6. 청구액			원
7. 의료급여비용총액2, 진료비총액			원
8. 보훈청구액			원
9. 의료급여 100분의100 본인부담금총액			원
10. 보훈본인일부부담금			원
11. 100분의100미만 총액			원
12. 100분의100미만 본인일부부담금			원
13. 100분의100미만 청구액			원
14. 100분의100미만 보훈청구액			원
일련번호		※ 심사조정	
수진자 일련번호	-		

조제투약내역

코드	약품명	조제구분	단가	1회투약량(I항 해당)	1일투약횟수 또는 실시횟수	총투약일수 또는 실시횟수	금액(원)	면허종류	면허번호

처방내역

코드(일반명코드 또는 제품명코드)	약품명(일반명 또는 제품명)		1회 투약량	1일 투약횟수	총투약일수	본인부담률 구분코드	비고

특정내역	(차)

(가) ※ 심사내역	구분	코드	조정금액	I.II	구분	코드	조정금액	I.II
				감I				감I
				감II				감II
				중I				중I
				중II				중II
	계				계			

190mm×320mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

주 : 1. ※란은 심사기관에서 기재합니다.

2. 의료급여종별 구분란은 해당번호(1종대상자:1, 2종대상자: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 「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
- V항(보훈 등 100분의100 본인부담 약제비), W항(비급여 약제비)은 보훈위탁진료 요양기관에서 발행한 처방전에 따른 "보훈 국비환자"의 처방 조제분인 경우에만 해당.

〔별지 제18호서식〕 (앞쪽)

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	의사인력	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 적용정신건강의학과의사수 (3개월 평균)	명
	⑤ 간호조무사수(3개월 평균)	명		⑪ 적용입원환자수 대 적용정신건강전문요원수⑨/⑩	명		⑮ 적용입원환자수 대 적용정신건강의학과의사수 ⑬/⑭	명
	⑥ 적용간호인력수(3개월 평균)	명						
	⑦ 적용입원환자수 대 적용간호인력수 ③/⑥	명						

【환자수 현황】

구 분	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							
⑲ 적용입원환자수 (3개월 평균)	명						

【간호인력 현황】

연번	※⑳ 인력구분	※㉑ 근무형태	※㉒ 직책구분	성명	주민등록번호	면허(자격)번호	취득일자	입사일자	퇴사일자	병동 ※㉓ 병동구분 병동코드	병동 최초근무일자	병동 최종근무일자	휴가 ※㉔ 구분	휴가 시작일자	휴가 종료일자	㉕ 적용구분	㉖ 재직일수

⑥ 적용간호인력수 : 명

【정신건강전문요원인력 현황】

연번	※㉗ 인력구분	※㉘ 근무형태	※㉙ 직책구분	성명	주민등록번호	면허(자격)번호	취득일자	입사일자	퇴사일자	휴가 ※㉚ 구분	휴가 시작일자	휴가 종료일자	㉛ 적용구분	㉜ 재직일수

⑩ 적용정신건강전문요원수 : 명

【정신건강의학과의사인력 현황】

연번	※㉝ 근무형태	㉞ 의사 형태 1.전문의 2.레지던트	성명	주민등록번호	※㉟ 면허종별	면허번호	면허취득일자	※㊱ 자격종별	자격번호	자격취득일자	입사일자	퇴사일자	휴가 ※㊲ 구분	휴가 시작일자	휴가 종료일자	㊳ 재직일수

⑭ 적용정신건강의학과의사수 : 명

정신건강의학과 입원료 차등제 산정현황 통보서를 제출합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

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.

210㎜×297㎜(백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡))

(뒷쪽)

작성방법

① 기관등급 : 적용 입원환자수 대 적용 정신건강의학과의사, 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) : ⑲

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(근로조건의 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 >(④x0.75)인 경우 {④+(④x0.75)}, 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 이상이면서 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 : ⑨/⑩ (소수점 3자리 이하 절사)

⑫ 의사인력 배점 : 적용 입원환자수 대 적용 정신건강의학과의사수에 따른 배점을 기재

⑭ 적용 정신건강의학과의사수(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 의사는 주3일 이상이면서 주20시간 이상인 경우(0.5인)으로 인정하며 기간제 정신건강의학과 의사는 근무시간 등 근무조건이 정규직 근무자와 동일하면서 3개월 이상 고용계약을 체결한 경우는 1인으로 인정함

⑮ 적용 입원환자수 대 적용 정신건강의학과의사수 : 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, ㉚, ㊲ 휴가구분 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.출산, 02.육아, 03.연수, 04.파견, 05.병가, 06.기타

㉕ 적용구분 (코드로 기재 또는 선택) : Y 적용, N 미적용

㉖ 재직일수 : 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직한 일수를 기재 단, 휴가의 ㉔일수는 제외

㉗ 인력구분 (코드번호로 기재 또는 선택) : 03.정신건강간호사 04.정신건강임상심리사 05.정신건강사회복지사

㉘ 근무형태 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.정규직, 02.계약직, 03.임시직

㉙ 직책구분 : 01.원장, 02.부원장, 03.이사, 04.부장, 05.과장(팀장,감독) 06.정신건강전문요원(전담), 07.정신건강전문요원 수련생, 08.정신건강전문요원(비전담)

㉛ 적용구분 (코드로 기재 또는 선택) : Y 적용, N 미적용

㉜ 재직일수 : 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직한 일수를 기재 단, 휴가의 ㉚일수는 제외

㉝ 근무형태 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.상근, 02.비상근, 03.대진의

㉞ 의사형태((코드번호로 기재 또는 선택) : 01.전문의, 02.레지던트

㉟ 면허종별 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.의사

㊱ 자격종별 (코드번호로 기재 또는 선택) : 03.정신건강의학과

㊳ 재직일수 : 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직한 일수를 기재 단, 휴가의 ㊲일수는 제외

〔별지 제19호서식〕 (앞쪽)

정신건강전문요원인력 일반현황 통보서

의료급여기관기호 (요양기관기호)		의료급여기관명 (요양기관명)			
소 재 지		담당자 성명		전화번호	

①연번	②인력구분※	③주민등록번호※	④적용일자※	⑤근무형태※	⑥직책구분※	⑦성명※	⑧자격번호※	⑨취득일자※	⑩입사일자※	⑪퇴사일자※	휴가			⑮적용여부
											⑫구분※	⑬적용일자(from)※	⑭적용일자(to)※	
1		-												
2		-												
3		-												
4		-												
5		-												
6		-												
7		-												
8		-												
9		-												
10		-												

의료급여 정신건강의학과 입원료 차등제 산정관련 정신건강전문요원인력 일반현황 통보서를 제출합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)

작성자 성 명 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

주1) 세부 작성요령은 뒷면을 참조하여 작성하시기 바라며, '※'란은 반드시 기재하여야 합니다.

주2) 「정신건강전문요원인력 일반현황 통보서」 작성·제출은 건강보험심사평가원(http://Biz.hira.or.kr)을 이용하시기 바랍니다.

210㎜×297㎜(백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡))

(뒷쪽)

작성방법

① 연번 :

② 인력구분 (코드번호로 기재 또는 선택) :
03.정신건강간호사, 04.정신건강임상심리사, 05.정신건강사회복지사

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

210㎜×297㎜(백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡))

〔별지 제20호 서식〕

의료급여 (암) 산정특례 등록 신청서

※ 뒷면의 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다. ※ 해당란에 ☑표기 (앞 면)

산정특례등록번호 *보장기관기재사항		접수일자 *보장기관기재사항
진료받은 사람	① 보장기관명	② 세대주 성명
	③ 성명	④ 주민(외국인)등록번호
	⑤ 휴대전화번호	⑥ 자택전화번호
	⑦ 이메일주소	⑧ 등록결과 통보방법 ☐ SMS ☐ 이메일
	⑨ 주소	

【의료급여기관 확인란】

① 신청구분 ☐ 신규암 ☐ 재등록암 ☐ 중복암

② 진료과목	③ 구분 ☐ 입원 ☐ 외래	④ 진단확진일*입원초일이 있는 경우 함께 기재
⑤ 상병명 (☐ 원발 ☐ 전이)	⑥ 상병코드	⑦ 특정기호 V193

⑧ 최종확진방법 ※중복체크가능

☐ 1. 조직학적 검사
☐ 2. 세포학적 검사
☐ 3. 영상검사 ☐ MRI ☐ CT (소견 :)
☐ Sono ☐ 기타 ( )
☐ 4. ☐ 특수 생화학적 검사 ☐ 면역학적 검사 ☐ 혈액학적 검사
☐ 5. 조직검사 없는 진단적 수술
☐ 6. 기타( )

⑨ 조직학적 · 세포학적 검사 필수인 상병에서 조직학적·세포학적 검사 불가하여 등록기준 미충족한 경우에만 작성*
* 상병별 등록기준을 미충족한 경우에는 전문의가 환자상태 및 진료소견을 구체적으로 기재 후 신청서를 발행하여야 함

⑨-1 조직학적 · 세포학적 검사 미실시 사유 ※ 중복체크가능
☐ 1. 전신상태가 ECOG performance status 3 이상인 경우
☐ 2. 출혈 위험성이 큰 경우
☐ 3. 검사를 위한 전신마취 및 수술을 견딜 수 없는 경우
☐ 4. 감염 위험성이 높은 경우
☐ 5. 기타( )

⑨-2 환자상태 및 진료소견(확진의견을 포함하여 구체적으로 기재)

위의 기록한 사항이 사실임을 확인합니다.

년 월 일

의료급여기관명(기호) : ( )(직 인)
담당의사(면허번호/전문의 자격번호) : (/)(서명 또는 인)
담당의사 전문과목 :

상기와 같이 의료급여 산정특례 등록을 신청합니다. 신청일 년 월 일
신청인 (서명 또는 인)
진료받은 사람과의 관계 ( )

시장·군수·구청장 귀하

(뒷 면)

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 미실시 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.

유 의 사 항

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 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.**

작 성 방 법

【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.

〔별지 제20-1호 서식〕

의료급여 (희귀, 중증난치) 산정특례 등록 신청서

※ 뒷면의 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다. (앞 면)

☐ 희귀질환 ☐ 중증난치질환 ※ 해당란에 ☑표기

산정특례번호 *보장기관기재사항		접수일자 *보장기관기재사항
진료받은 사람	① 보장기관명	② 세대주 성명
	③ 성명	④ 주민(외국인)등록번호
	⑤ 휴대전화번호	⑥ 자택전화번호
	⑦ 이메일주소	⑧ 등록결과 통보방법 ☐ SMS ☐ 이메일
	⑨ 주소	

【의료급여기관 확인란】

① 신청구분 ☐ 신규등록 ☐ 재등록		
② 진료과목	③ 구분 ☐ 입원 ☐ 외래	④ 진단확진일 *입원초일이 있는 경우 함께 기재
⑤ 상병명	⑥ 상병코드	⑦ 특정기호

⑧ 최종확진방법 ※ 중복 체크 가능

☐1. 영상검사 ☐X-ray ☐CT ☐Sono ☐MRI ☐기타 ( )

☐2. 특수생화학/면역학, 도말/배양검사 등

☐3. 유전학적 검사

☐4. 조직학적 검사

☐5. 임상적 소견

☐6. 기타 (검사)

⑨ 질병정보 – 가족력 ※ 희귀질환(극희귀·상세불명 희귀·기타염색체 이상질환 포함) 필수

☐ 없음 ☐ 있음 (☐ 조부 ☐ 조모 ☐ 외조부 ☐ 외조모 ☐ 부 ☐ 모 ☐ 동성형제 ☐ 이성형제 ☐ 자 ☐ 녀)

위의 기록한 사항이 사실임을 확인합니다.

년 월 일

의료급여기관명 (기호) : ( ) (직 인)

담당의사(면허번호/전문의 자격번호) : (/) (서명 또는 인)

담당의사 전문과목 :

상기와 같이 의료급여 산정특례 등록을 신청합니다.

신청일 년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

진료받은 사람과의 관계 ( )

시장·군수·구청장 귀하

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, 전화번호, 주민등록번호, 외국인등록번호, 주소, 이메일주소, [의료급여기관 확인란]에 기록된 신청구분, 진료과목, 진료구분, 진단확진일, 상병명, 상병코드, 특정기호, 최종확진방법, 환자상태 및 진료소견, 등록기준 미충족 사유 및 임상소견을 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.

(뒷 면)

유 의 사 항

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.**

작 성 방 법

【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 확진을 실시한 진료과목을 기재합니다.
③ : 의료급여기관 확진 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 희귀질환 및 중증난치질환 산정특례 제도 안내

1. **제도 목적** : 희귀질환 및 중증난치질환의 치료에 소요되는 고액 진료비 부담 완화

2. **희귀질환 및 중증난치질환 산정특례 등록대상**
   - 희귀질환 : 보건복지부 고시「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」[별표4]의 해당상병 중 산정특례 검사기준 및 필수검사항목을 충족하는 것으로 확진된 희귀질환 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 희귀질환 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(상세불명희귀질환의 경우 적용시작일로부터 1년째 되는 날의 전날)

〔별지 제20-2호 서식〕

의료급여 (결핵, 중증화상) 산정특례 등록 신청서

※ 뒷면의 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다. (앞 면)

☐ 결핵 ☐ 중증화상 ※ 해당란에 ☑표기

산정특례번호 *보장기관기재사항		접수일자 *보장기관기재사항
진료받은 사람	① 보장기관명	② 세대주 성명
	③ 성명	④ 주민(외국인)등록번호
	⑤ 휴대전화번호	⑥ 자택전화번호
	⑦ 이메일주소	⑧ 등록결과 통보방법 ☐ SMS ☐ 이메일
	⑨ 주소	

【의료급여기관 확인란】

① 진료과목	② 구분 ☐ 입원 ☐ 외래	③ 진단확진일 *입원초일이 있는 경우 함께 기재
④ 상병명	⑤ 상병코드	⑥ 특정기호

⑦ 최종확진방법 ※ 중복 체크 가능

☐ 1. 영상검사 ☐ X-ray ☐ CT ☐ Sono ☐ MRI ☐ 기타 ( )

☐ 2. 도말/배양검사 ☐ 도말 ☐ 배양

☐ 3. 조직학적 검사

☐ 4. 임상적 소견 ( )

☐ 5. 기타 (검사)

⑧ **(결핵만 해당)** 타 요양기관의 검사결과로 확진한 경우, 해당사항 체크 ※ 중복 체크 가능

☐ 없음 ☐ 있음 (☐ 1.영상검사 ☐ 2.도말/배양검사 ☐ 3.조직학적 검사 ☐ 5.기타)

위의 기록한 사항이 사실임을 확인합니다.

년 월 일

의료급여기관명 (기호) : ( ) (직 인)

담당의사 (면허번호/전문의 자격번호) : (/) (서명 또는 인)

담당의사 전문과목 :

상기와 같이 의료급여 산정특례 등록을 신청합니다.

신청일 년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

진료받은 사람과의 관계 ( )

시장·군수·구청장 귀하

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, 전화번호, 주민등록번호, 외국인등록번호, 주소, 이메일주소, [의료급여기관 확인란]에 기록된 신청구분, 진료과목, 진료구분, 진단확진일, 상병명, 상병코드, 특정기호, 최종확진방법, 환자상태 및 진료소견, 등록기준 미충족 사유 및 임상소견을 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.

(뒷 면)

유 의 사 항

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.**
   ※ 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 신고·보고서' 제출 필수)

작 성 방 법

【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 : 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 : (결핵만 해당) 타 요양기관의 검사결과로 확진한 경우에 한하여 기재하며, 해당 검사내역에 "✔" 표시 합니다.

의 료 급 여 결 핵 및 중 증 화 상 산 정 특 례 제 도 안 내

1. **제도 목적 :** 결핵 및 중증화상 치료에 소요되는 고액의 진료비 부담 완화
2. **결핵/중증화상 산정특례 등록대상**
   - 결핵 : 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」[별표5]의 해당 상병(A15~A19,U84.3)으로 확진된 결핵 환자
   - 중증화상 : 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」[별표3]의 체표면적 및 깊이기준을 충족하거나 특정부위의 화상 환자
3. **해당 결핵 및 중증화상으로 산정특례 등록한 사람은 등록기간 중 모든 상병 진료에 대한 급여대상 본인부담금 면제**
   ※ 비급여, 100분의100본인부담 항목, 선별급여 등은 산정특례 적용대상에서 제외
4. **적용기간**
   - 결핵 : 산정특례 적용시작일부터 결핵예방법 시행규칙 제3조 및 별지서식의 치료결과보고에 따른 산정특례 종료일까지
   - 중증화상 : 등록일로부터 1년
   ※ 단, 중증화상의 경우 등록기간 종료 후 진료담당의사의 의학적 판단하에 등록기간을 6개월 연장할 수 있음

〔별지 제21호 서식〕

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	■ 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	□ 상악 □ 하악	
		(2) 틀니 종류	□ 완전틀니 (레진상) □ 완전틀니 (금속상)	□ 부분틀니
		(3) 임시틀니 여부	□ 제작 □ 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

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

(뒷면)

노인틀니 급여 서비스 안내

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

단계	완전틀니			부분틀니	
	진료내용	비율(%)(누적)		진료내용	비율(%)(누적)
		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	악간 관계 채득	15 (55)	21(61)	금속구조물 시적	29.50 (55)
4	납의치 시적	20 (75)	17(78)	최종 악간 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 유지관리행위**는 보험적용되며, **기존** 레진상, 금속상 **완전틀니 또는 클라스프 부분틀니가 있는 분도 유지관리행위가 급여 적용 됩니다.**
- 틀니 급여주기는 **7년(악당)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 확인란**은 반드시 **치과의사**가 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 **휴대전화번호**로 틀니대상자 **등록 결과가 통보**됩니다.

③ : 의료급여기관에서 기재하는 항목입니다.
- **시술시작일**은 **1단계 진료일**이나 **임시틀니 시작일**을 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

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

〔별지 제22호 서식〕

의료급여 틀니 대상자 변경/해지/취소 신청서

※ 아래 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다.

① 등록내역	등록번호	□ 상악		틀니 종류		시술 시작일	
		□ 하악					
	수급권자 정보	성명			종별		
		주민번호			전화번호		
	의료급여기관 정보	의료급여기관기호		의료급여기관명		전화	

□ ②**변경**	변경신청	신청구분	□ **수급권자 요청** □ **의료급여기관 요청** □ 기타	
		사유기재		
	변경내용	항목	변경 전	변경 후
		(변경항목기재)		
□ ③**해지**	해지신청	신청구분	□ 수급권자 요청	
		사유기재		
	※ 시술시작일로부터 7년간 급여가 제한됩니다.			
□ ④**취소**	취소신청	신청구분	□ **의료급여기관 요청**	
		시술시작여부	□ 시술시작하지 않음 □ 시술 진행 중(취소처리불가)	
		사유기재		

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

년 월 일

신청기관 또는 신청인	□ 의료급여기관	의료급여기관명(기호) : ( )	(직인)
		담당의사(면허번호) : ( )	(서명 또는 인)
	□ 수급권자	⑤ 신청인 :	(서명 또는 인)
		수급권자와의 관계 ( ) 전화번호 ( )	

시장·군수·구청장 귀하

유의사항

1. 의료급여기관 요청에 의한 **변경/취소**는 반드시 의료급여기관 **직인** 및 치과의사의 **서명**이 있어야 합니다.
2. 신청한 내용에 대한 변경사항이 있을 경우, 변경 항목을 기재하여 신청합니다.
   ※**시술부위, 틀니종류**에 대한 변경 : 시군구에 **취소신청** 후 의료급여기관에서 다시 **등록**합니다.
3. ③**'해지'**는 수급권자 요청에 의해서만 가능하며, **7년간 급여가 제한**되므로 신중히 결정하셔야 합니다.
4. ④**'취소'**는 의료급여기관 요청에 의해서만 가능하며, **시술이 시작되지 않았을 경우** 가능합니다.

작성방법

① : 의료급여 틀니 대상자로 **등록된 내역을 정확히** 기재합니다.
- 수급권자의 성명을 한글로 기재하고, 의료급여증에 기재된 주민등록번호를 기재합니다.
- 외국인(재외국민)은 외국인 및 재외국민 등록번호를 기재합니다.

②, ③, ④ : 등록된 내용을 변경, 해지, 취소하고자 할 경우, 해당 항목에 √ 표시하고 관련내용을 기재합니다.

⑤ : 신청인은 다음에 해당하는 사람이어야 합니다.
- 수급권자 본인
- 가족 : 「민법」 제779조에 따른 가족으로 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

〔별지 제23호 서식〕 〈삭제, '18.1.23.〉

〔별지 제24호 서식〕

의료급여 틀니 유지관리 행위 등록내역 취소 신청서

※ 아래 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다.

① 등록내역	시술부위	□상악 □하악	시술행위 항목		시술 등록일자	
	수급권자 정보	성명		주민등록번호		
	의료급여기관 정보	의료급여기관기호		의료급여기관명		
②취소	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
1. 틀니 유지관리 행위를 등록한 의료급여기관에서만 신청이 가능합니다. 2. 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.

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

〔별지 제25호 서식〕 〈삭제, '18.1.23.〉

〔별지 제26호 서식〕

의료급여 치석제거 등록내역 취소 신청서

※ 아래 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다.

① 등록내역	시술정보	급여항목 **치석제거**	시술일자
	수급권자 정보	성명	주민등록번호
	의료급여기관 정보	의료급여기관기호	의료급여기관명
②**취소**	취소사유		

위와 같이 의료급여 치석제거 등록내역 취소를 신청합니다.

년 월 일

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

시장·군수·구청장 귀하

유의사항

1. 치석제거를 등록한 의료급여기관에서만 신청이 가능합니다.
2. 반드시 의료급여기관 직인 및 치과의사의 서명이 있어야 합니다.

작성방법

① : 등록된 '치석제거' 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.

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

〔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 의료급여기관 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
			□ 동일 의료급여기관 재등록	□ 2단계
			□ 타 의료급여기관 재등록	□ 1단계 □ 2단계 □ 3단계
		재등록 사유 □ 2단계 시술 실패(골유착실패) □ 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

(뒷면)

의료급여 치과임플란트 급여 서비스 안내

- **만 65세 이상**(2016.6.30.이전 : 만70세 이상) **부분무치악** 어르신(완전무치악 제외)에게 **분리형 식립재료**와 **비귀금속도재관(PFM crown) 보철수복**으로 시술된 치과임플란트에 한하여 의료급여 적용이 됩니다.

- 상·하악 구분 없이 **1인당 평생 2개 이내**에서 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 산정**하고, 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)까지 입니다.

- 치과임플란트 시술 시 필요에 따라 시행하는 **부가수술(골이식술 등)**은 **비급여**입니다.

유의사항 및 작성방법

유의사항

1. **재등록**은 **같은 치식번호**에 한해서 가능합니다. **동일 의료급여기관 재등록**은 '**2단계 시술 실패(골유착 실패)**'인 경우에만 가능합니다.
2. **의료급여기관 확인란**은 반드시 **치과의사**가 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.
- **시술시작일**은 **1단계 진료일**을 정확히 기재하여야 합니다. 재등록 건은 재등록 시술시작단계의 시술시작일을 기재합니다.
- **치식번호**는 변경할 수 없으므로 신중히 기재합니다.

④ 보장기관에 대상자 등록 신청은 본인 또는 가족이 하실 수 있습니다.
- 임플란트 대상자 본인 : 만65세 이상 의료급여수급권자
- 가족 : 「민법」 제779조에 따른 가족으로 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

〔별지 제28호 서식〕

의료급여 치과임플란트 대상자 시술중지/변경/해지/취소 신청서

※ 아래 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다.

① 등록내역	등록번호		치식번호		시술시작일	
	수급권자 정보	성명		종별		
		주민번호		전화번호		
	의료급여 기관 정보	의료급여기관기호	의료급여기관명		전화	

□ ②시술중지	중지신청	시술중지일		
		사유	□ 2단계 시술 실패(골유착 실패)	
□ ③변경	변경신청	신청구분	□ 수급권자 요청 □ 의료급여기관 요청 □ 기타	
		사유기재		
	변경내용	항목	변경 전	변경 후
		(변경항목기재)		
□ ④해지	해지신청	사유기재		
	※ 해지신청건도 치과임플란트 보험인정 개수에 포함됩니다.			
□ ⑤취소	취소신청	사유기재		
□ ⑥ 청구여부		□ 청구안함	□ 청구	

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

년 월 일

신청기관 또는 신청인	□의료급여기관	의료급여기관명(기호) :	( ) (직인)
		담당의사(면허번호) :	( ) (서명 또는 인)
	□수급권자	⑥ 신청인 :	(서명 또는 인)
		수급권자와의 관계	( )

시장·군수·구청장 귀하

유의사항

1. 의료급여기관 요청에 의한 **시술중지/변경/취소**는 반드시 의료급여기관 **직인** 및 치과의사의 **서명**이 있어야 합니다.
2. ② **시술중지**는 등록한 의료급여기관 요청에 의해서만 가능하며, 3단계 시술 후에는 '시술중지'를 하실 수 없습니다.
3. 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. ④ **해지**는 수급권자 요청에 의해서만 가능하며, 치과임플란트 평생 인정개수에 포함되므로, 신중히 결정하셔야 합니다.
5. ⑤⑥ **취소**는 요양기관 요청에 의해서만 가능하며, 의료급여비용을 청구한 경우 건강보험심사평가원에 의료급여비용 자진환수신청 후 환수내역을 첨부하셔야합니다.

작성방법

① 의료급여 치과임플란트 대상자로 **등록된 내역을 정확히** 기재합니다.
- 수급권자의 성명을 한글로 기재하고, 의료급여증에 기재된 주민등록번호를 기재합니다.
- 외국인(재외국민)은 외국인 및 재외국민 등록번호를 기재합니다.

②, ③, ④, ⑤ 등록된 내용을 시술중지, 변경, 해지, 취소하고자 할 경우, 해당 항목에 √ 표시하고 관련내용을 기재합니다.

⑥ 보장기관에 대상자 등록 신청은 본인 또는 가족이 하실 수 있습니다.
- 임플란트 대상자 본인 : 만65세 이상 의료급여수급권자
- 가족 : 「민법」 제779조에 따른 가족으로 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

〔별지 제29호 서식〕

의료급여 2종 조산아 및 저체중출생아 등록 신청서

(□ 조산아 □ 저체중 출생아)

① 신청인	성명	주민등록번호	
	주소	전화번호	
② 조산아 및 저체중출생아	성명	주민등록번호	
③ 출생증명서 발급기관 (의료급여기관기호)			
④ 출생일자		⑤ 출생장소	
⑥ 임신기간 (임신주수)	( ) 주	⑦ 몸무게	Kg

위와 같이 의료급여(2종) 조산아 및 저체중 출생아 등록을 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

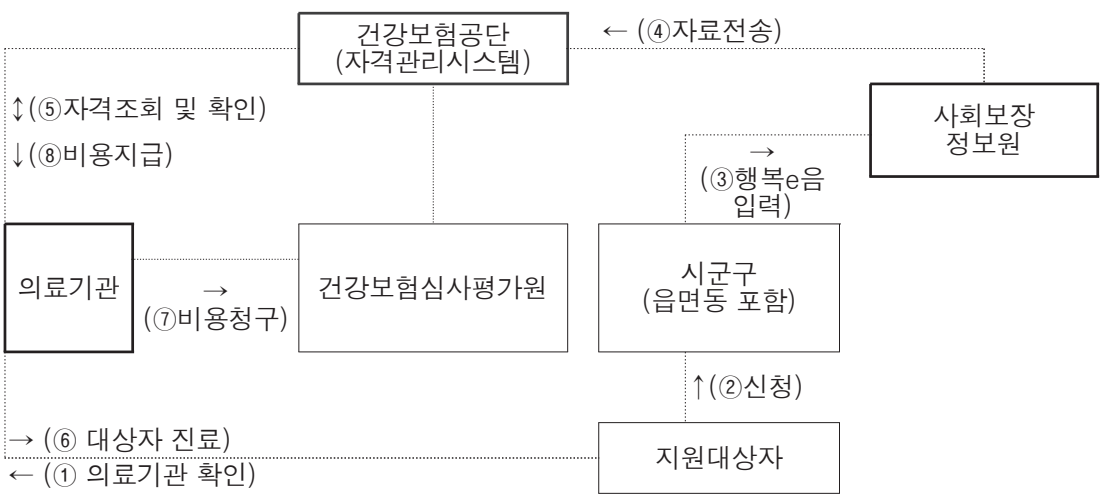
(조산아 또는 저체중 출생아와의 관계:)

시장·군수·구청장 귀하

시군구 기재사항	지원기간	20 . . 부터 20 . . 까지

<첨부서류>
- 출생증명서(임신기간과 몸무게가 기재된 출생증명서) 1부
- 주민등록등본 1부

<조산아 및 저체중 출생아 등록절차>



210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

III

진통·진양·수렴·소염제인 외용제제

[보건복지부 고시 제2020-140호]

의료급여 실무편람

Health Insurance Review & Assessment Service

진통·진양·수렴·소염제인 외용제제

보건복지부 고시 제2007-160호(2007. 4.28. 시행)
보건복지부 고시 제2009-150호(2009. 8.24. 시행)
보건복지부 고시 제2012-103호(2012. 8.24. 시행)
보건복지부 고시 제2015-115호(2015. 8.24. 시행)
보건복지부 고시 제2020-140호(2020. 7. 1. 시행)

제1조(목적) 이 고시는 의료급여법 시행규칙 별표 1의2 제1호바목에 따른 진통·진양·수렴·소염제인 외용제제의 종류를 정함을 목적으로 한다.

제2조(진통·진양·수렴·소염제인 외용제제의 종류) ① 의료급여법 시행규칙 별표 1의2 제1호 바목에 따른 진통·진양·수렴·소염제인 외용제제는 다음 각호의 조건을 모두 충족하는 약제로 한다.

1. 식품의약품안전청장이 정한 「의약품등분류번호에관한규정」에 따른 의약품분류번호 264에 해당하는 약제 중 제형이 카타플라스마제, 첩부제(경고제, 플라스타제를 포함한다), 패취제인 약제
2. diclofenac diethylammonium, diclofenac epolamine, felbinac, flurbiprofen, indomethacin, ketoprofen, piroxicam을 함유하는 약제

② 제1항에 불구하고 제1항제2호에 따른 성분이 함유된 약제가 아닌 것 중 제1항제2호의 성분을 함유한 약제와 동일 또는 유사한 효능·효과를 가지고 있는 약제로서 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제2항에 따른 급여목록표에 등재된 약제는 제1항제2호의 약제로 본다.

제3조(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 〈2007. 4. 26.〉

이 고시는 2007년 4월 28일부터 시행한다.

부 칙 〈2009. 8. 24.〉

이 고시는 2009년 8월 24일부터 시행한다.

부 칙 〈2012. 8. 23.〉

이 고시는 2012년 8월 24일부터 시행한다.

부 칙 〈2015. 6. 26.〉

이 고시는 2015년 8월 24일부터 시행한다.

부 칙 〈2020. 7. 1.〉

이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

Ⅳ

임신·출산 진료비 등의 의료급여기준 및 방법

[보건복지부 고시 제2020-149호]

의료급여 실무편람

Health Insurance Review & Assessment Service

임신·출산 진료비 등의 의료급여기준 및 방법

보건복지부고시 제2009-150호(2009. 8. 24. 시행)
보건복지가족부고시 제2010- 36호(2010. 3. 1. 시행)
보건복지부고시 제2010- 70호(2010. 9. 7. 시행)
보건복지부고시 제2011- 35호(2011. 4. 1. 시행)
보건복지부고시 제2011- 75호(2011. 7. 4. 시행)
보건복지부고시 제2012- 40호(2012. 4. 1. 시행)
보건복지부고시 제2012-103호(2012. 8. 24. 시행)
보건복지부고시 제2013- 64호(2013. 4. 22. 시행)
보건복지부고시 제2013- 119호(2013. 7. 1. 시행)
보건복지부고시 제2014- 204호(2014. 11. 19. 시행)
보건복지부고시 제2014- 204호(2014. 11. 19. 시행)
보건복지부고시 제2015- 114호(2015. 8. 24. 시행)
보건복지부고시 제2015- 247호(2016. 1. 1. 시행)
보건복지부고시 제2016- 115호(2016. 7. 1. 시행)
보건복지부고시 제2016- 246호(2017. 1. 1. 시행)
보건복지부고시 제2017- 162호(2017. 9. 15. 시행)
보건복지부고시 제2018- 153호(2018. 8. 1. 시행)
보건복지부고시 제2018- 290호(2019. 1. 1. 시행)
보건복지부고시 제2019- 225호(2019. 10. 24. 시행)
보건복지부고시 제2020- 131호(2020. 7. 1. 시행)
보건복지부고시 제2020- 140호(2020. 7. 1. 시행)
보건복지부고시 제2020- 149호(2020. 7. 14. 시행)

제1장 총 칙

제1조(목적) 이 고시는 「의료급여법」 제13조 및 같은 법 시행규칙 제8조의2, 제25조에서 위임한 사항과 그 시행에 관하여 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2장 임신·출산 진료비의 의료급여기준 및 방법

제2조(임신·출산 진료비의 신청 등) ① 임신 중이거나 출산(유산 또는 사산을 포함한다. 이하 같다)한 의료급여 수급권자(이하 "임산부"라 한다)는 「의료급여법 시행규칙」(이하 "규칙"이라 한다) 제8조의2에 따른 임신·출산 진료비를 지급 받으려면 별지 제1호 서식의 "의료급여 임신·출산 진료비 지원(변경) 신청서" 및 산부인과

전문의가 작성한 임신·출산 사실을 증빙할 수 있는 자료를 시장·군수·구청장에게 제출하여야 한다.

② 임산부가 제1항에 따라 임신·출산 진료비를 신청할 때에는 「의료급여법」 제15조에 따라 의료급여가 제한된 경우 임신·출산 진료비를 지원하지 아니한다.

③ 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 신청이 있으면 신청인의 자격과 임신·출산 여부에 대한 확인을 거쳐 「국민건강보험법」 제13조에 따른 국민건강보험공단에 구축된 자격관리시스템을 통하여 수급권자별 가상계좌에 임신·출산 진료비를 적립하여야 한다.

④ 규칙 제8조의2제1항에 따라 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에는 임신·출산 진료비 20만원을 추가하여 지급할 수 있다.

1. 제1항에 따른 임신·출산 진료비 지급 신청 당시 추가 지원이 필요한 지역 (「공공보건의료에 관한 법률」에 따라 보건복지부 장관이 정하는 지역을 말한다)에 「주민등록법」에 따른 주민 등록[외국인인 경우에는 「출입국관리법」에 따른 외국인 등록(외국국적동포인 경우에는 「재외동포의 출입국과 법적 지위에 관한 법률」에 따른 국내거소신고를 포함한다)을 말한다. 이하 제2호에서 같다]이 되어 있을 것
2. 제1호에 따른 지역에서의 주민등록 기간이 제1항에 따른 임신·출산 진료비 지급 신청일까지 계속하여 30일 이상일 것. 다만, 신청한 날까지 30일 이상 되지 아니하는 경우에는 30일이 경과하는 시점에 적용한다.

⑤ 제1항에 따라 임신·출산 진료비를 신청한 임산부는 신청한 내역이 변경된 때에는 지체없이 별지 제1호서식에 따른 "의료급여 임신·출산 진료비 지원(변경) 신청서" 및 변경사실을 증빙할 수 있는 자료를 작성하여 시장·군수·구청장에게 제출하여야 한다.

⑥ 임신·출산 진료비의 지급을 신청하려는 임산부가 고위험 임신 등의 부득이한 사유로 제1항에 따른 지원 신청 또는 제5항에 따른 변경 신고를 본인이 직접 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 사람이 대신 신청할 수 있다. 이 경우 임산부를 대신하여 신청하는 사람은 본인과 임산부와의 관계를 증명하는 가족관계증명서를 함께 제출하여야 한다.

1. 배우자, 직계혈족 및 형제자매
2. 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매

제3조(임신·출산 진료비의 사용 등) ① 규칙 제8조의2에 따른 임신·출산 진료비는 임산부와 그 임산부의 1세 미만인 자녀(이하 "영아"라 한다)에 대한 출산 전후 건강관리에 대한 진료 및 그에 따라 처방된 약제·치료 재료의 구입(이하 "진료 등"이라 한다) 비용을 포함한다.

② 임산부는 입원·외래를 불문하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료급여기관에서 임신·출산 관련 진료 등(한의원·한방병원의 경우에는 보건복지부장관이 정하는 상병 진료에 한함)을 받은 본인부담금(비급여 포함)에 대하여 사용하여야 한다. 다만 제3항에 따라 영아에게 사용하는 경우 각 호외의 의료급여기관에서도 사용 가능하다.

1. 산부인과 전문의가 개설한 제1차 의료급여기관
2. 산부인과가 개설된 제2차 또는 제3차 의료급여기관
3. 「지역보건법」에 따라 개설된 보건소·보건의료원 및 보건지소
4. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 개설된 보건진료소

5. 「의료법」에 따라 개설된 조산원, 한의원, 한방병원
6. 「약사법」에 따라 개설등록된 약국 및 같은 법 제91조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품센터

③ 임신·출산 진료비를 영아에게 사용하려면 임산부는 별지 제1호 서식에 따른 "의료급여 임신·출산 진료비 지원(변경) 신청서"를 시장·군수·구청장에게 제출하여야 한다.

④ 제3항에 따라 임신·출산 진료비 변경 신청이 있으면 시장·군수·구청장은 신청인과 영아의 자격을 확인하여 국민건강보험공단 자격관리시스템을 통해 임산부 가상계좌 적립되어 사용하지 않은 금액을 임산부뿐만 아니라 영아의 건강관리에 관한 진료비로 사용할 수 있도록 국민건강보험공단에 전송하여야 한다.

⑤ 규칙 제8조의2제1항에 따라 지급받은 임신·출산 진료비는 다음 각 호의 구분에 따른 날까지 사용할 수 있다.

1. 출산 전에 제2조제1항에 따른 신청을 한 경우: 분만예정일로부터 1년
2. 출산 후에 제2조제1항에 따른 신청을 한 경우(임신 중 신청하여 출산 후 분만예정일을 변경하는 경우를 포함한다): 출산일(유산의 경우에는 유산일, 사산의 경우에는 사산일을 말한다)로부터 1년

⑥ 유산, 사산 등으로 임신·출산 진료비 지원 기간 내에 재임신하여 임신·출산 진료비를 신청하는 경우 제5항에 따르며, 기존 임신·출산 진료비 잔액과 사용 기간은 소멸되고 새로이 지급한다.

⑦ 임신·출산 진료비 신청일 이전에 부담한 본인부담금에 대해서는 소급하여 사용할 수 없고, 지원기간 내 미사용한 잔액은 소멸한다.

제3장 장애인보조기기 의료급여기준 및 방법 등 세부사항

제4조(급여 대상 보조기기) ① 급여 대상 보조기기는 규칙 별표2에서 정한 것으로서 「장애인복지법」에 따라 의지·보조기 기사가 제조·수리하였거나 「의료기기법」 등에 따라 신고 또는 허가받은 보조기기로 한다.

② 제1항의 급여 대상 보조기기 중 전동휠체어, 전동스쿠터, 이동식전동리프트(이하 '전동보조기기'라 한다), 수동휠체어, 자세보조용구, 보청기, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 전·후방보행보조차 및 소모품(전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지를 말한다)의 세부기준 및 의료급여기준은 「장애인보조기기 보험급여 기준 등 세부사항」 별표2와 같다.

제5조(보조기기의 처방 및 검수 확인) 규칙 별지 제14호서식 및 별지 제14호의2서식부터 별지 제14호의4서식에 따른 보조기기처방전 및 별지 제14호의6서식에 따른 보조기기검수확인서는 보조기기 유형별로 전문과목 전문의가 발급하여야 한다. 이 경우 보조기기 유형별 처방·검수확인 전문의의 전문과목은 「장애인보조기기 보험급여 기준 등 세부사항」 별표1과 같다.

제5조2(보청기 적합관리급여) ① 규칙 별표2 제1호파목에 따른 보청기 적합관리급여는 다음 각 호의 구분에 따른다.

1. 초기 적합관리급여 : 보청기를 구매한 날로부터 1년간 제공되는 성능 유지·관리 서비스에 대한 급여
2. 후기 적합관리급여 : 보청기를 구매한 날로부터 1년이 지난 때부터 해당 보청기의 내구연한까지 제공되는 성능 유지·관리 서비스에 대한 급여

② 후기 적합관리를 받은 사람이 급여비의 지급을 청구하기 위해서는 별지 제2호서식의 보청기 적합관리 급여 청구서에 별지 제3호서식의 보청기 적합관리 확인서를 첨부하여 시장·군수·구청장에게 제출하여야 한다.
③ 그 밖에 적합관리급여의 금액 및 지급 등에 관한 세부사항은 별표와 같다.

제6조(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 〈제2013-119호, 2013. 7. 1.〉

제1조(시행일) 이 고시는 2013년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙 〈제2014-204 호, 2014. 11. 19.〉

제1조(시행일) 이 고시는 2014년 11월 19일부터 시행한다.

부 칙 〈제2015-266 호, 2015. 6. 26.〉

이 고시는 2015년 8월 24일부터 시행한다.

부 칙 〈제2015-247 호, 2015. 12. 31.〉

이 고시는 2016년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙 〈제2016-115 호, 2016. 6. 30.〉

제1조(시행일) 이 고시는 2016년 7월 1일부터 시행한다.
제2조(적용례) 이 고시 시행 이후 최초로 임신·출산 진료비의 지원을 신청하는 경우부터 적용한다.

부 칙 〈제2016-246 호, 2016. 12. 31.〉

이 고시는 2017년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙 〈제2017-162 호, 2017. 9. 15.〉

이 고시는 2017년 9월 15일부터 시행한다.

부 칙 〈제2018-153 호, 2018. 8. 1.〉

제1조(시행일) 이 고시는 발령한 날부터 시행한다.
제2조(수동휠체어에 관한 적용례) 제4조제2항의 개정규정은 2018년 7월 2일 이후 신청을 한 경우부터 적용한다.

부 칙 〈제2018-290호, 2018. 12. 31.〉

제1조(시행일) 이 고시는 2019년 1월 1일부터 시행한다.
제2조(일반적 적용례) 이 고시는 시행 후 임신·출산 진료비 지원을 신청하는 경우부터 적용한다.

제3조(서식 변경 따른 경과조치) 이 고시 시행 당시 종전의 서식에 따라 신청 절차가 진행 중인 경우에는 개정 서식에 따른 것으로 본다.

부 칙 〈제2019-225호, 2019. 10. 22.〉

이 고시는 2019년 10월 24일부터 시행한다.

부 칙 〈제2020-131호, 2020. 6. 29.〉

제1조(시행일) 이 고시는 2020년 7월 1일부터 시행한다.

제2조(보청기 적합관리급여에 관한 적용례) 제5조의2 개정규정은 이 고시 시행 이후 보청기를 구입하는 경우부터 적용한다.

부 칙 〈제2020-140호, 2020. 7. 1.〉

이 고시는 발령된 날부터 시행한다.

부 칙 〈제2020-149호, 2020. 7. 14.〉

이 고시는 발령된 날부터 시행한다.

■ 임신·출산 진료비 등의 의료급여기준 및 방법 〔별지 제1호 서식〕

※ 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바라며, 바탕색이 어두운 란은 신청인이 적지 않습니다. (앞 쪽)

의료급여 임신·출산 진료비 지원(변경)신청서			처리기간 3일
□ 신규(제공)신청 □ 변경(추가) 신청			
① 임산부	성명	주민등록번호	
	전화번호	전자우편주소	
② 영아 (진료 대상자에 영아를 추가할 경우 작성)	성명	주민등록번호	
③ 임신·출산확인서 발급기관 (의료급여기관기호)			
④ 임신확인일 (임신 중 신청자만 작성)	년 월 일		
⑤ 분만예정일/유산일/출산일	년 월 일		
⑥ 다태아구분	□ 단태아 □ 다태아		
지자체 확 인	⑦ 주민등록지	□ 임신·출산 진료비 추가금 지급 대상 지역 □ 그 밖의 지역	
	⑧ 최초 전입일	년 월 일	
	⑨ 지원기간	20 . . 부터 20 . . 까지	

「의료급여법 시행규칙」 제8조의2에 따라 임신·출산 진료비를 위와 같이 신청(변경)합니다.

년 월 일

⑩ 신청인: (서명 또는 인)

임산부와의 관계( ) 전화번호( )

시장·군수·구청장 귀하

첨부서류	임신·출산확인서(분만예정일, 출산일 또는 유산일이 기재된 소견서) 1부

유 의 사 항

- 진료 대상에 영아만 추가하여 변경 신청 시 담당 공무원이 기제출한 첨부 서류로 확인 가능한 경우 별도 서류를 제출하지 않아도 됩니다.
- 다태아가 서로 출산일이 다를 경우, 마지막 출생아를 기준으로 출산일을 적습니다.

210mm×297mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

(뒤 쪽)

작 성 방 법

① : 지원대상자(임산부)의 성명을 한글로 기재하고, 주민등록번호, 전화번호(휴대전화가 있는 경우 우선 기재)를 적습니다.

※ 외국인은 외국인등록번호, 외국국적동포는 외국인등록번호 또는 국내거소신고번호를 기재합니다.

② : 진료 대상자를 영아로 변경(추가) 신청할 경우 기재합니다.

③ : 임신확인서를 발급받은 의료급여기관을 적습니다.

④~⑥ : 임신확인일, 분만예정일, 단태아·다태아 구분을 적습니다.

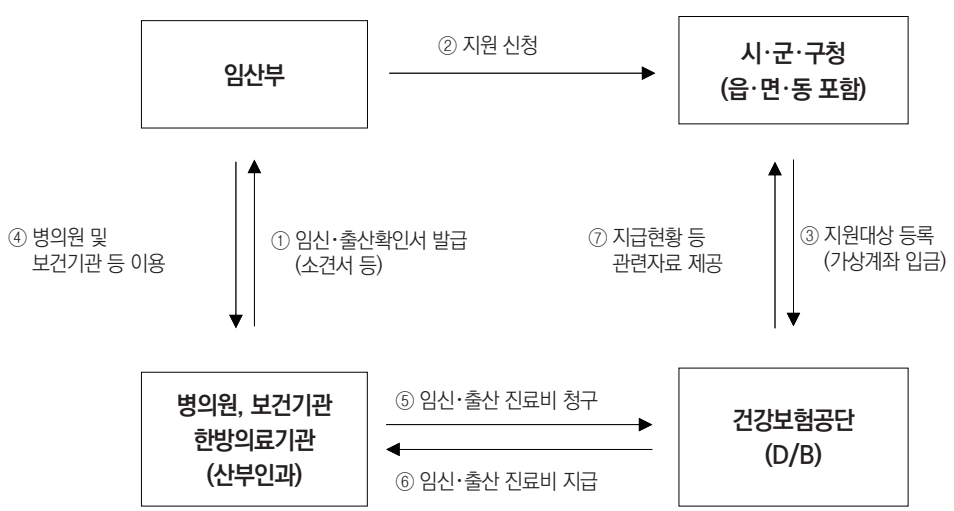
⑦~⑨ : 보장기관에서 확인하여 기재하는 항목입니다.

※ 최초 전입일은 임신·출산 진료비 추가금 지급 대상 지역인 경우만 작성합니다.

⑩ 신청인은 다음에 해당하는 사람이어야 합니다.

- 지원대상자(임산부)
- 가족 : 「민법」 제779조에 따른 가족으로 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계 혈족 및 배우자의 형제자매

처 리 절 차



■ 임신·출산 진료비 등의 의료급여기준 및 방법 〔별지 제2호서식〕

보청기 적합관리 급여 청구서

※ 유의사항 및 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 란은 청구인이 적지 않습니다. (앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간 7일

①급여를 받은 사람	성명		주민등록번호
	전화번호		
	장애명		장애정도
②보청기	모델명		구입일
	제품제조번호		착용 ☑ 우( ), 좌( )
③적합관리 제공업소	명칭	대표자	전화번호
	사업자등록번호		주소(우편번호)

구분	④방문기간		⑤적합관리 횟수	⑥청구금액
	시작일	종료일		
1차				
2차				
3차				
4차				

⑦ 수령 계좌	수급권자 등 계좌 [ ] 보청기판매업소 계좌 [ ]	금융기관명	계좌번호
		예금주 성명	주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호

「의료급여법 시행규칙」 제25조 및 「임신·출산 진료비 등의 의료급여기준 및 방법」 제4조에 따라 위와 같이 적합관리 급여비의 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑧청구인 (서명 또는 인)

주민등록번호

급여를 받은 사람과의 관계 (휴대) 전화번호

시장·군수·구청장 귀하

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(뒷쪽)

첨부서류	1.「임신·출산 진료비 등의 의료급여기준 및 방법」 별지 제3호서식의 보청기 적합관리 확인서

유의사항

1. 적합관리비용 청구는 보청기 구입한 날부터 1년이 지나고 1년간의 적합관리 서비스 기간 종료 후 청구하여야 합니다.
2. 1년간의 적합관리 서비스 기간 동안 업소 변경 시 변경 전 적합관리 실시 업소에서 청구하여야 합니다.

작성방법

① : 보청기에 대한 의료급여를 받은 사람을 적습니다.
② : 급여비를 지급 받은 보청기에 대한 정보를 적습니다.
③ : 적합관리 서비스를 제공받은 업소를 적습니다.
④ : 구입 후 1년이 지난때부터 매 1년 단위로 적습니다. 1차: 1년 경과~2년, 2차: 2년 경과~3년, 3차: 3년 경과~4년, 4차: 4년경과~5년
⑤ : 방문기간(1년 단위) 중 적합관리 서비스를 받은 횟수를 적습니다.
⑥ : 1년 단위로 50,000원을 적습니다.
⑦ : 급여비를 수령할 계좌를 선택하여 "✔" 표시를 하고, 금융기관명, 예금계좌번호, 예금주, 주민등록번호(외국인인 경우에는 외국인등록번호)를 적습니다.
※ 예금주는 다음에 해당하는 사람이어야 합니다.
- 수급권자 등 계좌: 급여를 받은 사람, 급여를 받은 사람의 세대주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
- 보청기 판매업소 계좌: 급여를 받은 사람이 보청기 판매업소에 지급하도록 요청하는 경우에는 해당 업소

⑧ : 급여를 받은 사람, 급여를 받은 사람의 세대주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)의 해당사항을 적습니다. 이 경우 청구인은 본인의 이름을 적은 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 하되, 청구인(급여받은 사람만 해당합니다)이 제한능력자일 경우 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.

■ 임신·출산 진료비 등의 의료급여기준 및 방법 〔별지 제3호서식〕

보청기 적합관리 확인서

※ 작성방법은 뒷면을 참고하시기 바랍니다. (앞쪽)

①급여를 받은사람	성명		주민등록번호			
	연락처		주소	(우편번호)		
②적합관리 제공 업소	명칭		대표자		연락처	
	사업자 등록번호		업소관리번호			
③보청기	모델명		제품제조번호		착용	우( )
	구입처		구입일			좌( )

④적합관리 내용

방문일자	적합관리 서비스 내용	적합관리 제공자 성명	확인(서명)	
			제공자	급여를 받은사람

⑤적합관리 업소 변경 [ ]

명칭		대표자	
사업자등록번호		전화번호	

「의료급여법 시행규칙」 제25조 및 「임신·출산 진료비 등의 의료급여기준 및 방법」 제5조의2에 따라 위와 같이 보청기 적합관리 업소 변경을 신청합니다.

년 월 일

⑥신청인 (서명 또는 인)

⑦주민(외국인)등록번호

⑧급여를 받은 사람과의 관계 전화번호

⑨(변경 후)적합관리 제공 업소 대표자 (서명 또는 인)

시장·군수·구청장 귀하

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(뒷쪽)

작성방법
① : 보청기에 대한 의료급여를 받은 사람을 적습니다. ② : 적합관리 서비스를 제공받은 업소를 적습니다. ③ : 급여비를 지급 받은 보청기에 대한 정보를 적습니다. ④ : 일자별 적합관리 서비스 내용을 기록하고, 제공자와 사용자가 각각 서명합니다. ⑤ : 적합관리 업소 변경 시, [ ] 에 "✔" 표시를 합니다. ⑥ : 적합관리 업소 변경 신청한 사람을 적습니다. ⑦ : 적합관리업소 변경 신청한 사람의 주민번호를 적습니다. ⑧ : 적합관리업소 변경 신청한 사람의 급여를 받은 사람과의 관계를 적습니다. ⑨ : 변경된 적합관리 제공 업소 대표자를 적고 서명 또는 인장을 찍습니다.

V

요양비의 의료급여기준 및 방법

[보건복지부 고시 제2020-140호]

의료급여 실무편람

Health Insurance Review & Assessment Service

요양비의 의료급여기준 및 방법

일부개정 보건복지부고시 제2007-158호(2007. 4.28. 시행)
전부개정 보건복지부고시 제2013-117호(2013. 7. 1. 시행)
일부개정 보건복지부고시 제2014-201호(2015. 1. 1. 시행)
일부개정 보건복지부고시 제2015-245호(2016. 1. 1. 시행)
일부개정 보건복지부고시 제2016-245호(2017. 1. 1. 시행)
일부개정 보건복지부고시 제2018-152호(2018. 8. 1. 시행)
일부개정 보건복지부고시 제2018-160호(2018. 8. 1. 시행)
일부개정 보건복지부고시 제2018-170호(2018. 8.22. 시행)
일부개정 보건복지부고시 제2018-263호(2018.12.10. 시행)
일부개정 보건복지부고시 제2018-291호(2019. 1. 1. 시행)
일부개정 보건복지부고시 제2019-141호(2019. 7. 1. 시행)
일부개정 보건복지부고시 제2019-320호(2020. 1. 1. 시행)
일괄개정 보건복지부고시 제2020-140호(2020. 7. 1. 시행)

제1조(목적) 이 고시는 의료급여법 제12조 및 동법 시행규칙 제24조에서 위임한 사항과 그 시행에 관하여 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(자동복막투석 소모성 재료) ① 「의료급여법 시행규칙」(이하 "규칙"이라 한다) 제24조제1항제2호의 "자동복막투석에 사용되는 소모성 재료"는 「국민건강보험법 시행규칙」 제23조제1항 제3호·제4항 및 제7항에 따라 고시한 「요양비의 보험급여기준 및 방법」(이하 "요양비기준고시"라 한다.) 제2조제1항에 따른다.

② 규칙 제24조제2항제2호의 "보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준에 해당하는 의약품판매업소"는 요양비기준고시 별표1의 기준에 따라 공단에 등록한 업소를 말한다.

제3조(산소치료) ① 규칙 제24조제1항제3호의 "보건복지부장관이 정하여 고시하는 방법"은 요양비기준고시 제3조제1항에 따른다.

② 규칙 제24조제2항제3호의 "보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준에 해당하는 기관"은 요양비기준고시 별표2의 기준에 따라 공단에 등록한 업소를 말한다.

제4조(당뇨병환자의 소모성재료) ① 규칙 제24조제1항제4호의 "혈당검사 또는 인슐린주사에 사용되는 소모성 재료(이하 "당뇨병 소모성 재료"라 한다)"는 요양비기준고시 제4조제1항에 따른다.

② 규칙 제24조제2항제4호의 "당뇨병 환자에게 당뇨병 소모성 재료를 판매하는 의료기기판매업소"는 요양비기준고시 별표 3의 기준에 따라 공단에 등록한 업소를 말한다.

제4조의2(당뇨병 관리기기 등) ① 규칙 제24조제1항제4호에서 "당뇨병 관리기기"란 「의료기법」 관련 규정에 따라 식품의약품안전처장의 허가를 받은 연속혈당측정기, 인슐린자동주입기를 말한다.

② 당뇨병 환자에게 제1항의 관리기기를 판매하는 의료기기판매업소 등이 규칙 제24조제2항제4호에 따라 공단에 등록하는 기준은 요양비기준고시 별표 3의3에 따른다.

제5조(자가도뇨 소모성 재료 등) ① 규칙 제24조제1항제5호의 "자가도뇨 소모성 재료"는 요양비기준고시 제5조제1항에 따른다.

② 신경인성 방광환자에게 자가도뇨 소모성 재료를 판매하는 의료기기판매업소 등이 규칙 제24조제2항제5호에 따라 공단에 등록하는 기준은 요양비기준고시 별표4에 따른다.

제5조의2(인공호흡기 치료 등) ① 규칙 제24조제1항제6호에서 "보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환"이란 요양비기준고시 별표 4의2에서 정하는 상병을 말한다.

② 규칙 제24조제1항제6호의 "인공호흡기"는 요양비기준고시 제5조의2제2항에 따른다.

③ 규칙 제24조제1항제6호의 "기침유발기"는 요양비기준고시 제5조의2제3항에 따른다.

④ 인공호흡기·기침유발기를 필요로 하는 환자에게 이를 대여하는 의료급여기관 외의 기관이 규칙 제24조제2항제6호에 따라 공단에 등록하는 기준은 요양비기준고시 별표 4의3 및 별표 4의4에 따른다.

제5조의3(양압기치료) ① 규칙 제24조제1항제7호에서 "양압기"란 「의료기기법」관련 규정에 따라 식품의약품안전처장의 허가를 받은 양압지속유지기를 말한다.

② 양압기를 필요로 하는 환자에게 이를 대여하는 의료급여기관 외의 기관이 규칙 제24조제2항제7호에 따라 공단에 등록하는 기준은 요양비기준고시 별표 4의5에 따른다.

제6조(처방전) ① 요양비를 지급받으려는 사람이 규칙 제24조제3항에 따라 시장·군수·구청장에게 제출하여야 하는 처방전은 요양비 지급 대상별로 다음 각 호와 같다.

1. 복막관류액 및 자동복막투석 소모성재료: 내과 전문의(소아의 경우에는 소아청소년과 전문의를 포함한다)가 발행한 「의료법 시행규칙」 별지 제9호서식의 처방전
2. 산소치료: 내과, 결핵과 또는 흉부외과 전문의(소아의 경우에는 소아청소년과 전문의를 포함한다)가 발행한 규칙 별지 제12호3서식의 처방전
3. 당뇨병 소모성 재료: 다음 각 목의 구분에 따른 의사가 발행한 규칙 별지 제12호의5서식의 처방전(연속혈당측정용 전극의 경우에는 별지 제5호서식의 처방전을 말한다)
   가. 제1형 당뇨병: 내과, 가정의학과 또는 소아청소년과 전문의
   나. 제2형 당뇨병: 모든 의사
   다. 임신 중 당뇨병: 내과, 가정의학과, 산부인과 또는 소아청소년과 전문의

3의2. 당뇨병 관리기기: 내과, 가정의학과 또는 소아청소년과 전문의가 발행한 별지 제8호서식의 처방전

4. 자가도뇨 소모성 재료: 비뇨기과, 재활의학과, 정형외과, 신경과 또는 신경외과 전문의가 발행한 별지 제1호서식의 처방전
5. 인공호흡기: 신경과, 신경외과, 재활의학과, 내과, 흉부외과, 또는 결핵과 전문의(소아의 경우에는 소아청소년과 전문의를 포함한다)가 발행한 별지 제2호서식의 처방전

6. 기침유발기: 신경과, 신경외과, 재활의학과, 내과 또는 흉부외과 전문의(소아의 경우에는 소아청소년과 전문의를 포함한다)가 발행한 별지 제3호서식의 처방전
7. 양압기: 다음 각 목의 구분에 따른 의사가 발행한 별지 제4호서식의 처방전
   가. 가정의학과, 내과, 소아청소년과, 신경과, 이비인후과, 정신건강의학과, 재활의학과 전문의
   나. 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」고시에 따라 수면다원검사 실시 자격기준을 충족한 전문의

② 제1항 각 호의 처방전은 해당 처방전으로 요양비를 받을 수 있는 처방기간(제1항제1호의 처방전의 경우에는 처방일수를 말한다)이 기재된 것이어야 한다. 이 경우 그 기간은 처방전별로 다음 각 호와 같다.

1. 제1항제1호의 처방전: 1개월. 다만, 해당 처방전을 발행하는 전문의가 필요하다고 인정하는 경우에는 그 전문의가 기재한 기간으로 한다.
2. 제1항제2호의 처방전: 1년 이내
3. 제1항제3호의 처방전: 90일 이내. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우로서 해당 처방전을 발행하는 전문의가 필요하다고 인정하는 경우에는 그 각 목의 기간을 처방기간으로 할 수 있다.
   가. 별지 제7호서식의 처방전: 180일 이내
   나. 별지 제5호서식의 처방전: 4주(週) 이내(최초 처방에 한정한다)

3의2. 제1항제3호의2 처방전: 다음 각 목의 구분에 따른 기간
   가. 연속혈당측정기: 12개월 이내
   나. 인슐린자동주입기: 60개월 이내

3의3. 제1항제4호의 처방전: 90일 이내

4. 제1항제5호·제6호의 처방전: 다음 각 목의 구분에 다른 기간
   가. 최초 처방: 6개월 이내
   나. 재(再)처방: 2년 이내
5. 제1항제7호의 처방전: 다음 각 목의 구분에 따른 기간
   가. 순응기간(최초 처방일부터 90일까지의 기간) 중 처방: 90일 이내
   나. 순응기간 후 처방: 6개월 이내

제7조(요양비의 지급기준 등) ① 규칙 제24조제1항 각 호에 해당하는 요양비의 지급대상자 및 지급기준은 각각 별표 1 및 별표 2와 같다.

② 요양비의 지급절차 및 그 밖의 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하는 바에 의한다.

제8조(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 〈2007. 4. 25.〉

① (시행일) 이 고시는 2007년 4월 28일부터 시행한다.
② (가정산소치료서비스기준에 대한 경과조치) 제2조에 따라 가정산소치료서비스제공업소로 등록한 자가 시행일 현재 유통 중인 의료용 산소발생기로 제공하는 가정산소치료서비스는 「요양비의 보험급여 기준 및 방법」 별표1 제1호가목의 규정에도 불구하고 2007년 10월 31일까지는 가정산소치료서비스 기준 등에 적합한 것으로 본다. 이 경우 가정산소치료서비스 가격은 「요양비의 보험급여 기준 및 방법」 별표1 제2호가목에서 정한 가격 이하로 본다.
③ (산소치료에 대한 요양비 지급에 관한 적용례) 규칙 제24조의 개정 규정에 따른 요양비 지급은 2006년 11월 1일 이후 실시한 산소치료분부터 적용한다.

부 칙 〈제2013-117호, 2013. 7. 1.〉

제1조(시행일) 이 고시는 2013년 7월 1일부터 시행한다.

부 칙 〈제2014-201호, 2014. 11. 19.〉

제1조(시행일) 이 고시는 2015년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙 〈제2015-245호, 2015. 12. 31.〉

이 고시는 2016년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙 〈제2016-245호, 2016. 12. 30.〉

이 고시는 2017년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙 〈제2018-152호, 2018. 8. 1.〉

이 고시는 2018년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙 〈제2018-160호, 2018. 8. 1.〉

이 고시는 2018년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙 〈제2018-170호, 2018. 8. 22.〉

이 고시는 2018년 8월 22일부터 시행한다.

부 칙 〈제2018-263호, 2018. 12. 10.〉

이 고시는 2018년 12월 10일부터 시행한다.

부　　칙 〈제2018-291호, 2018. 12. 28.〉

이 고시는 2019년 1월 1일부터 시행한다.

부　　칙 〈제2019-141호, 2019. 7. 1.〉

이 고시는 2019년 7월 1일부터 시행한다.

부　　칙 〈제2019-320호, 2019. 12. 30.〉

이 고시는 2020년 1월 1일부터 시행한다.

부　　칙 〈제2020-140호, 2020. 7. 1.〉

이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

〔별표 1〕

요양비 지급 대상자(제7조제1항 관련)

구 분	대 상 자
자동 복막투석 소모성재료	내과전문의가 복막평형검사 결과 등에 따라 자동복막투석이 적합하다고 인정한 사람
산소치료	다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 1. 중증의 만성심폐질환 등으로 산소치료가 필요하다고 인정되는 사람 중 90일 동안의 적절한 내과적 치료 후 별도로 시행한 동맥혈가스 검사 또는 산소포화도 검사 결과가 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람. 다만, 90일 미만의 신생아 또는 장애정도가 심한 호흡기 장애인의 경우에는 내과적 치료 없이 검사를 시행할 수 있다. 가. 동맥혈가스 검사 결과가 다음의 어느 하나에 해당하는 경우 1) 동맥혈 산소분압이 55mmHg 이하인 경우 2) 동맥혈 산소포화도가 88% 이하인 경우 3) 다음의 어느 하나에 해당하면서 적혈구 증가증(헤마토크릿이 55%를 넘는 경우를 말한다. 이하 같다)이 있거나, 울혈성 심부전을 시사하는 말초부종이 있거나, 폐동맥고혈압이 있는 경우 가) 동맥혈 산소분압이 56~59mmHg인 경우 나) 동맥혈 산소포화도가 89% 이상인 경우 나. 산소포화도 검사 결과가 다음의 어느 하나에 해당하는 경우 1) 산소포화도가 88% 이하인 경우 2) 산소포화도가 89% 이상이면서 적혈구 증가증이 있거나, 울혈성 심부전을 시사하는 말초부종이 있거나, 폐동맥고혈압이 있는 경우 2. 2019년 7월 1일전 호흡기 장애 1급 또는 2급으로 확인되는 경우에는 제1호의 검사 없이 내과, 결핵과, 흉부외과 또는 소아청소년과 전문의가 산소치료가 필요하다고 판단한 사람
당뇨병 소모성재료	다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 1. 제1형 당뇨병환자: 다음의 요건을 모두 충족하는 사람 가. 다음 중 하나 이상에 해당하는 사람 1) 혈중 씨펩타이드(C-peptide) 수치가 기저치 0.6ng/ml 이하, 경구포도당섭취자극(또는 글루카곤 주사 또는 식사 후 등) 후 1.8ng/ml 이하 또는 24시간 소변 씨펩타이드(C-peptide) 수치가 30㎍/24hr 미만인 경우 2) 최초 진단 시 당뇨병성케톤산증(DKA)의 병력이 있는 경우 3) 항글루타민산탈탄산효소항체(anti-GAD antibody) 등 췌도 또는 인슐린 등에 대한 자가항체 양성인 경우 나. 적절한 혈당조절을 위하여 인슐린 투여가 반드시 필요한 사람 다. 다음 상병에 해당하는 사람 상병코드: E10.x / 상병명: 인슐린-의존당뇨병 * 단, 위의 조건에 해당된다 할지라도 제2형 당뇨병환자는 제외한다.

<table>
<tr><th>구 분</th><th>대 상 자</th></tr>
<tr><td></td><td>
2. 제2형 당뇨병환자: 다음의 요건을 모두 충족하는 사람(처방일 기준으로 만 19세 미만인 경우에는 나목을 충족하지 않는 사람도 포함한다)
가. 다음 중 하나 이상에 해당하는 사람
1) 8시간 이상의 공복 혈당 수치가 126mg/dL 이상
2) 당뇨병의 전형적인 증상(다뇨, 다음, 설명되지 않는 체중감소)이 있고 임의 혈당 수치가 200mg/dL 이상
3) 75g 경구당부하검사 후 2시간 혈장 혈당 수치가 200mg/dL 이상
4) 당화혈색소의 수치가 6.5% 이상
나. 적절한 혈당조절을 위하여 인슐린 투여가 반드시 필요한 사람
다. 다음 상병 중 어느 하나에 해당하는 사람
<table>
<tr><th>상병코드</th><th>상병명</th></tr>
<tr><td>E11.x</td><td>인슐린-비의존당뇨병</td></tr>
<tr><td>E12.x</td><td>영양실조-관련 당뇨병</td></tr>
<tr><td>E13.x</td><td>기타 명시된 당뇨병</td></tr>
<tr><td>E14.x</td><td>상세불명의 당뇨병</td></tr>
</table>
3. 임신 중 당뇨병환자: 다음의 요건을 모두 충족하는 사람
가. 다음 상병 중 어느 하나에 해당하는 사람
<table>
<tr><th>상병코드</th><th>상병명</th></tr>
<tr><td>E11.x</td><td>인슐린-비의존당뇨병</td></tr>
<tr><td>E12.x</td><td>영양실조-관련 당뇨병</td></tr>
<tr><td>E13.x</td><td>기타 명시된 당뇨병</td></tr>
<tr><td>E14.x</td><td>상세불명의 당뇨병</td></tr>
<tr><td>O24.x</td><td>임신 중 당뇨병</td></tr>
</table>
나. 제6조제1항제3호의 처방전 발급 당시 임신 중인 사람
</td></tr>
<tr><td>당뇨병
관리기기</td><td>
다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 제1형 당뇨병환자에 해당하는 사람
1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람
가. 혈중 씨펩타이드(C-peptide) 수치가 기저치 0.6ng/ml 이하, 경구포도당섭취자극(또는 글루카곤 주사 또는 식사 후 등) 후 1.8ng/ml 이하 또는 24시간 소변 씨펩타이드(C-peptide) 수치가 30㎍/24hr 미만인 경우
나. 최초 진단 시 당뇨병성케톤산증(DKA)의 병력이 있는 경우
다. 항글루타민산탈탄산효소항체(anti-GAD antibody) 등 췌도 또는 인슐린 등에 대한 자가항체 양성인 경우
2. 적절한 혈당조절을 위하여 인슐린 투여가 반드시 필요할 것
3. 다음 상병에 해당하는 사람
<table>
<tr><th>상병코드</th><th>상병명</th></tr>
<tr><td>E10.x</td><td>인슐린-의존당뇨병</td></tr>
</table>
* 단, 위의 조건에 해당된다 할지라도 제2형 당뇨병환자는 제외한다.
</td></tr>
</table>

구 분	대 상 자
자가도뇨 소모성재료	

1. 다음 각 목 모두에 해당하는 것으로 진단된 신경인성 방광환자(요류역학검사결과지 첨부) 다만, 비뇨기계통의 선천성 기형으로 요류역학검사가 불가능한 경우에는 환자상태와 함께 자가도뇨 소모성재료가 필요하다는 의사소견서를 제출한 경우에는 요류역학검사를 실시한 것으로 본다.
   가. 다음의 어느 하나에 해당할 것
      1) 다음의 상병이 있는 선천성 신경인성 방광환자

연번	상 병 명	상병코드
1	이분척추	Q05
2	말린자두배증후군	Q79.4
3	복벽의 기타 선천기형	Q79.5
4	엘러스-단로스증후군	Q79.6
5	근골격계통의 기타 선천기형	Q79.8
6	방광외반	Q64.1
7	선천성 후부요도판막	Q64.2
8	요도 및 방광경부의 기타 폐쇄 및 협착	Q64.3
9	비뇨계통의 기타 명시된 선천기형	Q64.8
10	비뇨계통의 상세불명의 선천기형	Q64.9

      2) 다음의 후천성 척수손상 상병이 있는 신경인성 방광환자

연번	상 병 명	상병코드
1	결핵성 수막염(G01*)	A17.0
2	뇌 및 척수의 결핵종(G07*)	A17.80
3	결핵성 수막뇌염(G05.0*)	A17.81
4	뇌 및 척수의 결핵성 농양(G07*)	A17.88
5	척수매독	A52.1
6	열대성 강직성 하반신마비	G04.1
7	달리 분류되지 않은 세균성 수막뇌염 및 수막척수염	G04.2
8	기타 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04.8
9	상세불명의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04.9
10	달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G05
11	다발경화증	G35
12	시신경척수염[데빅병]	G36.0
13	중추신경계통의 탈수초질환에서의 급성 횡단척수염	G37.3
14	하반신마비 및 사지마비	G82.×
15	말총증후군	G83.4
16	혈관성 척수병증	G95.1
17	상세불명의 척수압박	G95.2
18	척수의 기타 명시된 질환	G95.8
19	척수의 상세불명 질환	G95.9

<table>
<tr><th>구 분</th><th>대 상 자</th></tr>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><th>연번</th><th>상 병 명</th><th>상병코드</th></tr>
<tr><td>20</td><td>달리 분류된 질환에서의 척수병증</td><td>G99.2</td></tr>
<tr><td>21</td><td>신경병성 척추병증</td><td>M49.4</td></tr>
<tr><td>22</td><td>목부위의 신경 및 척수의 손상</td><td>S14.×</td></tr>
<tr><td>23</td><td>흉부부위의 신경 및 척수의 손상</td><td>S24.×</td></tr>
<tr><td>24</td><td>복부, 아래등 및 골반 부위의 신경 및 허리척수의 손상</td><td>S34.×</td></tr>
<tr><td>25</td><td>척수의 상세불명 부위의 손상</td><td>T09.3</td></tr>
</table>
3) 가목1) 또는 2)에 해당하지 아니하는 상병으로 인한 신경인성방광 환자로 진단되어 비뇨기과 또는 재활의학과 전문의가 자가도뇨가 필요하다고 인정하는 경우

나. 요류역학검사 결과 다음의 어느 하나 이상에 해당하고 검사결과지를 제출하였을 것
1) 무반사 방광(Areflexic bladder)
2) 배뇨근 저활동성(Detrusor underactivity)
3) 기능이상성 배뇨(Dysfunctional voiding)
4) 배뇨근-외조임근 협동장애(Detrusor external-sphincter dyssynergia)
5) 배뇨근 과활동성 및 수축력 저하(Detrusor hyper-reflexia and impaired contractility)

다. 제1호가목2)·3)에 해당하는 사람[제1호가목2)에 해당하는 사람이 해당 상병에 대한 최초 진단일부터 2년이 지난 후 전문의의 진단을 통해 재확인(최초 급여 적용일 이후 2년이 지난 후 전문의의 진단을 통해 재확인한 경우를 포함한다)한 사람은 제외한다]은 최초 급여 적용일로부터 2년이 지나지 아니하였을 것
</td></tr>
<tr><td>인공호흡기
대여 서비스 등</td><td>
다음의 각 호의 요건을 모두 충족하는 사람

1. 「요양비의 보험급여기준 및 방법」(이하 “요양비기준고시”라 한다.) 별표 4의2의 상병 중 어느 하나에 해당하는 사람으로서 자가 호흡이 불가능하거나 어려워 인공호흡기가 필요하다고 진단받았을 것

2. 다음의 각 목의 요건을 모두 충족하는 사람. 다만, 24시간 지속적인 인공호흡기 사용으로 인공호흡기를 이탈하여 가목의 임상 증상확인 및 나목의 검사가 어려운 경우에는 환자상태와 함께 인공호흡기 이용이 필요하다는 내용을 적은 의사소견서가 있는 경우에는 다음 각 목의 요건을 모두 충족한 것으로 보며, 의식저하 등으로 의사표현이 불가능한 경우에는 나목의 요건만 충족하면 된다.

가. 다음의 고이산화탄소혈증 임상 증상 중에서 두 가지 이상 해당 될 것
1) 숨참
2) 피로감
3) 두통
4) 정신이 밝지 못하고 멍함
5) 밤에 자주 깨거나 낮에 졸리고 토막잠을 자주 자거나 악몽을 자주 꾸거나 가위에 눌림
6) 불안하여 안절부절 못함
7) 빈맥(頻脈)

나. 2회 이상 실시한 이산화탄소 분압 검사 결과가 다음의 어느 하나에 해당하고, 그 검사결과지 또는 해당 검사결과를 적은 의사소견서를 제출하였을 것
1) 동맥혈가스 검사 결과 이산화탄소 분압($PaCO_2$)이 45mmHg 이상
2) 호기말 이산화탄소 분압($PaCO_2$)이 40mmHg 이상
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구 분</th><th>대 상 자</th></tr>
<tr><td>기침유발기
대여 서비스</td><td>다음 각 호의 요건을 모두 충족한 사람
1. 다음 각 목 요건을 모두 충족하는 사람
가. 요양비 기준고시 별표 4의2제1호 및 제2호(뇌간뇌졸중 증후군 및 중추성 수면무호흡은 제외한다)의 상병으로 인공호흡기를 사용하는 사람이 스스로 기도분비물 배출이 어려워 기침유발기가 필요하다고 진단받았을 것
나. 호흡기능검사에서 최고호기(呼氣)유량 측정 결과 최대 기침유량이 250 L/min 이하일 것. 다만, 최고호기 유량 측정을 할 수 없는 다음의 어느 하나에 해당하는 사람은 그 상태를 적은 의사소견서를 제출하면 해당 요건을 충족한 것으로 본다.
1) 24시간 지속적인 인공호흡기 사용으로 인공호흡기를 이탈할 수 없는 경우
2) 만 6세 이하의 소아
3) 의식 저하, 인지기능 저하 또는 기관절개를 한 경우
2. 별지 제3호서식의 처방전을 최초로 받을 때 기침유발기에 대한 기본사용법과 주의사항에 대하여 교육을 받았을 것</td></tr>
<tr><td>양압기
치료 서비스</td><td>1. 다음 각 목의 요건을 모두 충족하는 사람
가. 다음 상병 중 어느 하나에 해당하는 수면무호흡증후군 환자로서 양압기가 필요하다고 진단받았을 것
<table>
<tr><th>상병코드</th><th>상 병 명</th></tr>
<tr><td>G47.3</td><td>수면무호흡</td></tr>
<tr><td>P28.3</td><td>신생아의 원발성 수면무호흡, 신생아의 중추성 수면무호흡, 신생아의 수면무호흡 NOS, 신생아의 폐색성 수면무호흡</td></tr>
<tr><td>P28.4</td><td>신생아의 기타 무호흡, 신생아·폐색성(~의) 무호흡, 미숙아(~의) 무호흡</td></tr>
</table>
나. 대상자별로 다음 구분에 따른 요건을 충족할 것
1) 일반의 경우: 제 I 형 수면다원검사(Level I)[별지 제4호서식의 처방전 발행일부터 소급하여 1년 이내에 실시한 것이어야 한다. 이하 2)에서 같다] 결과 무호흡·저호흡 지수(AHI, Apnea Hypopnea Index)가 15 이상이거나 또는 5 이상이면서 다음의 어느 하나에 해당할 것
가) 불면증
나) 주간졸음
다) 인지기능 감소
라) 기분장애
마) 고혈압
바) 빈혈성 심장질환
사) 뇌졸증의 기왕력
아) 산소포화도가 85% 미만
2) 12세 이하 소아의 경우: 제 I 형 수면다원검사(Level I) 결과 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 5 이상이거나 또는 1이상이면서 다음의 어느 하나에 해당할 것
가) 불면증
나) 주간졸음
다) 부주의-과행동증
라) 아침두통
마) 행동장애
바) 학습장애
사) 산소포화도가 91% 미만</td></tr>
</table>

구 분	대 상 자
	3) 1), 2)에도 불구하고 2세 이하의 영유아인 경우 또는 선천이상 기형이나 신경발달 지연으로 제 I 형 수면다원검사(Level I)를 실시할 수 없는 경우: 수면 중 이산화탄소 분압 검사 결과가 다음의 어느 하나에 해당할 것 가) 호기말 또는 경피적 이산화탄소 분압($EtCO_2$ 또는 $TcCO_2$)이 수면시간의 25% 이상에서 50mmHg 이상일 것 나) 2회 이상 실시한 호기말 또는 경피적 이산화탄소 분압($EtCO_2$ 또는 $TcCO_2$) 결과가 모두 50mmHg 이상일 것 다. 다음의 서류를 제출하였을 것 1) 나목 1), 2)에 해당하는 사람: 제 I 형 수면다원검사(Level I) 결과지 2) 나목 3)에 해당하는 사람: 해당 이산화탄소 분압 검사 결과지(또는 해당 검사결과를 명시한 소견서)와 환자 상태에 대한 의사소견서 2. 순응기간(최초 처방일부터 90일까지의 기간) 중 연이은 30일의 사용기간에서 1일 4시간 이상(12세 이하인 경우에는 3시간 이상) 사용한 날이 21일 이상인 경우에 해당하지 않는 사람은 순응기간 중이거나, 순응기간 말일의 다음 날부터 180일이 지났을 것

[별표 2]

요양비 의료급여 지급기준(제7조제1항 관련)

1. 요양비 기준금액

<table>
<tr><th>항 목</th><th>지급기준액</th></tr>
<tr><td>의료급여기관을 이용할 수 없거나 의료급여기관이 없는 경우
(규칙 제24조제1항 제1호 관련)</td><td>가. 질병·부상·출산(사산의 경우에는 임신 16주 이상인 경우를 말한다)에 대하여 요양을 받은 경우에는 의료급여비용(의료급여법 시행령 제13조 규정에 의한 본인부담액을 제외한 금액을 말한다)에 상당하는 금액
나. 의료급여기관 외의 장소에서 출산한 경우에는 1명당 25만원</td></tr>
<tr><td>자동복막투석 소모성 재료
(규칙 제24조제1항 제2호 관련)</td><td>가. 복막관류액은 건강보험 약가기준액 범위내 실구입가로 한다.
나. 자동복막투석에 사용되는 소모성 재료의 기준가격은 1일 10,420원으로 한다.</td></tr>
<tr><td>산소치료
(규칙 제24조제1항 제3호 관련)</td><td>
<table>
<tr><th>구 분</th><th>가정용</th><th>휴대용</th></tr>
<tr><td>기준금액</td><td>12만원/월</td><td>20만원/월</td></tr>
</table>
※ 비고: 휴대용 산소발생기로 산소치료서비스를 1개월에 15일을 넘지 않는 기간 동안 받은 경우에 기준금액은 10만원/월로 한다.
</td></tr>
<tr><td>당뇨병 소모성 재료
(규칙 제24조제1항 제4호 관련)</td><td>가. 당뇨병 소모성 재료의 기준금액은 다음 표에 따른 금액으로 한다(연속혈당측정용 전극은 제외한다).
<table>
<tr><th colspan="3" rowspan="2">지원대상자</th><th colspan="2">기준금액</th></tr>
<tr><th>인슐린 투여자</th><th>인슐린 미투여자</th></tr>
<tr><td colspan="3">제1형 당뇨병환자</td><td>2,500원/일</td><td>해당사항 없음</td></tr>
<tr><td rowspan="4">제2형 당뇨병환자</td><td colspan="2">만 19세 미만</td><td>2,500원/일</td><td>1,300원/일</td></tr>
<tr><td rowspan="3">만 19세 이상 1일 인슐린 투여횟수</td><td>1회 투여</td><td>900원/일</td><td>해당사항 없음</td></tr>
<tr><td>2회 투여</td><td>1,800원/일</td><td>해당사항 없음</td></tr>
<tr><td>3회 이상 투여</td><td>2,500원/일</td><td>해당사항 없음</td></tr>
<tr><td colspan="3">임신 중 당뇨병환자</td><td>2,500원/일</td><td>1,300원/일</td></tr>
</table>
※ 비고: 나이는 처방일을 기준으로 계산한다(이하 이 별표에서 같다).

나. 당뇨병 소모성 재료 중 연속혈당측정용 전극의 기준금액: 다음 표에 따른 금액
<table>
<tr><th>지원대상자</th><th>기준금액</th></tr>
<tr><td>제1형 당뇨병환자</td><td>70,000원/주</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>당뇨병 관리기기
(규칙 제24조제1항 제4호 관련)</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">지원대상자</th><th colspan="2">기준금액</th></tr>
<tr><th>연속혈당측정기</th><th>인슐린자동주입기</th></tr>
<tr><td>제1형 당뇨병환자</td><td>210,000원/3개월</td><td>1,700,000원/개</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>지급기준액</th></tr>
<tr><td>자가도뇨
소모성 재료
(규칙 제24조제1항
제5호 관련)</td><td>자가도뇨 소모성 재료의 기준금액은 1일 9,000원(1일당 최대 6개 이내의 범위)으로 한다.</td></tr>
<tr><td>인공호흡기
대여 서비스 등
(규칙 제24조제1항
제6호 관련)</td><td>가. 인공호흡기 대여 서비스 등 기준금액(인공호흡기와 관련된 것에 한정한다)은 다음 표에 따른 금액으로 한다.
<table>
<tr><th colspan="4">급여대상 품목 구분</th><th>기준금액(원)</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">인공호흡기
대여료</td><td colspan="2">혼합형</td><td>535,000원/월</td></tr>
<tr><td colspan="2">압력형·볼륨형</td><td>356,000원/월</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">기본소모품</td><td colspan="2">세트 1</td><td>60,000원/월</td></tr>
<tr><td colspan="2">세트 2</td><td>80,000원/월</td></tr>
<tr><td rowspan="5">선택
소모품</td><td rowspan="2">기관절개
환자용
커넥터</td><td colspan="2">일반 일체형</td><td>7,000원/개</td></tr>
<tr><td colspan="2">실리콘 연결형</td><td>14,500원/개</td></tr>
<tr><td rowspan="3">마스크</td><td rowspan="2">코마스크
(Nasal, pillow)</td><td>실리콘 또는 필로우</td><td>125,000원/개</td></tr>
<tr><td>겔</td><td>120,000원/개</td></tr>
<tr><td rowspan="2">코·입마스크
(Facial)</td><td>실리콘</td><td>72,000원/개</td></tr>
<tr><td>겔</td><td>148,000원/개</td></tr>
</table>
※ 비고: 기본소모품 중 세트 1은 튜브 1개, 필터 4개 및 가습기물통 1개의 세트를 말하며, 세트 2는 튜브 2개, 필터 4개 및 가습기물통 1개의 세트를 말한다.

나. 기침유발기 대여서비스의 기준금액은 16만원/월으로 한다.</td></tr>
<tr><td>양압기치료 서비스 등
(규칙 제24조제1항
제7호 관련)</td><td>
<table>
<tr><th colspan="2">급여대상 품목 구분</th><th>기준금액(원)</th></tr>
<tr><td rowspan="3">양압기
대여료</td><td>지속형(CPAP)</td><td>76,000원/월</td></tr>
<tr><td>자동형(APAP)</td><td>89,000원/월</td></tr>
<tr><td>이중형(BiPAP)</td><td>126,000원/월</td></tr>
<tr><td>소모품</td><td>마스크</td><td>95,000원/개</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

2. 요양비 구입비용의 기금부담

가. 자동복막투석 소모성 재료, 산소치료 서비스, 당뇨병 소모성 재료, 당뇨병 관리기기, 자가도뇨 소모성 재료, 인공호흡기, 기침유발기 또는 양압기 대여 서비스 등 구입 및 대여에 대한 기금의 부담은 유형별 기준금액 이내의 금액으로 구입한 경우 실구입가의 전부로 한다. 다만, 기준금액을 초과하는 금액으로 구입한 경우에는 기준금액의 전부

나. 가목에서 정한 기금에서 부담하는 금액외의 금액은 수급권자가 전액 부담

3. 제1호 및 제2호에 따라 요양비를 지급할 때는 다음 각 목의 기준에 따라야 한다.

가. 자동복막투석 소모성 재료(카세트, 배액백 및 카테터말단폐색기 각 1개를 하나의 세트로 한다), 당뇨병 소모성 재료(연속혈당측정용 전극 제외) 및 자가도뇨 소모성 재료에 대한 요양비는 일당 금액으로, 당뇨병 소모성 재료 중 연속혈당측정용 전극에 대한 요양비는 주당금액으로, 당뇨병 관리기기와 산소치료·인공호흡기·기침유발기·양압기 대여 서비스에 대한 요양비는 월당 금액으로 지급한다. 다만, 인공호흡기, 기침유발기 또는 양압기 대여 서비스를 월 중에 시작하거나 월중에 종료한 경우 그 시작 월 또는 종료 월의 요양비(인공호흡기와 양압기의 경우에는 기계대여료에 한정한다)는 일할 계산하여 지급한다.

나. 산소치료 서비스 및 기침유발기 대여 서비스에 대하여 요양비로 지급하는 금액은 산소발생기 및 기침유발기의 유지, 보수를 위한 재료비, 소모품비 등 제반비용을 포함한 금액으로 한다.

다. 자가도뇨 소모성 재료에 대한 요양비는 1일에 6개를 넘지 않는 범위에서 지급한다.

라. 인공호흡기 대여 서비스 중 선택소모품에 대한 요양비는 기관절개 환자용 커넥터와 마스크 중 하나에 대하여 지급한다. 이 경우 이미 받은 선택소모품과 다른 종류의 소모품에 대하여 요양비를 지급받으려면 그 사유를 증명하는 서류를 제출하여야 한다.

마. 인공호흡기 대여 서비스 중 선택소모품에 대한 요양비는 그 종류별로 다음 표에서 정하는 금액을 넘지 못한다.

구 분		기준금액
기관절개환자용 커넥터	일반 일체형	14,000원/월
	실리콘 연결형	29,000원/월
마스크		400,000원/연

바. 기침유발기 대여 서비스 중 소모품(마스크 또는 기관절개용연결관 중 하나와 튜브, 필터 및 커넥터를 하나의 세트로 한다)에 대한 요양비는 1개월에 1개에 대해서만 지급한다.

사. 양압기치료에 대한 요양비는 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에 지급한다.

1) 순응기간(최초 처방일부터 90일까지의 기간) 중 양압기 대여

2) 순응기간 후 양압기 대여[순응기간 중 연이은 30일의 사용기간에서 1일 4시간 이상(12세 이하인 경우에는 3시간 이상) 사용한 날이 21일 이상인 경우에 해당하는 자에 한정한다]

아. 양압기에 대한 의료급여는 지속형(CPAP)과 자동형(APAP)에 대해서 실시하는 것을 원칙으로 한다. 다만, 지속형(CPAP) 또는 자동형(APAP)을 사용하였을 때[13세 이상인 경우에는 지속형(CPAP) 또는 자동형(APAP)을 15cmH_2O 이상의 압력으로 사용하였을 때로 한다] 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 이중형(BiPAP)에 대해서도 실시할 수 있다.

1) 동맥혈 이산화탄소 분압($PaCO_2$) 또는 경피적 이산화탄소 분압($TcCO_2$) 또는 호기말 이산화탄소 분압($EtCO_2$) 수치가 50mmHg를 초과하는 수면 과탄산혈증(nocturnal hypercapnia)을 보이는 경우

2) 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 10(12세 이하의 경우에는 5)을 초과하는 경우

자. 양압기치료 서비스 중 소모품(마스크)에 대한 요양비는 1년에 1개에 대해서만 지급한다.

차. 의료급여기관에 입원하였다 하더라도 부득이한 사유로 의료급여진료비와 중복되지 않는 경우에는 요양비를 지급할 수 있다.

■ 요양비의 의료급여기준 및 방법 〔별지 제1호 서식〕 〈개정 2019. 7 .1.〉

자가도뇨 소모성재료 처방전

[ ] 재발급

보장기관명(기호)		
진료받은 사 람	성 명	주민(외국인)등록번호
	전화번호	휴대전화번호
	주 소	

진료과목		진단확인일	
상병구분	[ ] ①선천성 ②후천성 척수손상([ ]2년경과 [ ]2년 미경과) [ ] ①,② 이외 상병 ※ 후천성 척수손상 진단 후 2년 미경과자 및 ①,② 이외 상병환자는 2년간 급여 적용 후 재확인 대상		
상병코드	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] ※ 세분류(소수점 한자리)까지는 반드시 정확히 입력	상병명	
확인사항	요류역학검사 시행일 (요류학검사결과지를 반드시 첨부)	※ 처방전 발행일을 기준으로 3년 이내 시행한 검사만 유효	
	1) 요류역학검사 결과 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우 [ ] 무반사방광(Areflexic bladder) [ ] 배뇨근 저활동성(Detrusor underactivity) [ ] 기능이상성 배뇨(Dysfunctional voiding) [ ] 배뇨근-외조임근 협동장애(Detrusor external-sphincter dyssynergia) [ ] 배뇨근 과활동성 및 수축력 저하(Detrusor hyper-reflexia and impaired contractility)		
	2) [ ] 비뇨기계통의 선천기형으로 요류역학검사 불가능 (요류역학검사가 불가능 하다는 환자상태를 자세히 기재한 의사소견서 제출)		

처방 및 지시사항

1일 처방개수	총 처방기간	총계	비고

처방전 사용기간	교부일로부터 처방기간까지	※ 사용기간 내에 구입·제출하여야 합니다.

년 월 일

의료급여기관기관명(기호) : ( ) (의료급여기관 직인)

담당의사성명(면허번호) : (제 호)

전문과목(전문의 자격번호) : (제 호) (서명 또는 인)

유 의 사 항

1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 의사의 처방 및 지시에 따라 사용해 주십시오.
3. 처방전은 반드시 **비뇨기과, 재활의학과, 정형외과, 신경과 또는 신경외과 전문의**가 발행하여야 하며, 최초급여·재확인 대상자는 요류역학검사결과지를 반드시 첨부합니다. (비뇨기계통의 선천기형으로 요류역학검사가 불가능한 경우에는 환자상태를 자세히 기재한 의사소견서 제출로 대체)
4. 총 처방일수는 **최대 90일**을 넘지 못합니다.
5. 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우 "재발급"에 [✔] 표시한 후 재발행하면 됩니다.
6. 처방전 발행의사는 환자의 배뇨일지 등 환자의 상태를 확인하여 자가도뇨 소모성 재료를 처방할 수 있습니다.
7. **처방전 사용기간은 교부일로부터 총 처방기간 이내입니다.**
8. 주민(외국인)등록번호란에 외국인의 경우 외국인 등록번호를 적습니다.

210㎜×297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

■ 요양비의 의료급여기준 및 방법 〔별지 제2호 서식〕 〈개정 2019. 7. 1.〉

의료급여 인공호흡기 처방전

[ ] 재발급

보장기관명(기호)

수진자	성 명	주민(외국인)등록번호
	전화번호	휴대전화번호
	주 소	

진료과목		상병명		상병코드		진단확인일	

상병별 검사방법 (※해당사항에 √ 표시)	1. 인공호흡기 요양비 지급대상 상병(별표4의2) 해당 여부 [ ] 예 [ ] 아니오 2. 상병별 진단기준에 따른 검사 실시 (해당 번호에 √ 표시) ① 영상검사 [ ] Sono [ ] CT [ ] MRI [ ] 심초음파(심도자) [ ] 기타 ( ) ② 특수생화학 / 면역학적 검사, 도말 / 배양검사 ③ 유전학적 검사 ④ 조직학적 검사 ⑤ 임상 진단 [ ] 폐기능검사 [ ] 수면검사 [ ] 그 외 ( ) ⑥ 기타 특수검사 [ ] 근전도검사 [ ] 뇌파검사 [ ] 그 외 ( )
환자상태 및 진료소견 (해당사항에 ☑ 표시)	**※ 아래기준을 모두 만족해야 함.** ① 고이산화탄소혈증 **2가지** 이상의 임상증상 ([ ]**제외**: 의식저하 등으로 의사표현이 불가능하여 고이산화탄소혈증 임상증상 파악이 어려움) [ ] 숨이 참 [ ] 피로감 [ ] 두통 [ ] 정신이 맑지 못하고 멍함 [ ] 밤에 자주 깨거나 낮에 졸리고 토막잠을 자주 잠, 혹은 악몽을 자주 꾸거나 가위에 눌림 [ ] 불안하여 안절부절 못함 [ ]빈맥 ② 이산화탄소 분압(최소 한 가지 이상) [ ] 동맥혈 가스 검사에서 이산화탄소 분압($PaCO_2$)이 45mmHg 이상 [ ] 호기말 이산화탄소 분압($PaCO_2$)이 40mmHg 이상 ※ 이산화탄소 분압은 2회 이상의 검사결과지 또는 검사결과를 명시한 소견서를 반드시 첨부
	③ [ ] 24시간 지속적인 인공호흡기 사용자로 호흡기를 이탈하여 ①,② 검사 불가능 (의사소견서로 대체)

처방 구분	[ ] 최초 처방 [ ] 재처방(2차 이상)	인공호흡기 환기타입	[ ]혼합형(압력+볼륨) [ ]압력형 [ ]볼륨형
처방 기간	20 . . . ~ 20 . . . (개월)	다음 처방일	20 . . .

처방전 사용기간	교부일로부터 처방기간까지	※ 사용기간 내에 대여· 제출하여야 합니다.

년 월 일

의료급여기관명(기호) : ( ) (의료급여기관 직인)

담당의사성명(면허번호) : (제 호)

전문과목(전문의 자격번호) : (제 호) (서명 또는 인)

유 의 사 항

1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우 좌측 상단"재발급"에 [✔] 표시한 후 재발행할 수 있습니다.
3. 주민(외국인)등록번호란에 주민등록번호(외국인 등록번호)를 적습니다.
4. 진료소견 작성시 ①과 ②를 모두 체크하고, ②이산화탄소 분압은 **2회 이상의 검사결과지 또는 검사결과를 명시한 소견서를 반드시 첨부합니다. 단, 24시간 지속적인 인공호흡기 사용자로** 호흡기를 이탈하여 ①과 ②번의 검사가 불가능 한 경우 ③에 표시한 후 환자상태를 상세히 기재한 의사소견서로 대체 가능합니다.
5. 처방기간은 최초 처방 시 6개월의 범위에서, 재 처방부터는 2년의 범위에서 의사가 판단하여 기재합니다. 다만 처방 기간 내에 환기타입을 변경할 경우에는 기존 처방기간을 유지합니다.
6. 처방전은 반드시 신경과, 신경외과, 재활의학과, 내과, 흉부외과, 결핵과 전문의가 발행하여야 합니다. 소아의 경우 소아청소년과 전문의가 발행할 수 있습니다
7. 인공호흡치료 서비스 제공업소 현황, 인공호흡기 종류, 서비스 내용 등은 국민건강보험공단 홈페이지(www.nhis.or.kr)/ 사이버민원센터에서 확인할 수 있습니다.

210㎜×297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

■ 요양비의 의료급여기준 및 방법 〔별지 제3호 서식〕

의료급여 기침유발기 처방전

[ ] 재발급

보장기관명(기호)

진료받은 사 람	성 명	주민(외국인)등록번호
	전화번호	휴대전화번호
	주 소	

진료과목		진단확인일	
상병명		상병코드	

환자상태 및 진료소견 (해당 사항에 √ 표시 및 기재)	1. [ ] 인공호흡기 사용자(의료급여 수급자) 2. [ ] 기침유발기 요양비 지급대상 상병(별표4의2제1호 및 제2호)에 해당 ※ 뇌간뇌졸중 증후군(G46.3) 및 중추성 수면무호흡(G47.31) 제외 3. 호흡기 질환 병력 [ ] 없음 [ ] 있음( ) ※ 폐기종, 기흉, 압력외상 등 호흡기 질환 병력이 있거나 있었던 환자는 개인사용에 주의를 요하므로 반드시 의사의 진단을 받은 후에 사용하여야 합니다. 4. 호흡기능검사 [ ] 최고호기유량측정 결과 최대기침유량이 250 L/min 이하(L/min) [ ] 아래 사유로 최고호기유량측정이 불가능한 경우 의사소견서로 대체 (해당사항에 ☑ 표시) ☐ 24시간 지속적인 인공호흡기 사용자로 호흡기 이탈 불가 ☐ 만 6세 이하의 소아 ☐ 의식 저하 ☐ 인지기능 저하 ☐ 기관절개
	5. 기본 사용법 및 주의사항 교육(최초 처방 시에는 반드시 실시) [ ] 환자 및 보호자에게 기침유발기의 기본 사용법 및 주의사항 교육을 충분히 하였음

처방 구분	☐ 최초 처방 ☐ 재처방(2차 이상)		
처방 기간	(개월)	다음 처방일	

처방전 사용기간	교부일로부터 처방기간까지 ※ 사용기간 내에 대여·제출하여야 합니다.

년 월 일

의료급여기관명(기호) : ( ) (의료급여기관 직인)

담당의사성명(면허번호) : (제 호)

전문과목(전문의 자격번호) : (제 호) (서명 또는 인)

유 의 사 항

1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우 좌측 상단"재발급"에 [✔] 표시한 후 재발행할 수 있습니다.
3. 진료소견 작성 시 해당기준에 모두 체크하여야 합니다.
4. 24시간 지속적인 인공호흡기 사용자로 인공호흡기를 이탈할 수 없는 경우, 만 6세 이하의 소아, 의식 저하, 인지기능 저하 또는 기관절개로 최고호기유량측정을 할 수 없는 사람의 경우에는 환자상태를 상세히 기재한 의사소견서를 반드시 첨부하여야 합니다.
5. 최초 처방전 발행 전에 반드시 환자 및 보호자에게 기침유발기의 기본 사용법 및 주의사항 교육을 충분히 실시하여야 합니다.
6. 처방전은 반드시 신경과, 신경외과, 재활의학과, 내과, 흉부외과 전문의가 발행하여야 합니다. 소아의 경우 소아청소년과 전문의가 발행할 수 있습니다.
7. 주민등록번호 등 란에는 주민등록번호를 적습니다. 다만, 수진자가 외국인인 경우에는 외국인등록번호를 적습니다.
8. 호흡기 질환 병력이 있는 경우 괄호 안에 질환명을 기재합니다.
9. 호흡기능검사에서 최고호기유량을 측정한 최대기침유량 결과를 기재합니다.
10. 처방기간은 최초 처방시 6개월의 범위에서, 재처방부터는 2년의 범위에서 의사가 판단하여 기재합니다.
11. 기침유발기 서비스 제공업소 현황, 기침유발기 종류, 서비스 내용 등은 국민건강보험공단 홈페이지(www.nhis.or.kr)의 사이버민원센터에서 확인할 수 있습니다.

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

■ 요양비의 의료급여기준 및 방법 〔별지 제4호 서식〕 (앞 면)

의료급여 양압기 처방전

[ ] 재발급

보장기관명							
진료받은 사람	성명				주민(외국인)등록번호		
	전화번호(자택)		(휴대전화)				
진료과목		상병명		상병코드		진단확인일	

상병 및 검사방법 (해당사항에 [√] 표시및기재)	1. [ ] 양압기 요양비 지급대상 상병(고시 별표1)에 해당 2. [ ] 제Ⅰ형 수면다원검사(LevelⅠ)실시 일자: 년 월 일 ※ 제Ⅰ형 수면다원검사(LevelⅠ) 결과지를 반드시 첨부 (처방전 발행일을 기준으로 1년 이내 시행한 검사만 유효)
환자상태 및 진료소견 (해당사항에 [√] 표시)	1. 제Ⅰ형 수면다원검사(LevelⅠ) 결과 ① 일반 [ ] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 15 이상 또는 [ ] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 5 이상 이면서 아래의 어느 하나에 해당 (해당사항에 ☑ 표시) ☐ 불면증 ☐ 주간졸음 ☐ 인지기능 감소 ☐ 기분장애 ☐ 고혈압 ☐ 빈혈성 심장질환 ☐ 뇌졸중 기왕력 ☐ 산소포화도가 85% 미만 ② 소아의 경우(12세 이하) [ ] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 5 이상 또는 [ ] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 1 이상 이면서 아래의 어느 하나에 해당 (해당사항에 ☑ 표시) ☐ 불면증 ☐ 주간졸음 ☐ 부주의-과행동증 ☐ 아침두통 ☐ 행동장애 ☐ 학습장애 ☐ 산소포화도가 91% 미만 2. 제Ⅰ형 수면다원검사(LevelⅠ)가 불가능한 경우(①,② 모두 충족) / (해당사항에 ☑ 표시) ① 환자 유형 ☐ 2세 이하의 영유아 또는 ☐ 협조가 불가능한 질환자(선천이상 기형, 신경발달지연) ② 수면 중 이산화탄소 분압 검사 결과 아래의 어느 하나에 해당 ☐ 호기말 또는 경피적 이산화탄소 분압($EtCO_2$ 또는 $TcCO_2$)이 수면시간의 25% 이상에서 50mmHg 이상 ☐ 2회 이상 실시한 호기말 또는 경피적 이산화탄소 분압($EtCO_2$ 또는 $TcCO_2$) 결과가 모두 50mmHg 이상 ※ 해당 이산화탄소 분압 검사 결과지(또는 해당 검사결과를 명시한 소견서)와 환자 상태에 대한 소견서를 반드시 첨부
압력 처방 및 순응도 평가등 (해당사항에 기재 및 [√] 표시)	1. 압력 처방 ① 지속형(CPAP), 자동형(APAP)의 경우: (cmH_2O) 또는 (~ cmH_2O) ② 이중형(BiPAP)의 경우: 호기압력(EPAP)(cmH_2O) 및 흡기압력(IPAP)(cmH_2O) 2. 순응기간(최초 처방일부터 90일) 중 순응도 평가 (순응기간 후 최초 처방 시 기재) ① 연이은 30일 사용기간: 년 월 일 ~ 년 월 일 ② 연이은 30일 사용기간 중 1일 4시간 이상 사용일수(소아의 경우는 3시간 이상): (일) ※ 사용기간 동안 기기 사용내역 반드시 첨부 3. 이중형(BiPAP) 처방기준 (이중형 처방 시 기재) ① 일반 [ ] 지속형(CPAP) 또는 자동형(APAP) 기기로 15cmH_2O 이상의 압력을 사용하였을 때 다음의 어느 하나에 해당하는 경우 (해당사항에 ☑ 표시) ☐ 수면 과탄산혈증(nocturnal hypercapnia)을 보일 때: $PaCO_2$ 또는 $TcCO_2$ 또는 $EtCO_2$가 50mmHg 초과 ☐ 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 10 초과일 때 ② 소아의 경우(12세 이하) [ ] 지속형(CPAP) 또는 자동형(APAP) 기기로 치료에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당하는 경우 (해당사항에 ☑ 표시) ☐ 수면 과탄산혈증(nocturnal hypercapnia)을 보일 때: $PaCO_2$ 또는 $TcCO_2$ 또는 $EtCO_2$가 50mmHg 초과 ☐ 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 5 초과일 때 ※ BiPAP 처방 시 양압기 압력적정 수면다원검사(Titration) 결과지를 반드시 첨부(BiPAP 최초 처방시)하고, 수면 과탄산혈증에 해당하는 경우 이산화탄소 분압 검사 결과지 또는 검사결과를 명시한 소견서를 반드시 추가 첨부

처방 구분	☐ 순응기간 중 처방 ☐ 순응기간 후 처방	양압기 종류	☐ 지속형(CPAP) ☐ 자동형(APAP) ☐ 이중형(BiPAP)
처방기간	. . . ~ . . .(개월)	하루 평균 사용시간 (기기 사용내역 반드시 첨부)	

년 월 일

의료급여기관: (명칭) (의료급여기관기호) (의료급여기관 직인)

담당의사 성명: (면허번호 제 호)

전문과목: (전문의 자격번호 제 호) (서명 또는 인)

210㎜×297㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

(뒷 면)

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우 좌측 상단 "재발급"에 [✔] 표시한 후 재발행할 수 있습니다.
3. 순응기간 중 처방은 최초 처방일부터 90일 이내 처방을 말하며, 순응기간 후 처방은 순응도 평가 결과 순응한 자*에 한하여 처방할 수 있습니다.
   * 순응기간(최초 처방일부터 90일까지) 중 연이은 30일 사용기간에서 1일 4시간 이상(12세 이하인 경우에는 3시간 이상) 사용한 날이 21일 이상인 경우에 해당하는 자를 말한다.
4. 순응기간 후 처방 시 직전 처방기간 동안 기기에 기록된 사용내역을 반드시 첨부합니다. 다만, 순응기간 후 최초 처방 시에는 순응기간 중 연이은 30일 사용기간 동안의 사용내역을 첨부합니다.
5. 처방전은 반드시 가정의학과, 내과, 소아청소년과, 신경과, 이비인후과, 정신건강의학과, 재활의학과 전문의 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 고시에 따라 수면다원검사 실시 자격기준을 충족한 의사가 발행하여야 합니다.
6. 양압기 요양비 지급대상 상병, 검사방법 및 진단기준 등은 국민건강보험공단 요양기관 정보마당(www.nhis.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.
7. 양압기치료 서비스 제공업소 현황, 양압기 종류, 서비스 내용 등은 국민건강보험공단 홈페이지(www.nhis.or.kr)의 사이버민원센터에서 확인할 수 있습니다.

작성방법

1. 수진자의 성명(한글) 및 주민등록번호를 기재합니다.
   - 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다. (휴대전화가 있는 경우 우선적으로 기재)
2. 고시 별표 1(양압기 요양비 지급 대상자)에 속하는 상병에 해당하고 검사방법 및 진단기준을 만족해야 하며, 제 I 형 수면다원검사(Level I) 결과지를 반드시 첨부하여야 합니다.
   - 제 I 형 수면다원검사(Level I)가 불가능할 경우 해당 이산화탄소 분압 검사 결과지(또는 해당 검사결과를 명시한 소견서)와 환자 상태에 대한 소견서를 반드시 첨부하여야 합니다.
3. 상병 및 검사방법란, 환자상태 및 진료소견란은 순응기간 중 처방 시에만 작성합니다.
4. 순응기간 중 순응도 평가는 평가 결과가 순응한 자에 해당할 경우 관련 내역을 기재합니다.
5. 하루 평균 사용시간은 직전 처방기간 동안의 하루 평균 사용시간을 기재합니다. 다만, 순응기간 후 최초 처방 시에는 순응기간 중 연이은 30일 사용기간 동안 평균 사용시간을 기재합니다.
6. 처방기간은 순응기간 중 처방의 경우에는 90일 이내, 순응기간 후 처방의 경우에는 6개월의 범위에서 의사가 판단하여 기재합니다. 다만, 처방기간 내에 양압기 종류를 변경할 경우에는 기존 처방기간을 유지합니다.

처리절차

신청서 작성	➔	접수 및 확인	➔	청구서 처리	➔	양압기 급여대상자
신청인		시·군·구		시·군·구		수진자

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

■ 요양비의 의료급여기준 및 방법 〔별지 제5호 서식〕

당뇨병환자 소모성 재료 처방전(연속혈당측정용 전극)

※ 그 밖의 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바랍니다. (앞면)

① [ ] 재발급

보장기관명(기호)	

② 진료받은 사람	성명				주민등록번호		
	전화번호				휴대전화번호		
	주소						
진료과목		상병명		상병코드		진단확인일	

처방전 확인사항

당뇨병 구분	[ ] 제1형 당뇨병
제1형 당뇨병 * (1)(2) 동시 만족	(1) 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우 [ ] c-peptide 0.6ng/ml 이하 [ ] 경구포도당섭취자극(또는 글루카곤 주사, 식사 후 등) 후 1.8ng/ml 이하 [ ] 24시간 소변 시펩타이드(C-peptide) 수치가 30μg/24hr 미만 [ ] 최초 진단시 당뇨병성케톤산증(DKA)의 병력 [ ] 항글루타민산탈탄산효소항체(anti-GAD antibody) 등 췌도 또는 인슐린 등에 대한 자가항체 양성인 경우
	(2) [ ] 인슐린 투여

구분	③ 확인사항
제1형 당뇨병	[ ] 연속혈당측정 시작일 ( ) ~ 종료일 ( ), 기간 동안 착용일수 ( )일 또는 착용비율 ( )% [ ] 당 평균값 ( )mg/dl [ ] 변동계수 ( )% 혹은 표준편차 ( )mg/dl [ ] 당화혈색소 검사내역 : 시행일 ( ), 검사수치 ( )%

처방 및 지시사항

제조 또는 수입업소( ), 제품명( )	
④ 총 처방기간	
⑤ 처방개수	

처방전 사용기간	처방기간	※ 사용기간 내에 구입·제출하여야 합니다.

년 월 일

의료급여기관명(기호) : ( ) (의료급여기관 직인)

담당의사 성명(면허번호) : (제 호) (서명 또는 인)

전문과목(전문의 자격번호) : (제 호)

210㎜×297㎜[백상지 80g]

(뒷면)

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 의사의 처방 및 지시에 따라 사용해 주십시오.
3. 처방전은 반드시 내과·소아청소년과·가정의학과 전문의가 발행하여야 합니다.
4. 총 처방기간은 해당 전문의의 판단에 따라 최대 90일 이내에서 처방이 가능합니다. (단, 최초처방은 4주 이내)
5. 처방전 발행의사는 환자의 효과적인 당뇨 자가관리를 위해 혈당검사 기록 등 환자의 상태를 확인하여 당뇨병 소모성 재료를 처방할 수 있습니다.
6. 당뇨병 소모성 재료의 기준금액은 아래와 같습니다.

지원대상자	기준금액
제1형 당뇨병환자	70,000원/주

작성방법

① 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우“재발급”에 [✔] 표시한 후 재발행하면 됩니다.

② 진료받은 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호, 주소 및 전화번호를 적습니다.
- 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다(휴대전화가 있는 경우 우선적으로 기재)

③ 확인사항 중 해당되는 모든 항목에 [✔] 표시를 한 후 내용을 기재합니다.
- 날짜는 CCYYMMDD의 형식으로 표기하십시오. (예시) 20190101
- 변동계수 혹은 표준편차와 당화혈색소 검사수치는 소수 첫째자리까지 기재합니다.
- 가장 최근의 당화혈색소 검사 일자와 수치를 기재합니다.

④ 총 처방기간은 주 단위로 기재합니다.
총 처방기간은 해당 전문의의 판단에 따라 최대 90일 이내에서 처방이 가능합니다. (단, 최초처방은 4주 이내)

⑤ 처방기간동안 처방하는 연속혈당측정용 전극의 개수를 기재합니다.

■ 요양비의 의료급여기준 및 방법 〔별지 제6호 서식〕 〈신설 2019. 7. 1.〉

산소치료처방전

[ ] 재발급

보장기관명(기호)			
진료받은 사람		성명	주민(외국인)등록번호
		전화번호	휴대전화번호
		주소	
진 료 과 목			
상 병		상병명	상병코드
산소처방 지시사항 (1일에)	안정 시	L/분	시간
	운동 시	L/분	시간
	취침 시	L/분	시간
동맥혈 가스검사 결과		[ ] 산소분압(PaO_2)이 55㎜Hg 이하 [ ] 산소포화도(SaO_2)가 88% 이하	
		[ ] 산소분압(PaO_2)이 56~59㎜Hg [ ] 산소포화도(SaO_2)가 89% 이상	[ ] 적혈구 증가증(헤마토크리트 55% 초과) [ ] 울혈성 심부전을 시사하는 말초부종 [ ] 폐동맥고혈압
산소포화도 검사결과		[ ] 산소포화도가 88% 이하	
		[ ] 산소포화도가 89% 이상	[ ] 적혈구 증가증(헤마토크리트 55% 초과) [ ] 울혈성 심부전을 시사하는 말초부종 [ ] 폐동맥고혈압
호흡기장애 정도		1. 심한 정도 2. 심하지 않은 정도	
산소치료 처방기간		. . . ~ . . . 까지	
처방전 사용기간		※ 교부일로부터 처방기간까지	

년 월 일

의료급여기관 명칭 (의료급여기관 직인)

의료급여기관 기호

담당의사 (서명 또는 인) 면허번호 제 호

전문과목 전문의 자격번호

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 의사의 처방 및 지시에 따라 사용해 주십시오.
3. 처방전은 반드시 내과·결핵과·흉부외과의 전문의가 발행하여야 합니다. 다만, 소아의 경우에는 소아청소년과 전문의가 발행할 수 있습니다.
4. 처방기간은 1년 이내입니다.
5. 발급일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우 "재발급"에 [✔] 표시한 후 재발행하면 됩니다.
6. 가정산소치료서비스 제공업소별로 산소발생기 종류, 서비스 내용, 서비스 가격 등에 차이가 있으므로 국민건강보험공단 홈페이지(www.nhic.or.kr)에서 그 내용을 확인하시고 이용하십시오.
7. 2019년 7월 1일전 호흡기 장애 1급 또는 2급으로 확인되는 경우에는 별도의 검사 없이 처방전 발급이 가능합니다.

210㎜×297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

■ 요양비의 의료급여기준 및 방법 〔별지 제7호 서식〕 〈신설 2019. 7. 1.〉 (앞쪽)

당뇨병환자 소모성 재료 처방전

※ 그밖의 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바랍니다.

① [ ] 재발급

보장기관명(기호)							
② 진료받은 사람	성명				주민등록번호		
	전화번호				휴대전화번호		
	주소						
진료과목		상병명		상병코드		진단확인일	

처방전 확인사항

당뇨병 구분	[ ] 제1형 당뇨병 [ ] 제2형 당뇨병 ※ 임신 중에 당뇨병으로 진단받은 경우는 별도 환자 등록신청 없이 지원합니다.
제1형 당뇨병 * (1)(2) 동시 만족	(1) 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우 [ ] c-peptide 0.6ng/ml 이하 [ ] 경구포도당섭취자극(또는 글루카곤 주사, 식사 후 등) 후 1.8ng/ml 이하 [ ] 24시간 소변 시펩타이드(C-peptide) 수치가 30μg/24hr 미만 [ ] 최초 진단시 당뇨병성케톤산증(DKA)의 병력 [ ] 항글루타민산탈탄산효소항체(anti-GAD antibody) 등 췌도 또는 인슐린 등에 대한 자가항체 양성인 경우
	(2) [ ] 인슐린 투여
제2형 당뇨병 * (1)(2) 동시 만족	(1) 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우 [ ] 8시간 이상의 공복혈당 ≥ 126mg/dL [ ] 당뇨병의 전형적인 증상(다뇨, 다음, 설명되지 않는 체중감소)과 임의혈당 ≥ 200mg/dL [ ] 75g 경구당부하검사 후 2시간 혈장 혈당 ≥ 200mg/dL [ ] 당화혈색소 ≥ 6.5%
	(2) [ ] 인슐린 투여 [ ] 인슐린 미투여(만 19세 미만만 해당) ※ 만 19세 미만(처방전 발행일 기준)은 인슐린 투여 여부와 무관하게 등록 가능

③ 구분	④ 확인사항
[ ] 제1형 당뇨병	-
[ ] 제2형 당뇨병 ※ 나이는 처방일 기준	[ ] 만 19세 미만: [ ] 인슐린 투여 [ ] 인슐린 미투여 [ ] 만 19세 이상: [ ] 인슐린 투여 ※ 인슐린 미투여시 지원대상에서 제외
[ ] 임신 중 당뇨병 ※ 제2형 당뇨병 환자가 임신중인 경우 임신 중 당뇨병에 표시	[ ] 인슐린 투여 [ ] 인슐린 미투여 ※ 참고 : 분만 예정일 ( )

처방 및 지시사항

⑤ 처방품목		[ ] 혈당측정검사지 [ ] 채혈침 [ ] 인슐린주사기 [ ] 인슐린주사바늘 [ ] 인슐린펌프용 주사기 [ ] 인슐린펌프용 주사바늘
⑥ 총 처방기간		
⑦ 1일 평균 횟수	혈당검사	평균 [ ] 회 검사/일
	인슐린주사	평균 [ ] 회 주사/일 ※ 인슐린 투여횟수에 따른 기준금액: 1회 투여 900원, 2회 투여 1,800원, 3회 이상 2,500원

처방전 사용기간	처방기간	※ 사용기간 내에 구입·제출해야 합니다.

년 월 일

의료급여기관명(기호): ( ) (의료급여기관 직인)

담당의사 성명(면허번호): (제 호) (서명 또는 인)

전문과목(전문의 자격번호): (제 호)

210㎜×297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

요양비

(뒤쪽)

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 의사의 처방 및 지시에 따라 사용해 주십시오.
3. 처방전은 반드시 다음과 같은 전문의가 발행해야 합니다.
   - 제1형 당뇨병은 반드시 내과·소아청소년과·가정의학과 전문의가 발행해야 합니다.
   - 임신중 당뇨병은 반드시 내과·소아청소년과·가정의학과·산부인과 전문의가 발행해야 합니다.
4. 총 처방기간은 해당 전문의의 판단에 따라 최대 180일을 넘지 못합니다.
5. 처방전 발행의사는 환자의 효과적인 당뇨 자가관리를 위해 혈당검사 기록 등 환자의 상태를 확인하여 당뇨병 소모성 재료를 처방할 수 있습니다.
6. 당뇨병 소모성 재료의 기준금액은 아래와 같습니다. 이 경우 나이는 처방일을 기준으로 합니다.

지원대상자			기준금액	
			인슐린 투여자	인슐린 미투여자
제1형 당뇨병환자			2,500원/일	해당사항 없음
제2형 당뇨병환자	만 19세 미만		2,500원/일	1,300원/일
	만 19세 이상 1일 인슐린 투여횟수	1회 투여	900원/일	해당사항 없음
		2회 투여	1,800원/일	해당사항 없음
		3회이상 투여	2,500원/일	해당사항 없음
임신 중 당뇨병환자			2,500원/일	1,300원/일

작성방법

① 재발급: 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우 '재발급'에 [✔] 표시한 후 재발행합니다

② 진료받은 사람: 진료받은 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호, 주소 및 전화번호를 적습니다.

- 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다(휴대전화가 있는 경우 우선적으로 기재)

③ 구분: 해당 당뇨병의 종류 중 하나에 [✔] 표시를 합니다.

- 제2형 당뇨병 환자가 임신중인 경우 임신 중 당뇨병에 [✔] 표시를 합니다.

④ 확인사항: 당뇨병의 구분에 따른 확인사항 중 해당되는 모든 항목에 [✔] 표시를 합니다.

⑤ 처방품목: 처방하는 품목에 [✔] 표시를 합니다.

⑥ 해당 전문의의 판단에 따라 최대 180일을 넘지 못합니다.

⑦ 1일 평균 횟수: 혈당검사 또는 인슐린주사 1일 평균 실시횟수를 기재합니다.

■ 요양비의 의료급여기준 및 방법 〔별지 제8호서식〕 〈신설 2020. 1. 1.〉

당뇨병 관리기기 처방전(연속혈당측정기, 인슐린자동주입기)

① [ ] 재발급	
보장기관명(기호)	

② 진료받은 사람	성 명			주민(외국인)등록번호			
	전화번호			휴대전화번호			
	주 소						
진료과목		상병명		상병코드		진단확인일	

처방전 확인사항

당뇨병 구분	[ ] 제1형 당뇨병
제1형 당뇨병 * (1)(2) 동시 만족	(1) 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우 [ ] c-peptide 0.6ng/ml 이하 [ ] 경구포도당섭취자극(또는 글루카곤 주사, 식사 후 등) 후 1.8ng/ml 이하 [ ] 24시간 소변 시펩타이드(C-peptide) 수치가 30μg/24hr 미만 [ ] 최초 진단시 당뇨병성케톤산증(DKA)의 병력 [ ] 항글루타민산탈탄산효소항체(anti-GAD antibody) 등 췌도 또는 인슐린 등에 대한 자가항체 양성인 경우
	(2) [ ] 인슐린 투여

처방 및 지시사항

③ 처방품목	[ ]연속혈당측정기 [ ] 인슐린자동주입기		
④ 총 처방기간	( ) 개월	⑤ 처방개수	( ) 개
⑥ 다음 처방일			

처방전 사용기간	30일	※ 사용기간 내에 구입·제출하여야 합니다.

년 월 일

의료급여기관명(기호) : ( ) (의료급여기관 직인)

담당의사 성명(면허번호) : (제 호) (서명 또는 인)

전문과목(전문의 자격번호) : (제 호)

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 의사의 처방 및 지시에 따라 사용해 주십시오.
3. 처방전은 반드시 내과·소아청소년과·가정의학과 전문의가 발행하여야 합니다.
4. 처방전 발행의사는 환자의 효과적인 당뇨 자가관리를 위해 혈당검사 기록 등 환자의 상태를 확인하여 당뇨병 관리기기를 처방할 수 있습니다.

작성방법

① 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우 "재발급"에 [✔] 표시한 후 재발행하면 됩니다.
② 진료받은 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호, 주소 및 전화번호를 기재합니다.
- 외국인(재외국민)은 외국인 및 재외국민 등록번호를 기재합니다.
- 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다(휴대전화가 있는 경우 우선적으로 기재)

③ 처방품목 중 해당되는 모든 항목에 [✔] 표시합니다.
④ 총 처방기간은 개월 단위로 기재합니다.
- 연속혈당측정기는 3개월 ~ 12개월 이내에서 의사가 판단하여 기재합니다.
- 인슐린자동주입기는 60개월 이내에서 의사가 판단하여 기재합니다.

⑤ 처방기간동안 처방하는 당뇨병 관리기기의 개수를 기재합니다.
⑥ 날짜는 CCYYMMDD의 형식으로 표기하십시오. (예시) 20200101

210mm×297mm[백상지(80g/㎡)]

VI

의료급여기관 간 동일성분 의약품 중복투약 관리에 관한 기준

[보건복지부 고시 제2020-140호]

의료급여 실무편람

Health Insurance Review & Assessment Service

의료급여기관 간 동일성분 의약품 중복투약 관리에 관한 기준

보건복지가족부 고시 제2010- 38호(2010. 3. 1. 시행)
보건복지부 고시 제2013-111호(2013. 8. 1. 시행)
보건복지부 고시 제2014-201호(2015. 1. 1. 시행)
보건복지부 고시 제2019-308호(2020. 1. 1. 시행)
보건복지부 고시 제2020-140호(2020. 7. 1. 시행)

제1조(목적) 이 기준은 「의료급여법 시행규칙」(이하 "규칙"이라 한다) 제8조의6 및 별표 1의2 제1호 사목에 따라 의료급여 수급권자가 둘 이상의 의료급여기관을 방문하여 동일한 상병으로 동일성분 의약품을 6개월 동안 215일 이상 처방·조제 받는 경우(이하 "중복투약"이라 한다)의 구체적인 인정기준과 관리 등을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(중복투약의 범위와 인정기준) ① 규칙 제8조의6의 "동일한 상병"이라 함은 통계청에서 고시한 한국표준질병·사인분류(KCD)의 동일한 대분류에 속한 질환을 말한다.

② 규칙 제8조의6의 "동일성분 의약품"이라 함은 「국민건강보험법 시행령」 제24조제3항 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제2항에 따른 「약제급여목록 및 급여 상한금액표」상의 주성분코드를 기준으로 주성분 일련번호(1~4번째 자리)와 투여경로(7째 자리)가 동일한 의약품을 말한다.

③ 규칙 제8조의6의 "의료급여기관을 방문하여 처방·조제"라 함은 「의료법」에 따라 개설된 의료기관, 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원·보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소에서 처방받은 후 동 기관에서 원내조제 받거나 「약사법」에 따라 등록된 약국에서 조제 받는 행위, 「약사법」에 의하여 등록된 약국에서 「약사법」 제23조제3항제1호에 의해 처방전 없이 조제 받는 행위를 말한다.

제3조(중복투약일수의 관리 등) ① 국민건강보험공단(이하 "공단"이라 한다)은 중복투약 관리를 위한 시스템을 구축하여 수급권자의 중복투약일수를 관리하여야 한다.

② 공단은 수급권자의 중복투약일수에 관한 현황을 시장·군수·구청장에 통보하여야 한다.

③ 시장·군수·구청장은 제2항에 따라 공단에서 통보받은 중복투약일수 등을 기준으로 수급권자의 합리적인 의료이용을 할 수 있도록 사례관리를 실시해야 한다.

제4조(수급권자에 대한 통보 및 계도 등) ① 공단은 중복투약을 받은 수급권자에게 다음 각 호의 사항을 통보하여야 한다.

1. 중복투약 일수 및 그 내용
2. 규칙 별표 1의2 제1호 사목에 따른 약제비 전액본인부담 가능성

② 수급권자는 중복투약일수에 대한 의료급여내역의 확인을 시장·군수·구청장에 요청할 수 있다.

제5조(약제비 전액본인부담) ① 수급권자가 제4조제1항의 통보를 받은 후에도 규칙 제8조의6을 위반하여 중복투약을 받은 경우에는 3개월 간 조제료 등을 포함하여 약국에서 소요되는 급여비용을 전액 본인부담(이하 "약제비 전액본인부담"이라 한다) 하여야한다. 다만, 영 별표 제1호다목, 규칙 제19조의4제1항제1호에 의료급여기금에서 급여비용의 전부를 부담하는 경우, 인체면역결핍바이러스질환자 및 보건기관(보건의료원은 제외한다)에서 처방·조제받은 경우에는 그러하지 아니하다.

② 제1항 본문의 약제비 전액본인부담 수급권자가 다시 규칙 제8조의6을 위반하여 중복투약을 받은 경우에는 6개월간 약제비전액을 본인부담 하여야한다.

제6조(약제비 전액본인부담 대상자의 통보) 공단은 제5조에 따른 약제비전액 본인부담 대상자를 「선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용절차 등에 관한 규정」 제3조제2항에 따라 설치된 의료급여 자격관리시스템을 통하여 의료급여기관에 통보하여야 한다.

제7조(의료급여기관의 전액본인부담 대상자 확인) 의료급여기관은 원외처방전을 발행하거나 다른 의료급여기관의 처방전에 따라 조제하고자 할 경우에는 약제비전액 본인부담 대상자 여부를 확인하여야 한다.

제8조(기간의 정산 등 세부사항) 중복투약 기간의 정산, 동일성분 의약품 중복투약의 계도, 의료급여기관 및 수급권자에 대한 약제비전액 본인부담 대상자 통보방법 등에 필요한 세부사항은 국민건강보험공단 이사장이 정한다.

제9조(규제의 재검토) 보건복지부장관은 「행정규제기본법」 제8조에 따라 이 고시에 대하여 2015년 1월 1일을 기준으로 매 2년이 되는 시점(매 2년째의 12월 31일까지를 말한다)마다 그 타당성을 검토하여 개선 등의 조치를 하여야 한다.

제10조(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 〈제2010-38호, 2010. 2. 26.〉

이 고시는 2010년 3월 1일 진료분부터 시행한다.

부 칙 〈제2013-111호, 2013. 7. 25.〉

제1조(시행일) 이 고시는 2013년 8월 1일부터 시행한다.

부 칙 〈제2014-201호, 2014. 11. 19.〉

이 고시는 2015년 1월 1일부터 시행한다.

부　　칙 〈제2019-308호, 2019. 12. 27.〉

이 고시는 2020년 1월 1일부터 시행한다.

부　　칙 〈제2020-140호, 2020. 7. 1〉

이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

VII

선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용 절차 등에 관한 규정

[보건복지부 고시 제2020-140호]

의료급여 실무편람

Health Insurance Review & Assessment Service

선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용 절차 등에 관한 규정

보건복지부 고시 제2007- 49호(2007. 7. 1. 시행)
보건복지가족부 고시 제 2008- 9호(2008. 4. 1. 시행)
보건복지가족부 고시 제2009-150호(2009. 8.24. 시행)
보건복지가족부 고시 제2009-255호(2010. 3. 1. 시행)
보건복지부 고시 제2010- 14호(2010. 4.23. 시행)
보건복지부 고시 제2012- 93호(2012. 8.24. 시행)
보건복지부 고시 제2015-113호(2015. 8.24. 시행)
보건복지부 고시 제2020-140호(2020. 7. 1. 시행)

제1조(목적) 이 고시는 「의료급여법 시행규칙」 제8조의3 및 별표1 제4호에서 위임한 사항과 그 시행에 관하여 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(선택의료급여기관 적용 대상자) 「의료급여법 시행규칙」(이하 "규칙"이라 한다) 제8조의3제3항에서 "보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준에 해당하는 자"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말한다.

1. 규칙 제8조의3제1항제1호 또는 제2호에 따른 상한일수에 90일을 합한 급여일수를 초과하여 의료급여를 받고자 하는 자
2. 규칙 제8조의3제1항제3호에 따른 상한일수에 180일을 합한 급여일수를 초과하여 의료급여를 받고자 하는 자

제3조(급여일수에 따른 자격관리 등) ① 시장·군수·구청장은 의료급여기관에서 수급권자를 진료·조제한 후에 전자문서교환방식 또는 정보통신망을 통해 국민건강보험공단(이하 "공단"이라 한다)으로 전송하는 급여일수 등을 기준으로 수급권자의 자격을 관리한다. 다만, 불가피한 경우 의료급여기관에서 건강보험심사평가원에 심사청구한 급여일수 등으로 자격관리를 할 수 있다.

② 제1항에 따라 공단은 급여일수 등 자격관리를 위한 시스템을 구축하고, 의료급여기관에 관련 프로그램 등을 지원할 수 있다.

③ 의료급여기관에서는 수급권자를 진료·조제한 후 지체 없이 제2항에 따라 설치된 자격관리 시스템 등을 통해 다음 각호의 내용을 공단으로 전송하여야 한다.

1. 주상병명
2. 급여일수
3. 처방전교부기관기호
4. 처방전교부번호
5. 진료를 의뢰한 선택의료급여기관 기호 등 보건복지부장관이 정하는 사항

④ 제3항에 따라 전송받은 경우 공단은 지체 없이 이를 확인하는 번호를 의료급여기관으로 전송하여야 한다.

제4조(선택의료급여기관의 신청) 규칙 제8조의3제3항부터 제5항에 따라 선택의료급여기관을 선택하여야 하는 수급권자 또는 신청에 의하여 선택의료급여기관을 선택하는 수급권자는 별지 제1호서식의 선택의료급여기관(신규·변경) 신청서를 작성하여 관할 시장·군수·구청장에게 제출하여야 한다.

제5조(선택의료급여기관 이외 치과의원, 한의원 선택 이용) 규칙 별표1제2호나목에 따라 치과의원, 한의원을 선택하여 이용하는 수급권자가 그 치과의원, 한의원에서 외래진료를 받는 경우에는 의료급여법 시행령(이하 "영"이라 한다) 별표 제1호가목에서 의료급여기금에서 부담하는 급여비용 외의 비용을 부담한다.

제6조(의료급여 의뢰 범위 등) ① 선택의료급여기관에서 진찰결과 또는 진료 중에 다른 의료급여기관으로의 진료가 필요하다고 판단되는 경우에 의료급여를 의뢰할 수 있는 범위는 다음 각 호와 같다.

1. 선택의료급여기관이 제1차의료급여기관인 경우, 다른 제1차의료급여기관 또는 제2차의료급여기관으로 의료급여를 의뢰하는 경우
2. 선택의료급여기관이 제2차 또는 제3차의료급여기관인 경우, 그 선택의료급여기관 이외의 다른 의료급여기관으로 의료급여를 의뢰하는 경우

② 제1항에 따라 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관은 진찰결과 또는 진료 중에 규칙 제3조에 따라 다른 의료급여기관에서 진료가 필요하다고 판단되는 경우에 의료급여를 의뢰할 수 있다. 다만, 다음 각 호의 하나에 해당하는 경우에는 의료급여를 의뢰할 수 없다.

1. 제1차의료급여기관에서 다른 제1차의료급여기관으로 의뢰하는 경우
2. 제2차의료급여기관에서 다른 제2차의료급여기관으로 의뢰하는 경우
3. 제3차의료급여기관에서 다른 제3차의료급여기관으로 의뢰하는 경우

제7조(의료급여 의뢰 사실 통보) 규칙 별표1 제1호다목 및 라목에 따라 선택의료급여기관 또는 선택의료급여기관에서 의뢰받은 의료급여기관에서 보장기관으로 의료급여 의뢰 사실의 통보는 제3조제2항에 따라 설치된 자격관리 시스템 등을 통해 전송하는 것으로 갈음할 수 있다.

제8조(의료급여 의뢰시 진료기간) 선택의료급여기관에서 다른 의료급여기관으로 진료의뢰를 받은 수급권자는 그 질환에 대한 치료가 종료될 때까지 그 의료급여기관에서 진료를 받을 수 있다. 이 경우 수급권자는 영 별표 제1호가목에서 의료급여기금에서 부담하는 급여비용 외의 비용을 부담한다.

제9조(희귀난치성질환자의 선택의료급여기관 추가 특례) ① 제2조제1항제1호에 해당하는 자로서 선택의료급여기관을 제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관 중 한 곳으로 정하고, 규칙 별표1 제2호가목에 해당하지 않는 경우에는 제1차의료급여기관 또는 제2차의료급여기관 중 한 곳을 추가하여 선택하게 할 수 있다.

② 제1항에 따라 추가적으로 선택한 제1차의료급여기관 또는 제2차의료급여기관에서 외래진료를 받은 경우 규칙 제19조의4제1항제3호에 따라 선택의료급여기관에서 외래진료를 받은 것으로 본다.

제10조(응급상황 발생 등) 규칙 제8조의3제3항부터 제5항까지에 따라 선택의료급여기관을 이용하는 자가 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 해당하는 응급환자로서 진료를 받고자 하는 경우 또는 장애인 보장구를 지급

받고자 하는 경우에는 선택의료급여기관 이외의 의료급여기관을 이용할 수 있다. 이 경우 규칙 제19조의4 제1항제3호에 따라 선택의료급여기관에서 외래진료를 받은 것으로 본다.

제11조(선택의료급여기관의 변경) ① 선택의료급여기관을 변경하고자 하는 수급권자는 별지 제1호서식의 선택의료급여기관 (신규·변경) 신청서를 작성하여 관할 시장·군수·구청장에게 제출하여야 한다.

② 제1항에 따라 신청서를 받은 시장·군수·구청장은 규칙 별표1 제3호가목에 따라 변경사유에 해당하는지 여부를 확인해야 한다.

③ 제2항에 따라 선택의료급여기관이 변경되면 그 사실을 기존 선택의료급여기관 및 새로운 선택의료급여기관에 각각 통보하여야 한다.

제12조(선택의료급여기관 이용의 탈퇴) ① 규칙 제8조의3제5항에 따라 선택의료급여기관을 선택하여 이용하는 자는 제2조의 각 호의 기준에 해당하지 아니하는 경우에는 본인의 신청에 의하여 선택의료급여기관 이용에서 탈퇴 할 수 있으며, 이 경우 별지 제1호서식의 선택의료급여기관 (신규·변경)신청서를 작성하여 관할 시장·군수·구청장에게 제출하여야 한다.

② 제1항에 따라 선택의료급여기관 이용에서 탈퇴한 수급권자는 그 해 다시 제8조의3제5항에 따라 의료급여기관을 선택하여 이용할 수 없다.

제13조(재검토기한) 보건복지부장관은 이 고시에 대하여 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정」에 따라 2020년 7월 1일을 기준으로 매 3년이 되는 시점(매 3년째의 6월 30일까지를 말한다)마다 그 타당성을 검토하여 개선 등의 조치를 하여야 한다.

부 칙 〈2007. 6. 15.〉

① **(시행일)** 이 고시는 2007년 7월 1일부터 시행한다.

② **(경과규정)** 규칙 제8조의2에 따라 선택의료급여기관을 선택하여 이용하는 수급권자가 시행일 이전부터 선택의료급여기관이 아닌 제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관에서 진료를 받고 있는 경우에는 당해 질환 진료 종료시까지 별도의 의료급여 의뢰서 없이 그 의료급여기관에서 진료를 받을 수 있다. 이 경우 영 별표 제1호가목에 따라 의료급여기금에서 지원하는 급여비용 이외의 비용을 본인이 부담한다.

부 칙 〈2008. 4. 1.〉

① **(시행일)** 이 고시는 공포한 날부터 시행한다.

부 칙 〈2009. 8. 24.〉

① **(시행일)** 이 고시는 공포한 날부터 시행한다.

부 칙 〈2009. 12. 31.〉

이 고시는 2010년 3월 1일 진료분부터 적용한다.

부　　칙 〈2010. 4. 23.〉

이 고시는 발령한 날로부터 시행한다.

부　　칙 〈2012. 7. 20.〉

제1조(시행일) 이 고시는 2012년 8월 24일부터 시행한다.

부　　칙 〈2015. 6. 26.〉

이 고시는 2015년 8월 24일부터 시행한다.

부　　칙 〈2020. 7. 1.〉

이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

건강보험심사평가원

HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

VIII

업무정지처분에 갈음한 과징금 적용기준

[보건복지가족부 고시 제2008-153호]

의료급여 실무편람

Health Insurance Review & Assessment Service

업무정지처분에 갈음한 과징금 적용기준

보건복지부 고시 제2007-90호(2007. 10. 23. 시행)
보건복지가족부 고시 제2008-403호(2008. 10. 24. 시행)
보건복지가족부 고시 제2008-153호(2008. 11. 26. 시행)

제1조(목적) 이 기준은 국민건강보험법 제85조제2항 및 동법 시행령 제61조 별표5와 의료급여법 제29조제2항 및 동법시행규칙 제33조 별표3의 규정에 의한 과징금을 부과함에 있어 요양기관(의료급여기관을 포함한다. 이하 같다)을 이용하는 자에게 심한 불편을 주는 경우 등으로 인하여 업무정지처분에 갈음하여 과징금을 부과할 수 있는 대상 및 분할납부 등을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(과징금 부과대상) 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 업무정지처분에 갈음하여 과징금을 부과·징수할 수 있다.

1. 요양기관을 이용하는 자에게 심한 불편을 주는 경우
   가. 입원실, 응급실, 집중치료실, 수술실, 인공신장투석실, 장애인재활치료실, 방사선치료실과 같은 특수진료시설 중 하나 이상의 시설을 갖추고 해당 진료를 실시하고 있는 요양기관
   나. 한센병, 결핵, 정신질환(입원환자), 만성신부전, 혈우병, 화상 등과 같이 장기간 동안 지속적인 진료를 요하는 특수질환의 환자를 주 진료대상으로 하는 요양기관
   다. 처분을 받게 될 요양기관이 소재하고 있는 시·군·구에 당해 요양기관과 동일종별의 타 요양기관이 없는 경우. 다만, 의원급의 요양기관은 읍, 면, 동, 도서지역의 동일 섬에 의료법 제77조제2항에 의한 동일표시 전문과목의 타 요양기관이 1개 이하인 경우(전문과목 미표시 의원은 타 의원이 1개 이하인 경우로 함)로 하고, 약국의 경우는 타 약국이 1개 이하인 경우
   라. 기타 요양기관을 이용하는 자에게 위 가 내지 다에 준하는 불편을 준다고 인정되는 경우
2. 기타 특별한 사유가 있다고 인정되는 경우
   가. 국·공립 요양기관
   나. 업무정지기간이 100일 이하인 요양기관
   다. 요양기관이 행정처분 절차 중에 폐업하였거나, 법인이 개설한 요양기관이 대표자의 인격이 변경되어 처분대상기관이 없는 등으로 인하여 업무정지처분이 제재수단으로서 실효성이 없어 과징금 처분이 타당하다고 판단되는 경우
   라. 여러 명이 공동으로 개설한 요양기관 중에서 조사 대상기간 동안에 개설자 및 개설기간을 달리함으로 인하여 각 개설자별 및 각 개설기간별로 부당금액이나 업무정지기간을 구분하여 산출하기 어려운 경우
   마. 업무정지처분을 받고자하는 요양기관의 요구가 사회통념상 현저히 부당하여 과징금으로 처분하는 것이 타당하다고 보건복지부가족장관이 인정하는 경우

제3조(과징금 신청) 제2조의 과징금 부과대상중 제1호의 각목과 제2호의 나목에 해당되는 요양기관이 업무정지처분에 갈음하여 과징금 처분을 받고자 할 경우에는 처분사전통지에 대한 의견제출 기한일 이내에 별지 제1호 서식에 의한 과징금 신청서를 제출하여야 한다.

제4조(과징금 분할납부) ① 요양기관은 업무정지처분에 갈음하여 부과된 과징금에 대해 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 사유로 인하여 과징금 전액을 일시에 납부하기가 어렵다고 인정되는 때에는 분할납부를 신청할 수 있다.

1. 재해 또는 도난으로 재산에 심한 손실을 받은 때
2. 사업에 현저한 손실을 받은 때
3. 사업이 중대한 위기에 처한 때
4. 과징금납부대상자 또는 그 동거가족의 질병이나 중상해로 장기치료를 요하는 때
5. 기타 상기 사유에 준하는 사유가 있는 때

② 요양기관은 제1항에 의하여 과징금 분할납부를 신청하고자 하는 경우에는 과징금처분통지서의 과징금 납부기한일 이내에 별지 제1호 서식에 의한 과징금 분할납부 신청서 및 그 사유를 증명하는 자료를 제출하여야 한다. 다만, 과징금 처분 전에 분할납부의사를 표시하는 경우에는 처분사전통지에 대한 의견제출 기한일 이내에 제출하여야 한다.

③ 보건복지부장관(국민건강보험법 제85조를 위반하여 과징금 처분을 받은 경우) 또는 시·도지사(의료급여법 제28조를 위반하여 과징금 처분을 받은 경우)는 요양기관에서 과징금의 분할납부를 신청한 경우 별표 1의 기준에 따라 과징금의 분할납부 여부 및 분할납부 기간을 결정하고 그 결과를 요양기관에 통지한다. 다만, 과징금 행정처분 이전에 분할납부를 신청한 경우에는 그 결과통지를 행정처분서로 갈음한다.

부 칙 〈2007. 10. 23.〉

① **(시행일)** 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

② **(과징금 분할납부에 대한 경과조치)** 의료급여법에 의한 분할납부기간은 별표1의 규정에 불구하고 2007년 12월 31일까지는 종전의 기준을 적용한다.

부 칙 〈2008. 10. 24.〉

① **(시행일)** 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

부 칙 〈2008. 11. 26.〉

① **(시행일)** 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

〔별표 1〕

과징금 분할납부 산정기준

유 형 별	과징금 규모	분할납부기간(횟수)
과징금 부과일 현재 개설중인 요양기관	1억원 이상	2~12개월(12회 이하)
	5천만원 이상 ~ 1억원 미만	2~9개월(9회 이하)
	3천만원 이상 ~ 5천만원 미만	2~6개월(6회 이하)
	3천만원 미만	2~3개월(3회 이하)
과징금 부과일 현재 요양기관 개설 없이 고용근무 등의 경우	5천만원 이상 ~	2~12개월(12회 이하)
	3천만원 이상 ~ 5천만원 미만	2~9개월(9회 이하)
	1천만원 이상 ~ 3천만원 미만	2~6개월(6회 이하)
	1천만원 미만	2~3개월(3회 이하)

주) 요양기관이 과징금의 분할납부를 신청할 경우 해당기관의 재정상태를 감안하여 분할납부기간을 결정할 수 있으며, 재정상태가 현저하게 적자일 경우에는 적자 규모를 감안하여 12월의 범위 내에서 과징금의 분할납부를 허용할 수 있다.

〔별지 제1호 서식〕

(앞면)

고지서 번호		과징금 (분할)납부 신청서			
신청자	요양기관명		요양기관기호		
	대표자		주민등록번호	-	
	요양기관 소재지			전화번호	
	주소 또는 거소			전화번호	
	E-mail주소				
과징금 금액					
과징금 신청사유					
분할납부사유 *1)				희망분할 납부회수	회

국민건강보험법시행령 제61조(의료급여법 시행규칙 제33조)의 규정에 의하여 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인 서명 또는 인

보건복지부장관 귀하

※ 구비서류 : 분할납부사유를 증빙할 수 있는 자료
(재해 또는 도난사실증명서, 재무제표, 질병 또는 상해증명서 등)

***1) 굵은 선 안의 내용에 대해서는 분할납부를 신청할 경우에만 작성**

(뒷면)

〈업무정지에 갈음하여 과징금을 부과·징수할 수 있는 경우〉

1. 요양기관(의료급여기관을 포함한다. 이하 같다)을 이용하는 자에게 심한 불편을 주는 경우

가. 입원실, 응급실, 집중치료실, 수술실, 인공신장투석실, 장애인재활치료센터, 방사선치료실과 같은 특수진료시설 중 하나 이상의 시설을 갖추고 해당 진료를 실시하고 있는 요양기관

나. 한센병, 결핵, 정신질환(입원환자), 만성신부전, 혈우병, 화상 등과 같이 장기간 동안 지속적인 진료를 요하는 특수질환의 환자를 주 진료대상으로 하는 요양기관

다. 처분을 받게 될 요양기관이 소재하고 있는 시·군·구에 당해 요양기관과 동일 종별의 타 요양기관이 없는 경우. 다만, 의원급의 요양기관은 동, 읍, 면, 도서지역의 동일 섬에 의료법 제77조제2항에 의한 동일표시 전문과목의 타 요양기관이 1개 이하인 경우(전문과목 미표시 의원은 타 의원이 1개 이하인 경우로 함)로 하고, 약국의 경우는 타 약국이 1개 이하인 경우

라. 기타 요양기관을 이용하는 자에게 위 가~다 에 준하는 불편을 준다고 인정되는 경우

2. 기타 특별한 사유가 있다고 인정되는 경우

가. 국·공립 요양기관

나. 업무정지기간이 100일 이하인 요양기관

다. 요양기관이 행정처분 절차 중에 폐업하였거나, 법인이 개설한 요양기관이 대표자의 인격이 변경되어 처분대상기관이 없는 등으로 인하여 업무정지처분이 제재수단으로서 실효성이 없어 과징금 처분이 타당하다고 판단되는 경우

라. 여러 명이 공동으로 개설한 요양기관 중에서 조사 대상기간 동안에 개설자 및 개설기간을 달리함으로 인하여 각 개설자별 및 각 개설기간별로 부당금액이나 업무정지기간을 구분하여 산출하기 어려운 경우

마. 업무정지처분을 받고자하는 요양기관의 요구가 사회통념상 현저히 부당하여 과징금으로 처분하는 것이 타당하다고 보건복지부장관 또는 시·도지사가 인정하는 경우

〈 과징금 분할납부 산정기준 〉

유 형 별	과징금 규모	분할납부기간(횟수)
과징금 부과일 현재 개설중인 요양기관	1억원 이상	2~12개월(12회 이하)
	5천만원 이상 ~ 1억원 미만	2~9개월(9회 이하)
	3천만원 이상 ~ 5천만원 미만	2~6개월(6회 이하)
	3천만원 미만	2~3개월(3회 이하)
과징금 부과일 현재 요양기관 개설 없이 고용근무 등의 경우	5천만원 이상 ~	2~12개월(12회 이하)
	3천만원 이상~ 5천만원 미만	2~9개월(9회 이하)
	1천만원 이상~ 3천만원 미만	2~6개월(6회 이하)
	1천만원 미만	2~3개월(3회 이하)

주) 요양기관이 과징금의 분할납부를 신청할 경우 해당기관의 재정상태를 감안하여 분할납부기간을 결정할 수 있으며, 재정상태가 현저하게 적자일 경우에는 적자 규모를 감안하여 12월의 범위내에서 과징금의 분할납부를 허용할 수 있다.

IX

급여비용의 예탁 및 지급에 관한 규정

[보건복지부 고시 제2020-227호]

의료급여 실무편람

Health Insurance Review & Assessment Service

급여비용의 예탁 및 지급에 관한 규정

보건복지부 고시 제2001- 53호(2001.10. 1. 시행)
보건복지부 고시 제2002-100호(2003. 1. 1. 시행)
보건복지부 고시 제2004- 66호(2004.11.15. 시행)
전부개정 보건복지부 고시 제2007-201호(2007. 6. 1. 시행)
보건복지가족부 고시 제2008-155호(2008.12.15. 시행)
보건복지가족부 고시 제2009-150호(2009. 8.24. 시행)
보건복지부 고시 제2010- 37호(2010. 3. 1. 시행)
보건복지부 고시 제2012-103호(2012. 8.24. 시행)
보건복지부 고시 제2015-264호(2015. 8.24. 시행)
보건복지부 고시 제2020-140호(2020. 7. 1. 시행)
보건복지부 고시 제2020-227호(2020.10. 8. 시행)

제1장 총 칙

제1조(목적) 이 규정은 의료급여법 시행규칙 제21조제5항, 제23조, 제28조 제7항 및 제31조제2항의 규정에 의한 급여비용의 예탁금결정액의 예탁, 급여비용의 지급에 필요한 세부절차 및 방법, 급여비용의 가감지급기준에 관한 사항을 정함을 목적으로 한다.

제2조(정의) 이 규정에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "현물급여비용"이라 함은 건강보험심사평가원(이하 "심사평가원"이라 한다)의 의료급여비용심사결과통보서에 의하여 의료급여기관에 지급하기로 결정된 기관부담금에서 대지급금을 제외한 금액을 말한다.
2. "임신·출산 진료비용"이라 함은 의료급여법 시행규칙(이하 "시행규칙"이라 한다) 제8조의2에 따라 임산부에게 지원되는 비용을 말한다.
3. "건강생활유지비용"이라 함은 시행규칙 제28조제7항제1호에 따라 수급권자의 본인부담금 지원을 위한 비용을 말한다.
4. "급여비용"이라 함은 제1호의 규정에 의한 현물급여비용과 제2호 및 제3호의 규정에 의한 임신·출산 진료비용과 건강생활유지비용(이하 "본인부담금지원비용"이라 한다)을 말한다.
5. "급여비용예탁금"이라 함은 제4호의 규정에 의한 급여비용의 지급을 위하여 국민건강보험공단(이하 "공단"이라 한다)이 특별시장·광역시장·도지사(이하 "시·도지사"라 한다)로부터 예탁받은 금액(이하 "예탁금"이라 한다)을 말한다.
6. "월별예탁금결정액"이라 함은 시행규칙 제31조제1항제7호의 규정에 의한 시·도별 건강생활유지비예탁금결정액을 말한다.
7. "분기별예탁금결정액"이라 함은 시행규칙 제28조제7항제1호의 규정에 의한 시·도의 분기별 본인부담금지원비용예탁금결정액을 말한다.

8. "전월예탁금잔액"이라 함은 전월 예탁금에서 의료급여기관에 지급 또는 환수한 금액을 가감한 금액을 말한다.
9. "확인번호"라 함은 공단의 수급권자의 자격관리를 위한 시스템(이하 "의료급여 자격관리시스템"이라 한다)에서 공단에서 임신·출산 진료비 및 건강생활유지비 차감, 급여일수 관리 등을 통해 의료급여기관에 지원하는 프로그램 등을 통해 정상적으로 절차가 이루어진 경우에 부여하는 번호를 말한다.

제3조(적용범위 등) 이 규정의 적용범위는 다음 각 호와 같다.

1. 예탁금의 수납
2. 급여비용의 지급
3. 예탁금의 보관·운용과정에서 발생된 이자수입
4. 급여비용의 예탁 및 지급과정에서 발생되는 송금수수료, 전산통신망이용료 등의 직접경비

제4조(위탁기관 등) 공단은 제3조 각호의 업무를 수행하기 위하여 국민건강보험법 제89조제1항의 규정에 의한 금융기관 또는 체신관서(이하 "위탁금융기관"이라 한다)와 위탁계약을 체결할 수 있다. 이 경우 위탁계약의 내용은 공단의 "사이버통합자금관리시스템"의 방식에 따른다.

제5조(계좌의 설치) ① 공단은 제4조의 위탁금융기관중 중앙모점을 지정하여 예탁금수납계좌(이하 "수납계좌"라 한다)를 설치하여야 한다.

② 공단은 제1항의 규정에 의한 수납계좌의 설치 또는 변경을 행한 경우에는 이를 즉시 보건복지부장관, 시·도지사 등에게 통보하여야 한다.

③ 공단은 급여비용의 지급을 위하여 위탁금융기관 중앙모점에 지급용 자금을 관리하기 위한 급여비용지급계좌(이하 "지급계좌"라 한다)를 설치하여야 한다.

④ 공단은 의료급여기관의 계좌불명 등의 사유로 급여비용이 지급되지 않은 자금을 관리하기 위한 미입금반송관리계좌를 위탁금융기관 중앙모점에 설치하여야 한다.

제6조(급여비용의 회계연도 소속 구분) 급여비용의 회계연도 소속 구분은 다음 각호의 1과 같다.

1. 예탁금은 공단의 수납계좌에 입금된 날이 속하는 연도
2. 현물급여비용은 심사평가원으로부터 시행규칙 제21조제2항의 규정에 의한 의료급여비용심사결과통보서 및 전산기록장치를 인수받은 날이 속하는 연도
3. 의료급여기관에 지급하는 본인부담금지원비용은 공단에서 급여비용의 지급액을 결정한 날이 속하는 연도
4. 보장기관의 수급권자 확인에 의하여 지급하는 급여비용은 공단에서 급여비용의 지급액을 결정한 날이 속하는 연도
5. 건강생활유지비용 잔액을 수급권자에게 지급하는 급여비용은 공단에서 급여비용의 지급액을 결정한 날이 속하는 연도

제7조(예탁금의 관리) ① 공단은 예탁금을 시·도별로 구분·계리하여야 한다.

② 공단은 예탁금의 관리와 그 회계를 건강보험재정 및 공단의 회계와 별도로 구분·처리하여야 한다. 이 경우 급여비용의 예탁과 그 지급에 관한 회계처리는 공단의 "회계규정"을 준용한다.

③ 급여비용의 회계처리방식은 자산의 증감과 부채의 증감으로 표시한다.

④ 공단은 예탁금을 의료급여법(이하 "법"이라 한다) 제26조제3항에 규정된 방법으로 관리·운용할 수 있다.

제8조(예탁금의 수납확인 및 대장정리) ① 공단은 월별 또는 분기별 예탁금결정액 통보내역과 수납된 예탁금을 대조확인하고, 수납내역에 이상이 없는 경우에는 수납내역을 각 시·도별 예탁금 원장에 반영·전산관리하여야 한다.

② 공단은 각 시·도별 급여비용지급내역을 예탁금 원장에 반영하고 시·도별 일일 예탁금잔액을 관리하여야 한다.

제9조(예탁금의 이자관리) ① 공단은 예탁금에서 발생된 수입이자에 대하여는 연도말 결산시점에 정산하고, 시·도별 배분금액을 해당 시·도의 예탁금에 반영하여야 한다. 이 경우 공단은 시·도별 결산이자 발생내역서를 해당 시·도에 송부하여야 한다.

② 제1항의 규정에 의한 배분금액은 회계연도 예탁금총액에 대한 시·도별 예탁금납부금액의 비율에 예탁금 수입이자총액을 곱하여 산출한다.

제10조(착오지급시 정산) 공단은 급여비용이 착오로 지급된 경우에는 해당 의료급여기관에 즉시 그 지급액의 반환을 요청하여야 하며, 이를 이행하지 않는 의료급여기관에 대하여는 차후 지급할 급여비용과 상계정산하여 지급할 수 있다.

제11조(급여비용의 결산) ① 결산은 당해 연도의 급여비용의 지급실적과 예탁금의 운용현황을 명확히 파악할 수 있도록 회계연도말을 기준으로 실시한다. 다만, 업무상 필요한 경우 등에는 분기별로 가결산을 실시할 수 있다.

② 공단은 결산시에 각 시·도의 급여비용 지급내역별로 정산을 실시하되, 분기별·연도별 정산을 원칙으로 한다. 이 경우 미지급금액은 정산기간중 지급결정액과 그 기간 중 지급된 지급액을 확정하여 계산한다.

③ 공단은 결산서에 다음 각호의 서류를 첨부하여 회계연도 종료 후 2개월 이내에 보건복지부장관 및 시·도지사에게 통보하여야 한다.

1. 대차대조표(총괄, 시·도별)
2. 예금잔액 증명서
3. 각 계정명세서
4. 합계잔액시산표(총괄)
5. 제2항의 연도별 정산서

제12조(급여비용 지급관련 직접경비) 제3조제5호의 규정에 의한 직접경비는 다음 각호의 1에 정한 기준에 의하여 예탁금에서 집행·반영한다.

1. 계좌입금을 위한 송금수수료(타행환 수수료 포함)는 시·도별 발생건수를 기준으로 한다.
2. 펌 뱅킹(Firm Banking)을 위한 전산통신망 이용요금은 시·도별 송신건수를 기준으로 배분하되 전산통신망 제공업체의 고지에 의하여 납부하고, 납부일을 기준으로 한다.
3. 예탁금 부족으로 인하여 미지급액이 발생한 경우에는 예탁금 예탁 즉시 정산한다.

제13조(문서의 관리 등) 예탁금의 예탁과 지출에 관한 문서의 관리는 공단의 사무관리규정을 준용한다.

제2장 현물급여비용의 예탁 및 지급에 관한 규정

제14조(현물급여비용 예탁금결정액의 통보 및 납부 등) ① 보건복지부장관은 매분기별 각 시·도에 국고보조금을 교부할 때 월별 현물급여비용 예탁금을 결정하여 해당 시·도지사와 공단이사장에게 통보하여야 한다. 이 경우 월별 예탁금결정액 통보는 별지 제1호서식에 의한다.

② 제1항의 규정에 의한 현물급여비용예탁금납부통보서를 받은 시·도지사는 매월 20일까지 해당 예탁금을 제5조제1항의 규정에 의한 공단의 수납계좌에 입금하여야 한다. 이 경우 각 시·도지사는 국고보조금과 지방자치단체출연금의 내역을 공단에 통보하여야 한다.

③ 시·도지사는 제1항의 규정에 의한 월별 예탁금결정액을 지정예탁일까지 납부하지 못한 경우에는 그 사유를 보건복지부장관 및 공단이사장에게 통보하여야 한다.

④ 공단은 시·도지사가 정당한 사유없이 현물급여비용을 예탁하지 않을 경우에는 그 시·도의 해당 현물급여비용의 지급을 중단할 수 있다.

⑤ 공단은 시·도별 현물급여비용 예탁금 납부현황과 현물급여비용 지급현황을 공단의 홈페이지에 공개하여 관계기관 및 이해관계인 등으로 하여금 이를 참고하게 할 수 있다.

제15조(시·군·구별 출연금의 결정통보 등) ① 제14조제1항의 규정에 의한 현물급여비용예탁금결정액을 통보받은 시·도지사는 관할 시·군·구의 수급권자수, 전년도 진료비 등을 감안하여 "지방재정법시행령 제33조제1항의 규정에 의한 지방자치단체 경비부담의 기준 등에 관한 규칙" 별표에 규정된 시·군·구별 부담비율에 따라 해당 시·군·구별 출연금을 지체없이 결정·통보하여야 한다.

② 시장·군수·구청장은 제1항의 규정에 의하여 통보받은 출연금을 제14조제2항의 규정에 의한 시·도의 현물급여비용 예탁기일 3일전까지 시·도에 설치된 기금에 출연하여야 한다.

제16조(현물급여비용의 지급원칙) ① 공단은 시행규칙 제21조제3항의 규정에 따라 해당 시·도별 현물급여비용 예탁금의 범위 안에서 현물급여비용을 지급하여야 한다.

② 공단은 현물급여비용에 대하여 심사평가원이 통보한 심사결정내역과 보장기관이 지급 또는 환수 결정한 내용에 따라 지급할 금액에서 현물급여비용 대지급금을 제외한 현물급여비용을 지급한다.

제17조(현물급여비용의 가감지급) 시행규칙 제23조의 규정에 의한 현물급여비용의 가산 또는 감액지급에 관한 기준은 국민건강보험법시행규칙 제11조의 규정에 의하여 보건복지부장관이 고시한 "요양급여의적정성평가 및요양급여비용의가감지급기준"에 의한다.

제18조(현물급여비용의 지급절차 등) ① 공단은 의료급여에 관한 산정특례 대상자 자격정보를 심사평가원에 제공할 수 있다.

② 심사평가원은 현물급여비용 심사청구건에 관하여 의료급여 산정특례 대상자의 자격정보를 연계하여 점검할 수 있다.

③ 심사평가원은 현물급여비용의 심사청구건에 대한 심사결정이 완료된 때에는 지체 없이 의료급여비용심사결과통보서와 심사결정내역화일을 공단에 송부하여야 한다. 다만, 전자문서교환방식(EDI)청구건 중 오류건에 대하여는 심사결정 전에 의료급여기관에 반송하여 새로이 청구하도록 안내하여야 한다.

④ 공단은 심사평가원으로부터 제3항의 의료급여비용심사결과통보서를 송부받은 때에는 심사결정내역화일과 공단의 자격내역을 연계·점검하여 정상지급건과 자격확인대상 지급보류건, 무자격자 진료 지급불능건으로 현물급여비용의 지급여부를 구분·처리하고, 그 자격점검결과를 지체없이 전산화일로 심사평가원에 송부하여야 한다. 다만, 의료급여 자격관리시스템을 활용하여 확인번호를 부여받은 건에 대하여는 현물급여비용을 지급하고 사후 정산한다.

⑤ 심사평가원은 의료급여비용심사결과통보서에 제4항의 규정에 의하여 공단으로부터 통보받은 지급불능건과 지급보류건의 내역을 표기하여 의료급여기관 및 시장·군수·구청장에게 통보하여야 한다. 이 경우 지급불능건에 대하여는 의료급여기관으로 하여금 새로이 청구하도록 안내하여야 한다.

⑥ 공단은 수급권자 자격점검결과 정상지급건에 대하여는 다음 각호의 절차에 의하여 현물급여비용을 지급하여야 한다.

1. 현물급여비용총괄표, 은행별지급의뢰서총괄표 및 계좌송금의뢰총괄표를 통하여 지급건수 및 금액, 원천징수세액, 본인부담금환급금, 채권압류금액 등을 확인한 후 현물급여비용의 지급액을 결정한다.
2. 제1호의 지급결정액중 증감사유가 발생하는 경우 이를 가감한 후 위탁금융기관에 송금을 의뢰한다.
3. 공단은 현물급여비용을 지급할 때에는 별지 제2호서식(의료급여비용지급통보서)을 의료급여기관에, 별지 제3호서식(의료급여비용지급결과통보서)을 시장·군수·구청장에게 송부하고, 의료급여기관별 소득세(주민세)원천징수액 집계표(차수별, 월별)를 별도로 관리하여야 한다.

⑦ 공단은 현물급여비용 지급대상건중 예탁금 부족으로 지급하지 못한 미지급내역을 각 시·도 및 의료급여기관별로 관리하여야 한다.

⑧ 공단은 제4항의 규정에 의한 수급권자 자격점검결과 지급보류건에 대하여는 별지 제2호서식(현물급여비용지급통보서)에 지급보류 및 지급불능사유를 표기하여 의료급여기관에 통보하여야 한다.

제19조(지급보류건 등의 처리) 제18조제4항의 규정에 의한 자격확인대상 지급보류건과 행려환자의 현물급여비용 청구건의 지급절차는 다음 각호와 같다.

1. 공단은 의료급여비용의 지급을 보류하고, 별지 제4호서식(의료급여비용수급권확인및결정내역통보서)을 시장·군수·구청장에게 통보하여야 한다.
2. 시장·군수·구청장은 의료급여비용수급권확인및결정내역서를 통보받은 날로부터 7일 이내에 그 수급권자의 자격을 확인하고, 그 결과를 공단에 통보하여야 한다.
3. 공단은 시장·군수·구청장이 통보한 결정내역에 따라 제18조제6항의 절차를 적용하여 현물급여비용을 지급한다.

제20조(건강보험과 현물급여비용의 정산) 공단은 시장·군수·구청장이 건강보험 급여비용과의 정산으로 인하여 지급결정 통보한 건강보험 급여비용 정산액을 해당 시·도의 예탁금에서 지급한다.

제21조(현물급여비용의 지급 순위) 공단은 현물급여비용에 대하여 시·도별로 의료급여비용심사청구 접수일을 기준으로 현물급여비용을 지급하되, 예탁금잔액의 부족으로 동일일자 현물급여비용을 전액 지급할 수 없는 경우에는 소액 현물급여비용을 우선 지급할 수 있다.

제22조(본인부담금환급금의 지급) ① 공단은 법 제11조제3항의 규정에 의한 본인부담금환급금이 발생한 경우에는 시·도별 예탁금잔액에 반영하고 그 발생내역을 해당 시·도지사에게 통보하여야한다.

② 공단은 시·군·구별로 본인부담금환급금 발생내역을 통보하고, 시장·군수·구청장은 그 내역을 확인하여 수급권자에게 반환하여야 한다.

③ 제2항의 규정에 의하여 수급권자에게 반환된 본인부담금환급금액은 다음달 시·도에서 예탁할 예탁금 결정액과 정산한다.

제23조(현물급여비용 대지급금의 통보 등) 공단은 의료급여비용심사차수별 현물급여비용대지급금 내역을 시장·군수·구청장에게 통보하고 시장·군수·구청장은 그 내역을 확인하여 의료급여기관에 지급하여야 한다.

제24조(현물급여비용의 정산) ① 공단은 매월 또는 분기별 예탁된 시·도별 예탁금중에서 예탁금 지급내역을 매월 단위로 정산한 후 예탁금액, 지급액, 미지급액, 예탁금잔액 등 그 정산내역을 해당 시·도지사에게 통보하여야 한다.

② 공단은 매분기말 현재 시·도에서 예탁한 예탁금의 지급내역을 정산하여 그 결과를 매분기 다음달 말일까지 보건복지부장관에게 보고하고 시·도지사에게 통보하여야 한다.

제25조(현물급여비용의 상계환수) ① 공단은 시장·군수·구청장이 의료급여기관에 지급할 현물급여비용에서 상계환수를 요청한 금액에 대하여 현물급여비용 지급시 상계환수하고, 예탁금에 반영하여야 한다.

② 공단은 심사평가원이 통보한 심사결정내용중 의료급여기관에서 환수할 금액에 대하여 해당 의료급여기관에 현물급여비용 지급시 차감하여 지급하고 예탁금에 반영하여야 한다.

제3장 본인부담금지원비용의 예탁 및 지급에 관한 규정

제26조(본인부담금지원비용예탁금결정액의 통보 및 납부 등) ① 보건복지부장관은 매분기별 각 시·도에 국고보조금을 교부할 때 분기별 예탁금을 결정하여 해당 시·도지사와 공단이사장에게 통보하여야 한다. 이 경우 분기별 예탁금결정액 통보는 별지 제5호서식에 의한다.

② 제1항의 규정에 의한 본인부담금지원비용예탁금납부통보서를 받은 시·도지사는 매분기 전월 말일까지 해당 예탁금을 제5조제1항의 규정에 의한 공단의 수납계좌에 입금하여야 하며 이 경우 각 시·도지사는 국고보조금과 지방자치단체출연금의 내역을 공단에 통보하여야 한다. 다만, 1분기는 국고보조금 교부 결정 즉시 예탁하여야 한다.

③ 제2항의 매분기 전월 말일이 토요일, 공휴일인 경우 그 전일까지 해당 예탁금을 제5조제1항의 규정에 의한 공단의 수납계좌에 입금한다.

제27조(시·군·구별 출연금의 결정통보 등) 제26조제1항의 규정에 의한 건강생활유지비용예탁금결정액을 통보받은 시·도지사는 관할 시·군·구의 수급권자수 등을 감안하여 "지방재정법시행령 제33조제1항의 규정에 의한 지방자치단체경비 부담의 기준 등에 관한 규칙" 별표에 규정된 시·군·구별 부담비율에 따라 해당 시·군·구별 출연금을 시장·군수·구청장에게 지체 없이 결정·통보하여야 한다.

제28조(본인부담금지원비용의 지급원칙) ① 공단은 해당 시·도별 본인부담금지원비용 예탁금의 범위 안에서 임신·출산 진료비용 및 건강생활유지비용을 의료급여기관에 지급하여야 한다.

② 의료급여기관에서 수급권자에 대한 진료 또는 조제 후 수급권자의 본인부담금을 본인부담금지원비용에서 차감할 것을 청구하여 의료급여 자격관리시스템 등을 통해 확인번호가 부여된 경우 그 내용에 따라 지급한다.

③ 공단은 건강생활유지비용을 지급하는 경우 의료급여기관에 별지 제6호 및 제7호 서식(건강생활유지비용 지급통보서, 건강생활유지비용 개인별 지급통보서)을 송부하고 별지 제8호 서식(건강생활유지비용 지급결과통보서)을 보장기관에 송부한다.

④ 공단은 임신·출산 진료비용을 지급하는 경우 의료급여기관에 별지 제9호 및 제10호 서식(임신·출산 진료비용지급통보서, 임신·출산 진료비용 개인별 지급통보서)을 송부하고 별지 제11호 서식(임신·출산 진료비용 지급결과통보서)을 보장기관에 송부한다.

⑤ 공단은 의료급여기관별 소득세(주민세)원천징수액 집계표(차수별, 월별)를 별도로 관리하여야 한다.

제29조(본인부담금지원비용의 정산) ① 공단은 매분기별 예탁된 시·도별 본인부담금지원비용 예탁금 중에서 지급내역을 매분기 단위로 정산한 후 예탁금액, 지급액, 예탁금잔액 등 그 정산내역을 보건복지부장관, 해당 시·도지사에게 통보하여야 한다.

② 공단은 수급권자별 건강생활유지비용 잔액을 이월하여 관리하되 매회계년도말을 기준으로 하여 다음연도 상반기 중 보건복지부 장관이 정하는 날까지 수급권자별 잔액정산내역을 보장기관에 통보하고, 보장기관은 통보를 받은 날로부터 1월 이내에 수급권자에게 지급하여야 한다. 다만, 자격상실 등의 사유가 발생한 경우 해당 반기별로 정산하여 지급한다.

④ 공단은 수급권자별 건강생활유지비용 차감내역 및 잔액 등 정산내역을 매년도말을 기준으로 보장기관에 통보하고, 보장기관은 해당 수급권자에게 동 내용을 통보하여야 한다.

③ 공단은 임신·출산 진료비 지원기간중 사용하지 않은 잔액은 지급하지 아니한다. 다만, 건강보험가입자로 자격이 전환되는 경우 매월말일기준 다음월 15일까지 보장기관에 수급권자별 정산내역을 통보 하고, 보장기관은 수급권자에게 지체없이 지급하여야 한다.

제30조(다른 기준의 준용) 제3장 "본인부담금지원비용 예탁 및 지급에 관한 규정"에서 규정하지 아니한 기타 사항은 제2장 "현물급여비용의 예탁 및 지급에 관한 규정"을 준용한다.

제31조(재검토기한) 보건복지부장관은 이 고시에 대하여 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정」에 따라 2020년 7월 1일을 기준으로 매3년이 되는 시점(매3년째의 6월 30일까지를 말한다)마다 그 타당성을 검토하여 개선 등의 조치를 하여야 한다.

부　　칙 〈2008. 12. 4.〉

이 고시는 2008년 12월 15일부터 시행한다.

부　　칙 〈2009. 8. 24.〉

이 고시는 2009년 8월 24일부터 시행한다.

부　　칙 〈2010. 2. 26.〉

이 고시는 2010년 3월 1일부터 시행한다.

부　　칙 〈2012. 8. 23.〉

이 고시는 2012년 8월 24일부터 시행한다.

부　　칙 〈2015. 8. 23.〉

이 고시는 2015년 8월 24일부터 시행한다.

부　　칙 〈2020. 7. 1.〉

이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

부　　칙 〈2020. 10. 8.〉

이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

〔별지 제1호 서식〕

현물급여비용예탁금납부통보서

납부의무자	월별 예탁금액			납부장소 (금융기관명, 계좌번호)	비고
	월	월	월		
서울특별시장					
부산광역시장					
대구광역시장					
인천광역시장					
광주광역시장					
대전광역시장					
울산광역시장					
경기도지사					
강원도지사					
충청북도지사					
충청남도지사					
전라북도지사					
전라남도지사					
경상북도지사					
경상남도지사					
제주도지사					

210㎜×297㎜(일반용지60g/㎡(재활용품))

〔별지 제2호 서식〕

(전면)

발 신 국 민 건 강 보 험 공 단

의료급여비용 지급 통보서(의료급여기관용)

(사업자등록번호 : 105 - 82 - 11133)

서울특별시 마포구 독막길24 (건강보험회관) ㊞ 121-749

①지급 구분	
의료급여기관기호	

심평원 지급차수: 공단 지급차수:

지원: 심평원 심사차수: 접수번호: 묶음번호 : 대 표 자 귀 하

지 급 내 역																
심사결정 기금 부담금			지급보류액		예탁부족 미지급금		원천징수세액			본인 부담금 환급금	100분이 100 미만 본인부담의 심사결정내역		
							소득세	주민세	세액 계		100분의 100 미만 총액	본인부담금	기관부담금
환수상계액			과다본인 부담공제 금 액	검사기관 지급액	절사 금액	당 차 수 실지급액	이전차수 미지급금 지 급 액	지급액합계					
가	나	다											

귀 원의 의료급여비는 은행: ____ 예금주: ____ 지급계좌: ____ 로 ____년 ____월 ____일 지급결정 하였으며, 장애인 의료비는 해당 보장 기관에서 같은 계좌로 입금토록 통보하였습니다.

심평원 지급 차수	해당 시도 명칭	의 료 급 여 비 용 심 사 결 정 내 역						지 급 결 정 내 역				예탁부족 미지급금	당차수 실지급 결정액	이전차수 미지급금 지급액
		건수	총의료급여비용	본인부담금	기관부담금	장애인 의료비	절사 금액	기금 부담금	본인부담 금환급금	대불 금	검사기관 지급액			
합 계														

②의료급여비용지급보류내역(지급보류건중 지급불능내역)

명세서 번호	진료 구분	수진자 성명	진료비명세서			심사결정		검사기관 지급액	사 유	보 류 (불 능) 내 용
			총의료급여비용	본인부담금	청구액	본인부담금	기관부담금			

국민건강보험공단이사장 직인생략

297㎜×210㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

[별지 제3호 서식]

발 신

국 민 건 강 보 험 공 단

(사업자등록번호 : 105-82-11133)

㊞ 121-749 서울특별시 마포구 독막길24 (염리동 168-9, 건강보험회관)

의료급여비용지급결과통보서(보장기관통보용-시·군·구)

보장기관 명칭 :

공단지급차수 :

공단 지급결정일 :

귀하

이전차수 미지급금 지급액	의료급여비용심사결정내역					의료급여비용지급결정내역				예탁부족 미지급금	지급액 합계	100분의 100미만 본인부담의 심사결정내역
	건 수	총의료 급여비용	기관부담금	장애인의료비 / 본인부담금	절사 금액	건 수	기금부담금 / 대불금	장애인의료비 / 본인부담금환급금 (1,000원이상)	본인부담금환급금 (1,000원미만) / 본인부담금환급금 (단 수)	당 차 수 실지급액		총 액 / 본인부담금 / 기관부담금

※ 대지급금과 장애인의료비는 별도 통보되는『대지급금 및 장애인의료비 발생 내역』을 참조하여 보장기관에서 지급하여야합니다.

※ 지급보류건은 수급권 불일치 청구건으로 보장기관에서는 공단에서 송부하는『의료급여비용 수급권 확인 및 결정내역 통보서』에 의해 확인 후 결정내역을 공단 지역본부로 통보하여야 지급 할 수 있습니다.

국민건강보험공단이사장 직인생략

297㎜×210㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

- ○ **이전차수 미지급금 지급액 :** 예탁금 잔액 부족으로 지급하지 못한 이전차수 미지급금중 당차수 지급금액
- ○ **총의료급여비용 :** 심사평가원에서 심사결정한 총진료비 건수 및 금액 = 기관부담금+본인부담금+장애인의료비+절사금액
- ○ **기관부담금 :** 심사평가원에서 심사결정한 보장기관 부담금(기금부담금+대불금)
- ○ **장애인의료비 :** 장애인복지법 제33조에 의해 장애인 수급권자(의료급여 2종) 본인부담금중 장애인의료비에서 부담하는 금액으로 시·군·구에서 별도 지급 대상
- ○ **본인부담금 :** 의료급여법시행규칙 제21조에 의해 수급권자(의료급여 2종) 본인이 의료급여기관에 납부한 금액
- ○ **절사금액 :** 국고금단수계산법 제1조에 의해 의료급여비용명세서별로 단수 처리한 금액
- ○ **기금부담금 :** 의료급여법 제10조에 의해 의료급여기금에서 부담하는 금액
- ○ **대 불 금 :** 의료급여법 제20조에 의해 수급권자(의료급여 2종) 본인부담금중 의료급여기금에서 부담하는 금액
- ○ **본인부담금환급금 :** 심사조정결과 의료급여기관이 본인에게 과다 부담시킨 금액을 의료급여법 제11조에 의해 의료급여기관에 지급할 급여비용 중에서 차감하여 수급권자 본인에게 반환하는 금액
- ○ **예탁부족 미지급금 :** 당차수 지급결정액 중 예탁금 부족으로 지급하지 못한 금액 = 심사결정 기관부담금 - 지급결정 기금부담금 - 지급결정 대불금
- ○ **당차수 실지급액 :** 의료급여비용 지급결정내역의 기금부담금-본인부담금환급금
- ○ **지급액 합계 :** 이전차수 미지급금 지급액 + 당차수 실지급액

※ 본인부담금 환급금은 전액 예탁금과 정산되었으며, 보장기관에서는 본인부담금 환급금중 1,000원이상에 해당하는 금액만큼 시·도로부터 자금을 배정받아 수급권자에게 지급하시기 바랍니다.
(개인별 본인부담금 환급금 내역은 별도 송부하는 본인부담금 환급금 명세서 참조)

● **공단 지역본부 안내**

서울지역본부 ☏【02) 2126-8912~7】	광주지역본부 ☏【062) 250-5583】
부산지역본부 ☏【051) 801-0581~4】	대전지역본부 ☏【042) 605-7151~4】
대구지역본부 ☏【053) 650-8880~4】	경인지역본부 ☏【031) 230-7911~5】

297㎜×210㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

〔별지 제4호 서식〕

(전면)

공단접수번호	

의료급여비 수급권 확인 및 결정내역 통보서

주 소: 우편번호: 전화번호:

수 신: 국민건강보험공단00지사장 보장기관기호: 지급차수: 업무구분: 페이지: 접수일:

심사 지원	의료급여기관기호 (전화번호)	보류 번호	수 진 자		세대주	종별	처 방 전			진료개시일			자격점검결과			장애 여부	만 성 질환자	정액 정률	심사결정급여비용		식대	C/T, MRI, PET 등	확인 사항	의료급여비결정내역 (종별상이청구건)			
서식명	의료급여기관명		성명	주민등록번호			원내 직접 조제 횟수	보건 기관 건수	의료 급여 기관 건수	내원	투약	진료 기간	자격 확인 유형	청구 내역	D/B 내역				총의료 급 여 비 용	기 관 부담금				총의료 급 여 비 용	본 인 부담금	기 관 부담금	장애인 의료비

시장·군수·구청장 직인

297㎜×210㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

(후면)

본 통보서는 의료급여기관에서 심사청구한 의료급여비 명세서상의 자격내역과 우리공단 수급권자 자격D/B내역이 상이하여 급여비용 지급을 보류한 수급권 불일치 내역입니다. 따라서, 보장기관(시·군·구)에서는 수급권자 자격내역을 확인·정확하게 작성하시어, **그 결과를 통보받은 날로부터 7일 이내(「급여비용의예탁및지급에관한규정」 제19조(지급보류 등의 처리))에 공단 지사로 통보**하여 주시기 바랍니다.

작성요령

【확인사항】

- 보장기관에서는 아래 유형별 작성요령을 참고하여 해당 수급권자의 자격 등을 확인한 후 앞면의 '확인사항' 및 '의료급여비결정내역'란을 정확히 기재하고
- 보장기관 자격변경건은 자격정리후 변경내역을 전송하고, 공단자격D/B 변경건은 관련 첨부서류(**'기재사항변경통보서' 또는 자격상실, 취득통보서**)를 공단으로 통보하여야 함

확인 유형	사 례	'확인사항' 기재방법	세부 작성요령 및 조치사항	'의료급여비 결정내역' 기재방법
30 (주민등록번호 상이)	의료급여기관에서 수진자 주민등록번호를 착오 기재한 경우	'청구내역의 주민번호 수정'	확인된 주민등록번호 기재	* 종별 기재시(장애인여부 우선 확인) ·1종대상을 2종대상으로 청구한 경우: '심결금액 지급'으로 기재 ·2종대상을 1종이나 4종으로 청구한 경우: 2종 수급권자를 기준으로 한 기관부담금, 본인부담금, 장애인의료비를 산정하여 기재
	의료급여기관에서 청구한 주민등록번호와 보장기관명부상 주민등록번호가 일치한 경우	'공단자격D/B 수정'으로 기재	'기재사항변경통보서' 작성 첨부	
	의료급여기관에서 행려환자(4종)를 1,2종대상자로 착오 기재한 경우	'행려자 지급대상'으로 기재	-	
	의료급여기관에서 수급권자의 주민등록번호와 종별을 동시에 착오기재한 경우	'청구내역의 주민번호 및 종별 수정'으로 기재	확인된 주민등록번호와 종별 기재	
	성명으로 주민등록번호 확인이 불가능한 경우	'확인불가'로 기재	-	
	진료기간(입내원)내에 보장기관이나 종별이 변경된 경우	'지급불가'로 기재	-	
	청구한 주민번호는 일치하나 보장기관기호가 상이한 경우	'공단자격 D/B수정', '보장기관기호 상이' 기재	-	
33 (수급권자 종별 상이)	의료급여기관에서 2종수급권자의 종별을 1종수급권자로 착오 청구한 경우	'청구내역의 종별 수정'으로 기재	종별 기재	*종별 기재시(장애인여부 우선 확인) 2종수급권자를 기준으로 한 기관부담금, 본인부담금, 장애인의료비를 산정하여 기재
	진료기간(입내원)내에 수급권자의 보장기관이나 종별이 변경된 경우	'지급불가'로 기재	-	
	의료급여기관에서 청구한 종별과 진료기간(입내원)에 수급권자가 소속된 보장기관의 종별이 일치한 경우	'공단자격D/B수정'으로 기재	'기재사항변경통보서' 또는 '자격상실·취득통보서' 작성 첨부	
34 (보장기관기호 상이)	의료급여기관에서 소속 보장기관기호를 착오기재한 경우	'청구내역의 보장기관기호 수정'으로 기재	-	-
	의료급여기관에서 청구한 보장기관기호와 진료기간(입내원)에 수급권자가 소속된 보장기관기호가 일치한 경우	'공단자격D/B수정'으로 기재	'자격상실·취득통보서' 작성 첨부	
	진료기간(입내원)내에 보장기관이나 종별이 변경된 경우	'지급불가'로 기재		
35 (행려환자 확인대상)	의료급여기관에서 행려환자(4종)로 맞게 청구한 경우	'지급대상'으로 기재	-	* 종별 기재시(장애인여부 우선 확인) ·1종대상을 4종대상으로 청구한 경우: '심결금액 지급'으로 기재 ·2종대상을 4종대상으로 청구한 경우: 2종 수급권자를 기준으로 한 기관부담금, 본인부담금, 장애인의료비를 산정하여 기재
	행려환자 아님에도 행려환자로 청구된 경우(1,2종 수급권자도 아닌 경우)	'지급불가'로 기재	-	
	의료급여 수급권자 (1,2종)를 행려자로 착오기재한 경우	'확인종별 '기재	종별 기재	
	진료기간(입내원)내에 수급권자의 보장기관이나 종별이 변경된 경우	'지급불가'로 기재	-	
40 (종별 및 기관기호 동시 상이)	의료급여기관에서 수급권자의 종별과 보장기관기호를 동시에 착오 기재한 경우	종별상이(33), 보장기관기호상이(34)와 동일한 방법으로 기재	종별상이(33), 보장기관기호상이(34)와 동일한 방법으로 처리	종별상이(33)와 동일한 방법으로 처리

〔별지 제5호 서식〕

본인부담금지원비용예탁금납부통보서

납부의무자	분기 예탁금액		납부장소 (금융기관명, 계좌번호)	비고
	임신·출산 진료비	건강생활유지비		
서울특별시장			납부장소 임신·출산 진료비 (금융기관명, 계좌번호) 건강생활유지비 (금융기관명, 계좌번호)	
부산광역시장				
대구광역시장				
인천광역시장				
광주광역시장				
대전광역시장				
울산광역시장				
경기도지사				
강원도지사				
충청북도지사				
충청남도지사				
전라북도지사				
전라남도지사				
경상북도지사				
경상남도지사				
제주도지사				

210㎜×297㎜(일반용지60g/㎡(재활용품))

〔별지 제6호 서식〕

발 신 국 민 건 강 보 험 공 단

건강생활유지비용 지급통보서(의료급여기관용)

(사업자등록번호 : 105-82-11133)
서울특별시 마포구 독막길24 (건강보험회관) ㊞ 121-749

①지급 구분	
의료급여기관기호	

지원: 심평원 심사차수: 접수번호: 묶음번호 :

대 표 자 귀 하

지 급 내 역	지급결정 건강생활유지비용	예탁부족 미지급금	원천징수세액			환수상계액			환급액	당차수 실지급액	이전차수 미지급금 지 급 액	지급액 합 계
			소득세	주민세	세액 합계	가	나	다				

귀 원의 건강생활유지비는 은행: 예금주: 지급계좌: 로 년 월 일 지급결정 하였습니다.

공단 지급차수	해 당 시도명칭	지 급 내 역			예탁부족 미지급금	당 차 수 실지급결정액	이전차수미지급금 지 급 액	지급액 합 계
		건 수	건강생활유지비용	절사금액				
합 계								
환수상계액, 환급금 등 정산 내역								
해당 시도명칭		성 명	진료일자	건강생활유지비	진료확인번호	취소번호		사 유

국민건강보험공단이사장 직인생략

297㎜×210㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

〔별지 제7호 서식〕

건강생활유지비용 개인별 지급통보서(의료급여기관용)

①지급 구분	
의료급여기관기호	

연번	공단 지급차수	해당시도명칭	수진자성명	진료일자	진료확인번호	건강생활유지비용	비 고

국민건강보험공단이사장 직인생략

297㎜×210㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

〔별지 제8호 서식〕

건강생활유지비용지급결과 통보서(보장기관용)

보장기관명칭 :
공단지급차수 :
공단 지급결정일 :

이전차수 미지급금 지 급 액	건강생활유지비용 지급결정 내역			환수상계액	환급액	예탁금부족 미지급금	당 차 수 실지급액	지 급 액 합 계
	건수	건강생활유지비용	절사금액					

국민건강보험공단이사장 직인생략

297㎜×210㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

〔별지 제9호 서식〕

발 신 국 민 건 강 보 험 공 단

(사업자등록번호 : 105-82-11133)
서울특별시 마포구 독막길24 (건강보험회관) ㊞ 121-749

임신·출산 진료비용 지급통보서(의료급여기관용)

①지급 구분	
의료급여기관기호	

대 표 자 귀 하

지급 내역	지급결정 임신·출산 진료비용	예탁부족 미지급금	원천징수세액			환수상계액			환급액	당차수 실지급액	이전차수 미지급금 지급액	지급액 합 계
			소득세	주민세	세액합계	가	나	다				

귀 원의 임신·출산 진료비는 은행: 예금주: 지급계좌: 로 년 월 일 지급결정 하였습니다.

지급차수	해 당 시도명칭	지 급 내 역			예탁부족 미지급금	당 차 수 실지급결정액	이전차수미지급금 지 급 액	지급액 합 계
		건 수	임신·출산 진료비용	절사금액				
합 계								

환수상계액, 환급금 등 정산 내역

해당 시도명칭		성 명	진료일자	임신·출산 진료비	진료확인번호	취소번호	사 유

국민건강보험공단이사장 직인생략

297㎜×210㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

〔별지 제10호 서식〕

임신·출산 진료비용 개인별 지급통보서(의료급여기관용)

①지급 구분	
의료급여기관기호	

연번	지급차수	해당시도명칭	수진자성명	진료일자	진료확인번호	임신·출산 진료비용	비 고

국민건강보험공단이사장 직인생략

297㎜×210㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

〔별지 제11호 서식〕

임신·출산 진료비용 지급결과 통보서(보장기관용)

보장기관명칭 :
공단지급차수 :
공단 지급결정일 :

이전차수 미지급금 지 급 액	임신·출산 진료비용 지급결정 내역			환수상계액	환급액	예탁금부족 미지급금	당 차 수 실지급액	지 급 액 합 계
	건수	임신·출산 진료비용	절사금액					

국민건강보험공단이사장 직인생략

297㎜×210㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

건강보험심사평가원

HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

X

의료급여 관련 행정해석

[기준·지침, 행정해석 등]

contents

1. 의료급여 수급권자 선정기준 및 관리 — 307
2. 의료급여체계 — 321
3. 의료급여의 범위 및 기준(희귀난치 질환 등) — 333
4. 의료급여 수급권자 본인부담 — 363
5. 의료급여비용의 청구·정산 — 383
6. 대지급 및 부당이득금 — 391
7. 의료급여 정액수가 등 — 393
8. 노인 틀니·치과임플란트 및 치석제거 — 415
9. 경증질환 약제비 본인부담 차등제 — 437
10. 기타 — 441

1. 의료급여 수급권자 선정기준 및 관리

시설수용자

제 목	내 용
한센병환자가 한센병으로 인해 지체장애자가 된 경우 지체 재활수술의 의료급여 여부 (보관31520-3552호, '89.3.15.)	■ 한센병환자중 양성환자는 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률에 의거 무료치료를 받도록 되어 있는 바, 의료급여법 제4조의 규정에 해당되어 의료급여를 적용할 수 없음 한센병으로 인한 합병증이나 기타 상병치료에 대하여는 의료급여 대상이 됨 지체장애에 대한 보조기, 의수족, 의치, 의안, 보청기 및 기타업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환에 대하여는 의료급여 적용이 제외됨 **※ 급여 31510-2467호('85. 3. 6.)** 한센병은 관할보건소에 등록을 하면 무료진료가 가능하며 특히 병상이 위중하여 입원을 하여야 할 경우에 있어서도 국립소록도병원에 입원을 하면 전액 국비부담 진료를 받을 수 있으므로 보험급여대상에서 제외됨을 수조1460-10161호(77. 7. 22.)로 이미 회신한 바 있음은 한센병환자는 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제11조제5항의 규정에 의거 진료담당의사는 국립소록도병원, 대한한센병관리협회 또는 사립한센병요양시설(성나자로의원, 여수애양재활원, 안동성좌원, 대구애락보건병원, 산청성심인애병원)에 입원하여 전액무료치료를 받도록 하여야 하기 때문임. 그러나 한센병환자로 확진이 되기 전까지 진료를 받은 분에 대하여는 국립소록도병원 및 사립한센병요양시설을 제외한 요양기관에서는 요양급여를 하여야하며, 한센병환자로 판명된 이후부터는 양성 또는 음성 한센병환자를 불문하고, 한센병 치료에 한하여는 건강보험급여대상이 되지 아니함. 다만, 한센병으로 인한 합병증이나 기타 상병치료에 대하여는 보험급여대상이 되는 것임
국립소록도병원 수용 나환자의 의료보호 추가책정 여부 (보관65730-269호, '93.6.25.)	■ 국립소록도병원내의 수용환자들은 나병에 대한 전문치료를 받기 위하여 보호치료 중에 있으며 이들에 대한 치료비는 법정전염병 국고부담원칙에 따라 진료비 전액을 국가에서 지원하고 있고 수용자중 나병외의 합병증 또는 기타 상병으로 진료할시 의료보호 대상이 됨. 동 병원 재원환자 대부분이 장기수용 치료대상자로 단독세대 또는 독신자가 대부분이므로 의료보호대상자 책정기준에 부합되는 경우 추가 책정 보호하여야 하며, 법정전염병인 나병진료비에 대한 국고지원과 나병외의 상병치료에 대한 의료보호진료비 지급과는 별개사항으로서 이중의 의료보호나 이중의 의료보호비 지급이 아님을 회신함

제 목	내 용
신생아 (보관65730-266호, '95.3.6.)	■ 신생아는 의료보호법 제4조제1항, 동법시행령 제11조 해당자인 경우 보호기관에 신청하여 진료중에 추가 등재로 의료보호를 받을 수 있음. 이 경우 출생한 날로부터 소급해서 의료보호를 실시하여야 함 다만, 기아인 경우는 특정시설에 수용이 확정되어 의료보호대상자로 책정되거나 유기장소를 관할하는 보호기관이 의료보호가 필요하다고 인정하는 경우 의료보호를 실시함 다만, 신생아가 출생한 진료기관에서 진료를 받은 경우 해당 보호대상자의 신생아임이 확인되면 진료를 받을 수 있으며 이 경우에는 세대주 또는 산모의 주민등록증과 의료보장증을 제시하여야 함. 보호대상자가 출생한 신생아를 추가로 신고하더라도 출생일을 기준하여 보호대상자 확인일자로 하여야 하며, 호적법 제49조에 의한 법적기한내에 출생신고가 되지 아니하였다 하여 보호대상자로 인정하지 아니할 수 없음
미혼모시설 수용자 (보관65730-1243호, '96.10.26.)	■ 미혼모시설수용자가 의료보호법 제4조제1항제1호의 생활보호법상 시설보호대상자에 해당하여 정부로부터 생계비 등의 지원을 받고 있는 경우 의료보호대상자로 책정·보호하되, 미혼모 특수치료비와 중복지원되지 않도록 유의하고, 시설퇴소시 반드시 의료급여증을 회수하기 바람
교정시설에 수용중인 수형자 중 광주 5.18부상자 계속치료 대상자의 진료에 대하여 (보관65730-1619호, '97.12.9.)	■ 행형법 제26조에 소장은 질병에 걸린 수용자에 대하여 병실 수용 기타 적당한 치료를 하여야 한다고 하고, 동법 제29조에 교도소, 소년교도소 또는 구치소 안에서 적당한 치료를 하는 것이 불가능하다고 인정하는 경우 당해 소장은 다른 병원에 이송할 수 있고, 이송된 자는 수용자에 준한다고 규정하고 있음 한편 의료보호법 제5조에서는 보호대상자가 다른 법령에 의하여 의료보호를 받고 있는 경우에는 이 법에 의한 의료보호를 행하지 아니한다고 규정하고 있음 따라서 교도소에 수용되어 징역형 등이 집행되고 있는 자에 대한 진료 책임은 교정시설장에게 있으며, 타법 적용시 의료보호 적용을 배제하고 있는 의료보호법 제5조에 따라 외부병원에서의 의료급여 무료진료는 불가함을 회신함

제 목	내 용
성폭력 피해자 보호시설 입소자 의료보호를 받기 위하여는 (보관65730-1536호, '98.10.17.)	■ 의료보호법 제4조제1항제1호에 생활보호법에 의한 생활보호대상자는 의료보호대상자로 책정하여 보호토록 하고 있으므로, 성폭력피해자 보호시설 입소자가 의료보호를 받기 위하여는 생활보호법에 의한 생활보호대상자로의 책정이 선행되어야 할 것임

무연고자 등

제 목	내 용
무국적자 및 외국시민권자 (보관65730-267호, '93.6.25.)	■ 무국적자(중화민국 교포)의 질병발생으로 인한 의료보호 혜택여부 : 현행 법령상에는 외국인을 의료보호대상자로 책정보호 할 규정이 없으므로 의료보호혜택을 받을 수 없음
국적을 미취득한 영주 귀국자(예: 사할린동포)이나 외무부의 영주 귀국 허가를 받은 경우 의료보호 대상자로 책정이 가능한지 여부 - 의료보호대상자로 책정이 가능하다면 수용보호일('94. 4. 27.)로부터 소급적용이 가능한지 여부 (보관65730-290호, '94.6.17.)	■ 의료보호대상자는 의료보호법 제4조제1항의 규정에 의거 생활보호법에 의한 생활보호대상자등을 대상으로 하여 책정하고 있으므로 『사할린』 무연고 동포는 영주 귀국자이나 우리나라 국적을 취득하지 못함으로서 원칙적으로 의료보호대상자로 책정할 수 없는 것은 주지하는바와 같음. 그러나 이들은 사회복지시설에 수용보호 하고 있는 무연고자로 영주 귀국에 따른 국적을 취득 중에 있는 불우한 동포들로서 국가의 보호가 요망됨에 따라 의료보호법 시행령 제11조제2호의 규정에 의거 '94년도 귀도 의료보호 책정 대상수의 범위 내에서 자체 의료보호심의위원회의 엄격한 심의를 거쳐 의료보호대상자로 책정하여 보호할 수도 있을 것임. 다만, 의료보호대상자로 책정할 경우에도 의료보호법 시행규칙 제5조제4항의 규정(의료보호증은 소급하여 사용할 수 없다)에 의거 의료보호대상 책정일로부터 보호 적용하시기 바람

행려환자

제 목	내 용
보호자가 전혀 없는 행려환자에게 진료상 필요하여 비급여대상 진료를 실시한 경우 의료보호로 적용되어 질 수 있는지 여부 (보관31520-34106호, '90.6.29.)	■ 진료비 부담능력이 전혀 없는 1종 대상자와의 형평성과 의료보호재정의 한계성 등을 고려할 때 치료비의 전액을 국가에서 부담하고 있는 행려환자에게 비급여 부분까지 예외적으로 인정할 수는 없음
주소지가 있는 행려환자의 의료보호대상자 적용여부 (보관65730-411호, '93.8.20.)	■ 의료보호대상자로서 행려환자라 함은 일정한 거소가 없는 자로서 경찰관서로부터 무연고자임을 확인받아 행려환자가 발생한 시·군·구청인 보호기관이 의료보호법 제4조제1항 및 동법시행규칙의 규정에 의하여 의료보호대상자로 인정한 자이며 주소지가 있고 연고자가 있는 경우는 의료보호대상자로 인정할 수 없음
보호자가 보호의무를 포기한 경우의 환자보호자 및 치료비 납부의무자는 누가 되어야 하는지 (보관65730-1063호, '98.7.21.)	■ 의료보호대상자로서 행려환자라 함은 일정한 거소가 없는 자로서 경찰관서로부터 무연고자임을 확인받아 행려환자가 발생한 시장 군수 구청장이 의료보호대상자임을 인정한 자로서 행려환자 책정요건중 무연고자라 함은 민법상 부양의무자(배우자, 직계혈족 및 그 배우자, 생계를 같이 하는 기타 친족)가 없는 자를 말하고, 이들 민법상 부양의무자는 동 대상자를 부양할 의무가 있으므로 환자의 인수 및 진료비 납부, 간병 등을 거부한다하여 연고관계가 소멸되는 것은 아님 따라서, 진료비 부담은 연고자가 부담하여야 하고, 단순히 연고자가 진료비 납부를 거부한다하여 관할 보호기관에 동 진료비를 청구할 수는 없음. 그리고, 정신보건법 제21조제3항의 "보호의무자가 부득이한 사유로 인하여 그 의무를 이행할 수 없는 경우"라 함은 정신질환자의 보호의무자가 수감되어 있거나 병원에 입원하여 있는 등의 사유로 보호의무를 이행할 수 없는 경우를 의미하는 것이지 단순히 보호의무자가 그 보호의무를 거부한다하여 관할 시장 군수 구청장이 정신질환자의 보호의무자가 되는 것은 아님

제 목	내 용
행려환자 관련 문의 (보관65730-52호, '02.1.31.)	■ 의료급여수급권자로 행려환자라 함은 일정한 거소가 없는 자로서 경찰관서로부터 무연고자임을 확인 받아 행려환자가 발생한 시·군·구청인 보장기관이 의료급여법 제3조제1항제8호 및 동법시행령 제2조에 의해 의료급여수급권자로 선정한 자를 의미합니다. 행려환자에 대해 보장기관이 의료급여수급권자로 인정한 경우에는 계속적인 치료를 위해 상급 의료급여기관에 전원 된 후 다시 회송되어 계속적인 치료가 이루어지고 있다면 추가적인 책정절차를 밟지 않더라도 의료급여수급권자로 계속적 진료가 가능함을 알려드립니다.
행려자 관련 문의 (보관65730-61호, '02.2.7.)	■ 의료급여수급권자로서 행려환자란 일정한 거소가 없는 자로서 경찰관서로부터 무연고자임을 확인 받아 행려환자가 발생한 시·군·구청인 보장기관이 의료급여법 제3조제1항제8호 및 동법 시행령 제2조에 의하여 의료급여수급권자로 인정한 자를 의미합니다. 무연고자라 함은 민법상 부양의무자 즉 배우자, 직계혈족 및 그 배우자, 생계를 같이하는 2촌 이내의 혈족이 없는 자를 의미하며, 행려자로 추정되는 자의 신원확인결과 주민등록법상 주소지가 있는 경우 일정한 거소가 있는 것으로 추정할 수 있으며 일정장소에서 일상적인 생활을 하고 있는 것으로 판명된 경우에는 일정한 거소가 있는 것으로 판단할 수 있습니다. 따라서, ○○○환자의 경우 ○○○○원에서 일정기간 생활하다가 20○○. ○○. ○○자로 탈원하여 쓰러진 상태로 ○○○○병원으로 이송 치료받은 환자로 보장기관인 ○○군에서 확인한 결과 연고자(○○○의 자)가 있는 상태이며 탈원하여 쓰러지기 전날까지 ○○○○원에서 일정기간 생활하였으므로 행려자로 볼 수 없습니다.
외국인 및 불법체류자인 행려환자 의료급여 해당여부 (보관65730-62호, '02.2.7.)	■ 의료급여제도는 생활이 어려운 자국민에게 의료비를 지원하여 주는 제도로서 대한민국 국적을 취득하지 않은 외국인 및 불법체류자 행려자에 대해서는 의료급여수급권자로 책정할 수 없습니다. 따라서, 대한민국 국적을 취득하지 않은 외국인 및 불법체류자의 경우 관계법령 규정에 의한 국적취득이 이루어지고 국민기초생활보장법에 의한 수급자 책정이 선행된 후 의료급여수급권자로 책정될 수 있습니다. 한편, 행려자로 의료급여수급권자로 선정되는 자는 행려환자가 발생한 시·군·구청인 보장기관이 의료급여법 제3조제1항제8호 및 동법 시행령 제2조에 의하여 의료급여수급권자로 인정한 자를 의미합니다.

노숙인

제 목	내 용
모든 노숙인이 의료급여수급권자가 되는지 (기초의료보장과-3590, '12.7.10.)	■ 아닙니다. 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률(이하 "노숙인법"이라 함)」 제2조제1호 및 같은 법 시행규칙 제2조에 따른 "노숙인 등"에 해당하는 자로서 아래 기준을 모두 만족하는 사람이어야 합니다. ① 노숙인일시보호시설, 노숙인자활시설 입소자 중 지속적으로 3개월 이상 거리 또는 노숙인시설에서의 노숙 생활이 확인된 사람으로서 질병, 부상, 출산 등에 대해 의료서비스가 필요한 자. ② 국민건강보험에 가입되어 있지 않거나 6개월 이상 체납된 사람 * 국민기초생활보장 수급권자 등 이미 의료급여를 받고 있는 자는 기존 수급유형 유지 ③ 소득인정액이 「국민기초생활보장법」에 따른 최저생계비(1인가구, 553,354원) 이하인 사람 ■ 또한, 거소가 불분명한 노숙인의 특성상 노숙인시설-각 보장기관 노숙인 부서에서 분기별로 노숙인 임을 확인하여 의료급여 담당에게 통보하도록 하고 있습니다.
노숙인 의료급여 신청은 어디에 하여야 하는지 (기초의료보장과-3590, '12.7.10.)	■ 위 Q1("모든 노숙인이 의료급여수급권자가 되는지" 참조)에서의 노숙인 수급권 자격을 충족한 노숙인은 본인이 입소중인 노숙인일시보호시설 및 노숙인 자활시설에 신청하여야 하며, 본인이 직접 시군구청 등에 신청할 수는 없습니다. * 사회복지서비스 및 급여제공(변경)신청서 등 관계서류 제출 필요 ■ 정신질환 등으로 직접 신청하기 곤란한 경우에는 노숙인 등에게 동의를 얻어 시군구 또는 노숙인시설 업무관계자가 직권신청이 가능합니다.
노숙인시설중 예전 부랑인시설 수급권자도 노숙인 의료급여 관련 지침을 적용받는지 (기초의료보장과-3590, '12.7.10.)	■ 아닙니다. 노숙인법에 따라 예전 부랑인시설은 노숙인재활시설 및 노숙인 요양시설로 재편되며, 위 시설의 입소자(수급권자)는 국민기초생활보장법상 보장시설의 수급권자로서 예전과 같이 시설수급권자 유형의 의료급여를 받게 됩니다. 또한 노숙인진료시설로 지정된 곳 뿐만 아니라 지정되지 않은 의료급여기관에서도 진료를 받을 수 있습니다.

제 목	내 용
그동안은 국민기초생활보장법상 보장시설에만 시설기호를 부여하여 자격관리를 했음. 그런데 노숙인 일시보호시설이나 노숙인 자활시설은 보장시설이 아닌데 이 경우에는 어떻게 시설기호를 부여하여야 하는지 (기초의료보장과-3590, '12.7.10.)	■ 노숙인1종의 유형을 새로이 신설하면서 수급권자 관리를 위하여 부득이 보장시설이 아닌 일시보호시설이나 자활시설도 시설기호를 부여하도록 행복e음 시스템을 개선하였습니다. ■ 일시보호시설 및 자활시설은 노숙인시설의 일종이므로, 시설유형 "5번"을 사용하며, 보장시설인 노숙인 요양시설과 재활시설과의 구분을 위하여 재활/요양/(구)부랑인시설은 5001~5499번을 사용하며, 이번에 새로이 부여할 일시보호/자활/기타(구 쉼터) 시설은 5501~5999번을 사용하여 시설기호를 부여합니다. ■ 또한, 2012. 6. 1.부터는 보장기관 담당자가 직접 행복e음에서 시설기호를 채번할 수 있도록 시스템을 개선하여 운영하고 있습니다.
노숙인 의료급여수급권자로 선정된 경우 모든 의료급여기관을 이용할 수 있는지 (기초의료보장과-3590, '12.7.10.)	■ 아닙니다. 노숙인은 일정한 거주지가 없는 등의 특성으로 의료이용 관리에 어려움이 있으므로 다른 의료급여수급권자와 구분되는 의료급여 절차를 정하여 운영합니다. ■ 노숙인 의료급여 이용 절차 ① 노숙인 의료급여 수급권자는 노숙인진료시설로 지정된 제1차 또는 제2차 의료급여기관에 먼저 의료급여를 신청하여야 함 ② 노숙인진료시설인 제1차의료급여기관에서 진료후 추가 진료가 필요한 때에는 노숙인진료시설인 제2차의료급여기관으로 의뢰받아 이용(진료의뢰서 필수 아님) ③ 노숙인진료시설인 제2차의료급여기관에서 진료 후 추가 진료가 필요한 때에는 다른 노숙인진료시설인 제2차의료급여기관(진료의뢰서 필수 아님) 또는 제3차의료급여기관으로 의뢰받아 이용(진료의뢰서 필수)
노숙인이 의료급여기관을 이용할 때 본인부담 (기초의료보장과-3590, '12.7.10.)	■ 노숙인은 노숙인 특성을 고려하여 진료받을 수 있는 의료급여기관을 제한하는 대신 일반적으로 1종수급권자가 지불해야 하는 법정 본인부담금을 면제받게 됩니다. ■ 다만, 의료급여에서 제외되는 비급여, 100/100 본인부담, 식대 20% 등은 본인이 부담하여야 합니다.

제 목	내 용
응급상황이거나 분만의 경우에도 노숙인진료시설만을 이용하여야 하는지 (기초의료보장과-3590, '12.7.10.)	■ 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 응급환자이거나, 분만의 경우에는 노숙인진료시설 뿐만 아니라 모든 의료급여기관에서 진료가 가능합니다. ■ 다만, 응급환자가 응급실에서의 응급진료를 받은 경우(응급질환으로 불가피하여 입원한 경우 포함)만 인정되며, 익일에 계속적인 치료가 필요한 경우에는 노숙인진료시설로 의뢰하여 진료하여야 합니다. ■ 분만인 경우에는 분만을 위한 입원 및 분만 후에 수반된 진료가 종결될 때까지 해당 의료급여기관에서의 진료가 가능합니다(진료의뢰 등은 불가).
의료급여는 의료급여절차, 급여기준 등에 맞지 않은 경우 의료급여를 받을 수 없음. 의료급여가 적용되지 않는 경우에 노숙인은 의료지원을 받을 수 없게 되는지 (기초의료보장과-3590, '12.7.10.)	■ 노숙인에 대한 의료지원은 노숙인법 제12조에 규정되어 있으며, 「2012년 노숙인 등의 복지사업 운영안내」에서도 국민건강보험 또는 의료급여를 받을 수 없는 노숙인에 대하여는 지방자치단체가 의료비 예산을 확보하여 의료지원하도록 운영하도록 안내하고 있습니다. ■ 이에 따라 노숙인은 기존의 노숙인사업에서의 의료지원과 의료급여가 서로 보충적으로 이루어지게 되며, 의료급여 취득 전·후 및 의료급여를 적용받을 수 없는 진료 등에 대하여는 각 지자체에서 기존의 노숙인 의료지원사업에 의해 보호받게 됩니다.
연장승인, 선택의료급여기관 제도 등 의료급여에서의 기타 각종 제도들이 노숙인 등에게도 적용되는지 (기초의료보장과-3590, '12.7.10.)	■ 노숙인 의료급여 대상자에 대해서도 급여일수상한을 적용합니다. 따라서, 노숙인 의료급여수급권자도 본인의 급여일수를 관리하여야 하며, 공단에서는 급여일수가 180일, 300일을 초과한 경우, 수급권자가 소속된 노숙인시설로 급여일수를 통보합니다. ■ 각 시설에서는 급여일수 통보서를 받은 경우 개별 대상자에게 노숙인 의료급여수급권자별 급여일수를 개별 대상자에게 전달하여 본인의 급여일수를 관리하도록 안내하여야 하며, 만약 연간 급여일수 상한을 초과할 것으로 예상되는 경우에는 반드시 사전에 연장승인을 신청하도록 조치하셔야 합니다. ■ 또한, 노숙인은 이미 노숙인진료시설로 지정된 기관만을 이용하도록 의료급여기관을 제한하므로, 조건부승인(선택의료급여기관제도)은 적용하지 않으며, 연장승인 및 연장불승인만을 적용하도록 하였습니다. ■ 기타 현금급여(요양비, 장애인보장구 등)도 요건을 갖추었을 경우에는 지급이 가능합니다.

제 목	내 용
의료급여기관이 노숙인진료시설로 지정받으려면 어떤 절차를 거쳐야 하는지 (기초의료보장과-3590, '12.7.10.)	■ 노숙인진료시설이란 노숙인법 제12조 및 동법 시행규칙 제5조에 따라 노숙인 등에게 필요한 의료서비스를 제공하기 위하여 노숙인진료기관으로 지정한 의료급여기관을 말합니다. ■ 노숙인진료시설은 제1차 또는 제2차 의료급여기관중에서 지정하며, 제3차 의료급여기관 및 요양병원은 지정에서 제외됩니다. 또한, 노숙인진료시설은 국·공립 의료급여기관을 우선하여 선정합니다. ■ 노숙인진료시설로 지정받고자 하는 경우에는 먼저 소재지 관할 시군구의 노숙인 업무 담당에게 지정을 신청하면, 시군구는 시도 및 보건복지부와의 협의를 거쳐 지정여부를 결정하게 됩니다. 지정기관으로 선정된 의료급여기관에는 "노숙인진료시설 지정서"가 교부되며, 심사평가원 심사지원시스템에 등재되어 지정여부를 확인할 수 있게 됩니다.
노숙인진료시설에서 노숙인에 대한 진료후 진료비 청구는 어떻게 해야 하는지 (기초의료보장과-3590, '12.7.10.)	■ 먼저 노숙인이 진료를 신청한 경우에는 요양기관 포털에 접속하여 노숙인 자격 여부를 확인한 후 진료확인번호를 받아야 합니다. - 진료확인번호는 노숙인진료시설로 지정되어 심평원에 등록된 기관에서만 교부되므로 노숙인진료시설로 지정되지 않은 의료급여기관에서 진료한 경우에는 진료비가 지급되지 않으므로 유의하여야 합니다. ■ 의료급여비용명세서상 종별구분란에는 노숙인의 특정 종별기호인 "N"을 기재하며, 다음과 같이 본인부담면제코드를 함께 기재하여야 합니다. - 노숙인진료시설인 제1차/제2차 의료급여기관에서 진료한 경우 : "M012" - 노숙인진료시설인 제2차의료급여기관에서 의뢰받아 제3차의료급여기관에서 진료한 경우 : "M014" - 응급상황이거나 분만으로 일반 의료급여기관에서 진료한 경우 : "M013" (청구관련 상병기호가 응급 및 분만관련 상병이어야 함)

의료급여 자격

제 목	내 용
의료보험에서 의료보호로, 의료보호에서 의료보험으로 그 자격변동을 희망할 시 처리 절차에 대하여 (보관31520-09097호, '89.7.10.)	■ 의료보호대상자중 지역의료보험 가입 희망자는 보호기관에서 의료보호 수첩을 회수한 후 보호기관의 확인서를 지참하여 지역의료보험에 가입토록 하고 일단 의료보호 대상자에서 의료보험으로 변경된 자는 특별 관리를 실시하여 연도 중에는 다시 의료보호 대상자로 책정되는 일이 없도록 할 것임
의료보호대상자로 입원치료중 의료보호대상자 자격이 상실된 경우 장기간 진료행위에 대한 의료보호 진료비 인정여부 (보관31520-6289호, '90.5.15.)	■ 의료보호대상자로 입원치료 중에 있는 자가 의료보호 책정대상에서 제외되는 경우 치료에 필요한 기간 동안 계속 입원치료를 실시할 수 있도록 되어 있으나, 이는 단기치료를 요하는 일반 환자에 대한 최소한의 필요한 입원 기간에 한한 것이므로 만성질환자의 경우처럼 무한정 치료가 종료될 때까지 의료보호 치료혜택을 받을 수 있다는 의미는 아니며, 특히 의료보호 책정에서 제외된 자는 의료보험에 가입될 것이므로 의료보호는 당연히 중지되어야 할 것임
학생에 대한 의료보장증 구분발급 (보관65720-779호, '96.7.3.)	■ 의료보장증은 세대당 1매씩 교부하여야 함이 원칙이며, 이는 의료보호 대상자를 세대단위로 책정·보호하여야 한다는 뜻임. 다만, 수학을 위하여 불가피하게 보호자와 주민등록을 달리하고 있는 학생에 대하여는 별도 의료 보장증을 발급할 수 있음 1. 다른 지역에 주민등록된 학생의 의료보호 요령 가. 학생의 보호자 : 학생과 실질적으로 생계를 같이하고 그 학생의 학비, 생활비 등을 부담하는 직계 존속 또는 형제자매 나. 첨부서류 - 학교에 재학중임을 증명할 수 있는 서류(재학증명서 또는 학생증 사본) - 의료보호대상자로 책정된 세대주와 친족관계임이 입증되는 주민 등록등본 또는 호적등본 다. 보호기관은 제출된 서류를 검토하여 당해 세대주의 세대원으로 의료 보호자격을 인정 - 당해 학생의 진료를 위하여 필요한 경우 의료보장증에 "학생"이라는 고무인을 날인하여 별도 교부할 수 있음

제 목	내 용
의료보장증의 변경확인 (보관65720-779호, '96.7.3.)	■ 보호기관은 의료보호대상자가 거주지를 이전하였을 때에는 주민등록법에 의해 신거주지에 전입신고를 함과 동시에 의료보장증에 거주지 변경확인을 하거나 새로운 의료보장증을 발급하여야 함
음성나환자촌 거주 의료보호 대상자 (보관65720-779호, '96.7.3.)	■ 음성나환자 정착촌에 거주하는 자가 의료보호대상자 책정기준에 해당되면 의료보호대상자로 책정하여 의료보장증을 교부하여야 함
가족사항이 변동되는 경우 (보관65720-779호, '96.7.3.)	■ 신생아, 사망자의 경우와 같이 의료보장증의 가족사항란에 변동이 있는 경우 보호기관에서는 출생, 사망, 전출입 등의 사실확인을 한 후 규정에 의거 자격관리위탁기관에 의료보장증 자격취득 또는 상실통보를 하여야 함
의료보호대상자의 세대원이 주민등록상 퇴거를 한 경우 의료보호 대상자 자격을 상실하게 되는지 (보관65720-779호, '96.7.3.)	■ 의료보호대상자의 책정은 의료보호법 제4조 및 의료보호법시행규칙 제5조의 규정에 의거 주민등록상 동일세대 구성원을 세대단위로 책정하는 바 거주지를 달리하여 세대를 달리 구성하였다면 의료보호대상자 자격을 상실하게 됨을 알려드림. 다만, 자녀가 수학을 위하여 불가피하게 보호자와 주민등록을 달리할 경우 등은 별도의 의료보호증을 발급할 수 있음
자활보호대상자로 책정되어 자활 및 의료보호(2종) 혜택을 받던 중 본인의 보호거부로 중지되었다가 한시적 생계구호자로 책정되면서 다시 의료보호 혜택을 받을 수 있는지 (보관65730-1354호, '98.9.15.)	■ 의료보호법 제14조에 의하면 "보호기관은 보호대상자가 의료보호를 거부한 경우에는 의료보호를 중지할 수 있으며, 의료보호가 중지된 세대에 대하여는 그해에 다시 의료보호를 행하지 아니한다"라고 규정되어 있으므로 의료보호가 중지된 자에 대하여는 그 해에는 다시 의료보호대상자로 책정할 수 없음

제 목	내 용
의료보호대상자의 자격상실시점 (보관65730-222호, '99.2.11.)	■ 의료보호대상자의 자격상실 시점은 의료보호대상자에서 제외된 날부터 자격을 상실하게 되며, 보호대상자 자격상실일부터 의료보험 피보험자 자격을 취득하게 됨 국가유공자의 경우 국가보훈처장으로부터 의료보호 요청이 있는 자에 대하여 전년도에 의료보호대상자였던 자에 대하여는 우선 연도 갱신하여 의료보호를 받는데 지장이 없도록 조치하고 소득조사가 완료된 시점에서 향후적으로 의료보호대상자 자격을 상실시키도록 시·도에 지침을 시달하였음. 따라서 국가유공자에 대한 소득조사가 완료되어 자격상실이 결정되었다면 그 결정된 시점 이후로 의료보호대상자 자격을 상실시켜야 하고 소급하여 상실시켜서는 안 됨 전년도에 의료보호대상자였던 자에 대하여 연도를 이월하여 진료를 할 경우 의료보호진료기관은 의료보호대상자로 하여금 의료보호증의 연도별 재사용확인 날인을 받게 하여 보호대상자 자격여부를 확인하여야 하며, 만약 보호 대상자 자격확인 절차 없이 의료보호를 하였고 보호대상자가 연도말에 자격을 상실하였다면 보호기관은 자격상실한 자에 대한 진료비를 지급할 의무가 없다고 할 것임
의료보장증 대여수급 진료비를 보험자 또는 보호기관이 임의로 요양기관(병원)으로부터 환수할 수 있는지 여부 (보관65730-901호, '99.7.21.)	■ **〈의료보험〉** 요양기관에서 대리수진임을 인지하고도 보험급여를 하였을 경우에 보험자는 요양기관에 대하여 부당진료비를 환수 할 수 있음 ■ **〈의료보호〉** 의료보호법시행규칙 제15조에 보호대상자가 의료보호를 받고자하는 경우에는 진료기관에 의료보장증 또는 의료보호대상자 증명서와 주민등록증을 제시토록 규정하고 있는 것은, 그 진료비를 국가 또는 지방자치단체에서 부담하고 있으므로 보호대상자가 아닌 자가 의료보호로 급여를 받는 것을 방지하여 국민의 세금으로 조성된 의료보호기금이 낭비되는 것을 방지하기 위한 제도적 장치로서, 보호대상자에 대한 진료를 담당하는 진료기관에서는 이를 확인하고 급여를 하여야 할 의무가 있다고 할 것이며, 이를 확인하지 않은 진료기관에 대하여는 부당진료를 환수 할 수 있음

제 목	내 용
유공자 상이처 진료에 관한 의료급여 대상여부 (보관65730-299호, '02.8.29.)	■ 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률의 적용을 받고 있는 자와 그 가족 중에서 일정 소득 이하가 되는 자에 대해서는 의료급여수급권자(종전의 의료보호대상자)로 선정하여 의료비에 대한 지원을 하고 있으며 보훈병원을 이용하여 진료 받는 경우에도 의료급여제도의 적용을 받게 됩니다. 다만, 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 제42조에 의하여 전상군경, 공상군경, 4·19혁명부상자, 공상공무원 및 특별공로 상이자에 대하여 그 상이처로 인하여 치료받는 부분은 보훈병원에서 무료로 진료 받는 부분으로 의료급여에서 제외되며 타 질환의 진료는 의료급여수급권자로서 진료를 받게 되므로 365일 급여일수 제한에 해당하게 됩니다. 즉, 전상군경으로 그 상이처에 대해 치료받는 부분인 6. 25전쟁당시 입은 총상 후유증으로 인한 정형외과치료에 대해서는 보훈병원에서 무료 치료하는 부분이므로 의료급여의 진료일수에 포함되지 않으며 타 상병의 질환 즉, 고혈압 치료는 의료급여수급권자로서 적용을 받게 되므로 급여일수 365일에 진료일수가 포함되게 됩니다.

2. 의료급여체계

의료급여 절차

제 목	내 용
제2차진료기관의 개설과중 가정의학과를 제1차 진료기관으로 별도 지정해 줄 수 있는지 여부 (보관65730-1458호, '97.11.6.)	■ 의료보호 제2차진료기관으로 지정하였다 함은 병원 전체 진료과를 대상으로 한 것으로 일부 특정진료과만을 분리하여 제1차진료기관으로 지정할 수 없음
의료보험 수급절차에 따라 종합전문요양기관(의료보호 제3차진료기관)에서 외래 및 입원진료 중 의료보호로 자격 변동되었을 시 제2차진료기관을 경유하여 진료를 받아야 하는지 여부 (보관65730-987호, '98.7.8.)	■ 의료보호법시행규칙 제17조에 의하면 의료보호대상자는 제1차진료기관과 제2차진료기관에서 진료 후 제3차진료기관에서 진료를 받도록 규정하고 있음 그러나 의료보험 피보험자로서 의료보험에서 정한 진료전달체계를 거쳐 동일 진료기관에서 동일상병으로 계속 진료를 받던 중 의료보호대상자로 자격이 변동된 경우에는 의료보호의 전달체계를 거친 것으로 갈음할 수 있음 따라서, 의료보호대상자로 책정된 날로부터 의료보호로 적용하여야 하며, 기 진료받은 사항에 대하여 소급 적용할 수는 없음
제2차 및 제3차진료기관에서 연도를 이월하여 계속 진료를 받을 경우 (보관65730-872호, '99.7.8.)	■ 의료보호대상자가 제2차 및 제3차진료기관에서 동일한 상병으로 연도를 이월하여 계속 진료를 받을 경우에는 제1차 및 제2차진료기관의 진료의뢰서를 다시 요구할 수 없음. 다만, 계속 진료를 받던 상병의 치료가 종료되었거나, 관련없는 타 상병으로 진료를 받을 경우에는 진료의뢰서를 제출하여야함. 진료기관은 연도를 이월하여 계속 진료를 받아야 할 보호대상자에 대하여는 사전에 보호기관으로부터 의료보장증에 재사용 확인을 받아 오도록 하여야 하며, 보호기관의 재사용 확인을 받지 못한 보호대상자는 즉시 의료보험에 가입토록 하여 수진자가 계속 진료를 받는데 지장이 없도록 조치하여야 함.
제2차 및 제3차진료기관 입원 및 외래진료중 의료보호대상자로 자격이 변동된 경우 (보관65730-872호, '99.7.8.)	■ 의료보험에서 정당하게 절차를 거쳐 의료보험급여(입원 및 외래진료)를 받고 있던 중이었다면 의료보호대상자로 자격이 변동되었다 하더라도 다시 진료의뢰서를 받을 필요는 없음. 또한, 당해 상병의 입원진료가 종료후 당해 상병의 치료와 관련된 외래진료 중에 의료보호대상자로 자격이 변동되었을 경우에도 별도의 진료의뢰서를 받을 필요는 없음 다만, 입원 및 외래진료 중인 상병의 진료가 종료된 후 관련없는 상병으로 진료를 받을 경우에는 제1차 및 제2차진료기관에서 발행한 진료의뢰서를 제출하여야 함

제 목	내 용
제1차진료기관에 입원중 의료보호대상자로 자격이 변동된 경우 (보관65730-872호, '99.7.8.)	■ 의료보험대상자가 의료보호의 기준 제1장제1절제30조(제1차진료기관에서의 입원진료비용)에 열거하지 않은 상병으로 제1차진료기관에 입원중 의료보호대상자로 자격이 변동될 경우에는 당해 입원진료가 종료될 때까지는 의료보호진료비로 청구 가능(진료기관에서는 의료보호진료비 명세서에 보호대상자의 자격변동 사항을 기재)함 다만, 퇴원후 재입원시는 의료보호진료비 청구는 할 수 없음
의료보호 정액심사 관련 질의 회신 (급여65730-32호, '01.1.9.)	가. 사회복지시설의 시설수용자에 비하여 시설의 촉탁의 등 진료의사의 수가 부족하여 진료의뢰서를 발급 등 진료절차에 의하여 다른 진료기관으로 환자를 의뢰하고 있는 바 이러한 경우 촉탁의 진료범주 외로 보아 진료비를 별도 청구할 수 있는지 여부 ■ 시설수용자에 비해 촉탁의가 절대 부족하는 등 촉탁의 만으로 사회복지시설 내에서 진료를 할 수 없는 경우 진료절차를 거쳐 다른 진료기관에서 진료를 받았다면 진료비 지급이 가능함 나. 시설수용자가 진료기관에서 진료일전 1년~10년 이상 경과된 진료의뢰서로 진료받았을 경우 정신과 진료의 특성을 고려 진료의뢰서 발급일자에 상관없이 계속 유효한 것으로 보아 진료비를 청구할 수 있는지 ■ 정신과질환의 경우 질병양상이 만성·장기화되는 특수성을 고려하여 해당 상병에 대하여 진료가 종료되지 않고 계속적이며 지속적인 진료가 이루어졌다면 별도의 진료의뢰서의 제출을 요구할 필요는 없음 다. 사회복지시설수용자가 사회복지법인이 공립진료기관과 공립 사회복지시설을 동시에 위탁받아 운영하는 공립진료기관에서 진료를 받을 경우, 사회복지법인이 위탁 운영하는 공립진료기관에서 진료를 받은 경우와 사회복지법인이 위탁 운영하는 공립사회복지시설 수용자가 사회복지법인이 설립한 진료기관에서 진료를 받은 경우 진료비를 청구할 수 있는지 ■ 사회복지법인이 의료기관과 사회복지시설을 동시에 설치하여 직접 운영(또는 위탁운영)하면서 시설수용환자를 진료하였을 경우 의료보호진료비 지급에 대해서는 동 의료기관의 당초 설치목적과 국고지원여부에 따라 판단하여야 함 따라서, 동 의료기관의 설치목적이 자체시설수용환자의 진료목적으로 설립되었거나 국가 또는 지방자치단체로부터 정기적으로 치료비 등 운영비를 지원받는 경우에는 시설수용자에 대한 진료비는 의료보호기금에서 지급할 수 없음

제 목	내 용
단계별 절차를 거쳐 제3차진료기관에서 진료를 받고 동일한 상병으로 동일기관의 다른 진료과목 진료를 받고자 할 경우 다시 단계별 절차를 거쳐야 하는지 (보관65730-225호, '01.3.2.)	■ 의료보호법 제10조에 의하여 모든 의료기관(보건기관 포함)이 당연 의료보호진료기관이 되므로 의료보호대상자는 모든 의료기관에서 진료를 받으실 수 있습니다. 다만, 의료보호대상자가 의료보호를 받기 위해서는 제1차진료기관(의원급) → 제2차진료기관(병원급 이상) → 제3차진료기관(대학병원급)의 단계별 절차를 거쳐야하며 각 단계별로 진료의뢰서를 발급 받아 다음 단계의 의료기관에 제출하여야 합니다. 또한, 하나의 상병으로 단계별 절차를 거쳐서 제3차진료기관에서 진료를 받았다하더라도 다른 상병으로 진료를 받을 경우에는 다시 단계별 절차를 거쳐야 합니다.
퇴원후 예약진료를 받기위해 병원을 방문한 경우 진료의뢰서 제출 여부 및 초진료 적용 (보관65730-368호, '01.4.2.)	■ 동일한 상병의 입원진료 종료후 해당 상병의 치료와 관련된 외래진료를 받기 위해 진료기관에 재 내원한 경우에는 별도의 진료의뢰서를 제출할 필요가 없음 초진진찰료의 산정은 동일진료기관에서 해당상병의 진료가 종결된 후 30일이 초과한 후 동일 상병이 재발하여 진료를 받기위해 내원한 경우 초진진찰료를 산정하도록 하고 있으며 계속적이고 연속적인 치료과정으로 내원한 경우는 30일을 초과하여 진료를 받는 경우에도 재진진찰료를 산정하도록 하고 있음

제 목	내 용
의료급여 진료체계에 대한 질의 (보관65730-1072호, '01.10.19.)	**〈질의〉** 가. 정신질환자는 1차의료급여기관에서 의료급여의뢰서없이 2, 3차의료급여기관에서 진료를 받을 수 있는지 나. 한의원에서 발행한 의료급여의뢰서로 제2차의료급여기관의 일반과에서 진료가 가능한지 다. 시설에 입소되어있는 환자가 시설 내에 있는 촉탁의사가 발행한 의료급여의뢰서로 2차의료급여기관에서 진료가 가능한지 **〈답변〉** ■ 의료급여법 시행규칙 제3조에 의하여 의료급여수급권자가 의료급여기관 이용시에는 의료급여의 절차에 따라 1차 → 2차 → 3차의료급여기관의 순서로 의료급여의뢰서를 발급 받아 이용하도록 하고 있습니다. ■ 이에 따라 정신질환자인 의료급여수급권자가 의료급여기관을 이용시에는 단계별절차에 따라 이용하셔야 하며 다만, 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조에 의하여 자신 또는 타인을 해할 우려가 있는 정신장애의 경우에는 응급환자로 분류되어 단계별진료를 거치지 않아도 됩니다. ■ 한의원은 제1차의료급여기관으로 1차의료급여기관의 의료급여의뢰서를 발급 받아 정당한 절차단계에 의해 제2차의료급여기관을 이용한 경우에 해당되므로 의료급여가 가능합니다. ■ 촉탁의가 본인의 진료범주를 벗어난 경우 의료급여의뢰서에 따라 제1차의료급여기관부터 단계별진료를 받도록 하고 있으므로 촉탁의 의료급여의뢰서에 의해 제2차의료급여기관을 바로 이용하실 수는 없습니다.
행려환자를 응급환자로 볼 수 있는지 여부 (보호65730-26호, '02.1.17.)	■ 의료급여법 시행규칙 제3조에 수급권자가 의료급여를 받고자 하는 경우에는 단계별 급여절차에 따라 제1차의료급여기관(의원급) → 제2차의료급여기관(병원, 종합병원급) → 제3차의료급여기관(대학병원급)의 순서로 진료를 받도록 하고 있으나 응급의료에 관한 법률 제2조제1호에 해당하는 응급환자에 대해서는 의료급여 단계별절차의 예외로 규정하고 있습니다. ■ 응급환자란 응급의료에 관한 법률 제2조에 의해 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 기타 위급한 상태로 인해 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신상의 중대한 위해가 초래될 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 자로 규정하고 있으므로 단지 행려환자라 하여 응급환자로 볼 수는 없습니다.

제 목	내 용
의료급여 진료절차와 관련 (장애인보장구외 당일진료, 응급환자의 응급실 이용 후 익일 동일 의료급여기관 외래진료)과 건강진단서 발급을 위한 진료 후 당일 정밀검진을 위해 추가진료한 경우 (의급65730-117호, '03.4.2)	■ 의료급여법 시행령 제3조에서는 장애인복지법에 의한 등록장애인이 장애인보장구를 지급받고자 하는 경우에는 의료급여 단계별 진료의 예외로 규정하고 있으나, 장애인보장구 처방 및 검수외 당일진료에 대해서는 의료급여의 단계별 절차를 거쳐서 진료를 해야 할 것임 ■ 건강진단서 발급을 위한 진단을 받은 후 당일에 정밀검진을 위해 동일의사가 추가로 진료한 경우 건강검진시의 진찰행위와 진료과정의 연계로 판단되므로 진찰료는 별도 산정 불가하며, 당일에 검진결과에 따라 타 진료과목 담당의사에게 진료 받을 시에는 진찰료는 재진진찰료를 산정하여야 할 것임 ■ 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조 및 동법 시행규칙 「별표1」에서 정한 응급환자가 응급진료를 받은 후 익일에 동일 의료급여기관에서 외래진료를 받는 경우 정당한 진료전달체계를 거친 것으로 보고 의료급여가 가능하며 의료급여의뢰서는 진료기록부로 갈음할 수 있음
무료 암검진시 이상소견이 발견된 경우 의료급여 단계별진료 절차를 거쳐야 하는지 (의급65730-147호, '03.4.24.)	■ 의료급여법 시행규칙 제3조에 의하여 제1차의료급여기관 및 제2차의료급여기관은 진찰결과 또는 진료 중에 제2차의료급여기관 및 제3차의료급여기관의 진료가 필요하다고 판단된 경우 진료담당의사의 진료의견이 기재된 의료급여의뢰서를 수급권자 또는 그 보호자에게 발급토록 하고 있습니다. ■ 한편, 의료급여수급권자 무료 암검진사업에 따라 검진시 발견된 이상소견에 대해서는 진료담당의사가 검진결과서에 제2차의료급여기관의 진료가 필요하다는 의사소견을 기재한 경우 의사소견이 기재된 검진결과서를 의료급여의뢰서로 갈음할 수 있으므로 제1차의료급여기관을 거칠 필요는 없으나 검진 후 이상소견에 대해 모두 제2차의료급여기관의 진료를 요하는 것은 아니므로 제2차의료급여기관의 진료가 필요한 경우에 한해서 선별적으로 진료를 실시토록 하여야 할 것입니다.

제 목	내 용
의료급여진료절차에 관한 문의 회신 (의급65730-223호, '03.6.20.)	■ 의료급여기관 종별이 변경되는 시점에서 동일 상병으로 계속적 진료 중인 환자에 대해서는 진료절차단계를 거친 것으로 보아 별도의 의료급여 의뢰서를 제출할 필요가 없으나 제2차의료급여기관으로 변경된 후 타 상병으로 진료를 받는 경우에는 의료급여진료절차단계를 거쳐서 진료를 받아야 할 것입니다. ■ 한편, 의료급여법 시행규칙 제3조에서는 응급의료에 관한 법률 제2조 제1호에 해당하는 응급환자의 경우에는 진료절차단계의 예외적용 대상자로 정하고 있음을 알려드립니다.
의료급여환자 단계별절차 관련 문의 (의급65730-325호, '03.10.7.)	**〈질의 가〉** ■ 의료급여의뢰서는 의료급여법 시행규칙 제3조제2항에 제1차의료급여기관 또는 제2차의료급여기관에서 진찰결과 또는 진료 중에 제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관의 진료가 필요하다고 판단되는 경우 진료를 담당한 의사가 진료의견을 기재하여 발급하고 있음 ■ 진료담당의사란 의료법 제2조에 의한 의사 ·치과의사 또는 한의사로 의료급여수급권자가 소속된 보장기관(시·군·구)이나 사회복지시설의 기관장은 의료법에서 정한 의료인에 해당되지 아니하므로 환자 진료의뢰서를 발급할 수 없는 것임 **〈질의 나〉** ■ 사회복지사업법에 의한 사회복지시설입소자를 해당 시설 촉탁의가 의료급여기관의 진료가 필요하다고 판단되어 진료소견서를 발급하는 경우 의료급여법 시행규칙 제3조제2항에 의한 1차 또는 2차의료급여기관의 의료급여의뢰서 발급행위로 볼 수 없으므로, 의료급여수급권자는 동법 시행규칙 제3조1항에 의거 1차의료급여기관에서 부터 진료를 받아야 함 ■ 시설수급권자가 촉탁의가 아닌 제1차의료급여기관의 의사로부터 왕진을 받은 경우는 제1차의료급여기관에서의 진료를 받은 것이므로 진료의사로부터 의료급여의뢰서를 발급받아 제2차의료급여기관에서 진료가 가능함 ■ 구치소에 수감되어 있는 자는 의료급여수급권자 자격을 상실하게 되어 의료급여를 받을 수 없음 **〈질의 다〉** ■ 국가유공자로서 의료급여법에 의한 의료급여수급권자인 경우 동일한 의료급여기관 종별내에서 환자를 이송할 때에는 의료급여의뢰서가 불필요하나, 제3차의료급여기관으로 의뢰하는 경우에는 의료급여의뢰서를 발급하여 이송하여야 함

제 목	내 용
의료급여 수급권자가 제2차의료급여기관에서 선 진료 후 당일 제1차의료급여기관에서 발급받아온 의료급여의뢰서를 추후 제출하는 경우 의료급여 절차 규정에 위배되는지 여부 (기초의료보장과-2283호, '13.7.4.)	■ 「의료급여법 시행규칙」 제3조에 따라 수급권자가 의료급여를 받고자 하는 경우 제1차의료급여기관을 우선 방문하여 의료급여를 신청하여야 하며, 진료담당의사의 진찰 결과 또는 진료 중 다른 의료급여기관의 진료가 필요하다고 판단하는 경우 진료의견을 기재한 의료급여의뢰서를 발급하여 제2차의료급여기관에 진료 의뢰를 하도록 하고 있음 ■ 질의사안은 진료담당의사의 의학적 판단이 아닌 수급권자(또는 보호자)의 자의적인 판단에 따라 제1차의료급여기관의 진료 없이 바로 제2차의료급여기관에 의료급여를 신청한 경우로서, 사후 의료급여의뢰서 제출여부와 상관없이 의료급여 절차에 위배됨 ■ 아울러, 수급권자의 합리적인 의료이용 유도, 대형병원 쏠림현상 방지를 통한 의료자원의 효율적 배분을 위해 의료급여 절차규정이 도입되었음을 고려할 때, 절차규정을 적용받지 않는 예외사항은 법에서 규정한 최소한의 경우(응급, 분만, 희귀난치질환자 등)로 한정되어야 할 것임

왕진 관련

제 목	내 용
시설수급권자 왕진과 관련한 질의 회신 (의급65730-426호, '02.12.31.)	■ 의료급여는 원칙적으로 의료급여기관 내에서 실시하여야 하나 환자의 질병상태가 이송이 곤란하여 환자 또는 보호자가 보장기관에 왕진을 신청하여 보장기관이 의료급여기관으로 하여금 왕진을 하게 한 경우는 예외적으로 인정이 됩니다. 시설수급권자의 경우는 촉탁의만으로 적절한 진료가 곤란한 때에 한하여 수급권자나 보호자(보장시설의 장 포함)가 왕진신청서를 개인별 또는 대상자가 많을 경우 일괄 작성하여 보장기관에 제출하여 승인여부에 따라 왕진을 할 수 있으며 왕진이 인정된 자에 대해서는 왕진을 신청한 상병의 치료가 종료될 때까지 효력이 있음을 회신합니다.
촉탁의 진료만으로는 적절한 진료가 곤란한 경우 왕진 가능 여부 (기초의료보장과-2545호,'09.6.1.)	■ 촉탁의 진료만으로는 적절한 진료가 곤란한 경우 보장기관에 왕진을 신청할 수 있음 - 다만, 촉탁의와 동일한 진료과목의 왕진은 신청할 수 없음

회송

제목	내 용
제2차진료기관에 입원하여 수술 등의 치료 후 환자상태 호전 등으로 의원급인 제1차진료기관으로 이송하여 입원진료를 하고자 할 경우 입원 관련 진료비 인정여부에 대하여 (보관65730-10169호, '00.5.31.)	■ 제1차진료기관으로 이송하여 입원진료를 계속 해야 할 경우 상병에 제한 없이 입원진료를 허용하는 것은 단계별 진료취지에 맞지 않음으로 의료보호기준에 의한 1차진료기관에서 입원이 가능한 상병에 대해서만 입원진료를 실시하여야 할 것임
회송료 산정기준 통보 (의급-725호, '05.4.18.)	■ 건강보험요양급여비용의 "행위급여목록·상대가치점수표 및 산정지침, 가-5(AE100) 회송료 주:1"에 의하면 2단계 요양급여를 담당한 요양기관에서 요양급여회송서와 해당 환자의 요양급여에 관한 정보를 제공하여 당초 의뢰한 요양기관이나 1단계 진료를 담당할 수 있는 요양기관으로 회송한 경우에 회송료를 산정하도록 규정하고 있습니다. 따라서, 의료급여의 진료절차는 건강보험과는 달리 3단계로 운영하고 있기 때문에 제2차 의료급여기관에서 제1차 의료급여기관으로, 제3차 의료급여기관에서 제2차 또는 제1차 의료급여기관으로 회송한 경우에 의료급여 회송료를 산정할 수 있음을 알려드리니 동 내용을 귀 기관 및 산하기관(회원)에 널리 알려 의료급여 업무에 차질이 없도록 조치하여 주시기 바랍니다. *「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제17조의12 신설(2020.10.8. 시행) → 건강보험 회송료 수가 및 급여기준 개정에 따른 관련 조항 개정

선택의료급여기관

제 목	내 용
선택의료급여기관 진료의뢰 범위 통보 (기초의료보장과-4292호,'07.10.5.)	■ 2007년 7월부터 시행된 선택의료급여기관 제도와 관련하여 선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용 절차 등에 관한 규정 제6조는 선택병의원 적용 대상자가 해당 선택병의원에서 진료 받을 수 없는 질환이 발생한 경우에는 선택병의원이 다른 의료급여기관으로 진료를 의뢰할 수 있도록 정하고 있습니다. 이는 질환의 경중 등에 따라 수급권자가 합리적으로 의료이용을 할 수 있도록 하기 위한 의료급여 진료절차(의료급여법시행규칙제3조)와 수급권자의 적정 의료이용 및 집중적인 건강관리를 위하여 도입한 선택병의원 제도의 취지를 모두 고려한 것입니다. 그러나, 등록장애인 및 희귀난치성질환자 등 2차 또는 3차의료급여기관을 선택병의원으로 지정한 수급권자의 경우 현행 법령상 1차 또는 2차의료급여기관에서의 진료가 어려운 실정입니다. 이는 의료급여법시행규칙 제3조의 진료절차 규정의 취지와 부합하지 않은 바, 선택병의원인 2차 또는 3차의료급여기관에 해당 진료과목이 없거나 다른 1차 또는 2차의료급여기관에서의 진료가 적절한 경우 등에는 진료의뢰가 가능함을 알려드립니다.
본인부담 구분코드 "B005" 사용 대상은 (기초의료보장과-6714호, '09.12.31.)	■ '10.3.1일 진료분부터 본인부담 구분코드 "B005"는 선택의료급여기관에서 의뢰된 환자의 경우에만 사용하는 코드이며, 공단 자격관리시스템 등을 통해 전송 시에는 반드시 의뢰한 선택의료급여기관기호를 함께 전송하여야 함
선택의료급여기관에서 의뢰한 환자를 다른 의료급여기관에서 재의뢰받은 경우(B006)에도 공단자격관리시스템을 통해 진료를 의뢰한 선택의료급여기관 기호를 전송해야 하는지 (기초의료보장과-742호, '10.2.26.)	■ 의료급여기관에서 진료 후 공단자격관리시스템을 통해 선택의료급여기관 기호를 전송하는 경우는 선택의료급여기관에서 의뢰받은 수급권자(본인부담구분코드 : B005)의 경우에만 해당되며, 선택의료급여기관에서 재의뢰받은 환자(본인부담구분코드 : B006)는 해당되지 아니함 ※ 감사원 지적에 따라 B005뿐만 아니라 B006도 전송하는 것으로 변경 ('12.9.1.)

제 목	내 용
공단자격관리시스템을 통한 진료를 의뢰한 선택의료급여기관 기호 전송은 2010. 3. 1이후 수급권자를 의뢰한 선택의료급여기관부터 적용되는 것인지 (기초의료보장과-742호, '10.2.26.)	■ 선택의료급여기관으로부터 진료를 의뢰받은 수급권자 진료(B005) 후 공단자격관리시스템을 통한 선택의료급여기관기호 전송은 2010.3.1. 이전에 선택의료급여기관에서 의뢰된 후 동일 상병으로 2010.3.1. 이후 계속 진료한 경우에도 전송하여야 함
공단자격관리시스템을 통한 진료를 의뢰한 선택의료급여기관 기호전송은 의뢰받은 첫회만 전송하면 되는지 (기초의료보장과-742호, '10.2.26.)	■ 선택의료급여기관으로부터 진료를 의뢰받은 수급권자 진료(B005) 후 공단자격관리시스템을 통한 선택의료급여기관 기호 전송은 수급권자를 의뢰받은 첫 회만 전송하는 것이 아니라 진료시(B005)마다 매회 전송하여야 함
선택의료급여기관에서 의뢰되어 제2차 또는 제3차의료급여기관에서 진료를 받던 중 선택의료급여기관이 변경된 경우 변경된 선택의료급여기관으로부터 의료급여의뢰서를 발급받아 제출해야 하는지 (기초의료보장과-742호, '10.2.26.)	■ 선택의료급여기관에서 의뢰되어 제2차 또는 제3차의료급여기관에서 진료를 받던 중 선택의료급여기관이 변경된 경우 동일상병에 대한 진료라 하더라도 변경된 선택의료급여기관에서 진료결과 제2차 또는 제3차의료급여기관의 진료가 필요한 경우이어야 하므로 변경된 선택의료급여기관의 진료담당의사의 진료의견이 기재된 의료급여의뢰서를 제출하여야 함
〈2018년 의료급여사업안내 변경 관련 기초의료보장과-742호에 대한 추가질의〉 의뢰받은 제2·3차 의료급여기관에서 계속하여 진료 중에 선택의료급여기관이 변경된 경우 의료급여 이용절차에 대한 질의 (기초의료보장과-3356호, '18.4.19.)	■ 의료급여수급권자가 의뢰받아 제2·3차의료급여기관에서 계속하여 진료 중에 선택의료급여기관이 신규 지정 또는 변경된 경우에는 동일상병에 대한 진료라 하더라도 신규 지정 또는 변경된 선택의료급여기관에서 발급한 의료급여의뢰서를 제출하여야 합니다. ■ **다만,** 2018년 의료급여사업안내(지침) 개정사항으로서 의뢰 받아 제2·3차 의료급여기관에서 계속하여 진료 중에 선택의료급여기관이 변경된 경우, 중증·희귀난치성질환(결핵 포함) 및 만성고시질환 상병에 대하여 계속하여 진료 받는 경우에 한하여 해당 진료가 종료될 때까지는 변경된 선택의료급여기관의 의료급여의뢰서 추가 제출 없이 해당 제2·3차의료급여기관의 진료를 받을 수 있도록 절차를 변경하였음을 알려드리니 업무에 참고하여 주시기 바랍니다. ※ 2019년 의료급여사업안내(지침) 개정사항으로 동일상병에 대하여 계속하여 진료받는 경우에 한하여는 추가 의료급여의뢰서 필요 없음.

제 목	내 용
건강보험에서 의료급여로 자격이 변경된 후에 선택의료급여기관 적용자가 된 경우 선택의료급여기관에서 발부한 의료급여의뢰서를 제출하여야 하는지 (기초의료보장과-742호, '10.2.26.)	■ 선택의료급여기관 적용자인 수급권자가 선택의료급여기관제도 시행일(2007.7.1) 이전부터 선택의료급여기관이 아닌 제2차 또는 제3차의료급여기관에서 건강보험으로 진료를 받은 경우에는 당해 질환 종료시까지 별도의 의료급여의뢰서를 제출하지 않아도 되며, 당해 기관에서 2007.7.1일 이후부터 건강보험으로 진료를 받고 있다가 의료급여로 자격이 변경되어 선택의료급여기관 적용자가 된 경우에는 별도 의료급여의뢰서를 제출하여야 함
제2차의료급여기관에서 다른 제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관에서 다른 제3차의료급여기관으로 의뢰하는 경우에도 의료급여의뢰서를 발급하여야 하는지 (기초의료보장과-742호, '10.2.26.)	■ 「의료급여법 시행규칙」 제3조제1항에 따라 제2차의료급여기관(제3차의료급여기관)에서 진찰결과 또는 진료중에 다른 제2차의료급여기관(제3차의료급여기관)의 진료가 필요하다고 판단되어 진료를 의뢰하는 경우에도 진료담당의사의 진료의견이 기재된 의료급여의뢰서를 발급하여야 함
제2차의료급여기관이 선택의료급여기관인 경우 진료를 의뢰받은 제2차의료급여기관에서 또 다른 2차의료급여기관으로 재의뢰가 가능한지 (기초의료보장과-742호, '10.2.26.)	■ 선택의료급여기관에서 다른 의료급여기관으로 의뢰하는 경우에는 의료급여기관 동일 종별간(제1차의료급여기관 → 제1차의료급여기관, 제2차의료급여기관 → 제2차의료급여기관, 제3차의료급여기관 → 제3차의료급여기관간)의 진료 의뢰는 가능하나, 선택의료급여기관에서 의뢰된 수급권자를 의료급여기관 동일 종별간에 재의뢰는 「선택의료급여기관 적용대상자 및 이용절차 등에 관한 규정」 제6조제2항에 따라 할 수 없음
A기관에서 B기관으로 의뢰하여 진료 받던 중 A기관을 선택의료급여기관으로 선택한 경우 A기관에서 다시 의료급여의뢰서를 발급받아 제출하여야 하는지 (기초의료보장과-742호, '10.2.26.)	■ A기관에서 B기관으로 의뢰하여 진료를 받던 중 A기관을 선택의료급여기관으로 선택한 경우, 동일한 상병에 대한 계속진료인 경우에는 선택의료급여기관으로 된 A기관에서 다시 의료급여의뢰서를 발급받아 제출하지 않아도 됨 (이 경우 본인부담구분코드는 B005로 하고 의뢰된 선택의료급여기관 기호는 A기관 기호를 전송함)

3. 의료급여의 범위 및 기준
(희귀난치 질환 등)

의료급여의 범위

제 목	내 용
간병비의 지급여부 (보관31520-9327호, '90.7.16.)	■ 환자 간병에 대한 별도의 간병비의 지급은 의료보호 및 의료보험 급여범위에서 제외되고 있음
무의탁환자의이송비 (보관65730-1633호, '98.11.4.)	**(질의)** 의료보호 1종 대상자인 무의무탁 응급환자를 이웃 주민이 발견하고 차량을 임차하여 응급실이 갖춰진 2차진료기관에 이송하였을 경우 의료보호법 제8조제1항제6호 및 의료보호 업무지침 〈항목번호 3-26 왕진비, 이송비〉에서 규정한 대로 이송한 자에게 의료보호기금에서 이송비 지급이 가능한지 **(답변)** 이송비는 현재 의료보호 급여수준과 의료보호 재정여건상 의료보호기금에서 지급할 수 없음. 무의탁환자의 이송비에 대하여 시·도가 자체적으로 별도의 예산 및 지급기준을 정하여 지원하는 것이 타당할 것임
의료급여범위에서 제외되는 경우 (보호65730-000호, '01.10.1.)	■ 다른 법령에 의하여 급여를 받고 있거나 급여를 받을 수 있는 경우에는 의료급여법 제4조의 규정에 의하여 의료보호를 행하지 아니함. - 결핵예방법에 의한 진료(다만, 단순폐결핵 및 호흡기결핵치료 가 아닌 합병증 치료 및 초치료나 재치료에 실패한 폐결핵 치료에 대하여는 의료급여범위에 포함됨) - 전염병예방법에 의한 예방접종 및 격리치료 - 국가유공자 예우 등에 관한 법률에 의한 진료 - 산업재해보상보험법에 의한 진료 - 기생충질환예방법에 의한 기생충 구제 - 범위에서 제외된다 함은 의료급여수급권자로 책정하지 않는다는 것이 아니고 의료급여수급권자라 하더라도 해당 질병에 대한 진료행위가 의료급여의 범위에서 제외되어 의료급여비용의 지급이 불가능한 경우를 말함
법정전염병 환자에 대한 의료급여 (보호65730-000호, '01.10.1.)	■ 전염병예방법상의 법정전염병환자라 할지라도 동법에서 의거 실제로 의료혜택을 받지 못하는 범위(제2종 전염병 등)내에서는 의료보호로 진료가 가능하며, 이 경우 의료보호비의 지급이 가능함(예. 일본뇌염, 백일해, 홍역 등) ■ 성병입원(종별구분:5)의 경우 2001. 10. 1 의료급여법 제정 후 의료급여 1종수급권자에서 제외됨. (의료급여수급권자인 경우는 의료급여로 청구 가능하나 건강보험의 피보험자인 경우는 해당 건강보험으로 청구토록 함)

제 목	내 용
작업중 부상을 당한 경우 (보호65730-000호, '01.10.1.)	■ 의료급여수급권자인 근로자가 근로기준법의 적용을 받는 사업 또는 사업장에서 업무상 재해, 부상 또는 질병에 걸린 경우는 근로기준법 제78조 및 산업재해보상보험법 제9조3의 규정에 의한 요양보상 또는 요양급여를 받을 수 있으므로 의료급여의 범위에서 제외되며, 근로기준법의 적용을 받지 아니하는 사업 또는 사업장에서의 업무상 재해인 경우 우선 의료급여로 하되 의료급여기관에서는 진료를 개시한 날로부터 7일(공휴일 제외) 이내에 부당급여통보서(별지 제16호서식)를 보장기관에 통보하여야 하며, 보장기관은 사용주에 대한 근로자의 민사상 손해배상청구권 대위행사를 하여야 함 의료급여수급권자가 업무상 재해, 부상 또는 질병외의 상병에 이환되었을 경우 동 상병 진료에 소요된 의료급여비용은 의료급여로 별도 산정할 수 있음
의료급여수급권자의 교통사고 (보호65730-000호, '01.10.1.)	■ 교통사고에 의한 부상은 자동차손해배상보장법에 의하여 보험금이 지급되고 있으므로 의료급여법 제4조의 "다른 법령에 의하여 의료급여를 받고 있는 경우"에 해당되어 의료급여에서 제외되는 것이 원칙임 가해차량이 "책임보험"에만 가입되어 있는 경우에는 "다른 법령에 의하여 의료급여를 받고 있는" 범위는 그 보험금액 한도까지라고 할 것임 - 치료비가 보험금액을 초과하지 않거나 초과하는 의료급여비용을 가해자가 부담하는 경우 의료급여는 처음부터 발생하지 아니함 - 치료비가 동 보험금액을 초과하고 피해자가 가해자로부터 배상받는 것이 불가능하며 동 보험금액을 초과하는 진료비 중 배상불능 진료비에 대하여 의료급여를 요청하면 보장기관에서는 이를 우선 의료급여기금에서 지급할 수 있으나, 이 경우 의료수가의 기준 및 일반기준 제18조제2항의 규정에 의거 가해자에 대하여 피해자의 민사상 손해배상청구권을 대위행사하여야 함 ■ 이 때 의료급여기관은 의료급여법시행령 제14조제1항에 의거 보장기관에 해당사항을 사전에 통보하여야 하며, 통보를 받은 보장기관의 장은 수급권자의 의료급여 필요성 여부를 조사 확인하여 당해 의료급여기관에 통보하여야 함

의료급여기준

제 목	내 용
의료보호대상자(2종)가 교통사고로 가해자와 합의하고 합의금을 받았으나 진료비로 납부하지 않고 생활비로 사용한 경우 진료비 부담에 대하여 (보관31520-5531호, '91.4.18.)	■ 의료보호대상자가 제3자의 행위에 의한 사유로 발생한 상병(교통사고 등) 중 명백한 가해자가 있는 경우에 대하여서는 보건사회부고시 제90-28호('90.3.3.)에 의거 의료보호에서 제외토록 규정하고 있는바, 교통사고로 가해자와 합의하고 합의금을 받았다면 이는 명백한 가해자가 있는 경우에 해당되므로 본건 진료비는 처음부터 의료보호기금으로 청구할 수 없다고 하겠음 진료기관은 환자 진료시 제3자의 행위에 의한 상병명으로 추정될 때 동 내용을 즉시 보호기관에 통보하는 사항으로 의무를 다했다고 할 수 있으나 통보하였다는 행위만으로 의료보호 적용여부를 진료기관 임의로 결정할 수 없고 보호기관이 판단하여 결정할 사항이므로 보호기관에서 지체 없이 의료보호 적용여부를 진료기관에 통보하였다면 의료보호기금으로 진료비를 청구할 수는 없는 것임
신장이식관련 의료보험(의료보호)급여 범위 등에 대한 질의회신 결과 통보 (급여31510-44356호, '91.11.26.)	가. 질의 1,2에 대하여 ■ 신장공여 희망자가 신장공여를 목적으로 사전검사를 외래에서 일반수가로 행하고 신장공여자로 확정·입원하여 신장을 제공한 경우 소급적용 되는 사전검사항목은 공여적합성 여부검사를 행한 의료기관의 원무과 또는 보험과 등의 관계부서에 문의 청구하여야 하며, 사전검사기관에서는 공여자가 이미 수납한 검사비용은 보험수가로 정산하여 환불하여야 할 것임 나. 질의 3, 4에 대하여 ■ 신장공여자로 확정된 자가 신장을 제공하고자 입원하였으나 불가피한 사유 등으로 신장이식이 행해지지 않고 퇴원한 경우에는 의료보험 급여 적용이 아니 되며, 재입원하여 신장이 제공되었다 하더라도 당초 입원(1차) 진료비용까지 의료보험으로 소급하여 보험급여가 될 수는 없는 것이므로 1차 입원 진료비는 환불될 수 없을 것임 ■ 아울러 공여적합성 여부 등의 검사를 위한 신장공여자의 검사비용은 공여자가 입원하여 신장을 제공하게 되면 신장이식을 받은 환자가 속한 보험자가 부담하여야 하므로 "진료 의뢰서"의 제출 의무는 없음. 다만, 이식수술 후 퇴원한 신장공여자에게 신이식후 신장기능에 대한 검사나 합병증 등의 질병발생으로 인하여 수술 받은 의료기관에서의 진료가 불가피한 경우라면 "신장공여자"였음이 확인된다면 "진료의뢰서"의 제출 없이 본인의 의료보험증으로 보험급여가 되겠으나, 이 경우 발생된 진료비용은 신장이식을 받은 환자가 속한 보험자와 당연히 정산처리 되어야 할 것임 다. 신장이식을 받은 자가 의료보호인 경우에도 위 처리요령에 준함

제 목	내 용
장기이식 시 공여자 진료비 산정방법 (급여07720-593호, '93.7.29.)	■ 장기 공여자의 검사료 등 진료비용이 발생된 경우 장기이식을 받은 환자가 속한 보호기관이 진료비를 부담하여야 하므로, 장기이식을 받은 환자의 인적사항 등 일반사항을 기재하여 진료비명세서 청구요령에 의거 산정하되, "진료비 명세서"를 별도 묶음으로 청구하여 추후 정책개발 및 장기이식 환자의 전체 진료비 통계 분석관리에 참조될 수 있도록 하시기 바람 **※ 장기 공여자 특정기호 코드** • 조혈모세포 공여자(V073), 신장 공여자(V074), 간 공여자(V075)
정신질환 (보관65730-1309호, '98.9.7.)	**(질의)** 가. 정신요양시설 입소자가 정신질환외의 질환으로 14일이상 의료기관에서 입원치료를 받아 시설에서 퇴소조치를 당하였을 경우 당해 환자는 기취득 하였던 의료보호 시혜를 계속하여 받을 수 있는지 나. 퇴소조치를 당한 입소자의 보호의무자가 그 의무를 다하지 못하거나 그 의무를 해태하여 당해 입소자의 의료보호 시혜가 어려울 경우 의료기관은 어떠한 방법으로 당해 입소자의 의료보호 시혜를 보장하여야 하는지 다. 정신질환의 악화로 인하여 당해 입소자가 의료기관에서 입원치료를 받아야 할 경우 요양시설에서 퇴소조치를 당함에 따라 의료보호 내지 의료보험의 자격이 변동 또는 상실되었을 경우 종전 요양 시설에서 사용하던 의료보호 또는 의료보험의 자격을 그대로 유지하면서 입원치료가 가능한지 여부 **(답변)** ■ 시설보호대상자에서 제외되어 생활보호대상자 자격을 상실할 경우에는 의료보호 시혜를 받을 수 없음 ■ 퇴소조치로 인하여 시설보호대상자에서 제외되어 생활보호대상자 자격을 상실할 경우에는 의료보호 시혜를 받을 수 없으므로 당해 입소자의 보호의무자가 진료비를 부담하여야 함 ■ 요양시설에서 퇴소조치에 따라 입소자의 의료보호(의료보험)자격이 변동될 경우에는 변동된 자격에 따라 입원치료를 하여야 함

제 목	내 용
자신의 고의나 범죄행위가 아닌 과실에 의하여 사고가 발생하였을 때에도 의료보호가 제한되는지 여부 (보관65730-970호, '99.8.13.)	**(질의)** 의료보호법 제12조 제1항 내지 제2항의 규정에 따라 자신의 범죄행위나 고의로 인한 의료보호가 필요하게 되거나 제3자의 고의 또는 과실에 의하여 의료보호가 필요하게 될 경우에는 보호가 제한(급여제한)되지만, 자신의 고의나 범죄행위가 아닌 과실에 의하여 사고가 발생하였을 때에도 의료보호가 제한되는지 여부와 의료보호가 제한될 시 진료비 지급능력이 없는 사고자가 별도의 해결방법(진료비 지급)이 있는지 여부 **(답변)** 의료보호법 제12조제1호에 의하면 보호대상자가 자신의 범죄행위나 고의로 사고를 발생시킨 경우에는 의료보호를 제한토록 규정하고 있으며, 동조 본문 단서조항에는 보호제한사유에 해당한다 하더라도 보건복지부장관이 의료보호가 필요하다고 인정하는 경우에는 보호제한을 아니할 수 있도록 규정하고 있음 보건복지부장관이 의료보호가 필요하다고 인정하는 경우는 진료기관의 통보에 의하여 보호기관이 조사한 결과 보호대상자 본인 또는 부양의무자가 진료비 부담능력이 없어 진료를 받을 수 있는 다른 방법이 없다고 보호기관이 인정한 경우로서, 이 경우에는 의료보호가 가능한 것임
조혈제(EPO제제) 및 성장호르몬제 심사기준 (보관65730-10300호, '00.7.29.)	■ 만성신부전증환자의 빈혈치료제인 epo제제와 성장호르몬제에 대하여는 의료보호 재정 등의 문제로 의료보호기금에서 부담하는 보호비용의 상한을 정하여 그 상한액의 범위 내에서만 의료보호로 적용(의료보험과 동일하게 적용)하였습니다. 그러나, 건강보험에서 급여 65720-340호(2000.6.30)로 가입자 및 피부양자에 대하여 조혈제 및 성장호르몬제의 보험자부담상한액제를 폐지(2000.7.1)하였는 바, 의료보호대상자에 대하여도 조혈제 및 성장호르몬제제의 의료보호기금부담 상한액제를 폐지하며, 그 적용시점을 2000년 7월 1일 진료분부터 소급적용토록 통보하오니 관련 의료보호진료기관에 홍보 등의 조치를 취하시기 바랍니다.

제 목	내 용
등록되지 않은 장애에 대한 장애인 보장구 급여 관련 질의 회신 (기초의료보장팀-3468호, '07.8.8.)	**(질의)** 시각장애 등록이 되어 있지 않은 뇌병변장애 1급 등록 장애인이 저시력 보조안경 신청시, 시각장애 관련 의사의 의학적 소견 및 현지 확인 절차를 거쳐 보장구 지급이 가능한지 **(답변)** 의료급여법 제13조제1항은 '시장·군수·구청장은 장애인복지법에 따라 등록한 장애인인 수급권자에게 보장구에 대하여 급여를 실시할 수 있다'고 규정하고 있으며 장애인복지법에서는 장애인 등록신청을 한 자가 법령에서 정하는 장애의 종류와 기준에 해당할 경우, 시장·군수·구청장은 같은 법 시행규칙 별표1에서 정한 장애등급에 따라 장애인등록증을 내주도록 하고 있습니다. 이에 따라 의료급여법상 지급될 수 있는 장애인보장구는 장애인복지법이 정하는 바에 따라 등록된 장애종류 및 장애등급에 해당하는 경우에 한한다 할 것입니다. 따라서, 질의 내용과 같이 수급권자가 뇌병변장애 등록이 되어 있다 하더라도 시각장애 등록이 되어 있지 않은 경우에는 시각 장애와 관련된 보장구 지급이 불가능합니다.

폐결핵환자의 의료급여 적용범위

제 목	내 용
재치료실패 결핵환자에 대한 의료보호 적용 (보호65730-347호, '99.3.8.)	■ 의료보호법 제5조에 "보호대상자가 다른 법령에 의하여 의료보호를 받고 있는 경우에는 이 법에 의한 의료보호를 행하지 아니한다"고 규정하고 있는 바, 결핵예방법에 의한 보호를 받고 있는 폐결핵환자에 대하여는 의료보호의 적용을 배제하고 있음 그러나, 초치료 및 재치료에 실패한 폐결핵환자에 대하여는 현실적으로 결핵예방법에 의한 의료혜택을 받지 못하고 있는 바, 아래와 같이 폐결핵 환자에 대한 의료보호 적용범위를 시달함 - 아 래 - 적용범위 : 초치료 및 재치료에 실패한 의료보호대상자인 폐결핵환자가 의료보호진료기관에서 치료를 받을 경우에는 의료보호로 적용함. 다만, 결핵예방법등 다른 법령에 의하여 의료보호를 받고 있는 경우에는 제외함

제 목	내 용
결핵상병으로 1차의료급여기관 입원진료시 의료급여 대상여부 (보호65730-57호, '02.2.5.)	■ 의료급여법 시행규칙 제16조에 의하여 제1차의료급여기관에서는 통원치료를 원칙으로 하고 있으며 다만, 이송시에 환자의 생명에 위험이 초래된다고 판단하는 경우의 긴급입원수술과 제1차의료급여기관에서 입원치료를 하는 것이 수급권자에게 유리하다고 판단된 상병에 대해서 입원치료를 허용하고 있습니다. 또한, 의료수가의 기준 및 일반기준 제5조에서는 제1차의료급여기관에서 입원진료비용을 산정 할 수 있는 범위를 긴급수술을 요하는 경우, 분만, 충수염수술, 항문수술, 서혜 및 대퇴부탈장수술, 자궁과 자궁부속기 수술, 안·이비인후과수술, 정신질환, 나환자의 치료와 골절로 인하여 입원치료가 불가피한 경우에 한하여 입원진료비용을 산정 할 수 있도록 하고 있으므로 결핵상병으로는 제1차의료급여기관 입원진료시 의료급여기금에서 지원이 불가합니다. 한편, 결핵예방법 제29조에서는 결핵환자의 경우 거주지 관내 보건소 및 결핵협회부속의원에서 무료로 진료를 받을 수 있도록 하고 있으므로 의료급여법 제4조에 의한 의료급여 적용 배제 대상이 되나, 초치료 및 재치료에 실패한 의료급여수급권자가 제2차진료기관에서 입원진료하는 경우에는 의료급여기금으로 지원이 가능함을 알려드립니다.
초치료 및 재치료 실패 결핵환자에 대한 의료급여 적용 및 일정시점(2002.01.23)에서의 소멸시효관련 문의 (보관65730-143호, '02.4.12.)	■ 의료급여수급권자 중에서 결핵환자와 관련 결핵예방법 제29조 및 동 법 시행규칙 제17조에서는 주민의 신고 또는 검진에 의하여 전염성 결핵환자로 판명된 경우 적절한 의료를 실시하여야 한다고 규정하고 있습니다. 또한, 의료급여법 제4조에서는 수급권자가 다른 법령에 따라 의료급여를 받고 있는 경우에는 이 법에 의한 의료급여를 행하지 아니한다고 규정하고 있으므로 결핵예방법에 의해 치료를 받고 있는 의료급여수급권자의 경우 의료급여 적용대상에서 제외가 됩니다. 다만, 결핵예방법에 의한 의료혜택의 범위에서 제외되는 초치료 및 재치료에 실패한 폐결핵환자에 대해서는 의료급여기관에서 치료를 받는 경우 의료급여를 적용할 수 있습니다. 한편, 의료급여법 제31조에 의하여 급여비용을 받을 권리를 3년으로 정하고 있으며, 서면으로 청구하는 입원진료의 경우 퇴원일이 속한 날의 다음 달 초일부터 청구토록 하고 있으므로 (2002.1.23. 시점) 2002. 5월 청구 기준으로 '99년 4월 진료분 이후부터 청구할 수 있습니다.

순회진료, 무료봉사

제 목	내 용
보건소의 방문간호 및 순회진료 (보관65730-314호, '95.3.16.)	**(질의)** 가. 서울시 각 구 보건소에서 실시하는 방문간호와 순회진료 즉, 의료시혜가 요청되는 저소득주민을 보건소에 등록하여 1차로 간호사의 방문간호를 실시하고 2차로 진료를 요하는 환자는 순회의사가 직접 방문하여 진료를 하거나 내원케하여 진료할 경우 의료보호 진료비로 청구 가능한지 여부 나. 보건소에 배치된 공중보건의의 순회진료 **(답변)** 보건소에서 실시중인 방문간호 및 순회진료사업은 의료접근도가 상대적으로 낮은 지역사회 저소득취약계층주민에 대한 의료시혜 확충을 위해 사회복지서비스 프로그램의 일환으로 수행하는 의료서비스라 볼 수 있으므로 동 사업에 소요되는 비용은 당해 보건기관의 자체예산으로 충당되어야 할 것인바, 의료보호법에 의한 진료비 청구를 할 수 없음
의사가 사회복지시설에서 무료봉사, 순회진료 등을 할 경우 의료급여비용으로 청구가능한지? (기초의료보장과-2545호, '09.6.1.)	■ 시설 내 처방료는 사회복지시설과 근로계약으로 체결된 의료급여기관에 소속된 촉탁의(장기요양기관의 경우 협약의료기관 의사 포함)가 사회복지시설 내에서 숙식하는 자인 입소자에게 진료한 경우 인정되므로, 사회복지시설에서 촉탁의가 아닌 의사가 사회복지시설 입소자 또는 입소자가 아닌 자에게 무료봉사, 순회진료 등을 한 경우에는 의료급여비용으로 청구할 수 없음

사회복지시설 진료

<table>
<tr><th>제 목</th><th>내 용</th></tr>
<tr><td>사회복지시설입소자에 대한 원내조제지침
(보관65730-10376호, '00.9.15.)</td><td>■ 약사법 제21조제5항의 규정에 의하여 "사회복지사업법에 의한 사회복지시설에 입소한 자"에 대하여는 의사(치과의사)의 직접조제가 허용되는 바, 동 시설의 보호자가 동행하는 경우 단순외래의 경우에도 의료기관에서 원내조제 할 수 있음</td></tr>
<tr><td>사회복지시설 등의 촉탁의 (협약의료기관 의사) 관련 기준 안내
(보험급여과-986호, '10.6.16.)</td><td>
<table>
<tr><th>구 분</th><th>건강보험</th><th>의료급여</th></tr>
<tr><td>대상</td><td>• 사회복지법에 의한 사회복지시설
• 노인장기요양보험법 장기요양기관</td><td>• 사회복지법에 의한 사회복지시설
• 노인장기요양보험법 장기요양기관</td></tr>
<tr><td>해당의사</td><td>• 의료급여기관에 소속된 촉탁의
• 협약의료기관 의사</td><td>• 의료급여기관에 소속된 촉탁의
• 협약의료기관 의사</td></tr>
<tr><td>원외처방 및 직접조제 범위</td><td>• 원외처방전을 발행한 경우

• 사회복지시설과 촉탁의가 속한 의료기관 또는 협약의료기관이 모두 의약분업 예외지역에 위치해 있어 시설내 처방에 대하여 원내조제로 의료기관에 청구 가능

• 의약분업 예외 대상인 자신 또는 타인을 해할 우려가 있는 정신질환자(F20~F99)에 대하여 원내 직접조제 투약한 경우 (고시 제 2006-3호, '06.6.1시행)</td><td>• 원외처방전을 발행한 경우

• 사회복지시설 및 촉탁의 소속 의료급여기관이 의약분업예외지역에 위치해 있어 원내 직접조제, 투약한 경우

• 정신질환자 진료 후 원내 직접 조제 투약한 경우</td></tr>
<tr><td>촉탁의 (협약 의료기관 의사 진료시 수가산정 방법)</td><td>• 처방의사가 속한 요양기관 종별 재진진찰료 중 외래관리료 산정(다만, 상기 직접조제 범위에 해당되어 원내 직접조제한 경우 직접 조제·투약한 비용은 별도 산정)</td><td>• 촉탁의가 사회복지시설 내에서 진료 후 원외처방한 경우: 의료급여기관의 종별 구분없이 제1차의료급여기관의 재진진찰료 중 외래관리료 산정

• 촉탁의가 사회복지시설 내에서 정신질환자 진료 후 원내 직접 조제·투약한 경우 : <u>내원 및 투약 1일당 정액수가 (정신질환 정액수가)</u>

※ 단, 사회복지시설 및 촉탁의 소속 의료급여기관이 의약분업예외지역에 위치해 있어 원내 직접 조제·투약한 비용은 별도 산정</td></tr>
<tr><td>본인일부 부담금</td><td>외래본인부담률
(국민건강보험법 시행령 별표2)</td><td>※ 의료급여기관 종별 불문하고 1, 2종 수급권자 모두 해당
• 본인일부부담금 면제자: 0원
• 시설내 원외처방한 경우: 1,000원
• 상기 직접 조제 범위에 해당되어 원내 직접조제한 경우: 1,500원</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

제 목	내 용

구 분	건강보험	의료급여
기타사항	▶ 왕진요청 관련 • 촉탁의나 협약의료기관 의사의 시설내 처방전 발행이 허용되어 거동이 불편하거나 이송이 곤란한 입소자에 대한 투약이 가능하므로 별도로 왕진을 신청할 수 없으며, 관련 비용도 산정할 수 없음 ▶ 한의사 처방 • 장기요양기관내에서 촉탁 한의사 및 협약 한방의료기관의 의사가 투약의 필요성이 있어 처방을 한 경우 처방에 소요된 비용은 산정 불가하나, 약제비 및 조제료는 산정함 • 그 외 진료행위 등에 대해서는 산정이 불가함 ▶ 주사제 원외처방 여부 • 자가주사제를 제외한 주사제는 원외처방전 교부 대상이 아니므로, 시설입소자에게 급여로 주사제투여가 필요한 경우는 의료기관에 내원하여 주사를 투여받아야 함 • 촉탁의 또는 협약의료기관의사가 시설내에서 입소자에게 주사약을 투여한 경우는 주사약제비 및 행위료 등 비용을 산정할 수 없음 ▶ 동일 날 가정간호와 방문간호의 동시 산정은 불가 ▶ 인력관리 관련 • 요양기관 내에서 사회복지시설(장기요양기관 제외)의 촉탁으로 근무하는 의사가 있거나 요양기관이 사회복지시설(장기요양기관 제외)과 협약한 경우에는 국민건강보험법 시행규칙 제12조제4항에 의하여 별지 제11호서식(요양기관현황 변경통보서)에 관련 서류를 첨부하여 건강보험심사평가원에 통보함	▶ 왕진요청 관련 • 촉탁의 진료만을 적절한 진료가 곤란한 경우 보장기관에 왕진을 신청 할 수 있음 • 다만, 촉탁의와 진료과목이 동일한 경우 왕진 신청할 수 없음 ▶ 촉탁의 또는 협약의료기관의사가 사회복지시설 입소자를 의료급여기관으로 의뢰하는 경우 의료급여법 시행규칙 제3조(의료급여의 절차)제1항 각 호에 해당되는 자를 제외하고는 제1차의료급여기관으로 의뢰하여야 함(다만, 선택의료기관 적용대상자의 경우 선택의료급여기관으로 의뢰하여야 함) ※ 한의사, 주사제 원외처방 여부, 동일날 가정간호와 방문간호의 동시 산정 불가 및 인력관리 관련사항은 건강보험과 동일하게 적용함
관련근거	- 고시 제2009-99호('09.6.1. 시행) - 고시 제2009-122호('09.6.1. 시행) - 고시 제2006-3호('06.1.16. 시행) - 보험급여과-1201호('08.7.4.), 1450호('08.7.24.), 1475호('08.7.28.) - 보험평가과-9069호('09.9.29.)	- 고시 제2009-83호('09.6.1. 시행) - 기초의료보장과-2545호('09.6.1.)

제 목	내 용
의료급여 사회복지시설 등의 촉탁의(협약의료기관 의사) 관련 변경기준 질의 (기초의료보장과-5908호, '18.7.31.)	■ 대상 - 「사회복지사업법」에 의한 사회복지시설 - 「노인장기요양보험법」에 의한 장기요양기관 ■ 해당의사 - 의료급여기관에 소속 촉탁의 - 협약의료기관 의사 ■ 원외처방 및 직접조제 범위 - 원외처방전을 발행한 경우 - 사회복지시설과 촉탁의가 속한 의료기관 또는 협약의료기관이 모두 의약분업 예외지역에 위치해 있어 시설내 처방에 대하여 원내조제로 의료기관에서 청구 가능 - 의약분업 예외 대상인 자신 또는 타인을 해할 우려가 있는 정신질환자(F20~F99)에 대하여 원내 직접 조제 투약한 경우 ■ 촉탁의(협약의료기관 의사 진료시 수가산정 방법) - 처방의사가 속한 의료급여기관종별 재진진찰료 중 외래관리료 산정(산정코드 두 번째 자리에 8로 기재) (다만, 상기 직접조제 범위에 해당되어 원내 직접조제한 경우 직접조제·투약한 비용은 별도 산정) ■ 본인일부부담금 ※ 의료급여기관 종별 불문하고 1,2종 수급권자 모두 해당 - 본인부담금면제자 : 0원 - 시설내 원외처방을 한 경우 : 1,000원 - 직접조제 범주에 해당하여 직접조제를 한 경우 : 1,500원 ■ 관련근거 - 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 고시 제2018-143호(2018.8.1. 시행) - 「국민건강보험요양급여의 기준에 관한규칙」 고시 제2018-206호(2018.10.1. 시행)

촉탁의 진료 범위

<table>
<tr><th>제 목</th><th>내 용</th></tr>
<tr><td>의료급여비용으로 인정되는 촉탁의 진료 범위
(기초의료보장과-2545호, '09.6.1.)</td><td>
<table>
<tr><th>구 분</th><th>내 용</th></tr>
<tr><td>대상기관</td><td>• 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설
• 「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양기관</td></tr>
<tr><td>대상 촉탁의</td><td>• 의료급여기관에 소속된 촉탁의(장기요양기관의 경우 협약의료기관 의사 포함)</td></tr>
<tr><td>대상자</td><td>• 사회복지시설 입소자</td></tr>
<tr><td>대상 진료</td><td>• 원외처방전을 발행한 경우
• 사회복지시설 및 촉탁의 소속 의료급여기관이 의약분업 예외지역에 위치해 있어 원내 직접 조제·투약한 경우
• 정신질환자 진료 후 원내 직접 조제·투약한 경우</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설이란
(기초의료보장과-2545호, '09.6.1.)</td><td>■ 「사회복지사업법」 제2조제1호 가목부터 더목까지의 법률에 따라 사회복지사업을 행할 목적으로 설치된 시설을 의미함
■ 「사회복지사업법」 제2조제1호 가목부터 더목까지의 법률 : 국민기초생활보장법, 아동복지법, 노인복지법, 장애인복지법, 한부모가족지원법, 영유아보육법, 성매매방지 및 피해자보호 등에 관한 법률, 정신보건법, 성폭력범죄의 처벌 및 피해자보호 등에 관한 법률, 입양촉진 및 절차에 관한 특례법, 일제하 일본군위안부 피해자에 대한 생활안정지원 및 기념사업 등에 관한 법률, 사회복지공동모금회법, 장애인·노인·임산부 등의 편의증진보장에 관한 법률, 가정폭력방지 및 피해자보호 등에 관한 법률, 농어촌주민의보건복지증진을 위한 특별법, 식품기부 활성화에 관한 법률, 의료급여법</td></tr>
<tr><td>촉탁의가 사회복지시설 내에서 진료 후 원내 직접 조제·투약하는 경우는
(기초의료보장과-2545호, '09.6.1.)</td><td>■ 사회복지시설 및 촉탁의 소속 의료급여기관이 의약분업예외지역에 위치해 있는 경우
■ 정신질환자를 진료한 경우</td></tr>
</table>

제 목	내 용
촉탁의 또는 협약의료기관의사가 사회복지시설 입소자를 의료급여기관에 의뢰하는 경우 진료절차는 (기초의료보장과-2545호, '09.06.01.)	■ 촉탁의 또는 협약의료기관의사가 사회복지시설 입소자를 의료급여기관으로 의뢰하는 경우 의료급여법 시행규칙 제3조(의료급여의 절차)제1항 각 호에 해당하는 자를 제외하고는 제1차의료급여기관으로 의뢰하여야함(다만, 선택의료기관 적용대상자의 경우 선택의료급여기관으로 의뢰하여야 함)
사회복지시설 입소자 (기초의료보장과-2545호, '09.06.01.)	■ 사회복지시설에서 숙식하는 자를 의미함

기타

제 목	내 용
건강보험에서는 의료급여에서 건강보험으로 자격이 변경되는 경우 의료급여 적용일로부터 입원료 체감제를 적용하고 있는데 건강보험에서 의료급여로 자격이 변경되는 경우에도 동일하게 적용하는지 (기초의료보장과-158호, '08.3.21.)	■ 입원환자가 건강보험에서 의료급여로 자격이 변경된 경우 건강보험 적용일로부터 입원료 체감제가 적용됨(단, '08.4.1 이후 건강보험으로 입원개시 한 환자부터 적용함
입원중인 의료급여기관의 시설·장비·인력만으로는 적절한 진료가 곤란하여 다른 의료급여기관으로 외래진료를 의뢰할 때 입원본인부담률을 적용한다는 의미는 (기초의료보장과-2545호, '09.06.01.)	■ 입원 도중 다른 의료급여기관으로 외래진료를 의뢰하는 경우에는 입원 중 진료의뢰건임을 명기한 의료급여의뢰서 또는 진료소견서를 수급권자 또는 보호자에게 발급하여, 수급권자 또는 보호자가 외래진료를 받는 의료급여기관에 제출한 경우, 입원진료의 연장선상이므로 의뢰받은 기관에서는 입원본인부담률을 적용하여 수급권자의 부담을 경감시켜주고자 하는 것임

의료급여 희귀난치성질환자 관련

제 목	내 용
2종 중증환자 중 등록암환자의 제2차의료급여기관 외래 진료 시 본인일부부담금은 (기초의료보장과-6714호, '09.12.31.)	■ 2종 등록암환자(V193)의 제2차의료급여기관 외래 진료시 본인부담금은 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제17조 제1항에 따른 만성질환자와 같이 1,000원(직접조제시 1,500원)을 부담하고 CT, MRI 또는 PET에 대하여는 별도 5%를 부담함. 이 경우 반드시 특정기호(V193)를 기재하여야 함
2종 중증화상환자의 제2차의료급여기관 외래 진료시 본인일부부담금은 (기초의료보장과-1464호, '10.7.6.)	■ 2종 중증화상환자(V247, V248, V249, V250)가 제2차의료급여기관 외래 진료 시 본인부담금은 총진료비의 5%를 부담함
중증화상환자의 가정간호 시 본인일부부담금과 특정기호는 (기초의료보장과-1464호, '10.7.6.)	■ 중증화상환자 가정간호는 건강보험의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 "[별표2] 가정간호 산정특례 대상"과 같으며, 중증화상 관련 진료로 인한 가정간호(V251)를 받는 경우 본인일부부담률은 5%임
의료급여 희귀난치성질환의 범위는 (기초의료보장과-3329호, '10.11.4.)	■ 의료급여 희귀난치성질환의 범위는 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 [별표 2]에 따른 희귀난치성질환을 말함
의료급여 희귀난치성질환자 본인일부부담금 산정특례 대상은 (기초의료보장과-3329호, '10.11.4.)	■ 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」[별표2]에 따른 희귀난치성질환에 해당되어 관할 시·군·구청(또는 읍·면·동)에 별지 제20호 서식에 따라 본인부담면제를 희망하여 신청·등록한 1종 의료급여 수급권자로 외래 진료 시 본인일부부담금이 면제되는 것임
의료급여 본인일부부담금 산정특례 대상자는 (기초의료보장과-3329호, '10.11.4.)	■ 의료급여 본인일부부담금 산정특례 대상자는 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제17조의2에 따른 중증환자[등록암환자(V193), 뇌혈관질환자(V191) 및 심장질환자(V192), 등록중증화상환자(V247, V248, V249, V250))와 등록 희귀난치성질환자(M005(1종)]가 해당됨

제 목	내 용
희귀난치성질환자 등록제 운영 (기초의료보장과-3329호, '10.11.4.)	■ 희귀난치성질환자 자격(1종), 본인부담 경감 등 관리기준과 판정기준, 근로능력판정 등을 일관성 있게 관리하기 위함 ▶ 등록대상 : 희귀난치성질환자 산정특례 대상 107개질환군(「의료급여 수가의 기준 및 일반기준」【별표2】) 해당자 ▶ 등록절차 : 등록대상 수급권자는 의료급여기관에서 '의료급여 산정특례 등록 신청서'를 확인받아 보장기관에 제출 및 건강보험공단에서 전산 등록 처리 ▶ 기존 중증암 등록자는 의료급여 희귀난치성질환자일 경우 등록 대상임 - 동일 상병을 암과 희귀난치성질환으로 각각 등록 및 등록기간은 모두 희귀난치성질환 등록일자로부터 5년 적용 (해당상병코드 : C90~C96 / C00~C88, C97, D00~D09 / D76.0) ▶ 등록제 시행일 및 집중등록기간 : '10.12.1 ~ '11.4.30(5개월) - 미등록자는 '11.5.1일부터 희귀난치성질환자로 불인정(본인 및 가구원 모두 2종 수급권자로 변동) ▶ 의료급여와 건강보험 간 자격변동 시 등록기간 연계 처리 - 상병코드가 일치하는 경우 건강보험 산정특례 등록일로부터 5년으로 등록기간 연계적용 ▶ 인체면역결핍바이러스질환 환자는 별도 신청서 제출 없이 보장기관에서 일괄 등록
의료급여 뇌혈관 및 심장질환자도 신청·등록 하여야 하는지 (기초의료보장과-3329호, '10.11.4.)	■ 뇌혈관 및 심장질환자(입원)는 보건복지부고시에서 정한 수술명으로 입원하여 수술을 받은 경우로 별도 신청절차는 없으며, 수술후 해당 특정기호를 기재하여 의료급여기관에서 의료급여비용을 청구함으로써 중증환자 등록으로 갈음함
의료급여 등록 희귀난치성 질환자가 외래에서 진료를 받은 경우 본인일부부담금은 (기초의료보장과-3329호, '10.11.4.)	■ 등록 희귀난치성질환자(1종) 본인일부부담금 산정특례는 등록 희귀난치성 질환자의 외래진료 전반에 대한 것으로 희귀난치성질환 이외 상병으로 외래 진료를 받은 경우에도 본인일부부담금이 면제되는 것임 - 따라서, 특정상병 진료에 따라 특례가 적용되는 다른 산정특례(중증암, 화상)와는 차이가 있음

제 목	내 용
동일 수급권자가 등록암 등 중증환자이면서 등록 희귀난치성질환자인 경우 입원명세서 청구방법 (기초의료보장과-3329호, '10.11.4.)	■ 등록 희귀난치성질환자(1종)가 등록암 등 중증질환으로 입원진료를 받은 경우에는 특정내역 [MT002]란에 중증환자 특정기호("V193" 등)을 기재하여 청구(식대 5% 적용) (산정특례대상자 등록번호란에 해당 중증질환 등록번호 기재) ※ 입원진료 시에는 "M005"를 기재하지 않음 ▶ 등록제에 따른 산정특례 적용 - 적용기간은 등록일로부터 5년 - 확진판정 후 등록신청서 제출 시 의료급여1종 적용 - 본인부담면제 희망 시 외래진료 시 전액 본인부담 면제 (모든 상병에 적용) - 등록일자기준 • 확진일로부터 30일 이내 신청한 경우의 등록일 : 확진일 • 확진일로부터 30일 이후 신청한 경우의 등록일 : 신청일
동일 수급권자가 등록암 등 중증환자이면서 등록 희귀난치성질환자인 경우 외래명세서 청구방법 (기초의료보장과-3329호, '10.11.4.)	■ 등록 희귀난치성질환자(1종)가 등록암 등 중증질환으로 외래진료를 받은 경우에는 특정내역 [MT002]란에 해당 특정기호("V193" 등)와 특정내역 [MT018]란에 등록 희귀난치성질환자 외래 본인부담구분코드("M005")를 같이 기재하여 청구(산정특례대상자 등록번호란에 희귀난치성질환자 등록번호 기재)
의료급여 등록 희귀난치성질환자의 외래 진료 시 의료급여비용 청구방법 (기초의료보장과-3329호, '10.11.4.)	■ 등록 희귀난치성질환자(1종)에 대한 외래 의료급여비용 청구 시에는 특정내역 [MT018]란에 본인부담구분코드 "M005"을 기재하여 청구함
등록 희귀난치성질환자가 입원 시 식대 본인일부부담금도 면제가 되는지 (기초의료보장과-3329호, '10.11.4.)	■ 의료급여의 식대 본인일부부담금 면제대상자는 행려 및 자연분만, 6세 미만 아동이며, 등록 희귀난치성질환자(1종)는 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제23조에 따른 식대 소정금액의 20%를 본인이 부담하여야 함 - 단, 등록희귀난치성질환자이면서 등록암 환자인 경우 식대 5% 적용

제 목	내 용
의료급여 희귀난치성질환자의 산정특례 등록 신청서 서식은 (기초의료보장과-3329호, '10.11.4.)	■ 의료급여 희귀난치성질환자는 「의료급여수가의기준 및 일반기준」 별지 제20호 "의료급여 산정특례 등록 신청서"서식을 사용하여 신청·등록함 (중증환자 등록 시에도 같은 서식 사용)
의료급여 등록 희귀난치성질환자의 "산정특례 대상자 등록번호"는 언제부터 기재하여 청구하는지 (기초의료보장과-3329호, '10.11.4.)	■ 의료급여 희귀난치성질환자의 등록유예기간이 2010.12.1 ~ 2011.4.30까지이므로 2011.5.1일부터는 희귀난치성질환자의 등록번호를 특정내역 [MT014]란(산정특례대상자 등록번호)에 기재하여야 함
건강보험 희귀난치성질환 산정특례 대상자가 의료급여로 자격이 변경된 후에도 계속 산정특례 대상자가 되는지 (기초의료보장과-3329호, '10.11.4.)	■ 건강보험에서 의료급여로 자격이 변경된 경우라 하더라도 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」[별표2]에 따른 희귀난치성 질환에 해당하여 의료급여 1종 자격을 취득한 경우에 "본인일부부담금 산정특례 대상자"가 됨
의료급여 등록 희귀난치성질환자가 가정간호를 받은 경우 본인부담일부부담금은 (기초의료보장과-3329호, '10.11.4.)	■ 등록 희귀난치성질환자(1종)가 가정간호를 받은 경우 본인일부부담금은 입원본인부담률(면제)을 적용하며 특정내역 [MT002]란에 특정기호 "V231"를 기재하여 청구함
희귀난치성질환자 산정특례 적용이 확진일로부터 소급이 가능한 경우는 (기초의료보장과-3329호, '10.11.4.)	■ 의료급여 1종 수급권자로서, 희귀난치성질환으로 확진받은 경우임 - 의료급여 2종 수급권자로서, 희귀난치성질환으로 확진받은 경우는 확진일로부터 적용하지 않고 1종 자격 취득일부터 적용함
107개 희귀난치성질환군 중 "신생아호흡곤란(P22)"에 대한 업무 처리방법 (기초의료보장과-3731호, '10.11.26.)	■ 신생아호흡곤란(P22)은 초기 신생아기에 발생하는 질환으로, 대상자의 후유장애를 감안, 생후 2년(등록신청서 의사발행일 기준)까지만 산정특례 등록대상이 됨 * 건강보험 희귀난치성질환 산정특례 등록기준과 동일

제 목	내 용
등록신청 시 기존서식(일반 진단서, 근로능력판정진단서, 본인부담면제 신청서 등)을 제출한 경우 (기초의료보장과-3731호, '10.11.26.)	■ 기존 신청서는 등록제 시행일('10.12.1.)부터는 유효하지 않으므로, 대상자에게 의료급여 산정특례 등록신청서를 발급받아 제출하도록 안내 - 수급권자가 의료급여기관을 재방문하는 등의 불편을 겪지 않도록 의료급여기관의 신규서식 발급 협조 필요 - 등록신청서가 진단서 및 외래본인부담면제 신청서를 갈음하므로, 보장기관에서는 추가로 기존 서식을 요구하지 않도록 주의
등록하지 않은 희귀난치성 질환자가 집중등록기간 ('10.12.1. ~'11. 4.30.) 중에 진료 받을 때의 본인일부부담 기준 (기초의료보장과-3731호, '10.11.26.)	■ 집중등록기간 동안은 등록번호가 없더라도 희귀난치성질환자 1종(M005)으로 조회되는 수급권자에 대해 고시 부칙 제2조(희귀난치성질환자 등록에 관한 경과조치)에 따라 등록된 것으로 보고 본인일부부담금을 면제함 - 경과조치 적용 대상은 자격 조회 시 등록번호는 없지만 본인부담면제 코드 "M005" 확인이 되는 수급권자(등록제 시행일인 '10.12.1. 이전에 시·군·구에 외래본인부담면제신청서를 작성·제출하여 해당 자격을 부여받은 자)에 한하며 - 수급권자가 의료급여기관에서 희귀난치성질환으로 확진을 받았다는 사실만으로는 등록된 것으로 간주하지 않음(경과조치 적용대상 아님). ■ 집중등록기간 동안에는 외래본인부담면제를 받는 희귀난치성질환자 중 등록번호가 있는 경우와 그렇지 않은 경우가 혼재하지만 - 이 기간 이후('11.5.1~)에는 등록 희귀난치성질환자만 본인부담면제 대상으로 "M005" 코드 및 등록번호 조회 가능
기존 중증암 등록자도 희귀난치성질환자 등록신청을 해야 하는지 (기초의료보장과-3731호, '10.11.26.)	■ 의료급여 희귀난치성질환에 해당하는 중증암 환자는 기존에 암환자로 등록했더라도 희귀난치성질환자 등록제 도입에 따른 등록 대상임 - 해당 상병코드 : C90~C96 / C00~C88, C97, D00~D09 / D76.0 - 등록기준은 중증암 등록기준 준용, 따라서 중증암 등록 또는 재등록 당시에 유효하지 않았던 신청서로는 희귀난치성질환자 등록 불가 ■ 기존 중증암 등록자가 집중등록기간 동안에 희귀난치성질환자 등록 신청서를 제출하는 경우, 암 등록기간 연장 혜택 부여(희귀난치성질환자 등록신청일로부터 5년)

제 목	내 용
의료급여와 건강보험 간 자격 변동 시 등록기간 연계 처리방법 (기초의료보장과-3731호, '10.11.26.)	■ 건강보험 희귀난치성질환 등록자가 의료급여 수급권자로 자격변동 시, 의료급여와 건강보험 간 상병코드가 일치할 경우 건강보험 등록일로부터 5년으로 등록기간 연계적용 - 해당자는 의료급여 산정특례 등록신청서 발급·제출 없이도 등록가능 ■ 보장기관은 신청자에게 건강보험과의 등록기간 연계로 인해 유효기간이 변동될 수 있다는 점을 충분히 사전 설명하고, 다음의 방법 중 하나로 상병코드·등록기간 등 확인 - 신청자가 의료기관에서 재발급 또는 출력한 기존 "건강보험 산정특례 등록 신청서" 제출 - 보장기관이 직접 건강보험공단으로 공문 요청 - 신청자가 "건강보험 산정특례 등록확인요청서"(보장기관 제공)를 가지고 건강보험공단에 내방하여 확인증을 받아서 제출
희귀난치성질환자 집중등록 기간 만료에 따른 등록업무 처리 안내 (기초의료보장과-1517, '11.04.11.)	■ 희귀난치성질환자 등록제 집중등록기간('10.12.1. ~ '11.4.30.) 만료에 따른 미등록자 일괄처리 및 집중등록기간 이후의 업무처리 ▶ 희귀난치성질환자 등록제 개요 - 집중등록기간('10.12.1. ~ '11.4.30.) 동안 등록신청 시 혜택 • 적용기간은 등록일로부터 5년 • 모든 상병 포함한 외래 본인부담면제(M005) 혜택 (본인 희망 시 M005 적용) • 희귀난치성질환자 속한 가족 구성원 모두 의료급여 1종 적용 • 선택병의원 적용대상자인 경우 선택병의원 관련 규정 우선적용 • 집중등록기간 중 미등록 희귀난치성질환자도 기존 혜택 유지 • 기존 등록 암환자 중 희귀난치성질환 상병과 일치 시 특례 부여 (암 등록기간 연장혜택) ▶ 미등록자 일괄처리 - 업무대상 : 집중등록기간('10.12.1. ~ '11.4.30.) 중 등록암 환자이면서 희귀난치성질환자 1종(M005)으로 4월 말까지 희귀난치성질환자로 등록하지 않은 자 - 본인부담면제 일괄등록 : 기존 암환자 등록신청서 또는 보장기관에 보관중인 진단서에 암환자 확인된 경우 암환자 등록 잔여기간까지 희귀난치성질환자로 일괄 등록 - 본인부담면제 일괄중지 : 등록암이 확인 안 될 시 본인부담면제 중지 처리

제 목	내 용
	▶ 집중등록기간 이후 업무처리 - 유효한 신청서로 등록된 경우 5년간 산정특례대상 유지 • 등록기간 동안 타 희귀난치성질환으로 신청서를 가져오더라도 기존 등록기간 변경할 수 없음 - 본인부담면제 : 등록 희귀난치성질환자중 본인부담면제(M005) 미신청자가 본인부담면제 적용 원할시 최초 산정특례 등록신청서로 진단서를 갈음하고 등록만료일까지 본인부담면제 적용 • 미등록 희귀난치성질환자 본인부담 면제 적용은 "산정특례 등록 신청서"를 제출하여 등록한 이후에 면제 적용됨
의료급여 희귀난치성질환은 무엇이 달라졌나요? (기초의료보장과-3762호, '13.9.16.)	■ 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」〔별표 2〕에 따른 희귀난치성질환의 인정 상병이 확대되면서 기존 희귀난치성질환 및 중증질환에 모두 해당되었던 백혈병(C90-96) 및 악성신생물(C00-86.5, C88, C97, D00-D09)은 중증질환으로만 관리되며, 세대원 전체에게 부여되었던 의료급여 1종 자격은 희귀난치성 질환자 본인에게만 부여됩니다. 단, 2013.9.30. 이전 적용 수급권자의 자격은 탈수급시 까지 유효합니다. ※ 건강보험 상병 준용(단, 정신질환 제외)
의료급여 중증질환은 무엇이 달라졌나요? (기초의료보장과-3762호, '13.9.16.)	■ 암환자 및 중증화상환자가 등록 신청 시 1종 자격부여, 외래본인일부부담면제, 의료급여절차 예외, 질환군별 급여일수 산정의 혜택이 부여됩니다(등록 희귀난치성질환자의 산정특례와 동일). 다만, 산정특례 적용기간이 짧은(입원기간 중 30일) 뇌혈관질환자 및 심장질환자는 별도의 신청 절차를 통한 자격전환 및 산정특례 등록 없이 본인일부부담금만 면제됩니다.
의료급여 희귀난치성질환자 및 중증질환자가 산정특례 등 혜택을 받으려면 어떻게 해야 하나요? (기초의료보장과-3762호, '13.9.16.)	■ 희귀난치성질환자, 암환자, 중증화상환자의 경우 의료급여기관에서 발급한 '의료급여 산정특례 등록 신청서'를 보장기관에 제출하여 등록 절차를 거쳐야합니다. 다만, 산정특례 적용기간이 짧은(입원기간 중 30일) 뇌혈관질환자 및 심장질환자는 등록신청 절차 없이 특정기호(V191,V192) 기재로 본인일부부담금이 면제됩니다. ※ 특정기호 : 뇌혈관질환자(V191), 심장질환자(V192)

제 목	내 용
의료급여 등록 희귀난치성질환자 및 등록 중증질환자가 진료를 받은 경우 본인일부부담금은 어떻게 되나요? (기초의료보장과-3762호, '13.9.16.)	■ 등록 희귀난치성질환자 및 등록 중증질환자는 해당 질환에 대한 특례가 아닌 1종 자격부여와 외래 본인부담 면제자로 등록되어 상병 불문하고 본인일부부담금이 면제됩니다. 다만, 틀니와 식대는 해당되지 않습니다.
의료급여 희귀난치성질환자 중 암환자가 분리되어 중증질환자로 관리된다고 하는데 기존에 희귀난치성질환자로 등록했던 암환자는 어떻게 하나요? (기초의료보장과-3762호, '13.9.16.)	■ 기존에 희귀난치성질환으로 등록한 암환자의 경우 해당질환이 종료되거나, 탈수급시 까지 기존의 혜택이 유예되므로 이미 부여된 본인부담구분코드 M005를 유지합니다.
의료급여 등록 희귀난치성질환자 외래 진료 시 본인부담구분 코드는 어떻게 기재하나요? (기초의료보장과-3762호, '13.9.16.)	■ 등록 희귀난치성질환자의 외래 의료급여비용 청구 시에는 특정내역 [MT018]란에 본인부담구분 코드 M005(기존), M015(신설)을 기재하여 청구합니다.
의료급여 등록 중증질환자 외래 진료 시 본인부담구분 코드는 어떻게 기재하나요? (기초의료보장과-3762호, '13.9.16.)	■ 등록 중증질환자의 외래 의료급여비용 청구 시에는 특정내역 [MT018]란에 본인부담구분 코드 M016(신설)을 기재하여 청구합니다.
기존의 등록한 의료급여 중증질환자(암, 중증화상) 외래진료의 경우 어떻게 청구 하나요? (기초의료보장과-3762호, '13.9.16.)	■ 관할 보장기관에서 2013.10.1일자로 일괄 1종 자격을 부여하고, 남아있는 특례기간 동안 본인부담구분 코드(M016)를 부여하여 외래 본인일부부담금을 면제 받을 수 있도록 일괄 전환하므로 특정내역 [MT018]란에 본인부담구분 코드 M016을 기재하여 청구합니다. 다만, 희귀난치성질환에 해당되어 이미 1종 자격 및 본인부담구분 코드(M005)를 부여받은 경우에는 일괄전환 대상에서 제외되므로 M005를 기재하여 청구합니다.

제 목	내 용
의료급여 1종 수급권자 외래 본인부담 면제를 신청·등록했던 장기이식 환자(M006)의 외래진료의 경우 어떻게 청구 하나요? (기초의료보장과-3762호, '13.9.16.)	■ 장기이식(간, 췌장, 심장)환자는 확대된 희귀난치성질환자에 해당되므로 관할 보장기관에서 일괄 희귀난치질환자로 전환하여 본인부담구분코드 M015가 부여됩니다. 따라서 기존의 본인부담구분 코드 M006은 삭제되며, 2013.10.1일부터 특정내역 [MT018]란에 본인부담구분 코드 M015를 기재하여 청구 합니다.
의료급여 2종 중증질환자가 계속 입원 중 2013년10월1일 이후 퇴원할 경우 어떻게 청구하나요? (기초의료보장과-3762호, '13.9.16.)	■ 개정 규정이 적용되는 2013년 10월 1일을 기준으로 9월 진료분 까지는 개정 전 규정에 의거 중증질환(합병증 포함)진료에 한하여만 급여비용의 5%를 부담하고, 10월 진료분 부터는 상병불문하고 면제(틀니 및 식대는 제외)됩니다. 따라서 10월 1일 기준으로 반드시 분리청구 하여야 합니다.
의료급여 중증질환 산정특례 대상자가 가정간호를 받을 때 본인일부부담금은 어떻게 되나요? (기초의료보장과-3762호, '13.9.16.)	■ 중증질환 중 등록암환자, 등록중증화상환자는 1종자격이 부여되어 가정간호 시 본인일부부담금을 부담하지 않으며, 미등록 심장질환자 및 미등록 뇌혈관질환자는 입원기간(30일)에 대해서만 중증질환 산정특례가 적용되므로 가정간호대상자는 존재하지 않습니다.
의료급여 희귀난치성질환자 및 중증질환자가 산정특례 등록 시 소급은 어떻게 하나요? (기초의료보장과-3762호, '13.9.16.)	■ 확진일로부터 30일 이내에 신청한 경우 : 확진일로부터 소급(의료급여 1종 자격도 확진일로 소급하여 취득) ■ 확진일로부터 30일 초과하여 신청한 경우 : 신청일부터 적용(의료급여 1종 자격도 신청일로 취득)
의료급여 희귀난치성질환 산정특례 재등록 관련 업무 (기초의료보장과-3227, 2014.6.12.)	■ 건강보험에서 자격이 연계된 의료급여 희귀난치성질환 산정특례 등록자의 적용기간이 '14년 6월 30일 만료될 예정이나, 재등록을 위한 검사 소요기간 고려 등 환자들의 불편을 최소화하기 위하여 희귀난치성질환 산정특례 기간을 '14년 12월 31까지 적용하고자 합니다. (건강보험 희귀난치성질환 산정특례제도는 '09.7월, 의료급여의 희귀난치성질환 산정특례 등록제도는 '10.12월부터 운영 중) ※ '13년 10월 이전, 중증암으로 희귀난치성질환 산정특례 등록된 경우는 제외

제 목	내 용
의료급여 산정특례대상자에게도 건강보험 급여기준과 동일하게 해당질병에만 초음파 급여를 적용할지 여부 (기초의료보장과-4871,'13.11.12.)	■ 의료급여 중증 및 희귀난치성질환자 산정특례 대상자는 모든 상병에 본인부담금 면제 등을 지원하고 있으나, 초음파검사 급여적용은 건강보험 세부 인정기준(인정상병 및 인정범위)과 동일하게 적용함
본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 일부개정에 따른 희귀난치성질환 상병 추가 안내 (기초의료보장과-516, '14.1.24., 기초의료보장과-606, '14.2.3.)	■ 건강보험의 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'(고시) 개정* 및 '의료급여수가의 기준 및 일반기준'(고시) 별표 2 준용 규정에 따라 의료급여에서 인정되는 희귀난치성질환 상병 추가·확대 * 보건복지부 고시 제2014-8호, 2014.01.21 공포 ■ 시행일 : 2014년 2월 1일부터 시행 ■ 추가상병 : E26.8(바터 증후군) 등 25개 상병 추가

구분	상병코드	질환명
계(25개)		
1	E26.8	바터 증후군
2	G23.0	할러포르덴-스파츠병
3	G40.4	웨스트 증후군
4	G72.3	주기마비 가족성 저칼륨혈성
5	G73.1	이튼-람베르트 증후군
6	H49.8	컨스-세이어증후군
7	K83.0	일차성·경화성 담관염
8	N04	선청성 신증후군
9	Q61.1	보통염색체열성의 다낭신
10	Q75.0	두개골 유합증
11	Q78.3	카무라티-엥겔만 증후군
12	Q87.2	바테르 증후군
13		클리펠-트레노우네이-베버 증후군
14		홀트-오람 증후군
15		손발톱무릎뼈 증후군
16	Q87.3	위버 증후군
17	Q87.8	알포트 증후군
18		로렌스-문(-바르데)-비들 증후군
19		젤웨거 증후군
20		좌지 증후군
21	D68.6	항인지질 증후군
22	E83.1	혈색소증
23	H35.01	코츠
24	H35.59	레베르 선천성 흑암시
25	F80.3	간질에 동반된 후천성 실어증 [란다우-클레프너]

제 목	내 용
의료급여 산정특례 제외 질환 관련 안내 (기초의료보장과-8169호, '18.10.29.)	■ 의료급여 산정특례 관리방안 개선(2019.1.1.시행)에 따라 기존 희귀난치성질환으로 산정특례 대상 질환 중 제도시행일 이후 산정특례 질환에서 제외되는 상병(85개) 및 보장기관별 조치사항을 알려드리오니 관련 업무 수행에 참고하여 주시기 바랍니다. 가. 산정특례 제외 질환 - 한국표준질병·사인분류(KCD-7)에서 삭제된 상병(33개), 산정특례 선정기준에 부합하지 않는 상병(39개) 및 타 산정특례 질환으로 수렴 가능한 상병(13개) 나. 제외 질환 등록 시 보장기관 조치사항 - (신규등록) 2019.1.1. 이후 신규 산정특례 등록 불가 - (기등록자) 기존 산정특례자는 등록기간까지는 산정특례 인정되나, 기간종료 후 재등록 불가 * 기존 산정특례 종료일이 2018.12.31. 이전인 경우 재등록 가능, 기존 산정특례 종료일이 2019.1.1. 이후인 경우 재등록 불가

인체면역결핍바이러스질환자의 산정특례 등록 여부 선택 관련

제 목	내 용
107개 희귀난치성질환군 중 "인체면역결핍바이러스질환(B20~B24)"에 대한 업무 처리방법 (기초의료보장과-3731호, '10.11.26.)	■ 기존 수급권자는 별도 신청서 없이 보장기관에서 일괄 등록하고, 원칙적으로 등록 안내대상에서도 제외 - 신규 수급권자는 등록신청서를 제출해야 함 ■ 근로능력 판정 유효기간, 희귀난치성질환자 등록 기간, 본인부담면제(면제 희망 시) 적용기간 모두 종료일을 9999.12.31.로 설정

제 목	내 용
인체면역결핍바이러스질환(HIV/AIDS)는 의료급여 희귀난치성 질환 목록에서 제외되는지 (기초의료보장과-2882호, '12.6.13.)	■ HIV/AIDS질환이 의료급여 희귀난치성질환 목록에서 제외되는 것은 아닙니다. HIV/AIDS질환은 여전히 의료급여 희귀난치성질환 목록에 등재되어 있으며, 이번 개정 조치는 HIV/AIDS 질환자가 개인별로 의료급여 산정특례 등록을 할지 말지 선택하도록 하는 것입니다. 한편, HIV/AIDS 질환자가 산정특례 등록을 하지 않더라도 보장기관(시·군·구청)에 희귀난치질환자임을 입증하는 진단서를 제출하면 현행과 같이 의료급여 1종수급자(가구원 포함)로 책정됩니다.
등록하지 않은 HIV/AIDS 질환자는 산정특례 혜택을 받지 못 하는지 (기초의료보장과-2882호, '12.6.13.)	■ 등록하지 않은 HIV/AIDS 질환자라도 동 질환으로 진료를 받았을 경우에는 의료기관이 HIV/AIDS 관련 상병 코드인 B20~B24로 진료비용을 청구하게 되므로 본인부담금이 면제됩니다. 그러나 그 외 타 질환으로 진료 시에는 1종 본인부담금이 발생합니다. 따라서 타 질환으로 외래진료 시 발생되는 본인부담금 감면을 위해 매달 건강생활유지비(6천원)가 미등록 HIV/AIDS 질환자에게 지급됩니다. ■ 한편, 등록한 HIV/AIDS 질환자의 경우에는 현재의 희귀난치성질환자 산정특례와 동일하게 적용됩니다. 즉, 등록한 HIV/AIDS 질환자의 경우에는 해당 상병과 관련이 없는 질환인 경우에도 본인부담금이 면제됩니다.
등록하지 않은 HIV/AIDS 질환자가 타 질환 진료 중 HIV/AIDS 질환자임을 밝혔을 경우에는 본인부담금이 면제되는지 (기초의료보장과-2882호, '12.6.13.)	■ 등록하지 않은 HIV/AIDS 질환자가 타 질환으로 진료를 받던 중 HIV/AIDS 질환자임을 밝혔을 경우 본인부담 면제여부는 의료급여기관이 급여비용을 청구할 때 명세서에 HIV/AIDS 상병기호(B20~B24) 기재 여부(담당의사의 판단 사항)에 따라 결정됩니다. 즉, 담당의사가 타 질환이 HIV/AIDS 관련 상병으로 판단하여 의료급여 명세서에 B20~B24를 기재하면 특정기호 V103이 명세서에 표시되면서 본인부담이 면제되고, 그 외 기타상병코드만 기재하면 본인부담금이 발생합니다.
산정특례 등록을 하면 근로가 곤란한 사람으로 인정되어 의료급여 1종 혜택을 받을 수 있는데 산정특례 등록을 하지 않는 경우에는 이러한 혜택이 없는지 (기초의료보장과-2882호, '12.6.13.)	■ HIV/AIDS 질환자가 산정특례 등록을 하지 않더라도 희귀난치성질환자(HIV/AIDS)임을 입증하는 진단서를 제출하면 현행과 같이 의료급여 1종수급자(가구원 포함)로 책정하시면 됩니다.

제 목	내 용
산정특례 등록삭제를 요청하려면 어떻게 하는지 (기초의료보장과-2882호, '12.6.13.)	■ 해당 시·군·구(보장기관)에 신분증을 지참하시고 방문하셔서 산정특례 등록삭제를 요청하시면 됩니다. 등록 삭제를 요청한 날부터는 병원에서 진료를 받으실 때 희귀난치성질환 정보가 노출되지 않습니다. ■ 한편, 등록 여부 변경(미등록→등록→탈등록→재등록...)은 횟수·기간에 제한 없이 민원인이 원하는 경우 언제든 지 가능하며, 등록 절차는 여타 산정특례 등록절차와 동일합니다.
기(旣)등록된 HIV/AIDS 질환자가 등록삭제를 요청하면 어떻게 처리해야 하는지 (기초의료보장과-2882호, '12.6.13.)	■ 행복e음 산정특례화면에서 해당 수급자가 등록 삭제를 요청한 날을 산정특례종료일로 입력하면 됩니다. - 산정특례종료일 입력과 동시에 건강생활유지비 지급 시작일 입력해야 함 ※ 유의사항 : 산정특례종료일 = 건강생활유지비 생성일 ■ 한편, 등록 여부 변경(미등록→등록→탈등록→재등록...)은 횟수·기간에 제한 없이 민원인이 원하는 경우에는 언제든지 가능합니다.
의료급여 2종 수급권자 중 희귀난치성질환 산정특례 미등록 HIV/ AIDS질환(B20~B24)자는 어떻게 하나요? (기초의료보장과-3762호, '13.9.16.)	■ 미등록 2종 HIV/AIDS질환자도 해당질환(B20~B24)과 관련한 진료 시에는 본인일부부담금이 면제되므로, 의료급여 명세서에 상병 B20~B24 및 특정기호 V103을 기재하여 청구합니다.

제2차 의료급여기관인 상급종합병원(건강보험)의 의료급여 수가산정 관련

제 목	내 용
의료급여수가기준 제3조(진찰료 등)에 의하면 진찰료(생략)의 경우에는 상대가치점수 제1부 일반원칙 "Ⅲ. 차등수가"는 적용하지 아니한다고 되어 있음. 상급종합병원인 2차 의료급여기관에서는 상급종합병원, 종합병원 중 어느 수가를 적용하여야 하는지 여부 (기초의료보장과-572, '12.2.10.)	■ 의료급여수가기준 제1조에서, 제2조부터 제14조의2까지 의료급여비용의 산정에 관하여 특별히 정한 경우가 아닌 한 건강보험 상대가치점수 및 건강보험요양급여비용의내역을 적용하도록 규정하고 있음 의료급여수가의 기준 및 일반기준 제3조에 따르면 진찰료(약국의 경우에는 조제료, 약국관리료, 기본조제기술료, 복약지도료)의 경우 차등수가를 적용하지 아니함을 규정하고 있음 따라서 의료급여수가기준에서 정하지 않은 진찰료(약국의 경우에는 조제료, 약국관리료, 기본조제기술료, 복약지도료)는 건강보험 상대가치점수 및 건강보험요양급여비용의내역이 적용됨
의료급여수가기준에 별도로 정하지 않은 항목인 영상진단료 중 Full PACS 사용료, 의약품관리료의 종합병원 적용여부 (기초의료보장과-572, '12.2.10.)	■ 의료급여수가기준에서 정하지 않은 Full PACS 사용료 및 의약품관리료는 건강보험 상대가치점수 및 건강보험요양급여비용의 내역이 적용됨
건강보험 제2장 검사료 중 나-407 미생물배양검사는 상급종합병원에 한하여 산정토록 되어 있는바 상급종합병원으로의 적용여부 (기초의료보장과-572, '12.2.10.)	■ 상급종합병원인 기관은 나-407 미생물배양검사에 대한 비용산정이 가능함
건강보험 요양급여비용책자에 의하면 입원료 등에는 가-2 입원료, 가-4 무균치료실입원료, 가-6 낮병동 입원료, 가-7 신생아입원료, 가-9 중환자실입원료, 가-10 격리실입원료, 가-10-1 납차폐특수치료실입원료로 구분되어 있음. 의료급여수가기준 제4조의 입원료는 위의 모든 입원료를 포함하는 것인지 아니면 가-1 입원료만 해당되는 것인지 (기초의료보장과-572, '12.2.10.)	■ 입원료는 같은 기준 제4조에 따라 상급종합병원이지만 제3차 의료급여기관으로 지정되지 아니한 종합병원은 종합병원의 입원료를 산정하도록 규정하고 있으며, 이 때의 입원료는 무균치료실입원료, 낮병동 입원료, 신생아입원료, 중환자실입원료, 격리실입원료 등 특수병실입원료를 포함함 *「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제4조 삭제(2017.1.1.)

기 타

제 목	내 용
원내에서 직접조제를 할 수 있는 범위 (기초의료보장과-158호, '08.3.21.)	■ 의사 또는 치과의사는 「약사법」 제23조 제4항에 따라 다음의 경우에 원내에서 자신이 직접 조제할 수 있음. 1. 약국이 없는 지역에서 조제하는 경우 2. 재해가 발생하여 사실상 약국이 없게 되어 재해 구호를 위하여 조제하는 경우 3. 응급환자 및 정신분열증 또는 조울증 등으로 자신 또는 타인을 해칠 우려가 있는 정신질환자에 대하여 조제하는 경우 4. 입원환자, 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제1군 감염병환자 및 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설에 입소한 자에 대하여 조제하는 경우(사회복지시설에서 숙식을 하지 아니하는 자인 경우에는 해당 시설을 이용하는 동안에 조제 하는 경우만 해당한다.) 5. 주사제를 주사하는 경우 6. 감염병 예방접종약·진단용 의약품 등 보건복지부령으로 정하는 의약품을 투여하는 경우 7. 「지역보건법」에 따른 보건소 및 보건지소의 의사·치과의사가 그 업무(보건소와 보건복지부장관이 지정하는 보건지소의 지역 주민에 대한 외래 진료 업무는 제외한다)로서 환자에 대하여 조제하는 경우 8. 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법령에 따른 상이등급 1급부터 3급까지에 해당하는 자, 고엽제 후유의증 환자 지원 등에 관한 법령에 따른 고도장애인, 장애인복지 관련 법령에 따른 1급·2급 장애인 및 이에 준하는 장애인, 파킨슨병 환자 또는 한센병 환자에 대하여 조제하는 경우 9. 장기이식을 받은 자에 대하여 이에 관련된 치료를 하거나 후천성 면역결핍증 환자에 대하여 해당 질병을 치료하기 위하여 조제하는 경우 10. 병역의무를 수행 중인 군인·전투경찰순경·교정시설 경비교도와 「행형법」 및 「군행형법」에 따른 교정시설, 「소년원법」에 따른 소년보호시설 및 「출입국관리법」에 따른 외국인 보호시설에 수용 중인 자에 대하여 조제하는 경우 11. 「결핵예방법」에 따라 결핵치료제를 투여하는 경우(보건소·보건지소 및 대한결핵협회 부속의원만 해당한다.) 12. 사회봉사 활동을 위하여 조제하는 경우 13. 국가안전보장에 관련된 정보 및 보안을 위하여 처방전을 공개할 수 없는 경우 14. 그 밖에 대통령령으로 정하는 경우 * 약사법 전부개정법률 제8365호 부칙 제8조에 따라 한의사가 자신이 치료용으로 사용하는 한약 및 한약제제를 자신이 직접 조제한 경우

제 목	내 용
「의료급여법 시행령」[별표] 개정으로 직접 조제 여부에 따라 외래 본인일부부담금이 달라지는데 원내에서 의사·치과의사가 직접 조제 가능한 의약품의 범위 (기초의료보장과-158호, '08.3.21.)	■ 원내에서 의사·치과의사가 직접 조제가 가능한 의약품의 범위는 「약사법 시행규칙」 제12조에 따라 감염병예방접종약, 진단용의약품, 검사를 위하여 필요하거나 수술 및 처치에 사용되는 의약품, 의료기관 조제실 제제, 임상시험용 의약품, 마약, 방사성의약품, 신장투석액 및 이식정 등 투약을 위하여 기계·장치를 이용하거나 시술이 필요한 의약품, 6세 이하의 소아에게 투약하는 항암제, 식품의약품안전청장이 정하는 희귀의약품, 희귀의약품에 준하는 의약품 등 직접 조제하여야 할 필요가 있다고 보건복지부장관이 인정하여 고시하는 의약품, 의약분업 예외약제와 동시 투여하는 의약품의 경우를 말함
원내에서 조제가 가능한 「검사를 위하여 필요하거나 수술 및 처치에 사용하는 의약품」의 범위 (기초의료보장과-158호, '08.3.21.)	■ 검사를 위하여 필요하거나 수술 및 처치에 사용하는 의약품의 범위는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 "제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침" 중의 검사, 진단, 마취, 처치 및 수술 등 진료행위 및 이에 준하는 진료행위에 사용하는 의약품으로서 검사, 수술, 처치의 전·후 동 진료행위와 직접적으로 관련되어 의료기관에서 투약하여야 하는 경우를 의미함

4. 의료급여 수급권자 본인부담

급여비용의 부담

제 목	내 용
의료급여법 시행령 제13조 [별표](개정 '07.2.28.) 외래 본인일부부담금	▶ **관련근거** : 의료급여법 시행령 제13조제1항 [별표] 및 시행규칙 제19조의4 ■ **'07.7.1.부터(1종 본인부담제 도입)** - **원외처방 발행여부에 따라** 본인일부부담(1종 본인부담면제자 제외)

구 분			1종	2종		
				일반인		장애인
제1차 의료급여기관	의원 및 보건의료원	원외처방발행	1,000원	1,000원		250원
		원외처방미발행	1,500원	1,500원		750원
		CT, MRI, PET	5%	15% (등록암환자 10%)		15% (등록암환자 10%)
	보건기관	원외처방발행	없음	없음		없음
		원외처방미발행				
	약국 및 한국희귀의약품센터	처방조제	500원	500원		500원
		직접조제	900원	900원		900원
		보건기관처방조제	없음	없음		없음
제2차 의료급여기관				고시 만성질환자 (의료급여 수가기준 제17조)	고시 만성질환자 이외 환자	없음 (장애인 의료비에서 부담)
		원외처방발행	1,500원	1,000원	15%	
		원외처방미발행	2,000원	1,500원		
		CT, MRI, PET	급여비용의 5%	15% (등록암환자 10%)		
제3차 의료급여기관		원외처방발행	2,000원	15% (등록암환자 10%)		없음 (장애인 의료비에서 부담)
		원외처방미발행	2,500원			
		CT, MRI, PET	급여비용의 5%			

제 목	내 용
의료급여법 시행령 제13조 [별표](개정 '08.2.19.) 외래 본인일부부담금	■ **'08.4.1. 부터** - **원내 직접조제 여부에 따라** 본인일부부담(1종 외래 본인부담면제자 제외)

구 분			1종	2종		
				일반인		장애인
제1차 의료급여기관	의원 및 보건의료원	그 밖의 외래진료	1,000원	1,000원		250원
		직접조제	1,500원	1,500원		750원
		CT, MRI, PET	5%	15% (등록암환자 10%)		15% (등록암환자 10%)
	보건기관	그 밖의 외래진료	없음	없음		없음
		직접조제				
	약국 및 한국희귀의약품센터	처방조제	500원	500원		500원
		직접조제	900원	900원		900원
		보건기관 처방조제	없음	없음		없음
제2차 의료급여기관				고시 만성질환자 (의료급여 수가기준 제17조)	고시 질환자 이외 환자	없음 (장애인 의료비에서 부담)
		그 밖의 외래진료	1,500원	1,000원	15%	
		직접조제	2,000원	1,500원		
		CT, MRI, PET	5%	15% (등록암환자 10%)		
제3차 의료급여기관		그 밖의 외래진료	2,000원	15% (등록암환자 10%)		없음 (장애인 의료비에서 부담)
		직접조제	2,500원			
		CT, MRI, PET	5%			

제 목	내 용
의료급여법 시행령 제13조 [별표](개정 '09.12.31.)	■ **'10.1.1. 부터** - 중증환자 본인일부부담률 5%로 인하

외래 본인일부부담금

구 분			1종	2종 일반인	2종 장애인
제1차 의료급여기관	의원 및 보건의료원	그 밖의 외래진료	1,000원	1,000원	250원
		직접조제	1,500원	1,500원	750원
		CT, MRI, PET	5%	15% (등록암환자 5%)	15% (등록암환자 5%)
	보건기관	그 밖의 외래진료	없음	없음	없음
		직접조제			
	약국 및 한국희귀의약품센터	처방조제	500원	500원	500원
		직접조제	900원	900원	900원
		보건기관 처방조제	없음	없음	없음
제2차 의료급여기관				고시 만성질환자 (의료급여수가 기준제17조) / 고시 질환자 이외 환자	없음 (장애인 의료비에서 부담)
		그 밖의 외래진료	1,500원	1,000원 / 15%	
		직접조제	2,000원	1,500원	
		CT, MRI, PET	5%	15% (등록암환자 5%)	
제3차 의료급여기관		그 밖의 외래진료	2,000원	15% (등록암환자 5%)	없음 (장애인 의료비에서 부담)
		직접조제	2,500원		
		CT, MRI, PET	5%		

※ 중증환자 중 등록암환자는 '09.12.1.부터 본인부담률 5%로 인하

입원 본인일부부담금

■ **'10.1.1.부터**

의료급여종별		본인일부부담금	식대본인부담
1종		없음	식대비용의 20% (중증환자는 5%)
2종	일반	10%	20%
	장애인	무료(장애인기금에서 지원)	20%
	중증환자	5%	5%

※ 1·2종 입원 본인일부부담 면제자 : 자연분만(2005.1.1.부터),
6세미만(2006.1.1.부터)
- 행려환자(1종)의 경우에도 본인일부부담 면제

※ 중증환자 본인일부부담률 : 10%→5%로 변경
- 등록암환자('09.12.1.부터), 뇌혈관질환자 및 심장질환자('10.1.1.부터)
- 등록 중증화상환자('10.7.1.부터)

제 목	내 용
보건복지가족부고시 제2009-254호 (개정 '09.12.31.) 외래 본인일부부담금	■ 본인부담면제자 및 선택의료급여기관 적용자 외래 본인일부부담금(1종)

대상자	의료급여기관	본인부담구분 코드	본인부담금	
본인부담면제자	제1차·2차·3차 의료급여기관	M003(18세미만) ~ M008(가정간호대상자) M011(행려환자)	0 (본인부담 없음)	
선택의료급여기관 이용자	제1차·2차·3차 의료급여기관	M001(조건부연장승인자) M002(자발적참여자) M009~M010	0 (본인부담 없음)	
	제1차·2차·3차 의료급여기관	B007(촉탁의 처방)	1,000원~1,500원	
	한의원, 치과의원	B008 (제3선택,제4선택기관)	1,000원~1,500원	
	제2차·3차 의료급여기관	B009 (절차예외 경과규정 적용자 등)	1,500원~2,500원	
선택의료급여기관에서 의뢰된 자	제1차 의료급여기관 (의원,보건의료원)	B005 (선택기관에서 의뢰된 자)	원내 직접 조제	1,500원
			그 이외의 경우	1,000원
			특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비 총액의 5/100
	제2차 의료급여기관	B005 (선택기관에서 의뢰된 자) B006 (선택의료급여기관에서 의뢰되어 재의뢰된 자)	원내 직접 조제	2,000원
			그 이외의 경우	1,500원
			특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비 총액의 5/100
	제3차 의료급여기관	B005 (선택기관에서 의뢰된 자) B006 (선택의료급여기관에서 의뢰되어 재의뢰된 자)	원내 직접 조제	2,500원
			그 이외의 경우	2,000원
			특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비 총액의 5/100

제 목	내 용
외래 본인일부부담금	■ 선택의료급여기관 적용자 외래 본인일부부담금(2종)

대상자	의료급여기관		본인부담구분코드	구분	본인부담금
선택의료급여기관이용자	제1차의료급여기관(의원, 보건의료원)		B001(조건부연장 승인자)~B004(장애인보장구지급) B009(절차예외 경과규정 적용자 등)	원내 직접 조제	1,500원
				그 이외의 경우	1,000원
				특수장비촬영(CT, MRI, PET)	특수장비총액의 15/100(등록암환자 5%)
	제2차의료급여기관	제17조 만성질환자		원내 직접 조제	1,500원
				그 이외의 경우	1,000원
				특수장비촬영(CT, MRI, PET)	특수장비총액의 15/100(등록암환자 5%)
		만성질환자 외		의료급여비용총액의 15%	
	제3차의료급여기관			의료급여비용총액의 15%(등록암환자 5%)	
	제1·2·3차 의료급여기관		B007(촉탁의 처방)	1,000원~1,500원	
	한의원, 치과의원		B008(제3선택, 제4선택기관)	1,000원~1,500원	
선택의료급여기관에서 의뢰된 자	제1차의료급여기관(의원, 보건의료원)		B005(선택기관에서 의뢰된 자)	원내 직접 조제	1,500원
				그 이외의 경우	1,000원
				특수장비촬영(CT, MRI, PET)	특수장비총액의 15/100(등록암환자 5%)
	제2차의료급여기관	제17조 만성질환자	B005(선택기관에서 의뢰된 자) B006(선택의료급여기관에서 의뢰되어 재의뢰된 자)	원내 직접 조제	1,500원
				그 이외의 경우	1,000원
				특수장비촬영(CT, MRI, PET)	특수장비총액의 15/100(등록암환자 5%)
		만성질환자 외		의료급여비용총액의 15%	
	제3차 의료급여기관		B005(선택기관에서 의뢰된 자) B006(선택의료급여기관에서 의뢰되어 재의뢰된 자)	의료급여비용총액의 15%(등록암환자 5%)	

제 목	내 용

식대 본인부담금

■ 본인부담금(1·2종)은 입원식대 비용의 1식당 식사종류에 따라 20% 부담
(단, 정신과 정액수가 적용 환자 및 식대 본인부담면제자는 제외)

구분	일반식	치료식 (완제품경관영양 유동식 포함)	멸균식	분유
금액	3,390원	4,030원	9,950원	1,900원(1일당)

※ 식대 본인부담면제자 : 행려자, 6세미만 아동, 자연분만 산모('06.6.1.부터)
※ 중증환자 식대 본인부담 : 10%→5%로 변경

- 등록 암환자('09.12.1.부터), 뇌혈관질환자 및 심장질환자('10.1.1.부터), 등록 중증화상환자('10.7.1.부터)

의료급여법 시행령 제13조 [별표] (개정 '12.6.7.)

■ **노숙인 관련 2012. 6. 8.**
- 노숙인 등에 대하여 의료급여 1종 부여

외래 본인일부부담금

■ **완전틀니 관련 2012. 7. 1.**
- 75세 이상 노인의 완전틀니 시술비 의료급여

의료급여기관 \ 의료급여종별				1종 수급권자	2종 수급권자 일 반	2종 수급권자 장애인
외래 및 약국	제1차 의료급여기관	의원	그밖의 외래진료	1,000원	1,000원	250원
			원내 직접조제	1,500원	1,500원	750원
		보건기관	그밖의 외래진료	없음	없음	없음
			원내 직접조제	없음		
		약국 및 한국희귀의약품센터	처 방 조 제	500원	500원	좌 동
			직 접 조 제	900원	900원	
			보 건 기 관 처 방 조 제	없음	없음	
	제2차 의료급여기관		그밖의 외래진료	1,500원	총진료비의 15% (예외사항: "주" 참조) (중증환자 중 화상환자는 5%)	없음 (장애인의료비에서 부담)
			원내 직접조제	2,000원		
	제3차 의료급여기관		그밖의 외래진료	2,000원	총진료비의 15% (중증환자 5%)	없음 (장애인의료비에서 부담)
			원내 직접조제	2,500원		

※ 75세 이상 노인 레진상완전틀니 본인부담 : 1종 20%, 2종 30%('12.7.1. 부터)
- 본인부담 보상제·상한제 해당 없음

※ 중증환자 중 뇌혈관, 심장질환자는 입원시만 해당
※ 본인부담면제자 제외

제 목	내 용
외래 본인일부부담금	■ **1종 외래 본인부담면제자** ■ 선택의료급여기관 이용자(조건부연장승인자, 자발적 참여자) ■ 18세 미만인 자, 20세 이하인 자로 중고등학교 재학 중인 자 ■ 임산부, 가정간호를 받고 있는 자가 외래를 이용하는 경우 ■ 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성환자, 장기이식환자 ■ 행려환자, 응급환자인 선택의료급여기관 이용자 ■ 장애인보장구를 지급받는 선택의료급여기관 이용자 ■ 노숙인진료시설 이용하는 노숙인 ■ 응급, 분만으로 노숙인진료시설 이외의 의료급여기관을 이용하는 노숙인 ■ 노숙인진료시설에서 의뢰되어 3차의료급여기관을 이용하는 노숙인 ■ **CT, MRI 또는 PET 본인일부부담률** ■ 1종⇒외래 : CT, MRI 또는 PET총액의 5% ■ 2종⇒외래 : CT, MRI 또는 PET총액의 15%(중증환자 5%) ■ **그 밖의 외래진료란** ■ 원내 직접조제와 처방전 발급이 함께 이루어진 경우 ■ 원내 직접조제 없이 처방전 발급만 이루어진 경우 ■ 원내 직접조제와 처방전 발급이 모두 없는 경우 ■ **예외사항 "주"** 제2차 의료급여기관에서 만성질환자 [만성신부전환자, 혈우병환자, 대사장애환자, 암환자, 근육병환자가 그 상병으로 자율신경제 또는 면역억제제 투여를 받은 당일, 장기(신장, 간장, 심장, 췌장)이식 환자가 조직이식 거부반응 억제제를 투여 받는 당일]의 외래진료인 경우는 그 밖의 외래진료 시 1,000원, 원내 직접조제 시 1,500원을 부담

제 목	내 용
약국 본인일부부담금	■ **약국(한국희귀의약품센터)의 본인일부부담금(1·2종)**

구 분		본인부담금
처방조제		500원
직접조제		900원
보건소 보건지소 및 보건진료소의 처방전		없음
선택의료급여기관에서 발부한 처방전에 의한 처방조제	1종	없음
	2종	500원
선택의료급여기관이용자이지만 다른 의료급여기관으로 의뢰 또는 재의뢰된 의료기관에서 처방된 처방전에 의한 처방조제		500원

※ 1종 수급권자 약국 본인부담금 2007. 7. 1.부터 도입

입원 본인일부부담금

■ **'09.6.1.부터**

의료급여종별		본인일부부담금	식대본인부담
1종		없음	식대비용의 20% (중증환자는 10%)
2종	일반	10%	20%
	장애인	무료(장애인기금에서 지원)	20%
	중증환자	10%	10%

※ 입원 본인일부부담률(일반환자)
- 일반환자 : '09.6.1. 이전 15% → '09.6.1. 이후 10%로 변경
- 중증환자 : '05.9.1.부터 10%

제 목	내 용
의료급여법 시행령 제13조 [별표] (개정 '13.9.3.) 외래 본인일부부담금	■ **'13.10.1. 부터**

구 분			1종	2종		
				일반인		장애인
제1차 의료급여기관	의원 및 보건의료원	그 밖의 외래진료	1,000원	1,000원		250원
		직접조제	1,500원	1,500원		750원
		CT, MRI, PET	5%	15%		15%
	보건기관	그 밖의 외래진료	없음	없음		없음
		직접조제				
	약국 및 한국희귀의약품센터	처방조제	500원	500원		500원
		직접조제	900원	900원		900원
		보건기관 처방조제	없음	없음		없음
제2차 의료급여기관				고시 만성질환자[주] (의료급여수가 기준제17조)	고시 질환자 이외 환자	없음 (장애인의료비에서 부담)
		그 밖의 외래진료	1,500원	1,000원	15%	
		직접조제	2,000원	1,500원		
		CT, MRI, PET	5%	15%		
제3차 의료급여기관		그 밖의 외래진료	2,000원	15%		없음 (장애인의료비에서 부담)
		직접조제	2,500원			
		CT, MRI, PET	5%			

주) 고시만성질환자(의료급여수가의 기준 및 일반기준 제17조)

제2차 의료급여기관에서 만성질환자 [만성신부전환자, 혈우병환자, 대사장애환자, 암환자, 근육병환자가 그 상병으로 자율신경제 또는 면역억제제 투여를 받은 당일, 장기(신장, 간장, 심장, 췌장)이식 환자가 조직이식 거부반응 억제제를 투여 받는 당일]의 외래진료인 경우는 그 밖의 외래진료 시 1,000원, 원내 직접조제 시 1,500원을 부담

제 목	내 용
외래 본인일부부담금	■ **1종 외래 본인부담면제자** ■ 선택의료급여기관 이용자(조건부연장승인자, 자발적 참여자) ■ 18세 미만인 자, 임산부, 행려환자 ■ 20세 이하인 자로 중고등학교 재학 중인 자 ■ 가정간호를 받고 있는 자가 외래를 이용하는 경우 ■ 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성환자, 중증질환자 ■ 응급환자인 선택의료급여기관 이용자 ■ 장애인보장구를 지급받는 선택의료급여기관 이용자 ■ 노숙인진료시설 이용하는 노숙인 ■ 응급, 분만으로 노숙인진료시설 이외의 의료급여기관을 이용하는 노숙인 ■ 노숙인진료시설에서 의뢰되어 3차의료급여기관을 이용하는 노숙인 ■ **CT, MRI 또는 PET 본인일부부담률** ■ 1종⇒외래 : CT, MRI 또는 PET총액의 5% ■ 2종⇒외래 : CT, MRI 또는 PET총액의 15%
입원 본인일부부담금	■ **'13.10.1.부터**

의료급여종별		본인일부부담금	식대본인부담
1종		없음	식대비용의 20% (중증환자는 5%)
2종	일반	10%	20%
	장애인	무료(장애인기금에서 지원)	20%
	중증환자	없음	5%

※ 1·2종 입원 본인일부부담 면제자 : 자연분만(2005.1.1.부터),
6세미만(2006.1.1.부터)
- 행려환자(1종)의 경우에도 본인일부부담 면제

※ 암환자 및 중증화상환자의 경우 중증질환자 산정특례 등록 시 1종 자격 취득 후 본인부담 면제됨

※ 2종 중증환자(뇌혈관질환자 및 심장질환자) 본인일부부담률 : 5%
→ 면제로 변경

제 목	내 용
보건복지부고시 제2013-133호 (개정 2013.9.13.) 외래 본인일부부담금	■ **본인부담면제자 및 선택의료급여기관 적용자 외래 본인일부부담금(1종)**

대상자	의료급여기관	본인부담구분 코드	본인부담금	
본인부담면제자	제1차·2차·3차 의료급여기관	M003(18세미만) ~ M005 (구 등록희귀난치성질환자) M007(20세 미만 중·고등학교 재학자) M008(가정간호대상자) M011(행려환자) ~ M016(등록 중증질환자)	0 (본인부담 없음)	
선택의료급여기관 이용자	제1차·2차·3차 의료급여기관	M001(조건부연장승인자) M002(자발적참여자) M009~M010	0 (본인부담 없음)	
	제1차·2차·3차 의료급여기관	B007(촉탁의 처방)	1,000원~1,500원	
	한의원, 치과의원	B008 (제3선택, 제4선택기관)	1,000원~1,500원	
	제2차·3차 의료급여기관	B009 (절차예외 경과규정 적용자 등)	1,500원~2,500원	
선택의료급여기관에서 의뢰된 자	제1차 의료급여기관 (의원,보건의료원)	B005 (선택기관에서 의뢰된 자)	원내 직접 조제	1,500원
			그 이외의 경우	1,000원
			특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비 총액의 5/100
	제2차 의료급여기관	B005 (선택기관에서 의뢰된 자) B006 (선택의료급여기관에서 의뢰되어 재의뢰된 자)	원내 직접 조제	2,000원
			그 이외의 경우	1,500원
			특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비 총액의 5/100
	제3차 의료급여기관	B005 (선택기관에서 의뢰된 자) B006 (선택의료급여기관에서 의뢰되어 재의뢰된 자)	원내 직접 조제	2,500원
			그 이외의 경우	2,000원
			특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비 총액의 5/100

제 목	내 용
외래 본인일부부담금	■ **선택의료급여기관 적용자 외래 본인일부부담금(2종)**

대상자	의료급여기관		본인부담구분코드	구분	본인부담금
선택의료급여기관 이용자	제1차 의료급여기관 (의원, 보건의료원)		B001 (조건부연장승인자)~ B004 (장애인보장구지급) B009 (절차예외 경과규정 적용자 등)	원내 직접 조제	1,500원
				그 이외의 경우	1,000원
				특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 15/100
	제 2차 의료급여기관	제17조 만성질환자		원내 직접 조제	1,500원
				그 이외의 경우	1,000원
				특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 15/100
		만성질환자 외		의료급여비용총액의 15%	
	제3차 의료급여기관			의료급여비용총액의 15%	
	제1·2·3차 의료급여기관		B007(촉탁의 처방)	1,000원~1,500원	
	한의원, 치과의원		B008 (제3선택, 제4선택기관)	1,000원~1,500원	
선택의료급여기관에서 의뢰된 자	제1차 의료급여기관 (의원, 보건의료원)		B005 (선택기관에서 의뢰된 자)	원내 직접 조제	1,500원
				그 이외의 경우	1,000원
				특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 15/100
	제 2차 의료급여기관	제17조 만성질환자	B005 (선택기관에서 의뢰된 자) B006 (선택의료급여기관에서 의뢰되어 재의뢰된 자)	원내 직접 조제	1,500원
				그 이외의 경우	1,000원
				특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 15/100
		만성질환자 외		의료급여비용총액의 15%	
	제3차 의료급여기관		B005 (선택기관에서 의뢰된 자) B006 (선택의료급여기관에서 의뢰되어 재의뢰된 자)	의료급여비용총액의 15%	

제 목	내 용
사망 또는 자격상실 된 의료급여증을 사용하여 발생된 자격상실 후 진료비에 대한 처리방법 (보관65730-1013호, '99.8.31.)	■ 의료보호대상자는 의료보장증(또는 의료보호대상자증명서)과 주민등록증을 의료보호진료기관에 제시하고 의료보호를 신청하여야 하며, 의료보호진료기관은 의료보호대상자의 본인여부를 확인하고 의료보호를 하여야함. 따라서, 의료보호진료기관에서 의료보호대상자에 대한 본인여부를 확인하지 않고 의료보호를 한 경우 보호기관(시·군·구청장)은 진료비를 지급하지 않을 수 있음. 다만, 의료보호진료기관에서 본인여부를 확인하고 의료보호를 하였을 경우 보호기관은 진료비를 지급하여야 하며 부당하게 의료보장증을 사용한 자에게 부당이득금으로 환수하여야 할 것임.
건강진단서 발급용 진단을 받은 후 정밀 검진을 위해 당일 타 진료과목 담당의사에게 진료받는 경우 진찰료 산정방법 (의급65730-130호, '03.4.14.)	■ 건강진단서 발급용 진단을 받은 후 정밀검진을 위해 당일 타 진료과목 담당의사에게 진료받는 경우 재진진찰료를 산정토록 하였으나 타 진료과목 담당의사에게 진료받은 경험이 없는 환자로서 처음 진찰한 경우에는 초진진찰료를 산정 할 수 있음.
의료급여 선택의료 기관 이용자가 의약분업예외 지역의 약국직접조제 시 본인부담에 대한 지침통보 (기초의료보장팀-3169호, '07.7.20.)	■ 의료급여법시행규칙제19조의4(급여비용의 본인부담금 면제대상 등)제1항 제3호에 따라 선택의료급여기관을 이용하는 자로서 별표1(선택의료급여기관의 범위 및 의료급여의 절차 등)에 따라 선택의료급여기관에서 외래진료를 받고 있는 자 및 그 선택의료급여기관에서 교부한 처방전에 따라 의약품을 조제 받은 자는 급여비용의 본인부담금 면제대상입니다. ■ 그러나 선택의료급여기관을 이용하는 수급권자가 선택의료급여기관의 처방전 없이 약국에서 직접조제를 받는 경우에는 의약분업예외지역이라 하더라도 동조항에 해당되지 않으므로 소요된 비용의 전액을 본인이 부담하여야 함을 알려드리니 참고하시기 바랍니다.

제 목	내 용
의료급여법 시행령 [별표]에서 규정한 '그 밖의 외래진료'란 (기초의료보장과-158호, '08.3.21.)	■ 그 밖의 외래진료란 원외처방전을 발행하는 경우, 원외처방전 발행과 직접 조제가 동시에 이루어진 경우, 의약품 처방이 없는(원외처방전 발행 또는 직접 조제가 없는) 경우의 외래진료를 말함
외래진료 시 모든 의료급여 기관에서 직접조제 여부에 따라 본인부담금이 달라지는지 (기초의료보장과-158호, '08.3.21.)	■ 외래진료 시 직접 조제 여부에 따라 본인부담금이 달라지는 경우는 의료급여 1종수급권자가 제1차·2차·3차의료급여기관에서 외래진료를 받는 경우, 의료급여 2종수급권자가 제1차의료급여기관에서 외래진료를 받는 경우 및 의료급여수가의 기준 및 일반기준 제17조의 규정에 따른 2종수급권자 중 만성질환자가 제2차의료급여기관에서 외래진료를 받는 경우가 해당됨
원내에서 조제가 가능한 의약품이지만 검사, 수술 및 처치에 포함되어 별도 산정할 수 없는 의약품인 경우에도 직접 조제 범위에 해당하는지 (기초의료보장과-158호, '08.3.21.)	■ 「약사법 시행규칙」 제12조제3호에 따라 검사, 수술 및 처치에 사용하는 의약품은 직접 조제 의약품 범위에 해당하지만, 검사, 수술 및 처치의 소정점수에 포함되어 별도 산정할 수 없는 의약품인 경우에는 본인부담금을 1,000원으로 산정(의원 해당)하고 "직접 조제 횟수"를 기재하지 않음
산부인과 환자 진료시 진료실에서 직접 사용하는 질정(질좌제)도 직접 조제 범위에 해당하는지 (기초의료보장과-158호, '08.3.21.)	■ 질정(질좌제)은 「약사법 시행규칙」 제12조제3호에 따라 의사·치과의사의 직접 조제의약품 범위인 검사, 수술 및 처치에 사용하는 의약품의 범주에 해당하므로, 의원인 경우 본인부담금을 1,500원으로 산정하고 "직접 조제 횟수"를 기재하여야 함
관절강내 주사, 신경간내 주사, 척수내 주사에 사용하는 의약품이 직접조제 범위에 해당하는지 (기초의료보장과-158호, '08.3.21.)	■ 관절강내 주사 등에 사용하는 의약품은 「약사법 시행규칙」 제12조제3호에 따라 의사·치과의사의 직접 조제의약품 범위인 검사, 수술 및 처치에 사용하는 의약품의 범주에 해당하므로, 의원인 경우 본인부담금을 1,500원으로 산정하고 청구시 "직접 조제 횟수"를 기재하여야 함
물리치료시 사용하는 겔제, 로숀제가 직접 조제범위에 해당하는지 (기초의료보장과-158호, '08.3.21.)	■ 물리치료 시 사용하는 겔제 및 로숀제는 「약사법 시행규칙」 제12조제3호에 따라 의사·치과의사의 직접 조제의약품 범위인 검사, 수술 및 처치에 사용하는 의약품의 범주에 해당하므로, 의원인 경우 본인부담금을 1,500원으로 산정하고 청구 시 "직접 조제 횟수"를 기재하여야 함

제 목	내 용
CT(MRI 또는 PET)검사 시 조영제를 사용하는 경우 외래 본인일부부담금(의원인 경우 1,000원 or 1,500원)외에 별도로 조영제(동위원소) 비용이 포함된 CT(MRI 또는 PET) 비용의 일부를 수급권자가 부담하고 있는데, 의원인 경우 본인부담금을 1,500원으로 산정해야 하는지 (기초의료보장과-158호, '08.3.21.)	■ 조영제는 「약사법 시행규칙」 제12조제3호에 따라 의사·치과의사의 직접 조제의약품 범위에 해당하나, 의료급여 수급권자가 외래에서 CT(MRI, PET) 검사를 받는 경우 조영제(동위원소) 비용을 포함한 CT(MRI, PET) 비용의 일부를 본인이 부담하므로 원내에서 다른 의약품의 직접 조제 없이 조영제를 사용하는 경우에는 본인부담금을 1,000원으로 산정하고, "직접 조제 횟수"를 기재하지 않음
외래진료시 원외처방전 발행 없이 주사제를 주사하는 경우 본인부담금 (기초의료보장과-158호, '08.3.21.)	■ 주사제는 「약사법」 제23조제4항제5호에 따라 직접 조제 범위에 해당하며, 의원인 경우 본인부담금을 1,500원으로 산정하고, "직접 조제 횟수"를 기재하여야 함
외래진료시 원외처방전 발행과 직접조제가 함께 발생한 경우 본인부담금 (기초의료보장과-158호, '08.3.21.)	■ 외래진료시 동일 환자에게 원외처방 발행과 직접 조제가 동시에 이루어진 경우에는 그 밖의 외래진료에 해당하므로, 의원인 경우 본인부담금을 1,000원으로 산정하고, "직접 조제 횟수"를 기재하지 않음
원내에서 전액 본인부담하는 의약품을 단독으로 직접 조제한 경우 (기초의료보장과-158호, '08.3.21.)	■ 전액본인부담하는 의약품은 의료급여 대상에 해당하므로 직접 조제하는 경우의 외래 본인일부부담금(의원인 경우 1,500원)으로 산정하고, "직접 조제 횟수"를 기재하여야 함
원내에서 비급여 의약품을 단독으로 직접 조제한 경우 본인부담금 (기초의료보장과-158호, '08.03.21.)	■ 비급여 의약품은 「의료급여법 시행규칙」 제9조에 따라 의료급여 대상에 해당되지 아니하므로, 그 밖의 외래진료로 보아 의원인 경우 본인부담금을 1,000원으로 산정하고, '직접 조제 횟수'를 기재하지 않음
명세서에 직접 조제 횟수를 기재하는 경우는 (기초의료보장과-158호, '08.03.21.)	■ 의료급여 수급권자 외래진료시 의약분업 예외사항에 해당되어 원외처방전 발행 없이 원내에서 단독으로 직접 조제한 경우에만 직접 조제 횟수를 기재함

제 목	내 용
소화기내과와 일반외과 외래에서 각각 직접조제를 받은 경우 "직접 조제 횟수" (기초의료보장과-158호, '08.3.21.)	■ 의료급여 수급권자가 다른 진료과목(내과 세부전문과목 포함) 의사에게 진료를 받고 각각 직접 조제를 받은 경우, 동일명세서에 청구시 직접 조제 횟수를 [02]로 기재하고, 명세서를 분리하여 청구하는 경우에는 각각의 명세서에 직접 조제 횟수를 [01]로 기재함
외래에서 정신질환으로 직접 조제를 받은 경우 본인부담금 (기초의료보장과-158호, '08.3.21.)	■ 의료급여비용을 정액수가로 산정하는 경우에도 외래 본인일부부담금은 직접조제 여부에 따라 달라지므로 의원인 경우 본인부담금을 1,500원으로 산정하고, "직접 조제 횟수"를 기재하여야 함
동일의사가 원내에서 경구 약제와 주사제를 직접 조제한 경우 직접조제 횟수는 (기초의료보장과-158호, '08.3.21.)	■ 동일에 동일의사가 원내에서 경구약제와 주사제를 동시에 처방하여 각각 직접 조제한 경우 투여경로와 관계없이 직접 조제 횟수는 1회로 기재하여야 함
원내에서 고혈압약제 30일분을 직접 조제한 경우 직접 조제 횟수는 1회인가요? 아니면 30회인가요? (기초의료보장과-158호, '08.3.21.)	■ 직접 조제 횟수는 처방한 약제의 투약일수가 아닌 원내에서 약제를 직접 조제하도록 처방한 횟수를 말하는 것으로, 고혈압약을 30일분 처방하더라도 직접 조제 횟수는 1회로 기재하여야 함
혈액투석시 투석액을 사용하는데 이 경우에도 직접 조제 범위에 해당되는지 (기초의료보장과-158호, '08.3.21.)	■ 혈액투석액은 「약사법 시행규칙」 제12조제8호에 따라 직접 조제 범위에 해당하므로 의원인 경우 본인부담금을 1,500원으로 산정하고 직접 조제 횟수를 기재하여야 함
미등록 암환자의 본인일부 부담금은 (기초의료보장과-6714호, '09.12.31)	■ 미등록 암환자 입원 시에는 「의료급여법 시행령」 제13조 제1항 [별표]에 따른 본인 일부부담금(입원 : 1종은 무료, 2종은 10%) 적용하며, 2종 미등록 암환자의 제2차 의료급여기관 외래진료 시에는 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제17조 제1항에 따라 1,000원(직접 조제 시 1,500원)을 부담하고 CT, MRI 또는 PET에 대하여는 별도 15%를 부담함. 이 경우 반드시 특정기호(V027)를 기재하여야 함

식대 관련

제 목	내 용
식대 계산방법 (보관01254-8298호, '87.6.27.)	■ 급식비는 1일을 기준으로 지급하고 있으나 금식을 하거나 1일 1회 또는 2회의 식사만 제공한 경우 실제 제공한 급식비만을 청구
치료식 (보관01254-8298호, '87.6.27.)	■ 의료보호대상자에게 산모식을 포함, 치료식을 제공하여 급식비용이 의료보호수가기준 보다 다소 초과하였다 하더라도 그 초과된 비용을 의료보호환자에게 별도 부담시킬 수 없음
환자 본인이 특식을 원한 경우 (보관01254-8298호, '87.6.27.)	■ 의료보호대상자중 환자 또는 보호자의 특식제공요구가 있고 이를 제공한 경우 특식료 차액은 전액 본인이 부담하여야 함
간병비의 지급여부 (보관31520-9327호, '90.7.16.)	■ 환자간병에 대한 별도의 간병비의 지급은 의료보호 및 의료보험 급여범위에서 제외되고 있음
신생아 인공수유 비용 (보관31520-6028호, '91.4.29.)	■ 신생아의 급식은 모유수유를 원칙으로 하여야 할 것이며, 모유수유가 곤란하여 부득이 조제분유 등에 의한 급식을 실시하는 경우라 하더라도 급식량이 극히 소량에 불과하고 정상분만(이상분만 포함)후 신생아관리 및 처치료를 별도 산정하고 있으므로 의료보호 성격 상 신생아에 대한 급식비를 별도로 산정함은 불가함 ■ 다만, 영유아가 질병에 이환되어 소아과 입원진료를 받는 경우의 급식비는 실제 제공된 비용만을 산정하여야 하며, 이는 국·공립병원에서 적용하고 있는 제조분유 등에 의한 우유식 급식 기준(1일당 1,800원)에 따라 산정하여야 함
tube feeding 환아의 식대 관련 문의 (보호65730-147호, '02.4.15.)	■ 만 1세이상 환아의 식대산정과 관련하여 귀 병원에서 질의하신 내용에 대해서는 건강보험심사평가원에서 상담071.4-50794호(2002.04.03)로 기 회신한 바와 같이 의료급여수가의 기준 및 일반기준 제1장 제12조에 의한 식대1일당 10,170원(1식당 3,390원)을 적용 산정하시기 바랍니다.

<table>
<tr><th>제 목</th><th>내 용</th></tr>
<tr><td>1종수급권자중 식대비용 20% 본인부담적용대상자 관련
(보호65730-113호, '02.3.18.)</td><td>■ 의료급여1종수급권자가 입원시 발생된 식대 비용의 20%를 본인이 부담하도록 하고 있으나 행려환자의 경우에는 식대본인부담 적용대상자에서 제외하였음. 또한, 의료수가의 기준 및 일반기준(고시 제2002-11호)을 개정 고시하여 의료급여1종수급권자 중 정신질환(상병코드 F00-F99, G40, G41)의 1일당 정액수가를 적용받는 경우에는 식대본인부담 대상자에서 제외하고 있음

■ 그 외 국가유공자 및 중요무형문화재의 보유자, 이재민, 북한이탈주민, 광주민주화운동 관련자와 의상자 및 의사자의 유족 등 의료급여1종수급권자에 해당하는 자에 대해서도 동일하게 식대비용 20% 본인부담 대상자에 포함되며 이들 중 정신질환자에 대해서는 식대 본인부담 적용 대상자에서 제외됨</td></tr>
<tr><td>의료급여 중증환자 본인일부부담률 인하 관련 청구방법 등 안내
(기초의료보장과-6490호, '09.12.16.)</td><td>■ 중증질환자 본인부담률 인하(10% → 5%)
- 등록 암환자는 '09.12.1., 뇌혈관질환자 및 심장질환자는 '10.1.1. 진료분부터 적용

<table>
<tr><th>대상자</th><th>시행일자</th><th>분리작성방법</th></tr>
<tr><td>등록 암환자 (V193, V194)</td><td>○ '09.12.1. 진료분부터 (소급) 시행

- 의료급여기관은 '10.1.1.일 진료분부터 5%로 적용하여 본인부담금 징수 및 청구

※ '09.12월분에 대한 본인부담 차액은 시·군·구를 통해 환급</td><td>○ '09.11월(10%적용), 12월(10% 적용), '10.1월(5%적용) 진료분은 반드시 각각 분리작성

- '09.12월분 본인부담차액은 시·군·구를 통해 환급됨으로 분리 작성해야 정산 가능함</td></tr>
<tr><td>뇌혈관 질환자 (V191) 심장질환자 (V192)</td><td>○ '10.1.1. 진료분부터 시행

- 의료급여기관은 '10.1.1.일 진료분부터 5%로 적용하여 본인부담금 징수 및 청구</td><td>○ '09.12월분(10%적용)과 '10.1월분 (5%적용) 반드시 분리작성</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>중증환자 본인일부부담률 5% 적용은 중증환자의 식대에도 동일하게 적용되는 것인지
(기초의료보장과-6714호, '09.12.31.)</td><td>■ 중증환자의 식대의 경우에도 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제23조에 따라 5%로 인하됨(1종·2종 모두 해당)</td></tr>
</table>

제 목	내 용
입원진료 시 비품 및 간식비용을 의료급여 수급권자에게 별도 본인부담 가능 여부 (의급65730-42호, '03.2.4.)	■ 요양급여의적용기준 및 방법에 관한 세부사항(보건복지부 고시 제 2002-80호)에 의하여 칫솔, 치약, 비누, 수건, 슬리퍼(신발), 휴지, 속옷을 환자가 준비하지 아니하여 의료급여기관(의료기관)으로부터 유상 공급 받은 경우 실비로 본인부담 시킬 수 있도록 하고 있음 - 겉옷의 경우 의료기관에서 환의로 제공하였다면 환의의 경우 의료기관의 비품으로 주로 세탁하여 계속 사용할 수 있으므로 입원료에 포함되어 별도 본인 부담시킬 수 없으나 환자가 파손하였거나 귀가 시 휴대하여 갈 경우에는 실비로 본인에게 부담시킬 수 있음. 한편, 의료급여수급권자 식대비용의 경우 급여에 해당되어 본인에게 별도 부담시킬 수 없으나, 환자 및 보호자의 신청에 의하여 간식을 별도로 제공한 경우 그 소요 비용에 대해서는 실비로 본인 부담시킬 수 있음
중증화상환자의 식대 본인일부 부담률은 (기초의료보장과-1464호, '10.7.6.)	■ 중증화상환자의 식대는 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제23조에 따라 5%를 부담함(1종·2종 모두 해당)
'14.7.1.부터 시행하는 치과 임플란트 급여적용, 선별급여방식 도입항목에 대하여 의료급여 2종 및 차상위 본인부담 경감대상 등록 장애인에게 장애인 의료비 지원 적용여부 (장애인자립기반과-3819,'14.6.27)	■ 2014년 7월 1일부터 시행되는 치과임플란트 급여적용, 선별급여방식 도입항목에 대하여 의료급여 2종 및 차상위 본인부담 경감대상 등록 장애인에게 장애인 의료비 지원이 적용되지 않음

5. 의료급여비용의 청구·정산

급여비용의 청구

제 목	내 용
양·한방 이중면허 소지자의 진료에 대한 진료비 청구 (보관65730-244호, '93.4.1.)	■ 한사람이 의사, 한의사 두 가지의 면허증을 소지하고 1개 진료기관에서 양방과 한방진료를 같이 행함이 의료법상으로는 가능하다는 해석이 있을지라도 한 사람의 의료인의 양·한방 진료수가 기준에 의한 의료보호진료비를 모두 청구할 수는 없음 ■ 양·한방면허를 동시에 소지한 사람이 한의과대학 소속 한의사로 근무하면서 보호대상자에게 양방진료가 필요하다고 판단될 경우에는 양방진료기관에 환자를 의뢰함이 적절한 조치로 한방요양급여기준 및 진료수가기준에 정하고 있으므로 양방진료를 하고 그 진료비용을 보호대상자에게 전액 부담시킬 수 없음
진료비 및 대불금에 관한 채권 청구 소멸시효 (보관65730-1465호, '95.12.20.)	■ 의료보호진료에 소요된 비용청구 소멸시효의 기산점은 입원, 외래별로 진료가 종료된 날의 다음날로 함. 다만, 입원진료의 경우는 퇴원일을 진료종료일로 하되, 입원기간이 월을 초과하여 계속 입원진료하는 경우 퇴원일이 속한 월을 제외하고는 매월 말일을 진료종료일로 보고 외래의 경우는 매 내원일을 진료종료일로 봄
업무정지처분 내려진 요양기관의 의료급여 관련 질의 (의급65730-351호, '12.10.19.)	■ 의료급여법 제28조에 의한 의료급여기관의 업무정지와 관련하여 귀 의원에 현지 조사한 결과 부당청구 내역이 확인되어 업무정지 처분을 받은 것과 관련하여 질의하신 내용에 대해서는 다음과 같이 회신합니다. - 다 음 - ■ 의료급여법에 의한 업무정지처분은 의료급여업무를 일정 기간 동안 의료급여에 대한 업무를 정지시킨 것으로 의료급여수급권자를 진료한 경우에도 의료급여기금으로 진료비를 청구할 수는 없으나 의료급여에서 제외되는 진료비인 비급여 진료비에 대해서는 의료급여수급권자에게 본인 부담시킬 수 있음 2종수급권자의 경우 동 법 제12조에 의하여 진료한 경우에는 본인 부담금을 받을 수 있음 의료급여업무정지처분에 대해 의료급여기관에서는 행정처분통보서를 부착할 의무는 없음 ■ 의료급여업무정지처분 기간 중에 폐업이나 휴업을 한 경우 개설자가 재개원하여 업무를 실시한 경우 업무정지처분이 연계되어 계속적으로 이어지게 됨

제 목	내 용
보조금이 중단된 장애인 재활시설의 의료급여 청구 시 지급 여부 (재활65142-149호, '02.3.8.)	■ 상기 대호로 요청하신 사회복지법인 ○○○산하 ○○○○병원 시설입소자의 의료급여비 청구와 관련, 장애인 의료재활시설(재활병의원)은 시설입소자 등 장애인에 대한 의료서비스 제공을 위하여 장애인 생활시설 내에 설치 운영 중이며, 매년 예산의 범위 내에서 운영비(국비30%, 지방비50%, 자부담 20%)를 지원하고 있습니다. 한편, 진료비 징수와 관련하여 「장애인의료재활시설 운영지침」에 의거 유료 진료 대상자는 국민건강보험법상의 요양급여수가를 기준으로 하고, 의료급여 대상자는 재가환자에 한하여 의료급여수가를 기준하여 징수하고, 그 징수는 의료급여진료비 청구 절차에 의하여 징수하되 비급여 진료비는 환자로부터 징수할 수 없도록(시설입소환자에 대하여는 진료비를 청구할 수 없음) 하고 있습니다. 이와 같이 「장애인의료재활시설 운영지침」상 시설입소자에 대해서 의료급여를 청구 할 수 없도록 제한하는 것은 장애인생활시설 내에서의 의무실과 같은 기능을 하는 재활병원에 국가 및 지방비를 보조하기 때문이므로 동 민원과 같이 보조금을 중단한 경우에는 상기 지침상의 제한 규정의 실효성이 없다고 판단됩니다. 다만, OOOO병원이 보조금 중단 기간 동안에 청구한 급여액이 보조금 지급 규모보다 더 많다는 점을 고려할 때 시설입소 환자의 진료에 대한 급여 청구에 있어서 그 사실 여부를 면밀히 확인 검토한 후 지급 여부를 결정하여야 한다고 사료됩니다.
혈우병환자의 외상 관련 진료비에 대한 의료급여 인정여부 - 교통사고로 인해 입원 시 본래 혈우병 환자로 기왕증으로 인한 합병증 예방을 위해 혈액 응고인자 주사약을 투여한 경우 의료급여 대상 여부 (보호65730-126호, '02.3.26.)	■ 교통사고가 발생시 교통사고와 관련한 상병이외의 기왕증으로 인한 상병에 대해 동시에 진료를 받게 되는 경우 교통사고 상병이외의 진료비는 당연히 의료급여가 적용되므로 동 상병 치료에 국한되는 진료비는 의료급여비용으로 청구가 가능하나, 다만, 교통사고 발생이 원인이 되어 발생된 지병의 악화, 재발 또는 합병증 등의 진료분은 교통사고가 발생하지 아니하였다면 발생되지 아니할 진료비인 점을 감안하여 교통사고 진료비에 포함함이 타당하다 할 것입니다. 이에 따라 OOO 환자는 혈우병의 기왕증을 가진 환자이나 교통사고 후 발생된 추가적이며 증액된 혈액응고인자 주사비용에 대해서는 기왕증이라고 판단되는 진료비 비율에서 배제하고 자동차 사고 피해 보상 시 동시에 보상이 이루어짐이 타당하므로 의료급여비용으로 지급이 불가합니다.

<table>
<tr><th>제 목</th><th>내 용</th></tr>
<tr><td>명세서 진찰횟수 기재 대상
(고시 제2009-35호, '09.3.2. 관련)</td><td>■ 외래진료 당일 동일한 상병에 대하여 1일 2회 이상 진찰한 경우(정액 본인일부부담금을 산정하는 경우에 한함)로,
- 1종수급권자의 경우 제1차, 제2차, 제3차의료급여기관의 외래진료
- 2종수급권자의 경우 제1차 의료급여기관 외래진료, 만성질환자(의료급여수가의 기준 및 일반기준 제17조)의 제2차 의료급여기관 외래진료건 해당</td></tr>
<tr><td>진찰횟수 기재란에 대하여
(고시 제2009-35호, '09.3.2. 관련)</td><td>■ 서면의 경우 새로 신설된 「진찰횟수」란에 기재
EDI, 전산매체의 경우 명세서 특정내역 「MT029」에 기재</td></tr>
<tr><td>1종수급권자가 제1차의료급여기관에 외래로 내원하여 동일 상병으로 A과와 B과 진료 후, A과에서는 진찰료와 원외처방이 발생하고, B과에서는 직접 조제만 이루어진 경우 청구방법
(고시 제2009-35호, '09.3.2. 관련)</td><td>■ EDI 및 전산매체로 청구하는 경우(예시)
<table><tr><th rowspan="2">진찰료</th><th rowspan="2">의료급여 비용총액</th><th rowspan="2">본인일부 부담금</th><th rowspan="2">청구액</th><th colspan="2">특정내역기재란</th></tr><tr><th>MT020 (직접조제횟수)</th><th>MT029 (진찰횟수)</th></tr><tr><td>1회</td><td>30,000</td><td>2,500</td><td>27,500</td><td>01</td><td>02</td></tr></table>
■ 서면으로 청구하는 경우(예시)
<table><tr><th>진찰료</th><th>의료급여 비용총액</th><th>본인일부 부담금</th><th>청구액</th><th>직접조제횟수</th><th>진찰횟수</th></tr><tr><td>1회</td><td>30,000</td><td>2,500</td><td>27,500</td><td>01</td><td>02</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>1종수급권자가 제1차의료급여기관에 외래로 내원하여 동일 상병으로 A과와 B과 진료 후, A과에서는 진찰료와 직접 조제가 발생하고, B과에서는 원외처방만 이루어진 경우 청구방법은
(고시 제2009-35호, '09.3.2. 관련)</td><td>■ B과에서는 진찰료가 발생하지 않고 원외처방전만 발급되어 의료급여비용총액이 발생하지 않으므로 진찰횟수를 기재하지 않음
■ EDI 및 전산매체로 청구하는 경우(예시)
<table><tr><th rowspan="2">진찰료</th><th rowspan="2">의료급여 비용총액</th><th rowspan="2">본인일부 부담금</th><th rowspan="2">청구액</th><th colspan="2">특정내역기재란</th></tr><tr><th>MT020 (직접조제횟수)</th><th>MT029 (진찰횟수)</th></tr><tr><td>1회</td><td>30,000</td><td>1,500</td><td>28,500</td><td>01</td><td>01</td></tr></table>
■ 서면으로 청구하는 경우(예시)
<table><tr><th>진찰료</th><th>의료급여 비용총액</th><th>본인일부 부담금</th><th>청구액</th><th>직접조제횟수</th><th>진찰횟수</th></tr><tr><td>1회</td><td>30,000</td><td>1,500</td><td>28,500</td><td>01</td><td>01</td></tr></table></td></tr>
</table>

제 목	내 용
의료급여비용이 발생하지 않은 경우에도 기재하는지 (고시 제2009-35호, '09.3.2. 관련)	■ 의료급여비용이 발생하지 않은 경우에는 진찰횟수를 기재하지 않음
중증환자에게 별도 급여되는 치료재료대(100분의 100 본인부담 항목에서 본인일부부담으로 변경된 재료대 등) 등의 경우 1종 수급권자에 대하여 급여적용 여부 및 청구방법 (기초의료보장팀-2810호, '05.11.30.)	■ 의료급여 1종수급권자인 암환자등 중증환자의 경우에도 2종 암환자의 경우와 같이 등록하도록 하여 등록한 중증환자의 경우에는 건강보험과 동일하게 9월1일부터 소급하여 의료급여를 받은 수 있으며(등록유예기간: '05.12.31.일까지), 중증환자에게 별도 적용되는 치료재료대 등을 청구할 경우 특정내역란에 중증환자 등록번호(MT014) 기재
의료급여 수급권자가 응급의료센터(외상센터포함) 응급실에 내원하여 진료 후 외래본인부담률 적용 대상인 경우 청구방법 (기초의료보장과-712호, '16.2.3.)	■ 응급의료센터(외상센터 포함) 응급실에 야간내원으로 인해 익일까지 연속 진료한 경우 외래본인부담금 산정은 한 장의 명세서에 청구한다. 다만, 1회 방문당 24시간을 초과하여 날짜를 바꿔 진료한 경우 일자별로 분리하여 청구한다.
확진검사 의료급여적용 가능 기관 (기초의료보장과-901호, '18.1.25.)	■ 일반건강검진 결과 고혈압·당뇨병 질환이 의심되어 확진검사를 받고자 하는 의료급여 수급권자는 제1차의료급여기관(의원급)에서 확진검사를 받을 수 있습니다. 다만, 의료급여법 시행규칙 제3조에 따른 의료급여 이용 절차 예외자*의 경우에는 제2차 또는 제3차의료급여기관에서 확진검사를 받을 수 있습니다. *** 의료급여 이용 절차 예외자** 1. 제2차의료급여기관에 바로 이용가능한 자 ○ 한센병환자 ○ 장애인복지법 제32조에 따라 등록한 장애인 ○ 국민건강보험법 시행령 제45조제1호에 해당하는 지역의 의료급여수급권자 ○ 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령 제14조에 의한 상이등급을 받은 자 2. 제2차 및 제3차의료급여기관에 바로 이용가능한 자 ○ 영 제3조제2항제1호라목에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성질환 또는 중증질환을 가진 자 ○ 제2차 또는 제3차의료급여기관에서 근무하는 수급권자

제 목	내 용
확진검사 급여 적용범위 및 청구방법 (기초의료보장과-901호, '18.1.25.)	■ 일반건강검진 후 검사결과에 따라 고혈압·당뇨병 질환을 확진하기 위해 실시하는 진찰료 및 검사의 급여적용범위 및 청구방법은 건강보험과 동일합니다. 즉, 고혈압 의심 대상자에게 확진검사를 시행한 경우에는 진찰료 1회, 당뇨병 의심 대상자에게 확진검사를 시행한 경우에는 진찰료 1회와 당검사(누302)에 대하여 급여적용이 가능하며, 급여비용의 100분의100을 기금에서 부담합니다. 급여적용 기간은 건강검진 실시연도의 다음 연도 1월31일까지입니다. ■ 질환별 급여범위에 해당하는 확진검사에 대한 명세서는 특정기호 'F022'를 기재하여 청구하며, 진료 상 필요하여 대상범위 이외의 추가 검사 등을 시행한 경우에는 분리청구를 하여야 합니다.
의료급여 대상자 본인부담 적용 (기초의료보장과-901호, '18.1.25.)	■ 제1차의료급여기관에서 확진검사 급여대상 범위에 해당하는 의료급여를 시행한 경우 해당 급여비용에 대하여는 본인일부부담금을 면제합니다. 또한, 의료급여 이용절차를 준수하여 제2차 또는 제3차의료급여기관에서 확진검사를 시행한 경우에도 본인일부부담금이 면제 적용됩니다. ※ 관련근거: 「의료급여법 시행령」 제13조제1항 [별표1] 제1호 아목, 제2호 러목 ■ 만일 확진검사 당일에 다른 상병에 대한 진료를 하거나 확진검사 대상범위를 초과하여 검사 등을 시행한 경우에는 본인일부부담금이 면제되지 않으며, 의료급여 이용절차를 준수하지 않은 경우에는 급여비용의 전액을 본인이 부담하여야 합니다.
선택의료급여기관 지정자에 대한 본인부담 적용 (기초의료보장과-901호, '18.1.25.)	■ 선택의료급여기관 지정자가 확진검사 급여대상 범위에 해당하는 의료급여를 선택의료급여기관에서 시행한 경우 해당 급여비용에 대하여 본인일부부담금이 면제됩니다. 또한, 선택의료급여기관 지정자 중 지정된 선택의료급여기관에서 확진검사가 곤란한 경우에는 선택의료급여기관으로부터 의료급여의뢰서를 발급받아 확진검사가 가능한 다른 제1차의료급여기관(의원급)에서 확진검사를 시행할 수 있으며, 이 경우에도 본인일부부담금이 면제 적용됩니다.

제 목	내 용
확진검사 급여적용 시행일 (기초의료보장과-901호, '18.1.25.)	■ 「건강검진기본법」 개정과 관련하여 국가건강검진 후 고혈압·당뇨병 질환 의심자에 대한 확진검사의 의료급여적용에 따른 본인일부부담금 면제는 2018년 1월 23일 진료분부터 적용 시행됩니다.
요양병원 입원 중인 산정특례 대상자의 진료의뢰 관련 안내 (정정) (기초의료보장과-7894호, '20.1.1.)	■ 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부 고시 제2019-302호, 2019.12.26.) 개정과 관련하여, 요양병원에 입원중인 의료급여 산정특례 대상자를 다른 요양기관에 산정특례 상병으로 진료의뢰한 경우 진료비 산정대상 - 요양병원 입원 중인 산정특례 대상자를 다른 요양기관에 해당 상병으로 진료 의뢰 시 • 산정대상 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제17조의2 ②,③항에 따른 산정특례 대상자를 해당 상병으로 진료의뢰한 경우 진료의뢰받은 요양기관에서 외래로 공단에 청구(조현병, 치매 환자의 경우, 의료급여는 산정특례 대상자에서 제외)

장애인의료비 정산방법

제 목	내 용
장애인 의료비 정산방법 (소멸시효 및 심사청구절차) 통보 (재활지원과-1817호, '05.6.9.)	■ 장애인 의료비 지급 청구의 소멸시효에 대하여 ⇒ 의료기관의 착오청구에 의한 경우뿐만 아니라 장애인이 장애인등록증을 제시하지 않아 본인부담금을 지급한 경우에도 장애인 의료비 청구의 소멸시효는 5년으로 보아야 함 ■ 추가적인 심사청구 절차 ⇒ 의료기관은 의료급여법 제30조상의 이의신청 기간(90일)에 구애받음이 없이 건강보험심사평가원에 심사요청을 할 수 있으며, 건강보험심사평가원은 장애인 의료비지원의 취지를 감안하여 의료기관의 급여비용 심사청구에 대한 심사업무에 만전을 기함으로써 민원 해소에 적극 노력하여 주시기 바람 ※ 다만, 의료급여법상의 소멸시효(3년)를 도과한 경우에는 의료기관이 해당 보장기관(시장·군수·구청장)으로 직접 청구하여야 함

제 목	내 용
장애인의료비 정산방법 보완 통보 (재활지원과-2670호, '05.8.24.)	■ 장애인의료비 지급을 위한 추가적인 심사청구절차와 관련하여 의료기관의 착오청구, 청구 누락 등에 있어 의료기관은 의료급여법 제30조(이의신청 등) 제3항의 규정에 의한 이의신청 기간(90일)에 구애받음이 없이 건강보험심사평가원에 심사요청을 할 수 있습니다. 다만, 아래 "가", "나" 항의 경우에는 이미 장애인 의료비가 청구되어 심사결정(확정)된 사항이므로 의료급여법 제30조에 의거 이의신청기간을 준수하여야 함을 알려 드리니 관련업무에 착오 없으시기 바랍니다. - 아 래 - 가. 의료급여비용 총액 중 일부가 심사조정되어 이에 따른 본인일부부담금(장애인의료비)의 변동이 발생된 경우 나. 의료급여2종 장애인 건으로 본인부담금을 실제 수납하지 않았음에도 본인부담금을 받은 것으로 착오기재 후, 전산코드는 장애인의료비로 청구하여 장애인의료비 지급과 더불어 본인부담금 환급금이 발생한 경우

6. 대지급 및 부당이득금

대지급

제 목	내 용
2종의료보호대상자의 대불금 (보관65730-787호, '96.7.6.)	■ 2종보호대상자는 자활보호자(생계유지가 곤란한 자)이므로 일시에 과중한 진료비의 부담에서 오는 빈곤의 악순환을 적게 하고 동시에 정부에 대한 의타심을 배제시켜 자립의지를 고취시키고자 하는데 대불제도의 근본취지가 있음
2종보호대상자 전출·입시 대불금 회수 (보관65730-787호, '96.7.6.)	■ 대불금을 상환하지 못한 2종 보호대상자가 전출입을 할 경우 전출지 보호기관에서는 대불금 상환내역을 정확히 파악하여 신거주지를 관할하는 보호기관에 통보하여야 하며 전출입당시 대불금 상환에 따른 책임 및 권한은 의료보호법 제16조제2항에 의거 전입지 보호기관이 당연 계승하여야 함 주민등록 말소자의 대불금 회수시는 의료보호대상자의 소재지 확인 후 그 결과에 따라 처리하여야 함
대불신청건에 대한 보호기간의 거부 권한 유무 (보관65730-1651호, '98.11.10.)	■ 대불금을 신청하고자 하는 자(1종보호대상자 제외)는 입원 중 또는 입원 진료가 종료된 날부터 7일 이내에 진료를 행한 의료보호진료기관의 확인을 받아 거주지를 관할하는 보호기관에 제출하여야 하며 대불금 신청을 받은 보호기관은 기 대불한 대불금을 의료보호법 시행규칙 제25조제2항 및 제3항에서 규정한 기간까지 상환하지 아니하여 대불금이 체불되어 있는 자를 제외하고는 대불신청에 대하여 이를 거부할 수 없음

부당이득금

제 목	내 용
부당이득금과 구상금 징수시의 분할 납부 여부 (보호65730-120호, '02.3.19.)	■ 의료급여법 제23조에 의하여 시장·군수·구청장은 속임수 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여를 받은 자 또는 급여비용을 받은 의료급여기관에 대하여 그 급여 또는 급여비용에 상당하는 금액의 전부 또는 일부를 부당이득금으로 징수하도록 하고 있으며, 동 법 제19조에서는 제3자의 행위로 인하여 수급권자에게 의료급여를 한 때에는 그 급여비용의 범위 안에서 제3자에 대한 손해배상청구의 권리를 가지도록 하였습니다. 이에 따라 시장·군수·구청장은 부당이득금과 구상금 징수시에 분할납부가 가능토록 하여 일시납부가 어려운 납부자가 분할하여 횟수별 납부기한 내에 납부하도록 하여 의료급여재정에 기여하고 행정력 낭비를 방지하기 위하여 분할 납부가 가능토록 하여야 할 것입니다.

7. 의료급여 정액수가 등

정신질환자

제 목	내 용
정신질환자에 실시한 목욕 또는 이발비용 (보관31520-348호, '92.7.11.)	■ 정신과의 진료수가는 포괄수가(일당정액제)로서 환자의 수용과 진료에 따른 모든 비용이 동 수가에 포함되어 있으며, 특히 장기간 입원치료를 받아야 하는 정신질환자에 대하여 수용 치료 상 필요하여 실시한 목욕이나 이발에 따른 비용은 환자관리료에 포함되어 있으므로 환자에게 별도의 명목으로 청구하거나 징수할 수 없음
정신질환 정액진료비 입원일수 산정방법에 대하여 (보관65730-25호, '01.1.9.)	■ 정신질환자에 대한 입원수가는 제반 진료비(급식비 포함)를 포함한 포괄수가로 입원일수에 따라 1일당으로 산정하되, 입원 초일 또는 퇴원일은 입·퇴원시간 불문하고 1일의 입원일수를 산정함
의료보호의 기준 제34조제1항 단서조항에 규정된 입원기간 합산에 있어 "퇴원한 날부터 30일 이내"라 함은 퇴원한 날이 포함되는지 (보관65730-25호, '01.1.9.)	■ 퇴원 다음날부터 계산하여 30일까지의 기간을 뜻함
정신질환자가 정신과 병동에 입원 진료 중 정신질환 외 타 상병을 주된 상병으로 하여 타과 진료비 발생 시 진료비 산정방법에 대하여 (보관65730-25호, '01.1.9.)	■ 정신과상병으로 입원 진료중 정신질환 외 다른 상병이 발생하여 동일 진료기관 내 타 병동으로 전과(轉科, Transfer)하여 정신질환 외 다른 상병을 주된 상병으로 진료한 경우나, 정신질환이외 상병 진료를 위해 타 진료기관으로 이송되어 입원한 경우 진료비용(정신질환진료 포함)은 행위별 수가를 적용 산정토록 함
정신과 전문의(1인)가 개설한 의원에서 정신과 상병 및 타상병 진료시 수가 적용여부 등에 대하여 (보관65730-25호, '01.1.9.)	■ 정신과 전문의(1인)가 의원(정신과 표방 안함)을 개설 정신질환자와 타 상병 환자 모두를 진료한 경우 정신질환자에 대한 진료는 의료보호의 기준 제2장 제2절 '정신질환에 대한 수가기준'에 의한 해당 진료수가를 산정하여야 하며, 이 경우 정신질환외 다른 상병을 동시에 진료한 경우라도 정신과 외래수가에 포함되므로 별도로 산정할 수 없으며, 동 기관에서 정신과 상병 이외 상병만을 진료하였을 경우에는 행위별 수가에 의한 진료비 산정이 가능함

제 목	내 용
정신과 입원기간에 따른 차등수가 관련 (보호65730-39호, '02.1.23.)	■ 의료수가의 기준 및 일반기준(보건복지부고시 2001-56호) 정신질환자 입원수가와 관련 1일당 입원 정액수가에 대해서는 의료급여기관 설립형태별 1일당 정액수가를 산정토록 하였으나 입원기간에 따른 차등수가 적용에 대해서는 의료급여기관별 입원기간에 따라 산정하도록 하였습니다. 따라서, 위탁경영중인 병원이라 하더라도 급여기관 기호(건강보험의 요양기관기호와 동일)가 다른 경우에는 각각의 의료급여기관에 대해 입원기간 차등수가를 적용하여야 할 것입니다.
요양기관에 입원 중 정신병적 심신미약상태에 있는 환자의 추락사고에 관한 의료급여 대상여부 (보호65730-79호, '02.2.18.)	■ 의료급여제도는 생활이 어려운 자에게 국가재정(의료급여기금)으로 의료비를 지원하여 주는 제도이나 의료급여법 제15조에 의하여 수급권자 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 기인하거나 고의로 사고를 발생시킨 경우와 제3자의 고의 또는 과실로 인하여 의료급여가 필요하게 된 경우에는 의료급여를 제한하고 있습니다. 따라서, 의료급여수급권자인 OOO 환자가 정신병적 심신 미약 상태에서 발생한 추락사고에 대해 OO병원에서는 정상적 정신 판단능력이 없는 정신질환자에 대한 직접적 보호관리감독 의무를 소홀히 한 과실행위가 있다 할 것이며 이에 대해 OO시에서 제3자의 과실행위로 의료급여를 제한한 것임을 알려드립니다.
정신질환자 보호자가 내원하여 약제를 수령하는 경우의 질의 회신 (비인가시설관련) (의급65730-69호, '03.2.25.)	■ 의료수가의 기준 및 일반기준 제10조에서는 정신질환자가 직접 의료급여기관을 방문할 수 없어 보호자 등이 진료담당의사와 상담 후 2인 이상 다수 환자의 약제 또는 처방전을 발급 받는 경우 의료급여기관(병·의원)에서는 내원 1일당 진료비를 산정하지 아니하도록 하고 있습니다. 이는 의료급여수급권자인 정신질환자 보호자가 내원하여 약제 또는 처방전을 수령하는 경우 모두를 포함하는 사항이므로 비인가시설의 보호자가 내원한 경우에도 동일하게 적용됨을 알려드립니다.

제 목	내 용
정신요양시설에 있는 수급자 관리 관련 문의 (보호65730-101호, '02.3.5.)	■ 국민기초생활보장법 시행규칙 제33조에 의거 수급자가 거주지를 변경하여 주민등록법상에 의한 전입신고를 함에 따라 신거주지의 시장·군수·구청장이 주민등록법 제14조제2항의 규정에 의거 주민등록표와 관련 공부의 이송을 요청한 경우에는 전거주지의 시장·군수·구청장은 지체없이 수급자관리카드 등 관련 서류를 신거주지의 시장·군수·구청장에게 이송하여야 하며 수급자 관리카드 등을 이송받은 신거주지의 시장·군수·구청장은 그 내용을 확인하여 전 거주지의 시장·군수·구청장이 실시하던 급여 또는 실시하려던 급여를 행할 수 있도록 필요한 조치를 하도록 하고 있습니다. 이와 관련 국민기초생활보장법 제32조에 의한 보장시설에 입소하여 시설수급자가 된 경우에는 보장시설로 주소지를 이전하여 의료급여법에 의한 의료급여를 실시하여야 할 것입니다. 한편, 국민기초생활보장법 시행령 제38조에 규정된 보장시설과 기타 사회복지사업법상의 사회복지시설 중 수용보호시설에 수용된 자로서 종전의 생활보호법에 의하여 보호를 받던 정신요양시설, 여성복지시설의 입소자도 시설수급자에 해당되어 계속적인 급여를 하도록 하고 있습니다. *「국민기초생활보장법 시행령」제38조 삭제(2015.4.20.)
정신과 입원 중 다른 의료급여 기관으로 외래 진료의뢰 시 청구방법 등 (기초의료보장팀-4389호, '07.10.10.)	■ 의료급여 정신질환자가 입원 중 정신과 의료진으로 진료가 곤란한 다른 진료과목에 해당하는 질환이 발생하였으나 해당 의료기관 인력·시설·장비로는 치료가 곤란하여 다른 의료급여기관으로 외래진료를 의뢰한 경우 청구방법 및 본인부담금 등에 대하여 아래와 같이 적용토록 함을 알려드립니다. - 아 래 - - 청구기관 : 외래진료 의뢰받은 기관 - 청구명세서 : 외래명세서 (상해외인란에 "E" 표기, 명세서여백에 다른 의료급여기관 정신질환자 진료의뢰건임을 명기) - 수가 및 의료급여기관 종별 가산율 : 외래수가 및 외래진료 의뢰받은 기관 - 본인일부부담금 : 입원본인부담률

제 목	내 용
밤병동 수가기준에 대하여 (의급65730-142호, '03.4.23.)	■ 정신질환자의 사회복귀를 위한 재활프로그램의 일환으로 일부 의료급여기관에서 운영 하고 있는 밤병동 수가기준에 대해서는 의료급여수가의 기준 및 일반기준 제11조 정신질환 낮병동 수가기준을 동일하게 적용토록 회신합니다.
정신질환 정액수가와 관련 비급여 항목과 요양급여비용 100분의 100의 본인부담 항목을 별도 본인부담시킬 수 있는지 여부 (의급65730-27호,'08.1.24.)	■ 정신질환에 대한 정액수가에는 해당질환의 진료에 필요한 모든 행위·약제·치료재료를 포함하고 있으나 의료급여법 시행규칙 제9조에 의하여 의료급여 대상에서 제외되는 사항(국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 별표 2에 규정된 비급여사항 단, 입원기간중의 식대 제외)에 대해서는 정신질환 정액수가에서도 동일하게 본인이 전액 부담토록 하여야 할 것입니다. 다만 동법 시행규칙 제 10조에 의한 신의료기술에 대해서는 신의료기술이 비급여로 결정된 경우 비급여로 결정된 시점을 기준으로 본인부담토록 하여야 할 것이며, 결정되기 전까지는 본인에게 비급여로 부담시킬 수 없습니다. 한편, 요양급여비용에 대해 100분의 100을 본인이 부담토록 한 진료행위를 의료급여수급권자인 정신질환자에게 시행한 경우 정신질환진료에 필요하여 시행한 경우에는 별도 본인부담 시킬 수 없음을 알려드립니다.

정신과 인력 차등제 관련

제 목	내 용
정신과 입원병실은 있으나 입원환자는 없고 낮병동환자만 있는 경우 낮병동수가 적용 기관등급 (기초의료보장과-2573호, '08.8.8.)	■ 의료인 등 인력확보수준에 따른 정신과 입원료 차등제의 취지는 입원환자수를 기준으로 입원료를 산정하되, 낮병동환자와 외래환자를 반영하여 진료, 간호 등을 담당하는 의료인 등의 인력확보수준을 총체적으로 판단하는 것이므로, 동 고시의 취지를 감안하여, 입원병실은 있으나 환자수 및 인력산정 대상기간에 입원환자가 없는 경우에도 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제11조제4항의 입원병실을 운영하지 않는 경우와 동일하게 제1차의료급여기관은 기관등급 G4, 그 외 의료급여기관은 G3로 산정함

제 목	내 용
정신과 입원환자 없이 정신과 낮병동환자와 외래환자만 있는 경우 통보서 제출 여부 (기초의료보장과-2573호, '08.8.8.)	■ 정신과 입원환자 없이 정신과 낮병동환자와 외래환자만 있는 경우에도 반드시 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 별지 제3호 서식인 요양기관 병동별 병상 운영현황 통보서에 낮병동을 신고한 후, 「의료급여 수가의 기준 및 일반기준」 별지 제18호 서식인 의료급여 정신과 입원료 차등제 산정현황 통보서에 낮병동 입원환자를 신고해야 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제11조제4항 단서에 따른 기관등급인 G3(단, 제1차 의료급여기관은 G4)로 산정할 수 있으며, 미제출기관은 제11조제1항 단서에 따라 G5로 산정함 ■ 정신과 입원환자 및 정신과 낮병동환자 없이 정신과 외래환자만 있는 경우에는 의료급여 정신과 입원료 차등제 산정현황 통보서를 제출할 필요가 없음
타 진료과목 또는 타 법령(산재, 자동차보험 등)에 의거 입원 중인 환자가 정신질환으로 동일기관 내 정신과에서 협의진찰을 받은 경우 의료인 등 인력확보수준에 따른 기관등급 산정시 정신과 입원 환자수에 포함되는지 여부 (기초의료보장과-2573호, '08.8.8.)	■ 의료급여 정신과 입원료 차등제는 정신질환으로 정신과에서 주된 치료를 받는 환자를 대상으로 의료인 등 인력확보수준에 따라 수가를 차등 적용하는 것으로, - 타 진료과목 또는 타 법령에 의거 정신질환 이외의 상병으로 진료를 받고 있는 환자를 정신과에 협진 의뢰한 경우에는 정신과에서 주된 치료가 이루어진 환자로 볼 수 없으므로 의료인 등 인력확보수준에 따른 기관등급 산정시 입원환자수 산정대상에서 제외함
장기요양기관에서 촉탁의 또는 협약의료기관 의사가 의료급여 정신질환자에게 처방한 내역에 대해 의료급여비용으로 산정 가능한지 (기초의료보장과-2573호, '08.8.8.)	■ 의료급여 정신질환 정액수가에는 진찰료·투약료·정신요법료 등이 포함된 수가로서 정신질환자에 대한 외래진료 후 투약의 필요성이 있는 경우 치료약제를 직접 조제·투약하도록 규정하고 있으므로 - 장기요양기관 또는 촉탁의가 소속된 의료급여기관(협약의료기관 포함)의 의약분업 지역 여부를 불문하고, 2008.7.1일 진료분부터 장기요양기관에서 촉탁의 또는 협약의료기관 의사가 의료급여 정신질환자 진료 후 처방한 약제는 원내 직접 조제·투약하여야 하며, 이에 소요된 진료비용은 1일당 정액수가와 투약 1일당 수가로 산정하여야 함

제 목	내 용
장기요양기관인 시설에서 정신질환자에 대한 촉탁의 진료를 한 경우에도 외래환자로 산정하는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 장기요양기관(「노인복지법」 제34조제1항에 따른 노인요양시설 및 노인요양공동생활가정)에서 촉탁의 또는 협약의료기관 의사가 의료급여 정신질환자 진료 후 처방한 약제는 원내 직접 조제·투약하여야 하며, 이에 소요된 진료비용은 1일당 정액수가와 투약 1일당 수가로 산정하므로 외래환자수로 산정함
외래환자가 하루에 2회 내원한 경우에는 외래환자 2인으로 산정하는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 의료급여 정신과 수가는 일당 정액수가이므로 동일 환자가 하루에 2회 내원하였더라도 1일당 정액수가를 산정토록 되어 있으므로 외래환자 1인으로 산정함
입원환자가 퇴원 당일 외래로 내원한 경우 외래환자 1인으로 산정하는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 의료급여 정신과 수가는 일당 정액수가로 이미 퇴원당일 입원환자 1인으로 산정하므로 외래환자수로 산정 하지 아니함
공휴일에 응급실로 내원한 정신과 환자도 환자수 산정시 포함되는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 응급실에서 정신질환(F00-F99, G40, G41)상병으로 정신과에서 진료를 받은 경우에는, 진료형태(입원, 낮병동, 외래)에 따라 환자수를 산정함
정신과 병동의 병상이 부족하거나 별도의 정신과 병동이 없어 타과 병동에 입원한 정신과 환자도 환자수 산정시 포함되는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 「의료법 시행규칙」 제33조제4호에 따라 정신질환자는 정신과 입원실에 입원하도록 정하고 있으므로 정신과 병동이 아닌 타과 병동에 입원한 경우 입원진료비용은 인정하지 아니함 * 「의료법 시행규칙」 제33조 삭제(2017.3.7.)
의료급여 의뢰서의 발급, 상담문의 등을 이유로 내원하는 경우 외래환자수로 산정하는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 진찰 등이 이루어져 내원일당 외래수가를 산정하는 경우에는 외래환자수로 산정함

제 목	내 용
의료급여수가기준에는 정신과 입원환자, 정신과 낮병동환자, 정신과 외래환자를 일자별로 관리하여야 한다고 정하고 있는데, 별도의 서식이 있는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 정신과 입원환자, 정신과 낮병동환자, 정신과 외래환자를 일자별로 관리하되, 별도의 서식은 없음
보호자가 내원하여 다수 환자들의 약제를 수령하는 경우, 환자수는 어떻게 산정하는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 보호자가 내원하여 2인 이상의 다수 환자에 대한 약제를 수령하는 경우에는 각 외래환자수로 산정함
정신과 입원환자수 산정시 타 법령(산재, 자동차보험 등)으로 입원한 정신과 환자도 포함되는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 정신과 입원환자수는 정신질환(F00-F99, G40, G41)으로 정신과에서 진료받은 건강보험 환자와 의료급여 환자를 산정대상으로 하며, 「산업재해보상보험법」과 「자동차손해배상 보장법」에 따른 환자는 산정대상에서 제외됨
정신과 입원환자수 산정시 보훈국비환자도 포함되는지 (기초의료보장과-3110호,'08.9.11.)	■ 정신과 입원환자수는 정신질환(F00-F99, G40, G41)으로 정신과에서 진료받은 건강보험 환자와 의료급여 환자가 산정대상이므로, 보훈국비환자 위탁병원에서 건강보험과 의료급여 자격으로 진료받은 보훈국비환자는 산정대상에 포함됨. * 공상 등 구분란에 "4"로 기재하여 청구하는 환자임
입원환자의 자격이 입원 중 건강보험에서 의료급여로, 산재에서 건강보험으로 변경된 경우 환자수 산정방법 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 입원환자의 자격이 건강보험에서 의료급여로 변경된 경우에는 자격과 관계없이 전체 입원기간이 환자수 산정 대상기간이므로 건강보험과 의료급여로 각각 구분하여 의료급여 정신과 입원료 차등제 산정현황 통보서에 기재하고, 산재에서 건강보험으로 변경된 경우에는 건강보험으로 변경된 날부터 환자수 산정대상임

제 목	내 용
의료급여 정신과 입원료 차등제 산정현황 통보서 작성요령에서 입원환자수 산정방법을 "대상기간 입원환자별 재원일수의 합"으로 정하고 있는데, 재원일수의 합이란 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 대상기간 입원환자별 재원일수의 합이란 매일매일의 재원환자수의 합을 의미하며, 입원 초일과 퇴원일도 각각 입원환자수 산정에 포함됨
보건소에서 실시하는 치매조기 검진사업과 관련 검진 대상자를 거점병원 정신과 외래에서 진료한 경우 환자수 산정시 포함되는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 치매조기검진사업 대상자가 치매정밀검진 결과 치매로 확정된 자 중 원인 규명을 위해 추가 정밀검진(혈액검사 등)이 필요하여 거점병원인 정신과 전문의료급여기관(병원 및 종합병원급의 정신과 포함)에서 한국표준질병사인분류 항목 중 정신 및 행동장애(F00-F99)에 해당하는 상병으로 추가 정밀검진이 이루어진 경우에는 정신과 정액수가로 산정하므로 환자수 산정 대상임
별도의 정신과 병동이 없어 타과 병동에 입원한 정신과 환자를 간호하는 간호인력의 산정방법 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 정신과 병동이 아닌 일반병동에 배치되어 정신과와 타과 환자의 간호를 병행하는 간호인력은 산정대상에서 제외됨
정신과 개방병동에 입원한 정신과 환자와 타과 환자를 모두 간호하는 간호인력과 정신과 개방병동에 배치되어 정신과 환자와 타과 병동에 입원한 타과 환자의 간호를 병행하는 간호인력의 인력 산정 방법 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 간호인력 산정대상은 정신과 병동에 배치되어 정신과 환자의 간호를 전담하는 자이므로, 이와 같은 경우 산정대상이 아님
간호과장은 정신과 간호인력 산정대상인지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 행정부서인 간호부에 근무하는 간호과장은 산정대상이 아니나, 수간호사이면서 간호과장을 겸임하는 자와 같이 환자간호업무에 종사하는 경우에는 산정 대상에 포함됨

제 목	내 용
정신과 간호인력 중 간호조무사는 간호조무사 자격을 가진 자만 해당되는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 산정대상이 되는 간호조무사는 「의료법」 제80조 및 「간호조무사 및 의료유사업자에 관한 규칙」에 따라 간호조무사 자격을 취득한 자를 의미함
간호조무사 파견직원(외주용역업체)은 간호인력 산정대상인지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 「의료법」 제2조에 따른 의료인의 업무 및 같은 법 제80조에 따른 간호조무사의 업무는 「파견근로자보호 등에 관한 법률 시행령」 제2조제2항 제3호에 따라 근로자 파견 금지업무에 해당하므로 간호조무사 파견직원(외주용역업체)은 산정대상이 아님
정신보건간호사와 정신전문간호사의 차이점 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 정신보건간호사는 「정신보건법」 및 「정신보건전문요원의 수련과정 등에 관한 규정」에 따라 정신보건간호사 자격을 취득한 자를 말하며, 정신전문간호사는 「의료법」 및 「전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙」에 따라 정신전문간호사 자격을 취득한 자를 의미함(수련과정, 자격기준 등 자세한 내용은 각 규정 참고)
정신전문간호사는 간호인력과 정신보건전문요원인력 중 어느 인력으로 산정하는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 정신보건전문요원은 「정신보건법」 제7조제2항에 따라 정신보건임상심리사, 정신보건간호사 및 정신보건사회복지사를 의미하므로, 정신전문간호사는 정신보건전문요원에 해당되지 않아 간호인력으로 산정함
정신보건간호사는 정신과 간호인력과 정신보건전문요원인력 중 어느 인력으로 산정하는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 정신보건간호사는 간호사 면허증을 가지고 있는 자로서 일정 요건을 갖추어 정신보건간호사 자격증을 취득한 자이므로, 「정신보건법 시행령」 제2조 제1항에 따른 업무를 실제 수행하는 경우에는 정신보건전문요원으로 산정할 수 있으며, 그렇지 않은 경우에는 정신과 간호인력으로 산정할 수 있되, 중복 산정은 불가능함
정신과만 진료하는 기관에서 간호사가 A병동에 주로 근무하다가 가끔 B병동에서 근무하는데, 이 경우 간호인력 신고시 특정 병동을 지정하여 신고하는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 산정대상이 되는 간호인력은 정신과 병동에 배치되어 실제 정신과 환자 간호를 전담하는 자이므로, 정신과 병동 간을 이동하며 근무하는 간호인력은 주로 근무하는 병동으로 신고하여야 함

제 목	내 용
정신과 의사 및 정신보건전문요원인력 재직일수에 휴일은 포함되는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 재직일수는 「근로기준법」 제55조에 따른 휴일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」 제2조에 따른 공휴일과 15일 이하의 휴가일수를 포함하나, 15일 이하 휴가라 하더라도 대진의가 있는 경우에는 대진의 진료기간만큼 재직일수에서 제외함
정신과 의사 및 정신보건전문요원인력의 재직일수에 교육참석, 휴가, 병가 등이 포함되는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 별표4 제3호가목, 제4호가목, 제5호가목에 따라 분만휴가자는 산정대상에서 제외됨. 한편 분만휴가 이외의 휴가, 병가, 교육, 학회 참석 등의 경우 부재기간이 16일 이상이면 재직일수에서 제외됨
오전 근무만 하는 정신과 전문의는 어떻게 산정하는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 오전에만 근무하는 의사는 시간제 의사이므로 주3일 이상이면서 주20시간 이상 근무하는 경우에만 0.5인으로 산정함
인턴은 정신과 의사인력으로 산정할 수 있는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 「전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정」 제2조제2호에 따라 인턴은 의사의 면허를 받은 자로서 일정한 수련병원에 전속되어 임상 각 과목의 실기를 수련하는 자를 말하며, 의료급여 정신과 입원료 차등제의 의사인력 적용기준은 정신과 전문의 및 정신과 레지던트를 기준으로 하므로 인턴은 의사인력 산정대상이 아님
사회복지사와 알코올중독상담사 등이 정규직으로 근무할 경우, 정신보건전문요원인력 산정대상인지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 정신보건전문요원은 「정신보건법」 제7조제2항에 따라 정신보건임상심리사, 정신보건간호사 및 정신보건사회복지사를 의미하므로, 사회복지사와 알코올중독 상담사 등은 정신보건전문요원인력 산정대상이 아님
정신보건사회복지사가 정신과가 아닌 사회사업과에 소속되어 정신보건 상담 업무를 할 경우 정신보건전문요원으로 산정할 수 있는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 정신보건사회복지사는 소속을 불문하고 「정신보건법 시행령」 제2조제1항에 따른 업무를 실제 수행하는 경우에 정신보건전문요원으로 산정할 수 있음

<table>
<tr><th>제 목</th><th>내 용</th></tr>
<tr><td>정신보건전문요원이면서 과장급 이상의 직책을 가진 자도 정신보건전문요원인력 산정대상인지
(기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)</td><td>■ 정신보건전문요원이면서 과장급 이상의 직책을 가진 자라도 「정신보건법 시행령」 제2조제1항에 따른 업무를 실제 수행하는 경우에는 정신보건전문요원으로 산정할 수 있으므로, 이 경우 정신보건전문요원인력 일반현황 통보서에 정신보건전문요원으로 신고하여야 함</td></tr>
<tr><td>정신보건전문요원이 없는 경우에는 인력별 배점을 어떻게 산출하는지
(기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)</td><td>■ 정신보건전문요원이 없는 경우에는 정신보건전문요원인력별 배점을 0점으로 함</td></tr>
<tr><td>정신보건전문요원의 역할은 구체적으로 무엇인지
(기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)</td><td>■ 「정신보건법 시행령」 제2조제1항 및 별표1에서는 정신보건 전문요원 업무의 범위 및 한계를 정하고 있으며, 그 내용은 다음과 같음
<table>
<tr><th>종별</th><th>업무의 범위 및 한계</th></tr>
<tr><td>공통</td><td>1. 사회복귀시설의 운영
2. 정신질환자의 사회복귀 촉진을 위한 생활훈련 및 작업훈련
3. 정신질환자와 그 가족에 대한 교육·지도 및 상담
4. 법 제25조제1항의 규정에 의한 진단 및 보호의 신청
5. 정신질환 예방활동 및 정신보건에 관한 조사·연구
6. 기타 정신질환자의 사회적응 및 직업 재활을 위하여 보건복지가족부장관이 정하는 활동</td></tr>
<tr><td>정신보건
임상심리사</td><td>1. 정신질환자에 대한 심리평가
2. 정신질환자와 그 가족에 대한 심리상담</td></tr>
<tr><td>정신보건
간호사</td><td>1. 정신질환자의 병력에 대한 자료수집, 병세에 대한 판단·분류 및 그에 따른 환자관리 활동
2. 정신질환자에 대한 간호</td></tr>
<tr><td>정신보건
사회복지사</td><td>1. 정신질환자에 대한 개인력조사 및 사회조사
2. 정신질환자와 그 가족에 대한 사회사업지도 및 방문지도</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>정신질환자에 대한 외래진료 후 치료약제는 반드시 직접 조제·투약하여야 하는지
(기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)</td><td>■ 정신질환 정액수가에는 투약료가 포함되어 있으므로 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제9조제4항에 따라 정신질환자에 대한 외래진료 후 치료약제는 원내 조제·투약하여야 함

* 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제9조제4항 삭제(2017.3.13.)</td></tr>
</table>

제 목	내 용
정신요법을 실시한 경우 반드시 진료기록부 등에 기록하고, 청구시 이를 첨부해야 하는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 정신요법을 실시한 경우 「의료법 시행규칙」 제14조 및 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제8장 정신요법료 산정지침에 따라 분류항목별 치료행위에 관한 내용을 진료기록부 등에 기록하여야 하고, 진료기록부 등 기록 내용은 청구시 첨부할 필요는 없으나 「의료급여법」 제32조제4항에 따라 의료급여비용 심사 등에 필요한 보완자료의 제출을 요청할 경우에는 동 자료를 제출하여야 함
격리, 강박 등을 이유로 집단정신치료가 어려운 경우, 기관등급에 따른 정신요법을 모두 개인정신치료로 실시해도 되는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제9조제3항에서는 정신요법을 실시기준 횟수만큼 실시하되 개인정신치료는 반드시 주1회 또는 주2회 이상 실시하도록 정하고 있으므로, 기관등급에 따라 개인정신치료만 주2회~주4회 실시한 경우에도 인정됨
낮병동환자, 외래환자도 기관등급에 따른 정신요법 실시횟수 기준을 적용하는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 기관등급에 따른 정신요법 실시횟수 기준은 입원환자만 해당됨
분기별로 기관등급이 변경된 경우 입원료 체감제의 적용방법 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 의료급여기관의 분기별 기관등급이 변경된 경우에도 입원료 체감제는 연계하여 적용함
입원료 체감제 적용시 재입원하는 경우의 입원기간 산정기준 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제11조제2항 단서에 따라 퇴원한 환자가 퇴원한 날부터 30일 이내에 재입원하는 경우에는 입원기간에 종전 입원기간을 합산하여 수가를 적용함
입원료 체감제 적용시 외박일수는 입원기간에 포함되는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제11조제7항에 따라 외박일수는 입원기간에 합산함

제 목	내 용
의료급여명세서에 정신과 정액수가 외에 재료대, 투약 등 건강보험과 같이 모든 내용을 기재하여야 하는지 (기초의료보장과-3110호, '18.9.11.)	■ 2009. 1. 1일부터 정신질환 정액수가는 의료급여비용명세서 제X항 "정신과 정액"란에 기재하고, 상대가치점수표 및 건강보험 작성요령(보건복지가족부 고시 제2008-93호, 2008.8.27)에 따라 진찰료, 입원료(식대 포함), 투약료 및 처방전, 주사료, 마취료, 이학요법료, 정신요법료, 처치 및 수술료, 검사료, 영상진단 및 방사선 치료료, 특수장비 순서로 코드, 분류, 단가, 1회 투약량(3항,4항 의약품인 경우만 해당) 1일 투여량 또는 투여(실시)횟수, 총투여일수 또는 실시횟수, 금액, 정신과 행위별 총액 등을 건강보험과 동일하게 명세서 각 항·목에 기재하여야 함
G5등급을 받게 되어 현행과 수가가 동일한 경우에도 분리하여 청구하는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 의료급여 정신과 입원료 차등제 시행일(2008.10.1.)의 전·후 진료분은 반드시 각각 분리하여 청구하여야 함 ※ G5 등급의 경우 입원기간이 181일 이후에는 입원료 체감제로 인해 현행 수가와 동일하지 않음
기관등급에 따른 정신과 정액수가 코드는 2008.10.1일 진료분부터 기재하여 청구하는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 2008.10.1.일부터 2008.12.31.일까지의 진료분은 현행 명세서 서식에 기관등급에 따른 정액수가만을 기재하여 청구(수가코드는 기재하지 않음)하고, 2009.1.1.일 진료분부터는 「건강보험 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」(보건복지가족부 고시 제2008-93호, 2008.8.27)에 따른 개정된 명세서 서식에 해당 수가코드를 기재하여 청구함
정신과 수가 개정과 관련 2008.10.1.과 2009.1.1.부터 청구방법이 다른데 명세서 분리는 어떻게 하는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 의료급여 정신과 수가 개정과 관련 2008.10.1.일부터는 현행 명세서 서식에 의료인 등 인력확보수준에 따른 기관등급을 적용하여 해당수가로 청구하여야 하며 2009.1.1.일부터는 청구방법이 변경되어 개정된 서식에 청구하여야 하므로, 2008.9.30., 2008.10.1.~12.31., 2009.1.1. 진료분은 심사청구서와 명세서를 반드시 각각 분리하여 작성하여야 함
정신과 외래만 진료하는 기관도 의료급여 정신과 입원료 차등제 산정현황 통보서를 제출해야 하는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 정신과 외래만 진료하는 경우에는 의료급여 정신과 입원료 차등제 산정현황 통보서를 제출할 필요가 없음

제 목	내 용
정신과 입원환자 없이 정신과 낮병동환자와 정신과 외래환자만 있는 경우 낮병동환자 현황과 외래환자 현황을 모두 신고해야 하는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 정신과 입원환자 없이 정신과 낮병동환자와 정신과 외래환자만 있는 경우 의료급여 정신과 입원료 차등제 산정현황 통보서에 낮병동환자를 신고해야 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제11조제1항 단서에 따른 기관등급인 G3(제1차 의료급여기관은 G4)로 산정할 수 있으며, 이 경우 정신과 외래환자현황은 신고하지 않아도 됨
정신과 폐쇄 병동이 수 개의 병동으로 되어 있는데, 병동별 병상 운영현황 신고시 각각의 병동을 입력해야 하는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 병동별 병상 운영현황 신고시, 정신과 폐쇄 병동의 경우 병동의 수와 상관없이 한번만 신고하고, 병상수는 수 개의 폐쇄병동의 병상수를 합산하여 신고함
정신과 병동을 별도로 운영하고 있지만 병동신고가 안된 경우 기관등급 산정방법 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 정신과 병동이 미신고된 경우, 간호인력이 기관등급 산정에 반영될 수 없게 되므로 정신과 의사 인력과 정신보건전문요원 인력만으로 기관등급이 산정됨
정신과 개방병동 간호사로 신고된 자를 정신보건전문요원으로 신고할 경우 간호관리료 차등 적용을 위한 간호인력 산정대상에서 제외되는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 정신보건간호사를 정신보건전문요원으로 신고한 경우, 요양기관 간호인력 일반현황 통보서에 이중으로 신고할 수 없으므로 간호관리료 차등 적용을 위한 간호인력 산정대상에서는 제외됨
의료급여 정신과 입원료 차등제 산정현황 통보서는 서면으로 제출해도 되는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 별표4 제1호다목에서는 각종 통보서를 정보통신망으로 제출할 것을 정하고 있음. 따라서 의료급여기관은 의사현황, 병동별 병상 운영현황 통보서, 간호인력 일반현황 통보서, 정신보건전문요원인력 일반현황 통보서, 의료급여 정신과 입원료 차등제 산정현황 통보서를 반드시 정보통신망으로 제출하여야 함

제 목	내 용
의료급여 정신과 입원료 차등제 산정현황 통보서상의 정신과 의사 등 인력현황은 의료급여기관에서 직접 입력해야 하는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 의료급여 정신과 입원료 산정현황 통보서의 정신과 의사 등 인력현황은 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 별표4 제1호다목에 따라 의료급여기관에서 정보통신망으로 제출한 정신과 의사인력, 정신과 간호인력, 정신보건전문요원인력 현황을 기준으로 하므로 의료급여기관에서는 의료급여 정신과 입원료 산정현황 통보서에 정신과 환자수 현황만 직접 입력함
의료급여 정신과 입원료 차등제 산정현황 통보서 제출 절차 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 의료급여 정신과 입원료 차등제 산정현황 통보서가 정확하게 작성되기 위해서는 먼저 의사현황, 병동별 병상 운영현황 통보서, 간호인력 일반현황 통보서, 정신보건전문요원인력 일반현황 통보서를 제출하여야 함. 이는 정신과 입원료 차등제 산정현황 통보서상의 환자수 현황을 제외한 인력별 현황이 제출된 각각의 통보서를 기준으로 하기 때문임
신규개설기관도 의료급여 정신과 차등제 산정현황 통보서를 제출해야 하는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 신규개설기관이 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 별표4 제1호나목에 따른 기관등급 G3(제1차 의료급여기관 G4) 적용을 위해서는 반드시 의료급여 정신과 입원료 차등제 산정현황 통보서를 제출하여야 하며, 미제출 한 경우에는 기관등급 G5로 산정함
신규개설기관의 의료급여 정신과 차등제 산정현황 통보서 제출기한 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 신규개설기관의 경우 신규개설일로부터 30일 이내에 의료급여 정신과 차등제 산정현황 통보서를 제출하여야 함
의료급여 정신과 입원료 차등제 산정현황 통보서는 공휴일에도 제출할 수 있는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 의료급여 정신과 입원료 차등제 산정현황 통보서는 공휴일에도 제출 가능함

제 목	내 용
의료급여 정신과 입원료 차등제 산정현황 통보서는 매분기말 20일까지 제출하도록 되어 있는데, 매분기말 20일이 토요일 또는 공휴일에 해당하는 경우 통보서 제출일 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 의료급여 정신과 입원료 차등제 산정현황 통보서 제출기한인 매분기말 20일이 토요일 또는 공휴일인 경우에는 「민법」의 기간에 관한 규정을 준용하여 그 다음 날까지를 통보서 제출기한으로 함
신규개설일이 분기 둘째달 15일 이전 개설기관의 다음 분기 적용을 위한 기관등급 산정시 정신과 간호인력 산정 대상기간 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 별표4 제1호 다목에 따라 정신과 간호인력은 해당 분기 잔여기간을 평균(각 월의 15일자 기준)하여 산정함 예) ① 10/1 ~ 10/15 신규 개설기관 (10/15, 11/15, 12/15일자 간호인력기준) ② 10/16 ~ 11/15 신규 개설기관 (11/15, 12/15일자 간호인력기준)
요양병원에서 의료급여 정신질환 입원정액수가를 청구할 수 있는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 「의료법 시행규칙」 제36조제1항에 따라 요양병원은 정신질환자(노인성 치매 환자 제외 : 요양병원 수가로 청구) 및 전염성질환자는 입원대상이 아니므로, 의료급여 정신질환 입원진료비용은 청구할 수 없음 * 「의료법 시행규칙」 제36조제3항으로 변경됨(2015.12.23.)
의료인 등 인력 확보수준에 따른 기관등급 산정과 관련 병동별 병상 운영현황 통보서에 정신과 개방병동, 폐쇄병동 외에 외래 병동도 신고해야 하는지 (기초의료보장과-3110호, '08.9.11.)	■ 의료인 등 인력 확보수준에 따른 기관등급을 산정하기 위해서는 병동별 병상 운영현황 통보서에 정신과 외래병동을 포함하여 신고하여야 정신과 외래 병동에 근무하는 간호인력을 신고할 수 있음 ※ 정신과 외래병동에 배치되어 정신과 환자 간호를 전담하는 간호(조무)사는 간호인력 산정대상임

<table>
<tr><th>제 목</th><th>내 용</th></tr>
<tr><td>정신과 병동의 병상이 부족하거나 별도의 정신과병동이 없어 타과 병동에 입원한 정신과환자도 환자수 산정시 포함되는지
(기초의료보장과-3383호, '08.10.1.)</td><td>■ 「의료법 시행규칙」 제33조제4호에 따라 정신질환자는 정신과 입원실에만 입원하도록 정하고 있으므로, 정신과 환자를 정신과 입원실 외에 입원시킨 경우 입원진료비용을 인정하지 아니하며, 타과 병동이라도 정신과 입원실을 별도로 두고 입원시키는 것은 가능하므로 그 경우에는 환자 수 산정시 포함하고, 간호인력은 산정대상에서 제외함. 다만, 자기 또는 타인을 해할 우려가 없다고 인정되는 경우 등 의사의 판단에 따라 정신과 입원실 이외의 입원실에 입원시킨 경우에 한하여 입원진료비용을 인정함
* 「의료법 시행규칙」 제33조 삭제(2017.3.7.)</td></tr>
<tr><td>폐업한 의료기관의 진료기록 일체를 인수 한 후 동일장소에 개설한 의료기관의 정신과 기관등급 산정
(기초의료보장과-1774호, '09.4.2.)</td><td>■ 의료급여수가의 기준 및 일반기준 별표 4 제1호나목(3)에 따라 폐업 후 동일 장소에 다른 의료급여기관이 개설되어 진료기록 일체를 인수한 경우, 개설일이 속한 분기에는 신규개설기관에 적용하는 기관등급을 적용하지 아니하고 폐업한 의료급여기관의 기관등급을 적용함
■ 아울러, 개설일이 속한 분기 다음 분기부터의 인력 및 환자 수 산정시, 개설일이 이전 인력 및 환자 수는, 산정대상기간에 속한 직전 폐업기관의 인력 및 환자 수를 포함하여 산정됨
예) '09.1.20.일 개설(동일 장소에 폐업한 의료기관 진료기록 일체 인수)
'09.1.20. ~3.31. 까지의 기관등급 -> 폐업한 의료급여기관 등급 적용
'09.2/4분기(4.1.~6.30.)의 기관등급
→ '09.1.20.일 이전은 폐업한 의료급여기관의 인력, 환자 수 반영
'09.1.20.일 이후는 개설한 의료급여기관의 인력, 환자 수 반영</td></tr>
<tr><td>정신보건센터장을 겸임하는 의료급여 정신과 전문의 인력산정 기준
(기초의료보장과-4584호, '09.8.28.)</td><td>■ 정신보건 국책사업의 원활한 추진 및 활발한 정신보건센터(알코올상담센터 포함) 운영을 위하여 정신과 전문의가 본업(진료)에 지장이 없는 한도 내에서 비상근 센터장 또는 임상 자문의로 활동 시 의료급여 정신과 의사인력 적용 기준은 아래와 같이 적용함
<table>
<tr><th>센터 활동시간 및 유형</th><th>산정기준</th></tr>
<tr><td>주 8시간 이내
- 1일 8시간 주 1회
- 1일 4시간 주 2회</td><td>의사인력 1인 인정</td></tr>
<tr><td>주 8시간 초과</td><td>의사 인력 0.5인 인정
(단, 소속 의료급여기관 근무시간이 주 3일 이상이면서 20시간 이상인 경우에 한함)</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

제 목	내 용
폐업 등으로 다른 의료급여기관에 입원하는 경우 진료와 관련된 진료기록일체를 인수한 경우란 (기초의료보장과-6714호, '09.12.31.)	■ 정신질환자가 입원 중 병원측의 사정(폐업, 휴업, 병원내 공사 등)으로 동일장소 또는 다른 장소의 다른의료급여기관으로 이동하여 입원진료를 받는 경우(동일법인 내 이동 포함) 진료와 관련된 진료기록 일체를 인수한 경우에는 계속 입원진료로 보아 입원료 체감제를 적용함
정신과 입원료 차등제 관련 정신보건전문요원이 해당 업무와 타 업무를 병행할 경우 인력적용 기준은 (기초의료보장과-6714호, '09.12.31.)	■ 정신보건전문요원이 「정신보건법 시행령」 제2조제1항에 따른 업무 외에 기타의 업무를 병행할 경우에는 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 별표4 제5호가목(2)에 따라 인력 산정대상에서 제외함
정신보건전문요원으로 해당업무를 전담하지 않을 때의 통보서상 신고방법 (기초의료보장과-6714호, '09.12.31.)	■ 정신보건전문요원으로 해당업무와 타 업무를 병행할 경우 정신보건전문요원인력 일반현황 통보서상에 정신보건전문요원(비전담)으로 신고하여야 하며, 이 경우 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 별표4 제5호가목(2)에 따라 인력 산정대상에서 제외함
정신질환자가 정신과에 입원도중 동일 의료기관의 일반의에게 협진 의뢰하여 진료한 경우 인정 여부 (기초의료보장과-392호, '10.4.14.)	■ 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제9조 및 제11조제5항에 따라 정신질환 수가는 정액수가이며, 입원기간 중 정신질환 이외의 다른 상병으로 다른 진료과목에서 수술 등을 실시한 경우에는 별도 행위별수가로 산정토록 되어 있음 ■ 이에 따라 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 별표1 제3장 의료급여비용명세서 작성요령 4.마.(3) "정신과 입원 중 다른 진료과 협진 의뢰시 별도 행위별 수가로 적용 청구한다."는 의미는 정신과 의료진으로 진료가 곤란한 외과적 수술을 요하는 경우 등이 발생하여 부득이 다른 진료과목 전문의의 전문적 치료가 불가피한 경우를 말하는 것으로 다른 진료과목 전문의가 아닌 일반의에게 협진의뢰하여 진료한 경우에는 별도 행위별 수가로 청구할 수 없음
의료급여 정신과 의사인력 적용기준 관련 질의회신 (기초의료보장과-2334호, '10.9.6.)	■ 2008년 10월부터 시행한 "의료인 등 인력확보수준에 따른 의료급여 정신과 입원료 차등제 적용기준"은 적정의료인력 확보를 통하여 입원환자에 대한 의료서비스의 질이 저하되는 현상을 방지하기 위한 규정으로, 이는 실제 입원환자의 진료 및 간호 등을 담당하는 인력기준을 의미함 따라서, 인력확보수준에 따른 의료급여 정신과 입원료 차등제 도입취지를 비추어 볼 때, 의사는 "요양기관현황통보서상 의료인 등 인원현황"에 신고 된 정신과 전문의라 하더라도 실제 입원환자의 진료를 담당하지 않는다면, 차등수가에 반영되는 의료인력으로 인정될 수 없는 것으로 해석함이 타당함

혈액투석 환자

제 목	내 용
혈액투석정액수가와 관련 내과 전문과목으로 진료시 행위별 진료비 청구 여부 (의급65730-383호, '02.11.21.)	■ 의료수가의기준및일반기준(보건복지부고시 제2001-56호, 시행일 2001. 11. 1) 제7조 혈액투석 정액수가 산정과 관련하여 내과 전문진료과목 중 세부과목으로 진료를 받은 경우에는 별도 행위별로 진료비 청구가 가능한지와 관련하여 의료수가의기준 및 일반기준 제7조제3항에서 동일날 다른 상병으로 다른 진료과목의 전문의에게 진료를 받는 경우의 다른 과목이란 의료법 시행규칙 제30조에 의한 의료기관이 표시할 수 있는 진료과목(일반외과, 정형외과 등)을 의미하는 것으로서, 외래에서 혈액투석을 받는 당일에 동일 진료과목의 다른 전문분야(소화기내과, 순환기내과 등) 진료 담당의에게 진료를 받는 경우에는 해당되지 않음
혈액투석정액수가 관련 (의급-277호, '02.8.8.)	■ 의료수가의기준및일반기준 제7조에 의하여 의료급여수급권자인 만성신부전증환자가 외래혈액투석시에는 1회당 136,000원의 정액수가로 산정토록 하고 있으며 혈액투석 정액수가에는 진찰료, 혈액투석수기료, 재료대, 투석액, 투석당일 투여된 약제 및 검사료 등을 모두 포함하고 있습니다. 다만, 동일날 다른 상병으로 다른 진료 과목의 전문의에게 진료를 받는 경우의 급여비용에 대해서만 행위별수가로 청구가 가능합니다. 따라서, 혈액투석을 행한 의료급여기관에서 혈액투석 당일 검사장비가 없거나 장비 고장 등의 사유로 타 의료급여기관 및 검사기관에 의뢰하여 흉부X-ray를 촬영한 경우에도 정액수가인 136,000원에 포함되므로 검사를 의뢰한 의료급여기관에서 사후에 정산하여 검사비를 지급하여야 할 것입니다. 한편, 원외처방전 발급과 관련 약사법 제21조제5항에 해당하지 아니하여 원외처방전을 발행한 경우에는 행위별수가로 청구하도록 하고 있음을 알려드립니다.

제 목	내 용
혈액투석 정액수가의 약제 등 인정기준 개선건의 (의급65730-346호, '02.10.14.)	■ 의료급여 외래 혈액투석 정액수가에는 필수경구약제뿐만 아니라 당일에 투여되는 비필수약제 등 급여대상인 모든 약제가 포함되어 별도 산정할 수 없는 것이며 혈액투석과 관련한 필수약제는 보건복지부 고시 제2002-48호(2002. 7. 8.)에 의거 혈압강하제(교감신경차단제, 이뇨제, 혈압강하제, 혈관확장제 등 고혈압치료제), 인산염흡수방지제, 비타민제제(수용성비타민, 엽산)와 조혈제(철분제제) 등이 해당됨 의료수가의 기준 및 일반기준 제7조제3항에서 "동일날 다른 상병으로 다른 진료과목의 전문의에게 진료를 받는 경우"의 다른 진료과목이란 의료법 시행규칙 제30조에 의하여 의료기관이 표시할 수 있는 진료과목(일반외과, 정형외과 등)을 의미하는 것으로서, 전문 진료과목은 같으나 다른 전문분야(소화기내과, 순환기내과 등)의 진료담당의에게 진료를 받는 경우에는 해당되지 아니하며 혈액투석을 받는 만성신부전증환자에게 통상적으로 발생하는 상병(예. 고혈압, 당뇨, 빈혈 등) 및 혈액투석 진료의만으로도 진료가 가능한 상병에 대해서는 별도로 행위별 수가를 산정 할 수 없음 **※ 참조 : 보건복지부 고시 제2005-40호** 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제8조의3제1항제5호의 규정에 의하여 혈액투석 또는 복막투석을 받고 있는 만성신부전증환자와 장기이식을 받은 환자에 대한 필수적인 경구약제는 다음 각 호와 같다. **1. 만성신부전증환자(혈액투석 및 복막투석환자)** 가. 혈압강하제(고혈압 치료제) ① 이뇨제 ② 교감신경차단제 : α,β adrenoreceptor blocking agents ③ 혈관확장제 ④ Angiotension전환효소억제제(Angiotension II 수용체 차단제 포함) ⑤ Ca - Blocker 나. 인산염흡수방지제 $CaCo_3$ 알루미늄을 포함한 제산제 초산 칼슘정 등

제 목	내 용
	다. 비타민제 수용성비타민제 엽산 비타민D3제제 라. 조혈제 : 철분제제 **2. 장기이식환자** 가. 신장 및 간이식 환자 ① 조직이식 거부반응 억제제 : cyclosporin, Mycophenolate mofetil, Tacrolimus 등 ② 부신피질 호르몬제 : prednisolone 등 ③ 고혈압 치료제 : 제1호 만성신부전증환자(혈액투석 및 복막관류술환자)와 동일 나. 기타장기(심장, 췌장, 폐, 골수)이식 환자 ① 조직이식 거부반응 억제제 : cyclosporin, Mycophenolate mofetil, Tacrolimus 등 ② 부신피질 호르몬제 : prednisolone 등

8. 노인 틀니·치과임플란트 및 치석제거

노인 완전틀니

제 목	내 용
건강보험 노인 완전틀니의 내용과 다른 점 (기초의료보장과-3268호, '12.6.28.)	■ 의료급여 노인 완전틀니의 내용 중 상당 부분은 건강보험과 동일합니다. 그러나 의료급여의 특성 상 노인틀니 대상자 등록방법, 본인부담금 등에서 건강보험의 내용과 차이가 있습니다.
의료급여 노인틀니 대상자 등록은 어떻게 하는지 (기초의료보장과-3268호, '12.6.28.)	■ 병의원(치과)에 내원한 의료급여 수급권자가 노인틀니 대상자로 판단되면 노인틀니 등록신청서를 작성하여 발급해 줍니다. 수급권자가 발급받은 등록신청서를 7일 이내 관할 시군구에 방문해 제출·등록하고 난 후, 재방문하면 등록여부를 요양기관정보마당에서 확인 후 시술을 시작합니다. ■ '의료급여 완전틀니 등록 대상 신청서'는 요양기관정보마당 및 건보공단 홈페이지에서 출력 사용 ※ 신청서에 틀니대상자 본인이 직접 개인정보처리 동의 및 자필 서명 ※ 건강보험 및 보건소 완전틀니 중복수혜여부 반드시 확인 필요 → 행복e음 상에서 건강보험 노인틀니 이력 수신내역 등을 통해 확인 필요
의료급여 완전틀니 등록번호는 건강보험 체계와 다른지 (기초의료보장과-3268호, '12.6.28.)	■ 의료급여 완전틀니 등록번호와 건강보험 완전틀니 등록번호는 구성체계, 자릿수가 다릅니다. 의료급여의 경우 시술부위(1), 틀니종류(1), 등록연도(2), 보장기관기호(7), 일련번호(4) 총 15자리로 이루어지고 건강보험의 경우 시술부위(1), 틀니종류(1), 등록연도(2), 일련번호(7) 총 11자리로 이루어집니다. **◈ 의료급여 등록번호 구성 체계(총 15자리)** □ - □ - □□ - □□□□□□□ - □□□□ 시술 부위 / 틀니 종류 / 등록 연도(2) / 보장기관기호(7) / 일련번호(4)

제 목	내 용
의료급여 수급권자가 완전틀니 제작시 본인이 부담하는 비용 (기초의료보장과-3268호, '12.6.28.)	■ 완전틀니 비용은 의원급 기준, 진찰료, 재료비용 등 포함하여 1악당 약 975천원입니다(병원 1,018천원, 종합병원 1,060천원, 상급종합병원 1,103천원). 이중 본인이 부담하는 비용은 입원·외래 구분 없이 의료급여 1종수급권자의 경우에는 급여비용 총액의 20%, 2종수급권자의 경우에는 급여비용 총액의 30%를 본인이 부담합니다. **〈의원급 기준 본인부담액〉** - 1종수급권자: 약 195,060원(노인틀니 수가 975,300원 × 20%) - 2종수급권자: 약 292,590원(노인틀니 수가 975,300원 × 30%) * 의료급여기관(치과)에서 틀니장착 단계별로 급여비용을 청구함에 따라 상기 본인부담금은 약간의 차이가 발생할 수 있습니다.
선택병의원 대상자가 완전틀니 제작을 위해서 방문했을 때 지정병의원의 의료급여의뢰서를 받아야 하는지 (기초의료보장과-3268호, '12.6.28.)	■ 선택병의원지정자(선택병의원으로 치과를 지정한 경우 포함)는 완전틀니 시술을 위해선 타 의료급여기관에서 의료급여의뢰서 없이 진료받을 수 있습니다. 단, 의료급여 절차(1차→2차→3차)는 준수해야 합니다.
완전틀니 진료확인번호 요청 시 주의할 점은 무엇인지 (기초의료보장과-3268호, '12.6.28.)	■ 완전틀니 진료확인번호 승인을 위해서는 의료급여 완전틀니 사전등록이 필요하므로 요양기관에서는 진료개시 전 반드시 의료급여 노인틀니 등록번호를 확인해야 합니다. 진료확인번호 요청 시 진료과목(98, 치과), 상세진료과목(01, 노인틀니), 주상병분류기호(K08.1)를 입력해야 하고, 건강생활유지비 차감은 불가합니다. 또한, 노인틀니 진료단계별로 진료확인번호를 부여받아야 하며 진료확인번호는 하루에 1회만 요청할 수 있습니다. 단, 노인틀니 이외의 치과질환 진료 시에는 추가 진료확인번호 부여가능
완전틀니 대상자 여부 진단을 위한 진료 시에도 본인부담금 20%~30%를 받아야 하는지 (기초의료보장과-3268호, '12.6.28.)	■ 완전틀니 장착 여부를 진단하기 위한 진료 시에는 의료급여 일반수가가 적용됩니다. 따라서 의료급여기관 종별에 따라 1종은 1천원~2천원, 2종은 1천원 또는 15%의 본인부담금을 수급권자에게 청구하면 됩니다. ■ 단, 완전틀니 등록 신청서 발급을 위한 진료로 건보공단에 진료확인번호 요청 시 진료과목(98, 치과), 상세진료과목(00, 치과통합), 주상병분류기호(K08.1)를 입력해야 합니다. ※ 선택병의원지정자는 본인부담코드 B009 입력하여 요청

제 목	내 용
완전틀니 장착 후 사후 관리 시 본인이 부담해야 하는 비용 (기초의료보장과-3268호, '12.6.28.)	■ 완전틀니 무상보상기간(3개월 이내 6회) 중 의료급여기관에서 틀니 사후 관리를 받을 시에는 의료급여 일반수가를 적용합니다(의료급여기관 종별에 따라 의료급여1종은 1천원~2천원, 2종은 1천원 또는 15%). ■ 단, 사후 무상보상기간 종료 후 사후관리에 관한 사항(수가 및 본인부담률 등)은 현재 미정이므로 향후 확정되면 공지하도록 하겠습니다. ■ 또한, 완전틀니 사후 무상보상기간(3개월 이내 6회) 중 틀니 진료로 건보공단에 진료확인번호 요청 시 진료과목(98, 치과), 상세진료과목(00, 치과통합), 주상병분류기호(K08.1)를 입력해야 합니다. ※ 선택병의원지정자는 본인부담코드 B009 입력하여 요청
2종 장애인은 완전틀니 본인부담금 의료비 지원을 받을 수 있는지 (기초의료보장과-3268호, '12.6.28.)	■ 완전틀니 시술 시에는 2종 장애인에게 지급하는 본인부담금 의료비지원을 받을 수 없습니다. 따라서 2종 장애인의 의료급여비용 청구 시 종별코드는 '2'로 기재하여 청구하여야 합니다.
완전틀니 시술 시 건강생활유지비 차감이 가능한지 (기초의료보장과-3268호, '12.6.28.)	■ 완전틀니 장착 여부 진단(등록 신청서발급을 위한) 과 무상보상기간(3개월 이내 6회) 중 진료 시에는 건강생활유지비 차감이 가능하고, 그 외 임시틀니 및 완전틀니 장착을 위한 진료 시에는 건강생활유지비 차감이 불가합니다.
완전틀니 급여비 청구 시 주의할 점 (기초의료보장과-3268호, '12.6.28.)	■ 완전틀니 급여대상 환자 상병코드는 한국표준질병사인분류의 K08.1(사고, 발치 또는 국한성 치주병에 의한 치아상실)로 통일하여 기재·청구하시기 바랍니다. 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제18장 치과의 보철 영역을 참고하여 진료단계별 부분 포괄수가 적용에 따라 각 단계별 정한 비율별로 의료급여비청구 및 본인부담금 부과가 가능합니다. 다만 청구시 청구명세서상에 틀니대상자 등록번호(MT014: 15자리)를 기재하셔야 하며, 상악 또는 하악을 각각 기재하시되 오기나 누락 등은 지급불능 처리됩니다.
희귀난치성질환자 등 산정특례대상자에게는 완전틀니 시술 시 본인부담금이 어떻게 되는지 (기초의료보장과-3268호, '12.6.28.)	■ 산정특례대상자의 경우에도 완전틀니 시술 시에는 틀니 본인부담금이 적용됩니다. 즉, 등록 희귀난치성질환자가 완전틀니 시술을 받을 시에도 1종에 해당되는 틀니비용의 20%를 본인 부담해야합니다.

제 목	내 용
선택병의원 대상자는 완전틀니 제작 시에도 지정병의원을 우선 방문해야 하는지 (기초의료보장과-3268호, '12.6.28.)	■ 완전틀니 제작을 위한 진료 시에는 선택 병의원을 반드시 방문하실 필요는 없습니다. 선택병의원으로 치과를 지정하신 분들도 완전틀니 제작을 위해선 타 병의원(치과)에서 진료받을 수 있습니다. 단, 의료급여 진료절차(1차→2차→3차)는 준수해야합니다.
완전틀니 시술 시에도 의료급여 진료전달체계를 준수해야 하는지 (기초의료보장과-3268호, '12.6.28.)	■ 완전틀니 시술 시에도 의료급여 진료절차(1차→2차→3차)가 준용됨에 따라 수급권자는 우선 1차병의원(치과)에 방문하여 완전틀니 시술을 위한 진료를 받아야합니다. 단, 담당의사는 완전틀니 대상자가 고위험 또는 고난이도 틀니 시술이 필요한 환자라고 판단되면 의료급여의뢰서를 발급해 상급병원에 의뢰할 수 있습니다.
건강보험에서 의료급여로 자격변동이 있는 수급권자의 등록은 어떻게 하는지 (기초의료보장과-3268호, '12.6.28.)	■ 건강보험 완전틀니 시술 중 자격이 변동된 수급권자는 건강보험에서 행복e음으로 시술 관련 사항을 자동으로 전송해 줍니다. 이를 시군구담당자는 확인하여 의료급여 완전틀니 대상자로 연계 등록 처리합니다(산정특례 연계등록과 동일).
건강보험에서 완전틀니 시술 중 의료급여로 자격변동이 됐다면 시군구에 다시 등록 신청해야 하는지 (기초의료보장과-3268호, '12.6.28.)	■ 건강보험에서 의료급여로 자격변동 시 완전틀니 관련 등록정보도 시군구에 자동 통보되므로 따로 완전틀니 등록 신청서를 작성하여 제출하실 필요는 없습니다. 단, 관련 정보의 전송은 사정에 따라 최대 7일정도 소요될 수 있으므로 자격변동 후 틀니시술을 받기위해 의료급여기관(치과)을 방문하시기 전 해당 시군구 의료급여담당자에게 완전틀니 등록여부를 확인하기 바랍니다.
보건소 무료틀니 수혜자인 경우 의료급여 완전틀니 대상자가 될 수 있는지 (기초의료보장과-3268호, '12.6.28.)	■ 보건소 무료틀니 시술 종료 후 7년이 지났고 현재 만 75세 이상이라면 의료급여 완전틀니 대상자로 선정될 수 있습니다.
건강보험에서 완전틀니 장착 후 7년이 지나지 않았다면 의료급여 완전틀니 대상자가 될 수 없는지 (기초의료보장과-3268호, '12.6.28.)	■ 건강보험에서 완전틀니 보험적용을 받은 수급권자는 시술 후 7년이 지나야 완전틀니 의료급여 적용을 받을 수 있습니다.

노인 부분틀니

제 목	내 용
건강보험 노인 부분틀니의 내용과 다른 점은 무엇인가요 (기초의료보장과-2224호, '13.7.1.)	■ 의료급여 노인 부분틀니의 내용 중 상당 부분은 건강보험과 동일합니다. 그러나 의료급여의 특성 상 노인틀니 대상자 등록방법, 본인부담금 등에서 건강보험의 내용과 차이가 있습니다.
의료급여 노인틀니 대상자 사전 등록방법은 어떻게 하나요 (기초의료보장과-2224호, '13.7.1.)	■ 병의원(치과)에 내원한 의료급여 수급권자가 틀니 대상자로 결정되면 병·의원은 수급권자에게 틀니 등록신청서를 작성하여 발급해 줍니다. 수급권자(가구원 및 가족 포함)는 발급받은 등록신청서를 7일 이내 관할 시군구에 직접 방문하여 제출·등록한 후, 해당 병·의원에 재방문합니다. 병·의원은 국민건강보험공단 홈페이지-요양기관정보마당에서 등록사실을 확인 후 시술을 시작합니다.
의료급여 수급권자가 부분틀니 제작시 본인이 부담하는 비용은 얼마인가요 (기초의료보장과-2224호, '13.7.1.)	■ 의료급여 수급권자의 부분틀니 본인부담은 입원·외래 구분 없이 해당 의료급여비용 총액의 20%~30%입니다. 의료급여 1종수급권자의 경우에는 해당 의료급여비용 총액의 20%, 2종수급권자의 경우에는 해당 의료급여비용 총액의 30%를 본인이 부담합니다. [본인부담보상제 및 상한제는 미적용] **〈치과의원급 기준 본인부담액〉** - 1악당 1,218,000원 • 1종수급권자 : 약 243,600원(노인 부분틀니 수가 1,218,000원 × 20%) • 2종수급권자 : 약 365,400원(노인 부분틀니 수가 1,218,000원 × 30%) * 의료급여기관(치과)에서 틀니장착 단계별로 급여비용을 청구함에 따라 상기 본인부담금은 약간의 차이가 발생할 수 있습니다. 다만, 부분틀니 장착 여부를 진단하기 위한 진료 시에는 의료급여 일반수가가 적용됩니다. 따라서 의료급여기관 종별에 따라 1종은 1천원~2천원, 2종은 1천원 또는 15%의 본인부담금을 수급권자에게 청구하면 됩니다.

제 목	내 용
선택병의원 대상자는 부분틀니 제작 시에도 지정병의원을 우선 방문해야 하나요 (기초의료보장과-2224호, '13.7.1.)	■ 부분틀니 제작을 위한 진료 시에는 선택 병의원을 반드시 방문하실 필요는 없습니다. 선택병의원으로 치과를 지정하신 분들도 부분틀니 제작 시 선택병의원의 의료급여의뢰서 없이 타 치과 병·의원에서 진료 받으실 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 의료급여절차(제1차 → 제2차 → 제3차)는 준수하여야 합니다.
부분틀니 시술 시 건강생활 유지비 차감이 가능한가요 (기초의료보장과-2224호, '13.7.1.)	■ 부분틀니 장착 여부 진단과 사후유지관리를 위한 무상보상기간(3개월 이내 6회) 중 진료 시에는 건강생활유지비 차감이 가능하고, 그 외 임시틀니 및 부분틀니 장착을 위한 진료 시에는 건강생활유지비 차감이 불가합니다.
2종 장애인은 부분틀니 본인부담금 의료비 지원을 받을 수 있나요 (기초의료보장과-2224호, '13.7.1.)	■ 부분틀니 시술 시에는 2종 장애인에게 지급하는 본인부담금 의료비지원을 받을 수 없습니다.
의료급여 완전틀니 등록번호는 건강보험 체계와 다른가요 (기초의료보장과-2224호, '13.7.1.)	■ 의료급여 부분틀니 등록번호와 건강보험 부분틀니 등록번호는 자릿수, 구성 체계가 다릅니다. 건강보험의 경우 시술부위(1), 틀니종류(1), 등록연도(2), 일련번호(7) 총 11자리로 이루어지는 반면, 의료급여의 경우 시술부위(1), 틀니종류(1), 등록연도(2), 보장기관기호(7), 일련번호(4) 총 15자리로 이루어집니다. **◈ 의료급여 등록번호 구성 체계(총 15자리)** □ - □ - □□ - □□□□□□□ - □□□□ 시술 부위 / 틀니 종류 / 등록 연도(2) / 보장기관기호(7) / 일련번호(4)
부분틀니 진료확인번호 요청 및 급여비 청구 시 주의할 점은 무엇인가요 (기초의료보장과-2224호, '13.7.1.)	■ 병·의원은 등록된 의료급여 부분틀니 대상자에 대하여 국민건강보험공단에 진료확인번호를 요청하여야 하며, 공단이 진료확인번호 승인을 위해서는 치과 병·의원에서 진료개시 전 반드시 의료급여 틀니 등록번호를 확인해야 합니다. 부분틀니 장착 여부를 진단하기 위한 진료인 경우(건강생활유지비 차감 가능) 진료과목(98, 치과), 상세진료과목(00, 치과통합), 주 상병 분류기호(K08.1)를 입력해야 합니다. 부분틀니 제작을 위한 진료인 경우(건강생활유지비 차감 불가) 진료과목(98, 치과), 상세진료과목(01, 노인틀니), 주 상병 분류기호(K08.1)를 입력해야 합니다. 또한, 병·의원은 단계별 진료시작 일자별로 진료확인번호를 부여받아야 하며, 진료확인번호는 하루에 1회만 요청할 수 있습니다. 단, 하루에 여러 단계의 진료가 이루어지는 경우 1개의 진료확인번호로 묶어서 요청해야 합니다.

제 목	내 용
노인 부분틀니 유지관리 내용 중 건강보험과 다른 점은 무엇인가요 (기초의료보장과-2224호, '13.7.1.)	■ **(본인부담금)** 의료급여 1종 20%, 2종 30% 유지관리 시 본인부담률은 입원·외래 구분 없이 의료급여 1종수급권자의 경우에는 급여비용 총액의 20%, 2종 수급권자의 경우에는 급여비용 총액의 30%를 본인이 부담합니다. 단, 부분틀니 사후 유지관리 중 무상항목(잇몸처치, 의치청소, 정기점검 및 교육훈련 등) 진료 시에는 일반수가 및 본인부담금을 적용하며 건강생활 유지비 차감이 가능합니다. 한편, 부분틀니 관련 치료(부분틀니 장착 및 유지관리 포함)시에는 의료급여 본인부담보상제 및 상한제가 적용되지 않습니다. ■ **(등록방법)** 건보와 동일 건강보험 가입자와 동일하게 요양기관정보마당에서 의료급여 틀니 유지관리 대상자 급여이력 조회 후 급여 가능한 경우, 수급권자로부터 개인정보 제공동의서 수령 후 등록을 하시면 됩니다. ■ **(시술기관)** 선택병의원 지정과 상관없이 유지관리 진료가능 부분틀니 관련 시술 및 치료 시에는 선택병의원 지정자들의 경우에도 타 의료급여기관을 이용하실 수 있습니다. 단, 의료급여 진료절차(1차→2차→3차)는 준용됨에 따라 수급권자는 우선 1차병의원(치과)에 방문하여 유지관리 시술을 위한 진료를 받아야 합니다. 단, 담당의사는 부분틀니 대상자가 고위험 또는 고난이도 틀니 관련 시술이 필요한 환자라고 판단되면 의료급여의뢰서를 발급해 상급병원에 의뢰할 수 있습니다. 한편, 부분틀니 장착 후, 무상 수리기간(3개월 이내 6회) 중에는 틀니를 시술한 의료급여기관을 이용하여야 하며, 무상 수리기간 종료 후부터 적용되는 유지관리 치료 시에는 타 병의원 이용이 가능합니다. ■ **(등록내역 취소)** 등록당일은 의료급여기관에서 등록일 이후는 시군구에서 처리 기(旣) 등록된 유지관리 등록내용을 취소해야할 경우에는 등록당일 취소 시에는 의료급여기관에서 처리 가능하나, 등록일 이후부터는 시군구청에 취소 요청을 하여야합니다.

제 목	내 용
	취소 요청 방법은 의료급여기관에서 발급하는 '의료급여 틀니 유지관리 행위 등록내역 취소 신청서' 및 관련 증빙자료를 수급권자 거주지 관할 시군구청에 방문·우편·팩스로 제출하시면 됩니다. ※ 틀니 유지관리행위의 등록내역에 대한 변경은 불가하며, 변경을 원할 경우, 취소처리 후 다시 등록 ■ **(진료확인번호)** 진료과목, 상세진료과목, 상병코드 입력 부분틀니 사후 유지관리 중 무상항목(잇몸처치, 의치청소, 정기점검 및 교육 훈련) 진료인 경우(건강생활유지비 차감 가능) ☞ '진료과목'에 '98, 치과' 입력 후 '상세진료과목'에 '00, 치과통합' 입력 ※ 단, 선택병의원지정자일 경우 본인부담코드로 'B009' 입력 부분틀니 사후 유지관리 중 유상 11개 항목 진료인 경우(건강생활유지비 차감 불가) ☞ '진료과목'에 '98, 치과' 입력 후 '상세진료과목'에 '01, 노인틀니', 상병코드에 Z46.3 입력 ※ 본인부담코드는 입력하지 않음

노인 임플란트

제 목	내 용
건강보험 치과 임플란트의 내용과 다른 점 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ 대상자 등록방법, 본인부담금 등에서 차이가 있습니다. ■ 치과임플란트와 관련하여 건강보험과 거의 동일하나 등록방법, 본인부담금 및 의료급여절차(1차→2차→3차) 등이 차이가 있습니다.
치과임플란트 시술 시에도 선택의료급여기관을 우선 방문해야 하는지 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ 방문하지 않으셔도 됩니다. 선택의료급여기관의 의료급여의뢰서 없이 타의료급여기관에서 진료받으실 수 있습니다. ■ 치과임플란트 시술 시에는 선택의료급여기관으로 치과를 지정하신 분들도 선택의료급여기관의 의료급여의뢰서 없이 타의료급여기관에서 진료 받으실 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 의료급여절차(1차→2차→3차)는 준수하여야 합니다.

제 목	내 용
'14.7.1. 시행하는 치과임플란트 보험급여 대상과 적응증 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ 만 75세 이상 상악 또는 하악에 부분 무치악(완전 무치악 제외)으로 치과임플란트 제작이 가능한 어르신은 보험급여 대상입니다. 치과임플란트 보험급여 대상은 2014.7.1. 기준으로 만 75세 이상(1939.7.1. 이전 출생자)의 건강보험 가입자 또는 피부양자에게 '14.7.1.일부터 치과임플란트 대상자를 국민건강보험공단에 사전 등록 후 진료를 시작하는 경우에 대하여 보험급여가 가능합니다. 보험급여가 되는 치과임플란트는 상악 또는 하악에 부분 무치악으로 악골 내에 분리형 식립재료(고정체, 지대주)를 사용하여 비귀금속도재관(PFM Crown)보철수복을 실시하는 경우입니다.
'14.7.1 이전에 시작한 치과 임플란트도 등록하면 의료급여 적용이 가능한지 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ '14.7.1. 이전에 시작한 치과임플란트는 보험급여 대상으로 적용되지 않습니다. 치과임플란트는 '14.7.1. 부터 시술 시작 전에 사전등록을 실시하고, 치과임플란트 시술을 시작하는 경우에 한해서 의료급여 적용이 가능합니다. ■ 따라서 '14.7.1.이전부터 진행 중인 치과임플란트는 사전등록을 할 수 없으며, 의료급여 적용도 되지 않습니다.
만 75세 이상 완전 무치악에 치과임플란트 급여적용이 가능한지 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ 완전 무치악인 경우는 치과임플란트 보험급여 대상에 적용되지 않습니다. 완전 무치악의 상태인 경우는 현재 급여적용이 되고 있는 레진상 완전틀니 대상자로 치과임플란트는 급여적용 대상에서는 제외합니다. 또한 치조골 소실 및 전신질환 등으로 매복된 잔존치근 발치가 어려운 경우, 즉 윗잇몸 또는 아랫잇몸 위에 올라온 치아가 하나도 없는 상태는 완전 무치악은 아니나, 레진상 완전틀니 대상자에 해당되므로 치과임플란트의 보험급여 대상에서는 제외됩니다. 다만, 치과임플란트만 존재하고 자연치는 존재하지 않는 상악 또는 하악은 부분 무치악으로 판단하여 치과임플란트의 의료급여 대상입니다.
치과임플란트 보험급여 적용기간 및 인정개수 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ 보험급여 적용기간 및 인정개수는 평생 동안 1인당2개입니다. 치과임플란트는 평생 동안에 2개만 인정되므로, 올해에 2개를 모두 하지 않으셔도 됩니다. ■ 다만, 치과의사의 의학적 판단 하에 불가피하게 시술을 중단하는 경우에는 평생인정개수에 포함되지 않습니다.

<table>
<tr><th>제 목</th><th>내 용</th></tr>
<tr><td>의료급여 치과임플란트 적용부위
(기초의료보장과-3644, '14.6.27.)</td><td>■ 보험급여 부위는 상·하악 구분 없이 구치부(어금니)는 보험급여로 적용하고, 전치부(앞니)는 구치부에 식립이 곤란하다고 치과의사가 판단한 경우에 한하여 보험급여로 적용합니다.
의료급여가 적용되는 치과임플란트는 저작기능 회복을 우선으로 하고 있어, 구치부에 치아가 모두 존재하나 전치부에만 치아결손이 있는 경우에는 보험급여 대상에서 제외합니다.</td></tr>
<tr><td>치과의원에서 치과임플란트 시술시 1개시술 비용
(기초의료보장과-3644, '14.6.27.)</td><td>■ 치과임플란트 1개 시술 비용은 2014년 기준 치과 병·의원의 경우 114만원~128만 원 정도로 본인부담은 총 진료비의 20~30%를 지불합니다.
치과임플란트 1개 시술은 행위비용과 식립재료 가격으로 구분됩니다. 따라서, 행위비용과 식립재료 가격을 합산한 비용이 치과임플란트 1개 시술시 총 진료비입니다.
<table><tr><th>치과임플란트 1개</th><th>치과의원</th><th>치과병원</th></tr><tr><td>행위비용</td><td>1,012,960원</td><td>1,057,000원</td></tr><tr><td>식립재료 가격</td><td colspan="2">130,540원 ~ 270,320원</td></tr><tr><td>총 진료비</td><td>1,143,500~1,283,280원</td><td>1,187,540~1,327,320원</td></tr></table>※ 보험이 적용되는 분리형 식립재료는 고정체와 지대주로 구분됩니다.
그 중, 고정체는 표면처리 방법로 4가지로 구분(89,150~177,930원), 지대주는 형태별로 4가지로 구분(41,390~92,390원)되어 고정체와 지대주를 합산한 식립재료 가격은 130,540원~270,320원 정도입니다.
따라서, 병·의원마다 사용되는 식립재료의 종류에 따라 가격이 달라지므로 본인이 지불하는 금액도 달라질 수 있습니다.
또한, 일부 재료는 비용효과성 등을 고려하여 보험적용이 되지 않는 식립재료로 분류된 경우에는 환자 본인이 식립재료 비용을 비급여로 부담합니다.</td></tr>
</table>

제 목	내 용
의료급여 치과 임플란트 대상자 사전 등록방법 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ 의료급여기관에서 발급받은 신청서를 보장기관에 방문하여 제출, 등록한 후 시술 받을 수 있습니다. 의료급여기관에 내원한 의료급여 수급권자가 치과임플란트 대상자로 결정되면 의료급여기관은 수급권자에게 치과임플란트 등록신청서를 작성하여 발급해줍니다. 수급권자(가구원 및 가족 포함)는 발급받은 등록신청서를 7일 이내(공휴일제외)에 관할 시군구에 방문하여 제출·등록한 후, 해당 의료급여기관에 재방문해 임플란트 시술을 받을 수 있습니다. 의료급여기관은 국민건강보험공단 홈페이지-요양기관정보마당에서 등록사실을 확인 후 시술을 시작합니다. 진찰 후 대상자로 결정되면 '등록 신청서' 작성해 발급 (병·의원) → 7일 이내에 시·군·구에 방문하여 제출·등록 (수급권자) → 해당 병의원 재방문 (수급권자) → 등록결과 확인 (병·의원) → 진료확인 번호 요청 (단계별로 부여) (병·의원) → 시술 (병·의원) ※ 신청서에 치과임플란트 대상자 본인이 직접 개인정보처리 동의 및 자필 서명 *** 보장기관 연락처:** 국민건강보험공단홈페이지(www.nhis.or.kr) - 민원신청(사이버 민원센타) - 건강보험안내-의료급여-보장기관에서 주소와 전화번호를 확인할 수 있습니다. * 병·의원은 단계별 진료시작 일자별로 진료확인 번호를 부여받아야 합니다.
의료급여 수급권자가 치과임플란트 시술 시 본인이 부담하는 비용 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ 본인부담률은 의료급여1종 20%, 2종 30%입니다. 의료급여 수급권자의 치과임플란트 본인부담은 입원·외래 구분 없이 해당 의료급여비용 총액의 20%~30%입니다. 의료급여 1종수급권자의 경우에는 해당 의료급여비용 총액의 20%, 2종수급권자의 경우에는 해당 의료급여비용 총액의 30%를 본인이 부담합니다. * 본인부담보상제 및 상한제는 미적용 ■ 다만, 치과임플란트 등록 신청서 발급을 위한 진료와 사후점검기간 진료 시에는 의료급여 일반수가가 적용됩니다. 이 경우 본인부담금은 의료급여기관 종별에 따라 1종은 1천원~2천원, 2종은 1천원 또는 15%가 발생합니다.

제 목	내 용
치과임플란트 시술 중 자격이 변동한 경우 본인부담률 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ 진료단계 시점에 해당하는 자격에 따라 진료비의 20~30%를 본인이 지불합니다. 의료급여 1종 대상자가 1단계 진단 및 치료계획을 시행 중에, 2단계 고정체 식립술 시행시 의료급여 2종으로 자격변동이 있는 경우에는, 1단계 진단 및 치료계획에 대한 본인이 지불 할 비용은 진료비의 20%를, 2단계 고정체식립술 시행 시 지불 할 비용은 진료비의 30%로입니다. 현재 진료단계 시점에 해당하는 금액에 대하여 변경된 자격에 따라 본인이 지불 할 비용이 달라집니다.
의료급여 치과 임플란트 대상자 변경, 취소, 해지, 시술중지 방법 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ **변경신청방법** 안내입니다(치식번호는 변경불가, 취소 후 다시 등록). - 치과임플란트 대상자 등록내역에 변경사유(시술시작일 변경 등)가 발생한 경우, '의료급여 치과임플란트 대상자 시술중지/변경/해지/취소 신청서'에 등록사항과 변경사항 및 그 사유를 기재하여 수급권자가 보장기관에 제출하면 대상자 변경처리가 가능합니다. ■ **취소신청방법** 안내입니다(대상자등록한 요양기관에서만 취소신청가능) - 치과임플란트 대상자 등록 취소는 수급권자가 등록사항과 취소 사유가 기재된 '의료급여 치과임플란트 대상자 시술중지/변경/해지/취소 신청서'를 보장기관에 제출하면 대상자 취소 처리가 가능합니다. - 다만, 치과임플란트 의료급여비용 청구 내역이 있을 경우에는 의료급여기관은 건강보험심사평가원으로 치과임플란트 요양급여비용 자진환수 요청 후, 보장기관에 '의료급여 치과임플란트 대상자 시술중지/변경/해지/취소 신청서'와 환수된 내역을 함께 제출하셔야 취소처리가 가능합니다. ■ **해지신청방법** 안내입니다(본인만 해지신청 가능) - 이미 치과임플란트 대상자로 등록된 수급권자가 시술 중 해지를 원할 경우, '의료급여 치과임플란트 대상자 시술중지/변경/해지/취소 신청서'에 등록사항과 해지 사유를 기재한 후 보장기관에 제출하면 대상자 해지 처리가 가능합니다. 다만, 해지 신청 된 치과임플란트는 보험급여 개수에 포함됩니다.

제 목	내 용
	■ **시술중지 신청방법** 안내입니다. - 치과임플란트 시술 중 '2단계 시술 실패(골유착 실패)'가 된 경우에 한하여 '시술중지' 신청이 가능합니다. - 대상자를 등록한 의료급여기관이 시술중지일과 시술중지사유 등이 기재된 '의료급여 치과임플란트 대상자 시술중지/변경/해지/취소 신청서'를 발급하며, 수급권자가 신청서를 보장기관에 제출하면 대상자 시술중지 등록이 가능합니다. ■ **재등록방법** 안내입니다 - '2단계 시술 실패(골유착 실패)' 또는 '의료급여기관 폐업으로 진료진행이 불가한 경우'에 동일 치식번호에 한해서 재등록이 가능합니다. ☞ 재등록 사유가 2단계 시술 실패(골유착 실패)인 경우, 의료급여 기관은 국민건강보험공단 홈페이지-요양기관정보마당에서 시술중지 등록 여부를 확인한 후 시술중지가 되어 있으면 재등록 내역을 기입한 등록 신청서를 발급하며, 수급권자는 의료급여기관으로부터 발급받은 '의료급여 치과임플란트 대상자 등록 신청서'와 증빙서류* 등을 보장기관에 제출하시면 됩니다. ☞ 재등록 사유가 의료급여기관 폐업으로 진료 진행이 불가한 경우, 재등록할 의료급여기관은 국민건강보험공단-요양기관 정보마당에서 재등록 시술 시작 단계를 확인 후, 재등록 내역을 기입한 신청서를 발급하며, 수급권자는 '의료급여 치과임플란트 대상자 등록 신청서'와 증빙 서류* 등을 보장기관에 제출하시면 됩니다. * 재등록 시술 시작 단계를 확인할 수 있는 치료계획서
등록내역 중 치식번호를 착오 입력한 경우 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ 치과임플란트 대상자 등록 취소가 필요하며 수급권자가 등록사항과 취소 사유가 기재된 '의료급여 치과임플란트 대상자 시술중지/변경/해지/취소 신청서'를 보장기관에 제출하면 대상자 취소 처리가 가능합니다. 국민건강보험공단에서 취소처리가 완료된 것을 확인한 후, 치과병의·원에서 다시 대상자를 등록하시면 됩니다.

제 목	내 용
진료확인번호 요청 시 주의할 점은 무엇인지 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ 치과임플란트 사전등록 후에 진료확인 번호를 요청합니다. 의료급여기관은 등록된 의료급여 치과임플란트 대상자에 대하여 국민건강보험공단에 진료확인번호를 요청하여야 하며, 진료확인번호 승인을 위해서는 의료급여기관에서 진료개시 전 반드시 의료급여 임플란트 등록번호를 확인, 입력해야 합니다. 또한 의료급여기관은 단계별로 진료확인번호를 부여받아야 합니다.
치과임플란트 진료 시 건강생활유지비 차감이 가능한지 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ 치과 임플란트 등록 신청서 발급을 위한 진료와 사후점검기간(3개월 이내) 중 진료 시에는 건강생활유지비 차감이 가능합니다. 단, 치과임플란트 제작을 위한 진료 시에는 건강생활유지비 차감이 불가합니다. ☞ 치과임플란트 등록신청서 발급을 위한 진료, 사후점검기간 진료인 경우 진료과목(98,치과), 상세진료과목(00,치과통합), 주상병 분류기호(K08.1)를 입력해야 합니다. (단, 선택의료급여기관 지정자일 경우 본인부담코드로 'B009' 입력) ☞ 치과임플란트 제작을 위한 진료인 경우 진료과목(98,치과), 상세진료과목(02,임플란트), 주상병 분류기호(K08.1)를 입력해야 합니다.
의료급여 치과임플란트 등록번호와 건강보험 체계와의 차이점 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ 등록번호 보장기관기호가 추가되어 총18자리입니다. 의료급여 치과임플란트 등록번호와 건강보험 치과임플란트 등록번호는 자릿수, 구성체계가 다릅니다. 건강보험은 총 13자리로 이루어지는 반면, 의료급여의 경우 구분번호(1), 치식번호(2), 재등록구분번호(1), 등록연도(2), 보장기관기호(7), 일련번호(5) 총 18자리로 이루어집니다.

제 목	내 용
	※ 구성 체계(18자리) □-□□ - □□□□□□□□□□ - □□-□□□□□□□-□□□□□□ 구분번호(1) 치식번호(2) 재등록구분번호(1) 등록연도(2) 보장기관기호(7) 일련번호(5) • 구분번호 : 3(치과임플란트) • 치식번호: 시술할 부위에 해당하는 치식번호를 기재 • 재등록구분번호 - 0 : 신규 - 1 : 동일 의료급여기관 재등록 - 2 : 타 의료급여기관 재등록 • 등록연도 : 등록연도 4자리 중 뒤의 두 자리 • 보장기관기호 : 보장기관기호 7자리 • 일련번호 : 등록 순으로 번호 자동부여
의료급여 수급권자가 치과임플란트 시술 중 자격이 변동한 경우 등록번호를 다시 부여받아야 하는지 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ 등록번호를 다시 부여받아야 합니다. 의료급여 치과임플란트 등록번호와 건강보험 치과임플란트 등록번호는 자릿수와 구성체계가 다르기 때문에 의료급여수급권자가 치과임플란트 시술 중 건강보험으로 자격이 변동된 경우 등록번호는 다시 부여받아야 합니다. ■ 단, 의료급여수급권자의 해당 보장기관이 변경된 경우에는 등록번호를 다시 부여받지 않아도 됩니다.
치과임플란트 사후점검기간(3개월)에 건강생활유지비 차감이 가능한지 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ 치과임플란트 사후점검기간에는 건강생활유지비 차감이 적용됩니다. 치과임플란트 보철수복 후 사후점검기간(3개월 이내)동안 진료를 받는 경우에는 건강생활유지비 차감이 가능합니다.

제 목	내 용
장애인에게 지급되는 본인부담금 지원여부 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ 2종 장애인 수급권자에게 본인부담금 의료비 지원을 하지 않습니다. 치과임플란트 시술 시에는 2종 장애인 수급권자에게 장애인 기금에서 지급하는 본인부담금 의료비 지원은 받을 수 없습니다. 따라서, 의료급여비용 청구 시 종별코드는 '2'로 기재하여 청구하여야 합니다.
A병원에서 치과임플란트 진료단계 중에 환자 개인사유 또는 해당병원의 불가피한 사정으로 인해 B병원으로 이동하여 재시술 할 경우에 보험급여 적용이 가능한지 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ 원칙적으로 진료단계 중에 환자가 병·의원을 이동하는 것은 불가능합니다. 치과임플란트의 제작을 위해서 A병원에서 진료계획을 수립했다면, A병원에서 3단계 진료까지 완료해야 하며, 환자 개인적인 사유(이사 등)로 진료단계 중 B병원으로 이동하여 다시 제작한다면 다시 의료급여는 불가능합니다. ■ 또한, 환자의 귀책사유가 아닌 A병원 폐업 등으로 진료진행이 불가능한 경우에는, 이동한 B병원에서는 시술중지 등록을 국민건강보험공단 정보통신망(요양기관정보마당 http://medi.nhis.or.kr)에서 확인, 재등록 시술 시작 단계도 확인 후 재등록 내역을 기입한 신청서를 발급하며, 수급권자는 의료급여기관으로부터 발급받은 '의료급여 치임플란트 대상자 등록 신청서'와 증빙서류 등을 보장기관에 제출하시고 재시술 등록을 완료하면 환자는 치과임플란트 시술을 받을 수 있습니다.
치과임플란트 보철재료를 금으로 하는 경우 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ 보철재료를 금(메탈, 지르코니아, PFG 등)으로 치과임플란트를 시술하는 경우에는 보험적용이 되지 않습니다. 보험적용이 되는 치과임플란트는 가장 보편적인 비귀금속도재관(PFM 크라운)으로 시술하신 경우에만 보험적용 대상입니다. 따라서 보철재료를 금, 메탈, 지르코니아, PFG 등으로 변경하시는 경우에는 시술전체에 대하여 보험적용을 받을 수 없습니다.

제 목	내 용
치과임플란트 2개를 시술하여 3번 브릿지(3 Unit Bridge)를 하는 경우에 크라운(Pontic Crown)도 보험급여 되는지 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ 치과임플란트는 2개(1인당 평생 인정개수 내)는 1치당으로 보험급여로 인정하고, 크라운(Pontic Crown) 제작에 따른 비용은 비급여입니다. 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표 2] 4.바. 틀니 및 치과임플란트(보건복지부장관이 정하여 고시하는 완전틀니와 부분틀니 및 치과임플란트만 해당한다)를 제외한 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등 포함) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등)은 비급여대상입니다. 따라서 치과임플란트 시술은 1치당(단일치)으로 인정하는 것이지 '치과의 보철'이 모두 의료급여가 되는 것은 아닙니다. 따라서 치과임플란트 의료급여와는 별개 영역으로 고정성가공의치(브릿지 등)제작을 위한 크라운(Pontic Crown) 제작에 따른 비용은 비급여입니다.
치과임플란트 시술을 위해 진단을 실시하고, 치과 임플란트 시술을 하지 않은 경우 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ 진찰 등에 해당되는 진료비는 지불하셔야 합니다. 치과임플란트 시술을 위하여 내원하였으나, 진단만 하고 치과임플란트 시술을 시작하지 않은 경우에는 진찰 등에 해당되는 진료비는 지불하셔야 합니다.

제 목	내 용
치과임플란트를 위한 부가수술(골이식술등)은 보험이 되는지 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ 치과임플란트를 위한 부가수술은 보험적용이 되지 않습니다. 치과임플란트는 반드시 부가수술을 실시하여야하는 것은 아니며, 부가수술(골이식술, 상악동 거상술 등)은 진료 상 반드시 필요한 경우에 한해서 선택적으로 실시하는 것입니다. 부가수술은 난이도와 위험도가 높은 수술로서 고령의 환자에게 치과임플란트 식립을 위한 부가수술이 반드시 필요한 경우라면, 부분틀니를 먼저 고려하는 것이 타당하다는 전문가의 의견을 참조하여 보험적용이 되지 않는 것(비급여 대상)으로 정하였습니다. ■ 부가수술과 급여대상 치과임플란트 시술을 하는 경우에는, 부가수술만 보험적용이 되지 않으며 치과임플란트 시술은 보험적용이 됩니다.
선택진료 의사에게 치과임플란트 시술을 받는 경우, 선택진료비용 지불여부 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ 치과임플란트에 대한 선택진료비는 지불합니다. 「선택진료에 관한 규칙」에 따라 추가비용징수 자격이 되는 진료담당 의사가 치과임플란트를 진료한 경우에는 선택진료에 관한 비용은 지불해야합니다. 치과임플란트에서 1단계는 주로 방사선검사 등의 '진단 및 치료계획'이 주로 행해지는 「검사항목」으로, 2~3단계는 고정체 식립술 및 보철수복까지 '처치 및 수술'이 주로 행해지므로 「처치항목」으로 선택진료 비용이 부과됩니다.
치과 임플란트 고정체를 재시술하는 경우 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ 고정체 재시술과 관련된 진료비는 지불하셔야 합니다. 고정체 재시술이 불가피하여 시술하는 경우, 그에 따라 추가적으로 발생되는 진료비의 50%에 해당하는 비용을 지불하셔야 합니다. ■ '발치' 또는 '신경치료'에 해당하는 진료비는 지불하셔야 합니다. 치과임플란트 시술기간에 발치, 신경치료 등 별도로 실시되는 치료에 대한 진료비는 지불하셔야 합니다. 또한, 치과임플란트 치료 중에 원외처방전 발행을 받아 약을 조제하시는 경우에는 약국에서 약제비를 지불하셔야 합니다.

제 목	내 용
부분틀니를 보험으로 시행한 윗잇몸에 치과임플란트 시술을 하는 경우 보험이 가능한지 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ 부분틀니를 시행한 윗잇몸에 치과임플란트 시술을 하는 경우에도 보험 적용이 됩니다. ■ 2013년 7월 보험적용이 된 부분틀니를 제작한 환자가 부분틀니 고리 치아가 흔들리거나, 치아가 질병으로 발치되어 치과임플란트 시술을 하는 경우에도 보험적용이 가능합니다.
아랫잇몸에 완전틀니 시술을 위해 치과임플란트 실시하는 경우에도 보험이 가능한지 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ 완전틀니시술을 위한 치과임플란트는 보험적용이 되지 않습니다. 완전 무치악(잇몸위에 올라온 치아가 없는 상태)은 치과임플란트 보험대상에서 제외하고 있습니다. ■ 또한 비귀금속도재관(PFM Crown) 보철수복을 하지 않고, 치과임플란트를 식립하여, 그 위에 완전틀니를 올리는 경우에 실시하는 치과임플란트는 보험적용이 되지 않습니다.
치과 임플란트 보철수복 후 사후점검기간 (기초의료보장과-3644, '14.6.27.)	■ 사후점검기간은 치과임플란트 보철수복 후 3개월 이내입니다. 치과임플란트 보철수복 후 사후점검기간은 횟수제한 없이 3개월 이내로, 동 기간 동안에는 처치와 관련된 비용은 지불하지 않으나, 진찰료 및 원외처방과 관련된 진료비는 지불하셔야 합니다. 그리고 3개월 이내에 사후점검기간에는 동일한 병·의원에서 시술받아야 합니다. ■ 보철수복 후 3개월이 경과된 후, 치과임플란트 보철부분(크라운)이 파절되어 수리를 하거나, 보철물(크라운)을 다시 제작을 하여야하는 경우 등은 보험적용이 되지 않습니다(비급여). 다만, 뼈 속에 심어진 치과임플란트 뿌리 부분에 대한 치주치료가 필요한 경우에는 보험적용 합니다.

치석제거

제 목	내 용
의료급여 치석제거 내용 중 건강보험과 다른 점은 무엇인가요 (기초의료보장과-2224호, '13.7.1.)	■ 본인부담률, 특정 상황에서의 등록 절차 및 취소 절차 등 다름 의료급여 치석제거 내용은 상당부분(등록절차, 급여 대상 및 기준 등) 건강보험의 급여내용과 같습니다. 그러나, 의료급여의 특성 상 본인부담금, 의료급여기관 이용절차, 치과에서 전산등록이 불가할 경우 등록절차, 등록내역 취소 시 절차 등에서는 건강보험의 내용과 차이가 있습니다.

제 목	내 용
의료급여 치석제거 본인부담금은 어떻게 되나요 (기초의료보장과-2224호, '13.7.1.)	■ 의료급여 기본 본인부담금 적용 의료급여 치석제거 본인부담금은 의료급여기관 유형에 따라 1종수급권자는 1,000원/1,500원/2,000원, 2종수급권자는 1,000원/15%/15%이며, 건강생활유지비 차감이 가능합니다.
의료급여수급권자도 치과에서 바로 등록 후 시술가능한가요 (기초의료보장과-2224호, '13.7.1.)	■ 의료급여 치석제거 시 치과에서 등록 가능 의료급여 치석제거 시 치과에서 대상여부 및 급여횟수 조회·등록이 가능함에 따라, 급여이력 조회 결과 의료급여가 가능한 수급권자는 개인정보 제공동의서(대상자 본인 서명 필요)를 받아, 시술일자 등록 후 바로 시술하실 수 있습니다(건강보험과 동일) 한편, 치과에서 입력한 치석제거 등록 내역은 시군구 행복e음시스템에 자동 연계됨에 따라 수급권자 관할 시군구에서 확인 및 관리가 가능합니다.
치과에서 치석제거 등록이 안 될 경우에는 어떻게 해야 하나요 (기초의료보장과-2224호, '13.7.1.)	■ 수급권자 관할 시군구에 공문으로 등록 신청 치과에서 관련 서류를 작성·제출하면 시군구가 행복e음에 등록 치과에서 치석제거 대상자의 등록 내용을 공문 형식으로 작성(개인정보 제공동의서 첨부)하여 수급권자 거주지 관할 시군구청에 방문·우편·팩스의 방법으로 제출합니다. **[의료급여기관(치과)]** 등록신청서 제출 후 치과에서는 대상 수급권자의 치석제거 등록 확인 후 시술이 가능하므로, 시군구로부터 급여횟수 초과 등의 이유로 등록이 불가하다는 통보를 받은 경우에는 대상 수급권자에게 치석제거 시술 시 비급여로 적용(전액 본인부담)됨을 안내하여야 합니다. **[보장기관]** 보장기관은 제출받은 서류를 검토한 후 행복e음 치석제거 화면에서 등록하고, 등록 여부 결과를 해당 치과에 통보하여 주시기 바랍니다. 특히, 조회결과 급여횟수 초과 등의 이유로 등록이 불가한 경우에는 이에 대한 사실을 치과에 바로 통보해 주시기 바랍니다.

제 목	내 용
등록 내용을 취소해야 할 경우에는 어떻게 해야 하나요 (기초의료보장과-2224호, '13.7.1.)	■ 수급권자 관할 시군구에 취소신청서 작성·제출하면 시군구가 처리 기(旣) 등록된 내용을 취소해야할 경우에는 등록 당일에는 등록한 치과에서 바로 취소 처리할 수 있습니다. 단, 등록일 이후에는 치과에서 취소처리가 불가함에 따라 '의료급여 치석제거 등록내역 취소 신청서'를 작성하여 수급권자 거주지 관할 시군구에 방문·우편·팩스의 방법으로 제출하여 처리하여야 합니다.
선택병의원 지정자는 치석제거 시 지정병의원을 우선 방문해야 하나요 (기초의료보장과-2224호, '13.7.1.)	■ 의료급여 일반원칙 적용 의료급여 치석제거 시 기존 의료급여 진료절차(1차→2차→3차)를 준수해야 하며, 선택병의원 지정자의 경우 선택병의원에서 의료급여의뢰서를 발급받아 치과를 이용할 수 있습니다. 단, 선택병의원으로 치과를 지정한 경우 해당 병의원을 이용합니다.
진료확인번호 요청 및 급여비용 청구는 어떻게 하나요 (기초의료보장과-2224호, '13.7.1.)	■ 건강보험과 청구방법 동일 의료급여 치석제거 진료 시에는 기존 의료급여 진료절차에 따라 진료승인번호를 요청하며, 요청 시 진료과목(98, 치과), 상세진료과목(00, 치과통합)을 입력해야 하고, 건강생활유지비 차감이 가능합니다. 다만, 요양기관정보마당에 등록된 치석제거 정보가 건강보험심사평가원으로 전송되므로, 진료비 심사 시 등록 정보가 없는 치석제거 청구 건은 심사 조정됩니다. 따라서, 신설된 전악 치석제거는 국민건강보험공단의 해당 시스템의 사전등록 절차를 거친 후 진료비를 청구하여야 하고, 전악 치석제거 청구 시 별도의 특이사항을 기재하실 필요가 없습니다.

9. 경증질환 약제비 본인부담 차등제

제 목	내 용
건강보험 경증질환 약제비 차등제와 다른 점 (기초의료보장과-8740, '15.10.15.)	■ 제도의 기본원칙, 적용대상 질환은 동일하나, 본인부담률, 적용제외 등에서 차이가 있습니다. 의료급여 수급권자는 종합병원과 상급종합병원 구분 없이 약국 의료급여비용총액의 3%를 부담하게 됩니다. 약국 의료급여비용 총액의 3%가 500원 미만일 경우에는 본인일부부담금 500원이 적용됩니다(건강생활유지비에서 차감 가능). ■ 적용제외 대상 - 중증질환 및 희귀난치성질환자 등 현행 본인부담 면제자의 경우 - 대형병원(종합병원급 이상 기관)을 선택의료급여기관으로 지정하고 해당기관에서 진료를 받은 경우
약국 본인부담률 차등적용 시행 시기 (기초의료보장과-8740, '15.10.15.)	■ 본인부담 차등은 상급종합병원 및 종합병원 의사가 2015년 11월 1일부터 발행한 처방전으로 약국에서 조제받는 경우에 적용됩니다.
경증질환 약제비의 본인부담 상한제와 보상제 적용 여부 (기초의료보장과-8740, '15.10.15.)	■ 경증질환 관련 약제비도 본인부담 상한제와 보상제가 적용됩니다.
경증질환 약제비 본인부담 차등제의 적용 되는 사항 (기초의료보장과-8740, '15.10.15.)	■ 적용제외되는 의료기관은 건강보험과 동일합니다. ■ 추가적으로, 의료급여에서 적용 제외 대상이 되는 대상자는 현행 본인부담 면제자와 대형병원(종합병원급 이상 기관)을 선택의료급여기관으로 지정하고, 해당 지정 병원에서 처방받는 경우(2종 수급자도 포함)입니다.

<table>
<tr><th>제 목</th><th>내 용</th></tr>
<tr><td>약국에서 본인일부부담금 면제 환자의 차등적용 질병에 대한 본인부담구분코드는 기재 여부
(기초의료보장과-8740, '15.10.15.)</td><td>■ 본인부담구분코드 M001~M016으로 본인일부부담금을 면제받았던 의료급여수급권자는 기존과 동일하게 약국 본인일부부담금이 면제됩니다. 또한, 선택기관 적용자가 B001, B002, B003, B007, B009에 해당되는 경우에는 약국본인일부부담금이 500원이며, 건강보험과 동일하게 특정기호 'V252'를 기재하여야 합니다. 아울러, 처방전을 발행하는 의료급여기관은 처방전의 「조제 시 참고사항」란에 해당 본인부담구분 코드를 기재하여야 하며, 약국은 이를 특정내역 MT018에 기재 하여야 합니다.

■ 경증질환 약제비 약국 본인일부부담금 구분
<table><tr><th>본인부담구분코드</th><th>본인일부부담금(률)</th></tr><tr><td>M001~M016</td><td>면제</td></tr><tr><td>B001, B002, B003,
B007, B009</td><td>500원</td></tr><tr><td>B004, B005,
B006, B008</td><td>약국 의료급여비용총액의 3%</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>일반 환자가 복합질병으로 대형병원(종합병원급 이상 기관) 이상 기관 외래진료 시 본인부담금
(기초의료보장과-8740, '15.10.15.)</td><td>■ 동일의사에게 진료 받은 경우, 차등적용 질병이 주상병이고 타 질병이 부상병일 경우에 한하여 3%의 본인부담률(약국 의료급여비용총액의 3%가 500원 미만일 경우에는 500원)을 적용합니다.

※ 결막염과 급성 세기관지염으로 대형병원(종합병원급 이상기관)에서 외래 진료 받은 경우, 약국에서 내야 하는 본인부담금(률)
<table><tr><td rowspan="2">구분</td><td colspan="2">동일의사에게 진료 받은 경우</td><td colspan="2">진료과가 다른 경우</td></tr><tr><td>타질병(주상병)
차등적용질병
(부상병)</td><td>차등적용질병
(주상병)
타질병(부상병)</td><td>차등적용
질병</td><td>타질병</td></tr><tr><td>본인
부담</td><td>500원</td><td colspan="2">3%
※ 500원 미만이면 500원</td><td>500원</td></tr></table></td></tr>
</table>

제 목	내 용
차등적용 질병으로 본인일부부담률을 적용하여하였으나, 추후 다른 질병으로 확진된 경우 환급이 가능한지 (기초의료보장과-8740, '15.10.15.)	■ 약제 처방 당시의 진단명이 차등적용 질병에 해당한다면 약제비 본인일부부담금 차등적용에 따라 약국의료급여비용 총액의 3%(약국 의료급여비용 총액의 3%가 500원 미만일 경우에는 500원)를 부담하게 됩니다. 추후 다른 질병으로 확진되었다 하더라도 환급되지 않습니다.
인슐린을 처방받은 당뇨병인 경우에도, 경증질환 약제비 차등제에 적용되는지 (기초의료보장과-8740, '15.10.15.)	■ 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」[별표5]에 따른 E11.2~E11.9 상병에 해당되더라도, 인슐린을 처방(인슐린 단독요법 또는 인슐린과 경구용 치료제의 병용요법)받거나 투여중인 경우에는 약국 의료급여비용총액의 본인부담 차등적용에서 제외 됩니다. 이 경우에는 약국 본인일부부담금 500원을 부담하게 됩니다.
대형병원에서 가벼운 질병으로 외래 진료시 약국 약값 외에 병원 진료비도 달라지는지 (기초의료보장과-8740, '15.10.15.)	■ 대형병원 외래 진료 시 병원진료비에 대해 환자가 내야하는 돈은 지금처럼 1종은 1,500~2,000원, 2종은 총 진료비의 15%입니다.
의료급여 경증질환 약제비 본인부담 차등제 관련 일부 개정 사항 알림 (기초의료보장과-8099, '18.10.25.)	■ 주요 개정내용 1) 약제비 본인부담 차등적용 대상 질환 확대 (기존 52개에서 100개로 확대) 2) 추가 확대 상병에 한해 연령 및 제한적 범위 내 예외 기준 한시 적용 • 특정기호가 V352인 대상 중 어느 하나에 해당하는 경우 - A04.4, B00.8, G53.78, J41 상병으로서 6세 미만의 소아인 경우 [별표 6제2호 나목1] - 「의료법」 제3조제2항제1호 의원급 의료기관에서 같은 법 제3조 같은 항 제3호마목의 종합병원(단, 같은 법 제3조의 4에 따라 상급종합병원으로 지정된 종합병원제외)으로 의료급여를 의뢰한 경우, 이 경우 의료급여 의뢰는 의료인의 의학적 판단에 따라 의료급여법 시행규칙 제3조 규정에 의한 것으로, 산정특례 대상에서 제외하는 기간은 의료급여의뢰서가 해당 종합병원에 접수된 날로부터 최대 90일까지로 함 [별표 6 제2호나목2 관련]

10. 기 타

소년보호사건 심리중 요양기관 위탁처분시의 적용수가

제 목	내 용
소년보호사건 심리 중 치료나 요양이 필요하다고 인정되는 경우에 병원, 요양소등 의료기관에 보호소년을 위탁하는 처분을 하고 있으며(소년법 제32조 제1항 제5호), 위 위탁처분을 함에 있어 생활보호대상자 등으로 보호자가 감호에 관한 비용을 지급할 능력이 없는 때에는 담당소년부 판사가 심리과정에서 이를 신중히 검토하여 꼭 필요하다고 인정되는 경우에 한하여 그 비용의 전부 또는 일부를 국가가 부담하기로 하는 결정을 하고 있는바 일반 의료보험수가보다 저렴한 의료비 혜택(감면)을 받을 수 있는 방법이 있는지 여부 (보관65730-1751호, '98.11.27.)	■ 소년법 제32조 및 제41조에 의하면 "소년부판사는 심리의 결과 보호처분의 필요가 있다고 인정한 때에는 결정으로써 병원, 요양소에 위탁하여야 하며, 보호처분시 그 감호에 관한 비용의 전부 또는 일부를 보호처분을 받은 소년의 보호자가 수탁자에게 지불하여야 하나 보호자가 지급할 능력이 없는 때에는 소년부가 이를 지급할 수 있다."고 규정하고 있음 한편, 의료보호법 제5조에서는 "보호대상자가 다른 법령에 의하여 의료보호를 받고 있는 경우에는 이 법에 의한 의료보호를 행하지 아니한다."고 규정하고 있음 따라서, 보호처분에 대한 비용은 보호처분을 받은 소년의 보호자가 부담하여야 할 것이며, 부담능력이 없는 경우에는 소년부가 지급하여야 할 것임. 또한 일반 의료보험수가보다 저렴한 의료비 혜택(감면)을 받을 수 있는 방법은 없음

의료급여비 행정심판 제기시한 관련

제 목	내 용
이의신청결정통지서 받은 지 90일 이후에 보건복지부에 심사청구(행정심판)를 할 수 있는지 여부 (의급65730-313호, '02.9.11.)	■ 의료급여법 제30조에 의한 이의신청에 대하여 급여비용심사기관의 결정에 불복이 있는 경우 행정심판법 제3조에 의하여 행정심판을 제기할 수 있음 다만, 동 건 관련 행정심판을 제기할 수 있는 기간이 동 법 제27조에 의하여 처분이 있음을 안 날로부터 90일 이내에 제기하도록 하고 있음

세월호 사고 관련

제 목	내 용
세월호 관련 진료의 경우에도 현행 의료급여절차를 준수해야 하는지 여부 (기초의료보장과-2590, '14.5.13.)	■ 세월호 관련 승선자 가족들의 생계활동 곤란 등 애로점을 감안하여, 지원기간 내 한시적으로 세월호 관련 승선자 가족(의료급여수급자)의 경우 제1차 의료급여기관의 의뢰서 없이도 제2차의료급여기관 진료 가능 ■ 다만 의료급여법 시행규칙 제3조제1호부터 제6호까지에 해당하는 응급환자, 희귀난치·중증질환자 등은 의뢰서 없이도 제3차의료급여기관 진료 가능하며 그 외 수급자는 제3차의료급여기관 이용시 의뢰서 필요
세월호 사고 관련 정신질환 치료(F코드)에 대한 상병분류기호는 어떻게 기재하는지 (보험급여과-1428, '14.5.14.)	■ 상병분류기호 Z719(상세불명의 상담)를 기재(의료급여동일)
대상자가 정신건강의학과를 처음으로 방문하여 약물처방이 없는 경우에만 적용 가능한지 (보험급여과-1428, '14.5.14.)	■ 아니요. 세월호 사고 관련 외상 후 스트레스 장애(PISD) 등 정신건강의학과 질환인 경우에는 초·재진 모두 가능하며 약물처방 및 처치 등을 시행하는 경우에도 적용가능함(의료급여도 동일하게 적용)

영상수가 인하고시 소송결과 관련

제 목	내 용
영상검사(CT, MRI, PET) 수가 인하고시 소송결과 '고시처분 효력정지'에 따라 인하고시 취소기간동안 (2011.5.0.~2011.10.21.) 차액분 환급요청(대한병원협회)에 따른 처리방안 (기초의료보장과-3624, '14.6.27.)	■ 인하고시 취소시산동안(2011.5.1.~2011.10.21., 5.7개월) 발생한 차액분 환급요청(대한병원협회)에 따른 처리방안에 대하여는 보험급여과에서 기통보*한 바와 같이 의료급여에서도 동일하게 처리 *** 기통보내용** 인하전 수가를 적용청구하여 수가차액이 조정된 경우와 인하 후 수가로 청구하여 차액환급을 요청한 요양기관에 대해서는 '11.10.21.일을 기산점으로 자체정산 및 추가청구 등으로 처리

메르스 관련

제 목	내 용
메르스 관련 선택의료급여기관 이용절차 (기초의료보장과-5212, '15.6.16.)	■ **(보장기관)** 관할 보장기관의 담당자께서는 수급자가 선택의료급여기관 변경을 원하는 경우 신속히 변경 처리 * 부득이한 경우 직권으로 변경(내부결재), 신청서 사후 제출 인정 * 선택의료급여기관 변경 연간 제한횟수에 반영하지 않음 **〈 선택의료급여기관 대상자 명단 확인 방법 〉** ▶ 의료급여종합지원시스템(공단DW시스템) > 자격관리 > 선택의료급여 > 선택의료급여기관 대상자 의료급여기관별 명부 ■ **(의료기관)** 기존에 선택의료급여기관 지정대상자를 의뢰 받아 진료하던 의료기관의 경우 대상자의 선택의료급여기관이 변경되어도 별도 의뢰서(변경된 선택의료급여기관이 발급한 의뢰서) 없이 진료 가능 **※ 참고사항 : 안심병원 관련 진료절차** 의료급여 수급자*가 안심병원 이용시 별도의 의뢰서 없이 병원급 이상 의료급여기관 이용 가능(의료급여절차 예외) * 선택의료급여기관 지정대상자 포함 조치는 메르스 관련 한시적인 사항
메르스 관련 의료급여 업무처리 방법 (기초의료보장과-5254, '15.6.18.)	■ **의료급여 연장승인 신청서 제출 연기** : 메르스 기간 동안 의료급여 연장승인 신청서 제출 지연, 미제출 수급자에게도 의료급여를 계속적으로 지원 - 제출되는 연장승인 신청서에 대하여는 기존과 같이 심의 진행, 미제출 수급자는 상황 종료 후 신청서가 제출될 수 있도록 조치 ■ **의료급여 산정특례 재등록 신청서 제출 연기** : 산정특례 등록기간이 만료되는 수급자가 기간 내에 재등록 신청서를 제출하지 못하는 경우 보장기관 담당자가 직권으로 연장 처리 - 상황 종료 후 신청서가 제출될 수 있도록 조치하며, 등록기간은 사후 제출된 신청서의 등록 시작일로 수정하지 않음

강원도 지역 산불

제 목	내 용
「의료급여법」제3조제1항제2호에 의거, 특별재난지역 선포에 따른 이재민 의료급여 시행 안내 (기초의료보장과-2133, '19.4.9.)	**가. 지원대상** ■ 「재해구호법」 제2조에 해당하는 이재민 중 「재난 및 안전관리 기본법」 제60조에 따라 특별재난지역으로 선포된 지역에서 발생한 이재민으로, 시군구의 피해조사 결과 재난지수 300이상인 경우 - 타 시군구에 주민등록을 가지고 있더라도 주택, 상가, 농지 등의 피해 지역 거주자 및 근로자 등 상시체류하는 자도 포함 **나. 지원기간** ■ 당해 재난이 발생한 날로 소급하여 최대 6개월간 지원 * 특별재난지역으로 선포한 날, 이재민 의료급여 결정통보일 등이 아님을 유의 **다. 지원절차** ■ (자체계획수립) 보장기관(시군구)에서 지역 내 피해규모(인적, 물적피해), 지원 필요성 등을 종합적으로 고려하여 지원대상, 지원수준, 지원기간 등 자체계획을 수립하여 지원 - 자체계획 수립시 보건복지부와 협의, 수립된 계획을 보건복지부(기초의료보장과)에 공문으로 제출 - 수급권자의 주소지와 관계없이 특별재난지역으로 선포된 시군구가 지원할 것(책정 후 전출입, 가구원 변동 미반영) ■ (처리절차) 시군구 자체계획 수립 → 읍면동 사회보장급여 제공(변경) 신청 접수 → 시군구에서 이재민 의료급여 선정기준 확인 후 수급권자로 선정 ■ (본인부담금 환급) 건강보험공단이 건강보험기금과 의료급여기금 간 정산 후 시군구에 정산내역을 통보하면, 보장기관은 그 내역을 근거로 이재민에게 본인부담금 환급 * 이재민이 의료급여기관으로부터 직접 환급받는 것이 아님 **라. 화재 소실로 인한 특별지원** ■ (노인틀니) 화재소실로 틀니(임시틀니 포함)를 재제작*할 경우 7년 이내라도 의료급여 적용 * 원칙적으로 7년 이내 의료급여 1회 적용 - 이 경우 수급권자는 관할 보장기관에 대상자 등록 후 의료급여 적용

제 목	내 용
	■ (장애인보장구) 화재로 소실된 내구연한 미도래 장애인 보장구에 대해 의사 처방전 없이 재지급 가능(진행절차는 당초와 동일) *** (진행절차)** 신청(수급자) → 수급자격 판단(시군구) → 보장구구입(수급자) → 구입비용 지급(시군구) ■ (요양비) 화재로 소실 시 자가치료품목의 기존 처방기간 범위 내 재급여 가능 * **(자가치료품목)** 복막관류액 또는 자동복막투석 소모성 재료, 산소치료기, 당뇨병 소모성 재료, 자가도뇨 소모성 재료, 인공호흡기 기침유발기, 양압기(수면 중 기도 확보해 주는 기구)
이재민 의료급여 지원 관련 주요 질의답변 (기초의료보장과-2133, '19.4.9.)	① 주택 외 상가, 농지 등 피해자의 지원도 가능하나요? ■ 재난지수 300 이상인 경우 시군구의 자체계획에 따라 지원 가능 ② 타 지역 주민등록자의 지원도 가능하나요? ■ 이재민 주민등록지와 관계없이 특별재난지역 선포 시군구가 지원 가능 ■ 책정 후 타 시군구로 전출한 경우에도 당초 특별재난지역 선포 시군구가 계속 지원 ③ 타 지역 거주자의 여행 중 부상에 대한 지원도 가능하나요? ■ 타 지역 거주자가 여행 중 재난발생지역에서 피해를 입은 경우는 원칙적으로 적용대상에서 제외 ■ 다만, 중대한 피해로서 의료급여가 필요하다고 보장기관(시군구)이 인정한 경우에 예외적으로 가능 ④ 이재민과 동일주민등록표에 등재된 실제 미거주자의 지원은? ■ 특별재난으로 피해를 입지 않은 가구원은 의료급여 지원 대상에서 제외 ⑤ 이재민 수급자의 재해로 인한 부상 이외 질환의 지원도 가능하나요? ■ 시군구의 자체계획에 따라 의료급여 지원 ⑥ 피해주민에 대한 인적·물적 피해 적용은 어떻게 하나요? ■ 이재민은 재난(생명, 신체, 재산 등으로 피해를 주거나 줄 수 있는 것)으로 인한 피해를 입은 사람을 말함, 따라서 '피해주민'에는 인적, 물적 모두 적용 ■ 다만, 이재민 의료급여는 피해정도가 의료급여 선정기준(재난지수 300이상)에 해당하여야 함

제 목	내 용
이재민 의료급여 실시 변경 안내 (기초의료보장과-2413, '19.4.23.)	■ 기초의료보장과-2133(2019.4.9.)호와 관련, 이재민 의료급여 시행 변경사항

당 초	변 경
가. 지원대상 - 「재해구호법」 제2조에 해당하는 이재민 중 「재난 및 안전관리 기본법」 제60조에 따라 특별재난지역으로 선포된 지역에서 발생한 이재민으로, 시군구의 피해조사 결과 **재난지수 300이상**인 경우	가. 지원대상 - 「재해구호법」 제2조에 해당하는 이재민 중 「재난 및 안전관리 기본법」 제60조에 따라 특별재난지역으로 선포된 지역에서 발생한 이재민으로, 시군구의 피해조사 결과 **피해자 지원금을 50만원 이상**(재난지수 300~500에 해당) **지원받는 경우**

선별급여 관련

제 목	내 용
비승인조혈모세포이식환자의 이식과 직접 관련된 진료기간(조혈모세포 주입전 1주부터 주입후 2주)의 의료급여 식대 청구방법 (기초의료보장과-7935, '14.12.12.)	■ 의료급여식대 소정금액(식대 본인부담면제 환자)적용하여 준용수가코드로 청구 - 청구코드 : 준용수가코드(JJJJJJ) - 명칭 : 의료급여식대 - 단가 : 의료급여 식대 본인부담 면제 환자 식대 소정금액 (의료급여식대 단가의 100%)

코로나바이러스감염증-19 관련

제 목	내 용
코로나바이러스감염증-19 (COVID-19) 진단검사관련 진료비 청구방법 (기초의료보장과-1891, '20.4.2.)	■ 급여대상 : 「신종코로나바이러스[실시간 역전사중합효소연쇄반응법] 검사의 급여기준」(고시 제2020-31호, '20.2.7. 시행) 1.가.에 해당하는 경우 ■ 청구방법 : **진단검사비와 진단검사외 진료내역은 명세서를 분리하여 청구** (건강보험과 동일) 다만, 의료급여 1종수급권자가 외래에서 검사시 진료확인번호 및 본인부담금은 표와 같이 적용함 **(진료확인번호)** - 진단검사 명세서와 진단검사외 진료내역 명세서에 동일한 진료확인번호 기재 **(본인부담금)** **- (진단검사 명세서)** 청구시 본인부담금을 기재하되, 환자에게 징수하지 않음 **- (진단검사외 진료내역 명세서)** 1종수급권자 : 발생하는 본인부담금을 청구시 기재하되 환자에게 징수하지 아니함. 건강생활유지비가 남아 있는 수급권자의 경우, 건강생활유지비 또한 차감하지 아니함 (추후 의료급여기금에서 정산예정) **※ 건강생활유지비 '0원' 처리방법** : 국민건강보험공단 요양기관 정보마당 홈페이지에서 진료확인번호 승인 요청 시 본인부담금 및 건강생활유지비 '0원'으로 입력 후 승인 요청
코로나바이러스감염증-19 의료급여 절차 예외 인정기준 관련 청구방법 (고시 제2020-46호, '20.2.26.관련)	■ 대상 - 의료급여 수급권자(선택의료급여기관 이용자 포함)가 코로나바이러스감염증-19 유행기간 중 코로나바이러스감염증-19 감염 또는 의심이 되어 1·2차의료급여기관 또는 선택의료급여기관을 거치지 아니하고 바로 선별진료소에 내원한 경우 ■ 특정내역 - **(일반 의료급여 수급권자)** 명일련 단위 특정내역 'MX999'란에 **"코로나바이러스감염증-19 의심으로 진단 및 치료를 받기 위해 내원"**한 건임을 명기 - **(선택의료급여기관 지정자)** 해당 수급권자가 선택의료급여기관 이용자인 경우에는 명일련 단위 특정내역 'MT018'란에 본인부담 구분코드 'B099'를 기재하여 청구

	▶ 의료급여기관은 해당 수급권자가 선택의료급여기관 이용자인 경우 국민건강보험공단의 자격관리시스템에 내역 전송시 본인부담 구분코드 'B099' 사용 ※ B099 : 감염병 확산 등 긴급한 사유로 인해 외래로 의료급여를 받은 선택의료급여기관 적용자

XI

의료급여법

[의료급여법·시행령·시행규칙]

의료급여 실무편람

Health Insurance Review & Assessment Service

의료급여법·시행령·시행규칙 목차

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
제1조(목적) ····· 459	제1조(목적) ····· 459	제1조(목적) ····· 459
제2조(정의) ····· 459		
제3조(수급권자) ····· 459	제2조(수급권자) ····· 460	
	제3조(수급권자의 구분) ····· 460	
	제4조 삭제〈2013.12.11.〉 ····· 462	
	제5조 삭제〈2013.12.11.〉 ····· 462	
	제6조(의료급여의 개시일) ····· 462	
제3조의2(난민에 대한 특례) ····· 462		
제3조의3(수급권자의 인정 절차 등) ····· 463	제6조의2(수급권자의 추천 등) ····· 463	제1조의2(수급권자의 인정 신청) ····· 463
	제6조의3(수급권자에 관한 사항의 통보) ····· 465	제2조(수급권자의 자격 통보) ····· 465
		제2조의2(서식) ····· 465
제4조(적용배제) ····· 466		
제5조(보장기관) ····· 466		
제5조의2(사례관리) ····· 466		제2조의3(의료급여 관리사의 자격 등) ····· 466
		제2조의4(사례관리사업 지원 업무의 위탁) ····· 468
제6조(의료급여심의위원회) ····· 468	제7조(위원회의 구성 및 기능) ····· 468	
	제8조(위원의 임기와 직무) ····· 469	
	제8조의2(각 위원회 위원의 해촉 등) ····· 470	
	제9조(위원회의 회의 등) ····· 470	
	제10조(수당 등) ····· 470	
	제11조(운영세칙) ····· 471	
		제3조(의료급여의 절차) ····· 471

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		제4조(요양병원 입원진료 현황의 고지) ····· 475
		제5조 삭제〈2013.12.13〉 ····· 475
		제6조(의료급여의 적용기준 및 방법) ····· 476
		제7조(의료급여비용계산서의 발급 및 보존) ····· 476
제7조(의료급여의 내용 등) ····· 476		제8조(의료급여의 범위 등) ····· 476
		제8조의2(임신·출산 진료비의 지원) ····· 477
		제8조의3(의료급여일수의 상한) ····· 478
		제8조의4(의료급여일수의 산정방법 등) ····· 480
		제8조의5(급여일수의 통보 등) ····· 481
		제8조의6(동일성분 의약품의 중복처방·조제 제한) ····· 482
		제9조(비급여대상) ····· 482
		제10조(신의료기술등에 대한 결정 및 조정 등) ····· 482
		제10조의2(약제의 의료급여 결정 및 조정 등) ····· 483
		제11조(서류의 보존) ····· 483
제8조(의료급여증) ····· 484		제12조(의료급여증의 발급) ····· 484
		제13조(의료급여증의 사용) ····· 485
		제14조(의료급여증을 대체하는 신분증명서) ····· 486
		제15조(의료급여증의 반납 및 회수) ····· 486
제9조(의료급여기관) ····· 487	제12조(의료급여기관에서 제외되는 의료기관 등) ····· 487	제16조(의료급여기관별 진료범위) ····· 487
		제17조(제3차의료급여기관의 지정 등) ····· 489
		제18조(의료급여기관 개설 등의 통보) ····· 489
제10조(급여비용의 부담) ····· 490	제13조(급여비용의 부담) ····· 490	제19조(급여비용의 본인부담) ····· 490
		제19조의2(본인부담금의 일부지급) ····· 491
		제19조의3(본인부담금의 초과금액 지급) ····· 491
		제19조의4(급여비용의 본인부담금 면제 대상 등) ····· 492
		제19조의5(급여비용의 본인부담금 차등 적용 제외 대상) ····· 493

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
제11조(급여비용의 청구와 지급) ····· 493		제20조(급여비용의 심사청구 등) ····· 493
제11조의2(서류의 보존) ····· 497		제21조(급여비용의 심사·지급) ····· 494
제11조의3(급여 대상 여부의 확인 등) ····· 497		제22조(정보통신망 등에 의한 제출) ····· 495
제11조의4(의료급여기관의 비용 청구에 관한 금지행위) ····· 498		제23조(급여비용의 가감지급기준) ····· 496
제11조의5(급여비용의 지급보류) ····· 498	제13조의2(급여비용의 지급 보류) ····· 498	
제12조(요양비) ····· 500		제24조(요양비) ····· 500
제13조(장애인 및 임산부에 대한 특례) ····· 504		제25조(장애인보조기기에 대한 급여기준 등) ····· 504
제14조(건강검진) ····· 507		
제15조(의료급여의 제한) ····· 508	제14조(급여의 제한사유 통보) ····· 508	제26조(급여의 제한사유 통보 등) ····· 508
제16조(의료급여의 변경) ····· 508		제26조의2(의료급여 자격득실 확인) ····· 508
제17조(의료급여의 중지 등) ····· 509		
제18조(수급권의 보호) ····· 509		
제19조(구상권) ····· 509		
제20조(급여비용의 대지급) ····· 509		제27조(급여비용의 대지급 신청 및 상환방법 등) ····· 509
제21조(대지급금의 상환) ····· 510		
제22조(대지급금의 독촉 등) ····· 511		
제23조(부당이득의 징수) ····· 511		
제24조(결손처분) ····· 513	제15조(결손처분) ····· 513	
제25조(의료급여기금의 설치 및 조성) ····· 513		
제26조(기금의 관리 및 운용) ····· 514	제16조(기금관리공무원) ····· 514	제28조(기금의 관리·운용) ····· 514
		제29조(기금의 운용현황 및 결산보고) ····· 516
제27조(급여비용의 예탁) ····· 516		제30조(급여비용의 예탁 등) ····· 516
제28조(의료급여기관의 업무정지 등) ····· 517		제31조(급여비용의 예탁금결정액) ····· 516
		제32조(행정처분 사실의 통보) ····· 517
	제16조의2(행정처분의 기준) ····· 518	제33조 삭제〈2013.12.13〉 ····· 518
제29조(과징금 등) ····· 518	제16조의3(과징금 미납자에 대한 처분) ····· 518	제34조 삭제〈2013.12.13〉 ····· 518

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
제29조의2(제조업자등의 금지행위 등) ····· 519	제16조의4(과징금의 부과 기준) ····· 519	
제30조(이의신청 등) ····· 520	제17조(이의신청의 결정 및 통지) ····· 520	제35조(이의신청서 등) ····· 520
제30조의2(심판청구) ····· 521	제17조의2(심판청구서의 제출) ····· 521	
	제17조의3(급여비용심사기관의 심판청구서 접수·처리) ····· 522	
	제17조의4(분쟁조정위원회의 접수·처리) ····· 522	
	제17조의5(심판청구의 결정 및 통지) ····· 523	
제31조(소멸시효) ····· 524		
제32조(보고 및 검사) ····· 524	제18조(검사업무의 지원) ····· 524	제35조2(현장조사서) ····· 525
제32조의2(자료의 제공) ····· 525		
제32조의3(포상금 및 장려금의 지급) ····· 526	제18조의2(포상금의 지급 등) ····· 526	
	제18조의3(장려금의 지급 등) ····· 526	
제33조(권한의 위임 및 위탁) ····· 527	제19조(권한의 위임) ····· 527	
	제20조(업무의 위탁) ····· 527	
	제21조(민감정보 및 고유식별정보의 처리) ····· 528	
	제21조2(규제의 재검토) ····· 530	제36조(규제의 재검토) ····· 530
제34조(끝수 및 소액의 처리) ····· 530		
제35조(벌칙) ····· 531		
제36조(양벌규정) ····· 532		
제37조(과태료) ····· 532	제22조(과태료 부과의 기준) ····· 532	
부 칙 ····· 533	부 칙 ····· 533	부 칙 ····· 533

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
의료급여법	**의료급여법 시행령**	**의료급여법 시행규칙**
전문개정 2001. 5.24. 법률 제6474호	전문개정 2001. 9.29. 대통령령 제17379호	전문개정 2001.10. 9. 보건복지부령 제202호
개정 2002.12. 5. 법률 제6758호	개정 2003. 1. 2. 대통령령 제17878호	개정 2001.12.31. 보건복지부령 제206호
개정 2003. 5.15. 법률 제6875호	개정 2003.12.30. 대통령령 제18206호	개정 2003. 1.24. 보건복지부령 제236호
개정 2004. 3. 5. 법률 제7182호	개정 2004. 6.29. 대통령령 제18460호	개정 2003.12.31. 보건복지부령 제267호
개정 2005. 1.27. 법률 제7347호	개정 2004.12.30. 대통령령 제18622호	개정 2004. 7. 6. 보건복지부령 제287호
개정 2005.12.23.법률 제7736호	개정 2005. 7. 5. 대통령령 제18935호	개정 2004.12.31. 보건복지부령 제304호
개정 2006.10. 4. 법률 제8036호	개정 2005.11.11. 대통령령 제19129호	개정 2005. 6.29. 보건복지부령 제319호
개정 2006.12.28.법률 제8114호	개정 2006. 2. 2. 대통령령 제19313호	개정 2006. 4.13. 보건복지부령 제356호
개정 2007. 8. 3. 법률 제8609호	개정 2006. 4.13. 대통령령 제19445호	개정 2007. 3.27. 보건복지부령 제390호
개정 2007.12.14.법률 제8694호	개정 2007. 2.28. 대통령령 제19918호	개정 2007.12.28. 보건복지부령 제427호
개정 2008. 2.29. 법률 제8852호	개정 2008. 2.19. 대통령령 제20612호	개정 2008. 2.28. 보건복지가족부령 제441호
개정 2010. 1.18. 법률 제9932호	개정 2008. 2.29. 대통령령 제20679호	개정 2008. 3. 3. 보건복지가족부령 제1호
개정 2011. 3.30. 법률 제10514호	개정 2009. 2. 6. 대통령령 제21313호	개정 2008.11.26. 보건복지가족부령 제75호
개정 2011. 6. 7. 법률 제10784호	개정 2009. 3.31. 대통령령 제21395호	개정 2009.10.22. 보건복지가족부령 제136호
개정 2011. 6. 7. 법률 제10788호	개정 2009.12.31. 대통령령 제21957호	개정 2010. 2.26. 보건복지가족부령 제165호
개정 2011. 8. 4. 법률 제11007호	개정 2010. 3.15. 대통령령 제22075호	개정 2010. 3.19. 보건복지부령 제1호
개정 2011. 9.15. 법률 제11042호	개정 2010. 9.17. 대통령령 제22384호	개정 2010. 9. 7. 보건복지부령 제19호
개정 2012. 2.10. 법률 제11298호	개정 2012. 1. 6. 대통령령 제23488호	개정 2010.12.15. 보건복지부령 제29호
개정 2013. 6.12. 법률 제11878호	개정 2012. 6. 7. 대통령령 제23844호	개정 2010.12.30. 보건복지부령 제32호
개정 2014. 1.28. 법률 제12362호	개정 2012. 8.31. 대통령령 제24077호	개정 2011. 3.30. 보건복지부령 제47호
개정 2014.12.30.법률 제12933호	개정 2013. 3.23. 대통령령 제24454호	개정 2011. 4.15. 보건복지부령 제51호
개정 2015. 3.27. 법률 제13248호	개정 2013. 6.11. 대통령령 제24589호	개정 2011. 7. 4. 보건복지부령 제67호
개정 2015.12.29.법률 제13657호	개정 2013. 9. 3. 대통령령 제24700호	개정 2012. 3.30. 보건복지부령 제117호
개정 2016. 2. 3. 법률 제14003호	개정 2013. 9. 3. 대통령령 제24700호	개정 2012. 6.29. 보건복지부령 제133호

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
개정 2017. 3.21. 법률 제14697호	개정 2013.12.11. 대통령령 제24995호	개정 2012. 8.31. 보건복지부령 제157호
개정 2019. 1.15. 법률 제16253호	개정 2014. 7. 16. 대통령령 제25477호	개정 2012.11.21. 보건복지부령 제170호
개정 2019. 4.23. 법률 제16374호	개정 2014.12. 9. 대통령령 제25840호	개정 2013. 7. 1. 보건복지부령 제201호
	개정 2015. 6.30. 대통령령 제26365호	개정 2013. 9.13. 보건복지부령 제208호
	개정 2015.10.29. 대통령령 제26606호	개정 2013.12.31. 보건복지부령 제228호
	개정 2015.12.31. 대통령령 제26844호	개정 2014.11.19. 보건복지부령 제208호
	개정 2016. 6.28. 대통령령 제27275호	개정 2015. 1. 5. 보건복지부령 제283호
	개정 2016.12.30. 대통령령 제27730호	개정 2015. 7. 1. 보건복지부령 제328호
	개정 2017. 3. 8. 대통령령 제27934호	개정 2015.10.30. 보건복지부령 제361호
	개정 2017. 9.29. 대통령령 제28349호	개정 2015.12.31. 보건복지부령 제385호
	개정 2017.12.29. 대통령령 제28550호	개정 2016. 6.29. 보건복지부령 제410호
	개정 2018. 1.23. 대통령령 제28603호	개정 2016.12.30. 보건복지부령 제459호
	개정 2018. 6.26. 대통령령 제29003호	개정 2017. 8. 4. 보건복지부령 제512호
	개정 2018.10.30. 대통령령 제29265호	개정 2017. 9.15. 보건복지부령 제520호
	개정 2018.12.24. 대통령령 제29410호	개정 2018. 8. 1. 보건복지부령 제586호
	개정 2019. 4. 2. 대통령령 제29676호	개정 2019.12.28. 보건복지부령 제606호
	개정 2019. 7. 2. 대통령령 제29945호	개정 2019.12.31. 보건복지부령 제605호
	개정 2019. 7. 2. 대통령령 제29950호	개정 2019. 7. 1. 보건복지부령 제649호
	개정 2019. 8.27. 대통령령 제30061호	개정 2019. 9.27. 보건복지부령 제672호
	개정 2019.10.22. 대통령령 제30144호	개정 2019.10.24. 보건복지부령 제675호
	개정 2020. 6. 2. 대통령령 제30748호	개정 2019. 7. 1. 보건복지부령 제649호
	개정 2020.10. 7. 대통령령 제31097호	개정 2019.11.19. 보건복지부령 제686호
		개정 2019.12.20. 보건복지부령 제691호
		개정 2019.12.31. 보건복지부령 제693호
		개정 2020. 6.29. 보건복지부령 제739호

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
제1조(목적) 이 법은 생활이 어려운 사람에게 의료급여를 함으로써 국민보건의 향상과 사회복지의 증진에 이바지함을 목적으로 한다. [전문개정 2013. 6. 12.]	**제1조(목적)** 이 영은 「의료급여법」에서 위임된 사항과 그 시행에 관하여 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다. 〈개정 2005. 7. 5.〉	**제1조(목적)** 이 규칙은 「의료급여법」 및 「의료급여법 시행령」에서 위임된 사항과 그 시행에 관하여 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다. 〈개정 2005. 6. 29.〉
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. 1. "수급권자"란 이 법에 따라 의료급여를 받을 수 있는 자격을 가진 사람을 말한다. 2. "의료급여기관"이란 수급권자에 대한 진료·조제 또는 투약 등을 담당하는 의료기관 및 약국 등을 말한다. 3. "부양의무자"란 수급권자를 부양할 책임이 있는 사람으로서 수급권자의 1촌 직계혈족 및 그 배우자를 말한다. [전문개정 2013. 6. 12.]		
제3조(수급권자) ① 이 법에 따른 수급권자는 다음 각 호와 같다. 〈개정 2014. 12. 30, 2015. 3. 27.〉 1. 「국민기초생활 보장법」에 따른 의료급여 수급자 2. 「재해구호법」에 따른 이재민으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람 3. 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료급여를 받는 사람 4. 「입양특례법」에 따라 국내에 입양된 18세 미만의 아동 5. 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」의 적용을 받고 있는 사람과 그 가족으로서 국가보훈처장이 의료급여가 필요하다고 추천한 사람 중에서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람		

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
6. 「무형문화재 보전 및 진흥에 관한 법률」에 따라 지정된 국가무형문화재의 보유자(명예보유자를 포함한다)와 그 가족으로서 문화재청장이 의료급여가 필요하다고 추천한 사람 중에서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람 7. 「북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률」의 적용을 받고 있는 사람과 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람 8. 「5·18민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」 제8조에 따라 보상금등을 받은 사람과 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람 9. 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」에 따른 노숙인 등으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람 10. 그 밖에 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 사람으로서 대통령령으로 정하는 사람 ② 제1항제2호 및 제5호부터 제9호까지의 규정에 따른 수급권자의 인정 기준 등에 관한 사항은 보건복지부장관이 정하는 바에 따른다. ③ 제1항에 따른 수급권자에 대한 의료급여의 내용과 기준은 대통령령으로 정하는 바에 따라 구분하여 달리 정할 수 있다. ④ 제1항에 따른 수급권자에 대한 의료급여의 개시일 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. [전문개정 2013. 6. 12.]	**제2조(수급권자)** 「의료급여법」(이하 "법"이라 한다) 제3조제1항제10호에서 "대통령령으로 정하는 사람"이란 법 제3조제1항제1호부터 제9호까지의 규정에 해당하는 사람과 유사한 사람으로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 중 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정하는 사람을 말한다. 〈개정 2010. 3. 15., 2012. 6. 7., 2013. 12. 11.〉 1. 일정한 거소가 없는 사람으로서 경찰관서에서 무연고자로 확인된 사람 2. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사람 [전문개정 2009. 2. 6.] **제3조(수급권자의 구분)** ① 수급권자는 법 제3조제3항에 따라 1종수급권자와 2종수급권자로 구분한다. 〈개정 2015. 6. 30.〉 ② 1종수급권자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다. 〈개정 2003. 1. 2., 2003. 12. 30., 2004. 12. 30., 2005. 7. 5., 2008. 2. 19., 2008. 2. 29., 2009. 2. 6., 2009. 12. 31., 2010. 3. 15., 2012. 6. 7., 2013. 9. 3., 2016. 6. 28.〉 1. 법 제3조제1항제1호에 따른 「국민기초생활 보장	

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
	법」에 의한 수급자중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자 가. 다음 각 항목의 어느 하나에 해당하는 자 또는 근로능력이 없거나 근로가 곤란하다고 인정하여 보건복지부장관이 정하는 자만으로 구성된 세대의 구성원 (1) 18세 미만인 자 (2) 65세 이상인 자 (3) 「장애인고용촉진 및 직업재활법」 제2조제2호에 해당하는 중증장애인 (4) 「국민기초생활 보장법 시행령」 제7조제1항제2호에 해당하는 자 (5) 임신 중에 있거나 분만 후 6개월 미만의 여자 (6) 「병역법」에 의한 병역의무를 이행중인 자 나. 「국민기초생활 보장법」 제32조에 따른 보장시설에서 급여를 받고 있는 자 다. 삭제 〈2016. 6. 28.〉 라. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환, 희귀난치성질환 또는 중증질환을 가진 사람 2. 법 제3조제1항제2호부터 제9호까지의 규정에 해당하는 자 3. 제2조제1호에 해당하는 수급권자 4. 제2조제2호에 해당하는 자로서 보건복지부장관이 1종 의료급여가 필요하다고 인정하는 자 ③ 2종수급권자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다. 〈개정 2003. 12. 30., 2004. 12. 30., 2008. 2. 19., 2008. 2. 29., 2009. 2. 6., 2010. 3. 15.〉	

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
	1. 법 제3조제1항제1호의 규정에 해당하는 자중 제2항 제1호에 해당하지 아니하는 자 2. 삭제 〈2009. 2. 6.〉 3. 제2조제2호에 해당하는 자로서 보건복지부장관이 2종의료급여가 필요하다고 인정하는 자 **제4조** 삭제 〈2013. 12. 11.〉 **제5조** 삭제 〈2013. 12. 11.〉 **제6조(의료급여의 개시일)** 수급권자에 대한 의료급여는 법 제3조제1항제1호의 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자가 되거나 법 제3조의3제5항에 따라 수급권자로 인정된 날부터 개시한다. 다만, 제2조제1호의 규정에 해당하는 무연고자는 행정기관이 응급진료를 받게 한 날부터, 법 제3조제1항제3호의 규정에 해당하는 의상자 또는 의사자의 유족은 의상자 또는 의사자가 다른 사람의 생명·신체 또는 재산을 구하다가 신체의 부상을 입거나 사망한 날부터 개시한다. 〈개정 2004. 6. 29., 2013. 12. 11.〉	
제3조의2(난민에 대한 특례) 「난민법」에 따른 난민인정자로서 「국민기초생활 보장법」 제12조의3제2항에 따른 의료급여 수급권자의 범위에 해당하는 사람은 수급권자로 본다. 〈개정 2014. 12. 30.〉 [전문개정 2013. 6. 12.]		

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
제3조의3(수급권자의 인정 절차 등) ① 제3조제1항제2호부터 제10호까지의 수급권자가 되려는 사람은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 특별자치시장·특별자치도지사·시장(특별자치도의 행정시장은 제외한다)·군수·구청장(구청장은 자치구의 구청장을 말하며, 이하 "시장·군수·구청장"이라 한다)에게 수급권자 인정 신청을 하여야 한다. ② 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 신청인을 수급권자로 인정하는 것이 타당한지를 확인하기 위하여 필요한 경우 그 신청인에게 「국민기초생활 보장법」 제21조제3항 각 호에 따른 자료 또는 정보의 제공에 동의한다는 서면을 제출하게 할 수 있다. ③ 제1항의 신청에 따른 조사, 확인조사, 금융정보 등의 제공 등에 관하여는 「국민기초생활 보장법」 제22조, 제23조 및 제23조의2를 준용한다. ④ 국가보훈처장과 문화재청장은 대통령령으로 정하는 바에 따라 제3조제1항제5호 및 제6호의 수급권자로 인정할 필요가 있는 사람을 추천하여 그 결과를 수급권자의 주소지를 관할하는 시장·군수·구청장에게 알려야 한다. 이 경우 제3조제1항제5호 및 제6호의 수급권자가 되려는 사람이 제1항에 따른 수급권자 인정 신청을 한 것으로 본다. ⑤ 시장·군수·구청장은 제1항 및 제4항에 따라 인정 신청을 한 사람(제3조제1항제3호 및 제4호에 해당하는 사람은 제외한다) 중에서 제3조제2항에 따른 수급권자의 인정 기준에 따라 수급권자를 정하여야 한다. ⑥ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 수급권	**제6조의2(수급권자의 추천 등)** ① 법 제3조의3제4항에 따라 국가보훈처장 또는 문화재청장의 추천을 받으려는 사람은 보건복지부령으로 정하는 추천 신청서에 보건복지부령으로 정하는 서류(전자문서를 포함한다. 이하 같다)를 첨부하여 국가보훈처장 또는 문화재청장에게 추천 신청을 하여야 한다. ② 제1항에 따른 추천 신청을 받은 국가보훈처장과 문화재청장은 해당 신청자의 가족(국가보훈처장과 문화재청장이 해당 신청자와 함께 의료급여를 받을 필요가 있다고 인정하여 정하는 범위의 가족을 말하며, 이하 "가족"이라 한다)에 대하여 다음 각 호의 요건을 충족하는지를 확인하여야 한다.	**제1조의2(수급권자의 인정 신청)** ① 「의료급여법」(이하 "법"이라 한다) 제3조의3제1항 또는 제16조에 따라 수급권자 인정 신청 또는 의료급여의 변경 신청을 하려는 사람은 제2조의2에 따른 의료급여(변경)신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 거주지를 관할하는 특별자치시장·특별자치도지사·시장(특별자치도의 행정시장은 제외한다)·군수·구청장(구청장은 자치구의 구청장을 말하며, 이하 "시장·군수·구청장"이라 한다)에게 제출하여야 한다. 다만, 법 제3조제1항제2호부터 제4호까지 또는 같은 항 제8호부터 제10호까지의 규정에 해당하는 경우에는 제1호의 서류만 첨부할 수 있다. 1. 법 제3조제1항제2호부터 제10호까지에서 규정된 법령의 적용 대상자임을 증명할 수 있는 서류 2. 제2조의2에 따른 소득·재산 신고서 및 임대차계약서 등 소득·재산상태를 확인할 수 있는 서류로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 서류 3. 제2조의2에 따른 「국민기초생활 보장법」 제21조제3항 각 호의 자료 또는 정보의 제공 동의서 ② 법 제3조의3제4항 및 「의료급여법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제6조의2에 따라 국가보훈처장 또는 문화재청장의 추천을 받으려는 사람은 제2조의2에 따른 추천 신청서에 제1항제2호 및 제3호의 서류를 첨부하여 국가보훈처장 또는 문화재청장에게 제출하여야 한다. [본조신설 2013. 12. 13.]

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
자의 인정 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. [본조신설 2013. 6. 12.]	1. 법 제3조제1항제5호 또는 제6호에 따른 법률의 적용 대상자가 1명 이상 있을 것 2. 가족 전원이 제6항에 따른 추천 기준을 충족할 것 ③ 국가보훈처장과 문화재청장은 제2항 각 호의 요건을 모두 충족하는 신청자와 그 가족을 해당 신청자의 주소지를 관할하는 특별자치시장·특별자치도지사·시장(특별자치도의 행정시장은 제외한다)·군수·구청장(구청장은 자치구의 구청장을 말하며, 이하 "시장·군수·구청장"이라 한다)에게 법 제3조제1항제5호 또는 제6호에 따른 수급권자로 인정할 필요가 있는 사람(이하 "의료급여 인정 대상자"라 한다)으로 추천하여야 한다. ④ 국가보훈처장과 문화재청장은 제3항에 따라 의료급여 인정 대상자를 추천하는 경우 추천 신청자로부터 제출받은 제1항의 서류를 함께 제출하여야 한다. ⑤ 제3항에 따라 의료급여 인정 대상자를 추천받은 시장·군수·구청장은 수급권자 인정 여부와 수급권자로 인정하는 경우 의료급여의 내용을 결정하고 그 결정 내용을 서면(전자문서를 포함한다)으로 해당 추천 기관에 알려야 한다. ⑥ 국가보훈처장과 문화재청장은 의료급여 인정 대상자의 추천 기준을 매년 9월 30일까지 보건복지부장관에게 통보하여야 한다. ⑦ 제1항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 의료급여 인정 대상자 추천에 관한 사항은 보건복지부장관이 따로 정한다. [본조신설 2013. 12. 11.]	

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
	제6조의3(수급권자에 관한 사항의 통보) 시장·군수·구청장은 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에는 지체없이 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 해당 수급권자와 「국민건강보험법」 제13조에 따른 국민건강보험공단(이하 "보험공단"이라 한다)에 그 사실을 통보하여야 한다. 1. 법 제3조제1항제1호의 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자가 된 사람이 있거나 법 제3조의3제5항에 따른 수급권자 인정을 한 경우 2. 수급권자가 법 제3조제1항에 따른 수급권자의 요건에 해당하지 아니하게 된 경우 3. 법 제16조에 따라 수급권자에 대한 의료급여의 내용 등을 변경한 경우 4. 법 제17조에 따라 수급권자에 대한 의료급여를 중지한 경우 [본조신설 2013. 12. 11.]	**제2조(수급권자의 자격 통보)** 영 제6조의3에 따라 「국민건강보험법」 제13조에 따른 국민건강보험공단(이하 "공단"이라 한다)에 통보하는 서식은 다음 각 호의 구분에 따른다. 〈개정 2005. 6. 29., 2013. 12. 13.〉 1. 영 제6조의3제1호의 사유가 발생한 경우: 별지 제1호서식의 수급권자자격취득통보서 2. 영 제6조의3제2호 또는 제4호의 사유가 발생한 경우: 별지 제2호서식의 수급권자자격상실통보서 3. 영 제6조의3제3호의 사유가 발생한 경우: 별지 제1호서식의 수급권자자격취득통보서, 별지 제2호서식의 수급권자자격상실통보서 및 별지 제9호서식의 의료급여증기재사항변경통보서 **제2조의2(서식)** 제1조의2제1항 각 호 외의 부분에 따른 의료급여(변경)신청서, 같은 항 제2호에 따른 소득·재산 신고서, 같은 항 제3호에 따른 자료 또는 정보의 제공 동의서, 같은 조 제2항에 따른 추천 신청서 및 영 제6조의3에 따른 수급권자에 대한 통보 서식은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 공통서식에 따른다. [본조신설 2013. 12. 13.] [종전 제2조의2는 제2조의3으로 이동 〈2013. 12. 13.〉]

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
제4조(적용 배제) ① 수급권자가 업무 또는 공무로 생긴 질병·부상·재해로 다른 법령에 따른 급여나 보상(報償) 또는 보상(補償)을 받게 되는 경우에는 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다. 〈개정 2017. 3. 21.〉 ② 수급권자가 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체 등으로부터 의료급여에 상당하는 급여 또는 비용을 받게 되는 경우에는 그 한도에서 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다. 〈신설 2017. 3. 21.〉 [전문개정 2013. 6. 12.]		
제5조(보장기관) ① 이 법에 따른 의료급여에 관한 업무는 수급권자의 거주지를 관할하는 특별시장·광역시장·도지사와 시장·군수·구청장이 한다. ② 제1항에도 불구하고 주거가 일정하지 아니한 수급권자에 대한 의료급여 업무는 그가 실제 거주하는 지역을 관할하는 시장·군수·구청장이 한다. ③ 특별시장·광역시장·도지사 및 시장·군수·구청장은 수급권자의 건강 유지 및 증진을 위하여 필요한 사업을 실시하여야 한다. [전문개정 2013. 6. 12.]		
제5조의2(사례관리) ① 보건복지부장관, 특별시장·광역시장·도지사 및 시장·군수·구청장은 수급권자의 건강관리 능력 향상 및 합리적 의료이용 유도 등을 위하여 사례관리를 실시할 수 있다. ② 제1항에 따른 사례관리를 실시하기 위하여 특별시·광역시·특별자치시·도·특별자치도(이하 "시·도"라 한다) 및		**제2조의3(의료급여 관리사의 자격 등)** ① 법 제5조의2제2항에 따른 의료급여 관리사(이하 "의료급여 관리사"라 한다)는

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
시(특별자치도의 행정시를 제외한다. 이하 같다)·군·구(자치구를 말한다. 이하 같다)에 의료급여 관리사를 둔다.		「의료법」 제2조에 따른 의료인으로서 같은 법 제3조에 따른 의료기관에서 2년 이상 근무한 경력을 가진 사람으로 한다. 〈개정 2013. 12. 13.〉 ② 의료급여 관리사는 다음 각 호의 구분에 따라 해당 인원을 배치하되, 보장기관의 수급권자 수, 수급권자의 질환 정도 등을 고려하여 보건복지부장관이 정한 기준에 따라 더 배치할 수 있다. 〈개정 2013. 12. 13.〉 1. 특별시·광역시·특별자치시·도·특별자치도(이하 "시·도"라 한다): 1명, 다만, 관할 시·군·구의 수가 15개를 초과하는 경우 1명을 더 배치할 수 있다. 2. 시(특별자치도의 행정시를 제외한다. 이하 같다)·군·구(자치구를 말한다. 이하 같다): 1명 ③ 의료급여 관리사의 업무는 다음 각 호와 같다. 1. 수급권자의 건강관리 능력 향상을 위한 교육 및 상담 2. 의료급여제도 안내 및 의료기관 이용 상담 3. 의사의 의료와 보건지도 및 약사의 복약지도에 대한 수급권자의 이행여부 모니터링 등 요양방법의 지도 4. 수급권자와 보장시설 등 보건복지자원과의 연계 5. 그 밖의 의료급여 관리에 필요한 사항으로서 보건복지부장관이 정하는 사항 ④ 보건복지부장관 또는 특별시장·특별자치시장·광역시장·도지사·특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다)는 의료급여 관리사에 대하여 교육훈련을 실시하여야 한다. 이 경우 교육훈련 시간은 연간 12시간 이상으로 한다. 〈개정 2019. 7. 1.〉 ⑤ 제4항에 따라 교육훈련을 실시하는 기관, 교육기간, 교육방법 및 내용 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		장관이 정한다. [본조신설 2012. 11. 21.] [제2조의2에서 이동, 종전 제2조의3은 제2조의4로 이동 〈2013. 12. 13.〉]
③ 보건복지부장관은 제1항에 따른 사례관리 사업의 전문적인 지원을 위하여 해당 업무를 공공 또는 민간 기관·단체 등에 위탁하여 실시할 수 있다. ④ 제2항에 따른 의료급여 관리사의 자격·배치기준 등 운영에 관한 사항과 제3항에 따른 사례관리 사업의 지원 업무 위탁 실시 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. [전문개정 2013. 6. 12.]		**제2조의4(사례관리사업 지원 업무의 위탁)** 보건복지부장관이 법 제5조의2제3항에 따라 사례관리사업 지원업무를 위탁하는 공공 또는 민간 기관·단체 등은 다음 각 호와 같다. 〈개정 2013. 12. 13.〉 1. 정부가 설립·운영비용의 일부를 출연한 법인 2. 공단 및 건강보험심사평가원(이하 "심사평가원"이라 한다) 3. 수급권자에 대한 사례관리 및 의료급여 관리사의 업무 등에 관한 전문적인 능력을 갖춘 법인 [본조신설 2012. 11. 21.] [제2조의3에서 이동 〈2013. 12. 13.〉]
제6조(의료급여심의위원회) ① 이 법에 따른 의료급여사업의 실시에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부, 시·도 및 시·군·구에 각각 의료급여심의위원회를 둔다. 다만, 시·도 및 시·군·구에 두는 의료급여심의위원회의 경우에는 그 기능을 담당하기에 적합한 다른 위원회가 있고 그 위원회의 위원이 제4항에 규정된 자격을 갖춘 경우 시·도 또는 시·군·구의 조례로 각각 정하는 바에 따라 그 위원회로 하여금 의료급여심의위원회의 기능을 수행하게 할 수 있다. ② 보건복지부에 두는 의료급여심의위원회(이하 "중앙의료급여심의위원회"라 한다)는 다음 각 호의 사항을	**제7조(위원회의 구성 및 기능)** ① 법 제6조에 따라 특별시·광역시·특별자치시·도·특별자치도(이하 "시·도"라 한다)에 두는 의료급여심의위원회는 위원장 및 부위원장 각 1명을 포함한 7명 이하의 위원으로 성별을 고려하여 구성하고, 시(특별자치도의 행정시는 제외한다. 이하 같다)·군·구(자치구를 말한다. 이하 같다)에 두는 의료급여심의위원회는 위원장 및 부위원장 각 1명을 포함한 5명 이하의 위원으로 성별을 고려하여 구성한다. 〈개정 2013. 12. 11.〉 ② 시·도에 두는 의료급여심의위원회는 다음 각 호의 사항을 심의한다. 〈개정 2013. 12. 11., 2014. 7. 16.〉	

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
심의한다. 1. 의료급여사업의 기본방향 및 대책 수립에 관한 사항 2. 의료급여의 기준 및 수가에 관한 사항 3. 그 밖에 보건복지부장관 또는 위원장이 부의하는 사항	1. 법 제25조의 규정에 의한 의료급여기금(이하 "기금"이라 한다)의 관리·운영에 관한 주요사항 2. 시·군·구의 의료급여사업의 조정에 관한 사항 3. 그 밖에 의료급여사업과 관련하여 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다)가 필요하다고 인정하여 회의에 부치는 사항 ③ 시·군·구에 두는 의료급여심의위원회는 다음 각 호의 사항을 심의한다. 〈개정 2003. 1. 2., 2013. 12. 11.〉 1. 법 제24조에 따른 대지급금 및 부당이득금 등의 결손처분에 관한 사항 2. 의료급여일수의 연장승인에 관한 사항 3. 그밖에 의료급여사업과 관련하여 시장·군수·구청장이 필요하다고 인정하여 회의에 부치는 사항	
③ 중앙의료급여심의위원회는 위원장을 포함하여 15명 이내의 위원으로 구성하고 위원은 보건복지부장관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 중에서 위촉·지명하며 위원장은 보건복지부차관으로 한다. 〈개정 2017. 3. 21.〉 1. 공익을 대표하는 사람(의료보장에 관한 전문가로서 대학의 조교수 이상인 사람 또는 연구기관의 연구원으로 재직 중인 사람) 2. 의약계를 대표하는 사람 및 사회복지계를 대표하는 사람 3. 관계 행정기관 소속의 3급 이상 공무원 ④ 제1항에 따른 시·도 및 시·군·구 의료급여심의위원	**제8조(위원의 임기와 직무)** ①보건복지부, 시·도 및 시·군·구에 두는 의료급여심의위원회(이하 "각 위원회"라 한다) 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 법 제6조제3항제3호 또는 법 제6조제4항제3호의 규정에 의한 공무원인 위원의 임기는 해당 직에 재직하는 기간으로 한다. 〈개정 2008. 2. 29., 2010. 3. 15.〉 ② 각 위원회의 위원장은 해당 위원회를 대표하며, 그 위원회의 사무를 통할한다. ③ 각 위원회의 부위원장은 위원장을 보좌하며, 위원장이 부득이한 사유로 직무를 수행할 수 없는 때에는 그 직무를 대행한다.	

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
회의 위원은 특별시장·광역시장·도지사 또는 시장·군수·구청장이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 중에서 위촉·지명하며 위원장은 해당 특별시장·광역시장·도지사 또는 시장·군수·구청장으로 한다. 다만, 제1항 단서에 따라 다른 위원회가 의료급여심의위원회의 기능을 대신하는 경우 위원장은 조례로 정한다. 1. 의료보장에 관한 학식과 경험이 있는 사람 2. 공익을 대표하는 사람 3. 관계 행정기관 소속의 공무원 ⑤ 제1항에 따른 의료급여심의위원회는 심의와 관련하여 필요한 경우 제5조에 따른 보장기관에 대하여 그 소속 공무원의 출석이나 자료의 제출을 요청할 수 있다. 이 경우 해당 보장기관은 정당한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다. ⑥ 보건복지부와 시·도 및 시·군·구에 두는 의료급여심의위원회의 기능과 각 의료급여심의위원회의 구성·운영 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. [전문개정 2013. 6. 12.]	**제8조의2(각 위원회 위원의 해촉 등)** 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 법 제6조제3항 각 호 또는 같은 조 제4항 각 호에 따른 각 위원회의 위원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 해당 위원을 해촉(解囑)하거나 지명을 철회할 수 있다. 1. 심신장애로 인하여 직무를 수행할 수 없게 된 경우 2. 직무와 관련된 비위사실이 있는 경우 3. 직무태만, 품위손상이나 그 밖의 사유로 인하여 위원으로 적합하지 아니하다고 인정되는 경우 4. 위원 스스로 직무를 수행하는 것이 곤란하다고 의사를 밝히는 경우 [본조신설 2015. 12. 31.] **제9조(위원회의 회의 등)** ① 각 위원회의 위원장은 해당 위원회의 회의를 소집하고, 그 의장이 된다. ② 각 위원회의 회의는 해당 위원회를 두는 기관의 장 또는 재적위원 3분의 1 이상의 회의소집 요청이 있거나 위원장이 필요하다고 인정하는 때에 소집한다. ③ 각 위원회의 회의는 재적위원 과반수의 출석으로 개의하고, 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다. **제10조(수당 등)** 각 위원회의 회의에 출석한 위원에 대하여는 예산의 범위 안에서 수당과 여비를 지급할 수 있다. 다만, 공무원인 위원이 그 소관업무와 직접 관련되어 출석하는 경우에는 그러하지 아니하다.	

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
	제11조(운영세칙) 이 영에 규정한 것 외에 각 위원회의 운영에 관하여 필요한 사항은 해당 위원회의 의결을 거쳐 위원장이 정한다.	
		제3조(의료급여의 절차) ① 수급권자가 의료급여를 받으려는 경우에는 법 제9조제2항제1호에 따른 제1차의료급여기관(이하 "제1차의료급여기관"이라 한다)에 의료급여를 신청해야 한다. 다만, 다음 각 호 중 제1호부터 제7호까지의 어느 하나에 해당하는 경우에는 같은 항 제2호 또는 제3호에 따른 제2차의료급여기관(이하 "제2차의료급여기관"이라 한다) 또는 제3차의료급여기관(이하 "제3차의료급여기관"이라 한다)에 의료급여를 신청할 수 있고, 제8호부터 제13호까지의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제2차의료급여기관에 의료급여를 신청할 수 있다. 〈개정 2003. 12. 31., 2005. 6. 29., 2007. 3. 27., 2008. 2. 28., 2008. 3. 3., 2009. 10. 22., 2010. 3. 19., 2010. 12. 30., 2012. 11. 21., 2013. 9. 13., 2013. 12. 13., 2015. 10. 30., 2016. 6. 29., 2019. 7. 1., 2019. 10. 24.〉 1. 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 해당하는 응급환자인 경우 2. 분만의 경우 3. 영 제3조제2항제1호라목에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환, 희귀난치성질환 또는 중증질환을 가진 사람이 의료급여를 받으려는 경우 4. 제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관에서 근무하는 수급권자가 그 근무하는 의료급여기관에서 의료급여를 받으려는 경우

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		5. 「장애인복지법」 제32조에 따라 등록한 장애인이 「장애인·노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용촉진에 관한 법률」 제3조제2호에 따른 보조기기를 지급받으려는 경우 6. 「장애인복지법」 제32조에 따라 등록한 장애인이 「구강보건법」 제15조의2에 따른 장애인구강진료센터에서 의료급여를 받으려는 경우 7. 감염병의 확산 등 긴급한 사유가 있어 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준에 따라 의료급여를 받으려는 경우 8. 단순물리치료가 아닌 작업치료·운동치료 등의 재활치료가 필요하다고 인정되는 사람이 재활의학과에서 의료급여를 받으려는 경우 9. 한센병환자가 의료급여를 받으려는 경우 10. 「장애인복지법」 제32조에 따라 등록한 장애인이 의료급여를 받으려는 경우(제6호의 경우는 제외한다) 11. 「국민건강보험법 시행령」 제45조제1호에 해당하는 지역의 의료급여수급권자가 의료급여를 받으려는 경우 12. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령」 제14조 또는 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률 시행령」 제8조에 따른 상이등급을 받은 사람이 의료급여를 받으려는 경우 13. 15세 이하의 아동이 의료급여를 받으려는 경우 ② 제1항에도 불구하고 법 제3조제1항제9호에 따른 노숙인 등(법 제3조제1항제1호에 해당하는 사람은 제외하며, 이하 "노숙인 등"이라 한다)인 수급권자는

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」 제16조제1항제6호에 따른 노숙인진료시설(이하 "노숙인진료시설"이라 한다)인 제1차의료급여기관 또는 제2차의료급여기관에 의료급여를 신청하여야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 노숙인진료시설이 아닌 제1차의료급여기관, 제2차의료급여기관 및 제3차의료급여기관에 의료급여를 신청할 수 있다. 〈신설 2012. 6. 29.〉 1. 노숙인 등이 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 해당하는 응급환자인 경우 2. 노숙인 등이 분만하는 경우 ③ 제1항 및 제2항에 따른 의료급여 신청을 받은 의료급여기관은 진찰 결과 또는 진료 중에 다른 의료급여기관의 진료가 필요하다고 판단하는 경우에는 진료담당의사의 진료의견을 기재한 별지 제3호서식의 의료급여의뢰서를 수급권자 또는 그 보호자에게 발급하여야 한다. 이 경우 진료를 의뢰할 수 있는 다른 의료급여기관의 범위는 다음 각 호의 구분에 따른다. 〈개정 2010. 2. 26., 2012. 6. 29.〉 1. 제1차의료급여기관이 의료급여 신청을 받은 경우: 제2차의료급여기관에 의뢰. 다만, 제2항에 따라 의료급여 신청을 받은 제1차의료급여기관은 노숙인진료시설인 제2차의료급여기관에 의뢰하여야 한다. 2. 제2차의료급여기관이 의료급여 신청을 받은 경우: 다른 제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관에 의뢰. 다만, 제2항에 따라 의료급여 신청을 받은 2차의료급여기관은 제3차의료급여기관 또는 다른 노숙인

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		진료시설인 제2차의료급여기관에 의뢰하여야 한다. 3. 제3차의료급여기관이 의료급여 신청을 받은 경우: 다른 제3차의료급여기관에 의뢰 ④ 제3항에 따라 의료급여의뢰서를 발급받은 수급권자는 발급받은 날부터 7일(공휴일을 제외한다. 이하 같다) 이내에 제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관에 이를 제출하여야 한다. 이 경우 의료급여의뢰서를 발급받은 날부터 7일 이내에 진료를 예약하고 진료를 받는 때에 의료급여의뢰서를 제출하는 경우에는 예약접수일을 의료급여의뢰서 제출일로 본다. 〈개정 2012. 6. 29.〉 ⑤ 제3항에 따라 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관은 수급권자의 상태가 호전되는 때에는 별지 제4호서식의 의료급여회송서를 수급권자에게 발급하여 의료급여를 의뢰한 의료급여기관이나 다음 각 호의 구분에 따른 적절한 다른 의료급여기관으로 수급권자를 회송할 수 있다. 〈개정 2012. 6. 29.〉 1. 의뢰받은 의료급여기관이 제3차의료급여기관인 경우: 제2차의료급여기관 또는 제1차의료급여기관에 회송. 이 경우 수급권자가 노숙인 등일 때에는 노숙인진료시설인 의료급여기관에 회송하여야 한다. 2. 의뢰받은 의료급여기관이 제2차의료급여기관인 경우: 제1차의료급여기관에 회송. 이 경우 수급권자가 노숙인 등일 때에는 노숙인진료시설인 의료급여기관에 회송하여야 한다. ⑥ 제3항 및 제5항에 따라 의료급여를 의뢰하거나 수급권자를 회송하는 의료급여기관은 수급권자의 동의를 받아 진료기록의 사본 등 의료급여에 관한 자료를 의료

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		급여를 의뢰받거나 수급권자를 회송받는 의료급여기관에 제공해야 한다. 〈개정 2012. 6. 29., 2020. 6. 29.〉 ⑦ 심사평가원은 의료급여의 의뢰 및 수급권자의 회송이 효율적으로 이루어질 수 있도록 진료 의뢰·회송 중계시스템을 설치하여 운영할 수 있다. 〈신설 2020. 6. 29.〉 ⑧ 제1항부터 제7항까지에서 규정한 사항 외에 의료급여의 의뢰, 수급권자의 회송, 진료 의뢰·회송 중계시스템의 운영 방법 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다. 〈신설 2020. 6. 29.〉 **제4조(요양병원 입원진료 현황의 고지)** ① 보건복지부장관은 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원인 요양병원 및 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)의 장에게 해당 요양병원에서 입원진료를 받는 수급권자의 입원·퇴원 일시 등 입원진료 현황을 공단에 알리도록 요구할 수 있다. ② 제1항에 따른 입원진료 현황의 내용, 고지 방법 및 절차 등에 관한 구체적인 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다. [본조신설 2019. 11. 19.] **제5조** 삭제 〈2013. 12. 13.〉

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		제6조(의료급여의 적용기준 및 방법) ① 의료급여의 적용기준 및 방법은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제2항부터 제4항까지 및 별표1(제2호나목은 제외한다)에 따른다. 〈개정 2020. 6. 29.〉 ② 「국민건강보험법」 제5조에 따른 건강보험 가입자 또는 피부양자에서 의료급여 수급권자로 자격이 변동된 자에 대하여 제1항에 따른 기준을 적용하는 때에는 의료급여의 기간 또는 인정개수 등을 정하고 있는 행위·약제 및 치료재료에 대한 건강보험의 요양급여 내용과 의료급여의 수급내용을 연계하여 적용한다. [전문개정 2008. 2. 28.] **제7조(의료급여비용계산서의 발급 및 보존)** ① 의료급여기관이 의료급여를 행한 경우(본인부담금이 없는 경우를 포함한다)에는 수급권자에게 의료급여비용계산서를 발급하여야 한다. 이 경우 의료급여비용계산서의 서식은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제7조제1항의 규정에 의한 계산서에 의한다. 〈개정 2005. 6. 29.〉 ② 의료급여기관은 수급권자가 제1항의 규정에 의한 계산서에 대하여 세부산정내역을 요구하는 경우에는 이를 제공하여야 한다.
제7조(의료급여의 내용 등) ① 이 법에 따른 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음 각 호와 같다. 1. 진찰·검사		**제8조(의료급여의 범위 등)** ① 법 제7조에 따른 의료급여의 범위(이하 "의료급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다. 〈개정 2007. 3. 27., 2020. 6. 29.〉 1. 법 제7조제1항 각 호의 의료급여(약제를 제외한다) :

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급 3. 처치·수술과 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그 밖의 의료목적 달성을 위한 조치 ② 제1항에 따른 의료급여의 방법·절차·범위·한도 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다.		제9조에 따른 비급여대상을 제외한 일체의 것 2. 법 제7조제1항제2호의 의료급여(약제로 한정한다) : 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조의2, 제12조 및 제13조에 따라 요양급여대상으로 결정 또는 조정되어 고시된 것 3. 법 제7조제1항제7호에 따른 그 밖의 의료목적 달성을 위한 조치 : 법 제5조제3항에 따라 특별시장·광역시장·도지사 및 시장·군수·구청장이 수급권자의 건강유지 및 증진을 위하여 실시하는 사업으로서 보건복지부장관이 정하여 고시한 것 ② 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제2항 및 제4항은 의료급여대상에 관하여 이를 준용한다. 〈개정 2005. 6. 29., 2007. 12. 28.〉 **제8조의2(임신·출산 진료비의 지원)** ① 시장·군수·구청장은 임신 중이거나 출산(유산 또는 사산을 포함한다. 이하 같다)한 수급권자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준에 해당하는 의료급여기관에서 받는 임신 및 출산과 관련된 진료(출산 전후 산모와 그 산모의 1세 미만인 자녀의 건강관리와 관련된 진료를 포함한다)에 드는 비용과 임신 및 출산과 관련하여 처방된 약제·치료재료(출산 전후 산모와 그 산모의 1세 미만 자녀의 건강관리와 관련하여 처방된 약제·치료재료를 포함한다)의 구입에 드는 비용(이하 이 조에서 "임신·출산 진료비"라 한다)을 지원하되, 그 지급액은 다음 각 호의 구분에 따른 금액의 범위에서 임신 중이거나 출산한 수급권자 본인이 부담하는 금액으로 한다. 다만, 보건복지부

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		장관이 필요하다고 인정하여 고시하는 경우에는 다음 각 호의 상한을 초과하여 지원할 수 있다. 〈개정 2010. 2. 26., 2010. 3. 19., 2010. 9. 7., 2011. 3. 30., 2012. 3. 30., 2012. 6. 29., 2016. 6. 29., 2016. 12. 30., 2017. 9. 15., 2018. 12. 31., 2020. 6. 29.〉 1. 하나의 태아를 임신·출산한 경우: 60만원 2. 둘 이상의 태아를 임신·출산한 경우: 100만원 ② 임신·출산 진료비는 제8조제1항에 따른 의료급여 대상 외에 제9조에 따른 비급여대상에도 사용할 수 있다. 〈개정 2010. 2. 26.〉 ③ 제1항 및 제2항에서 규정한 사항 외에 임신·출산 진료비의 신청과 지급 및 그 사용 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다. 〈개정 2010. 2. 26., 2010. 3. 19.〉 [본조신설 2008. 11. 26.] [제목개정 2010. 2. 26.] [종전 제8조의2는 제8조의3으로 이동 〈2008. 11. 26.〉] **제8조의3(의료급여일수의 상한)** ① 수급권자가 의료급여기금의 부담으로 의료급여를 받을 수 있는 일수(이하 "상한일수"라 한다)는 다음 각 호에 정하는 바에 따른다. 다만, 인체면역결핍증바이러스 질환자에 대하여는 상한일수를 제한하지 아니한다. 〈개정 2007. 3. 27., 2008. 2. 28., 2008. 3. 3., 2010. 3. 19., 2013. 9. 13., 2014. 11. 19., 2016. 6. 29.〉 1. 영 제3조제2항제1호라목에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환, 희귀난치성질환 및 중증질환 : 각 질환별로 연간 365일(윤년의 경우 366일로

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		한다. 이하 같다) 2. 정신 및 행동장애(뇌전증을 포함한다) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환 : 각 질환별로 연간 365일 3. 제1호 및 제2호 외의 질환 : 모든 질환의 의료급여일수를 합하여 연간 365일 ② 제1항 본문에 불구하고 수급권자가 장기간 입원 또는 복합적인 투약 등으로 불가피하게 의료급여를 받아야 할 사유가 발생한 경우에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 시장·군수·구청장의 승인을 얻어 상한일수를 초과하여 의료급여를 받을 수 있다. 다만, 제1항제2호 및 제3호에 따른 질환의 경우 시장·군수·구청장은 법 제6조에 따른 시·군·구 의료급여심의위원회의 심의를 거쳐야 한다. 〈개정 2003. 1. 24., 2003. 12. 31., 2007. 3. 27., 2008. 3. 3., 2010. 3. 19., 2016. 12. 30.〉 ③ 시장·군수·구청장은 제2항에 따라 상한일수를 초과하여 의료급여를 받으려는 자 중 중복투약으로 인하여 건강상 위해가 발생할 우려가 있는 자로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준에 해당하는 자에 대하여는 의료급여를 받을 수 있는 의료급여기관의 선택 범위를 차기연도 말까지 제한하는 것을 조건으로 승인할 수 있다. 〈신설 2007. 3. 27., 2008. 3. 3., 2010. 2. 26., 2010. 3. 19.〉 ④ 제3항에 따라 수급권자가 선택할 수 있는 의료급여기관(이하 "선택의료급여기관"이라 한다)의 범위 및 절차 등은 별표 1과 같다. 〈신설 2007. 3. 27.〉 ⑤ 제3항에 해당하지 아니하는 수급권자라 하더라도

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		의료급여기관을 선택하여 이용할 것을 시장·군수·구청장에게 신청하는 경우에는 별표 1에 정하는 기준에 따라 선택의료급여기관을 선택하여 이용하게 할 수 있다. 〈신설 2007. 3. 27., 2010. 2. 26.〉 ⑥ 영 별표 1 제3호다목에서 "보건복지부령으로 정하는 상한일수"란 제1항에 따른 상한일수를 말하고, 같은 목에서 "보건복지부령으로 정하는 승인"이란 제2항 및 제3항에 따른 승인을 말한다. 〈신설 2018. 12. 31.〉 [본조신설 2001. 12. 31.] [제8조의2에서 이동, 종전 제8조의3은 제8조의4로 이동 〈2008. 11. 26.〉] **제8조의4(의료급여일수의 산정방법 등)** ① 의료급여일수(이하 "급여일수"라 한다)는 매년 1월 1일부터 12월 31일까지의 입원일수, 투약일수, 투약없이 외래로 의료급여를 받는 경우의 급여일수 및 제4호의 규정에 의한 경구약제만을 투여받는 경우의 급여일수를 합하여 산정한다. 다만, 다음 각호의 일수를 제외한다. 〈개정 2005. 6. 29., 2007. 3. 27., 2008. 2. 28., 2008. 3. 3., 2010. 3. 19.〉 1. 입원중 입원한 의료급여기관에서 투약받는 경우 그 입원기간중의 투약일수 2. 동일 처방에 의하여 원내투약과 원외투약이 동시에 이루어지는 경우 중복되는 투약일수 3. 삭제 〈2008. 2. 28.〉 4. 혈액투석 또는 복막투석을 받고 있는 만성신부전증 환자와 장기이식을 받은 환자가 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제2항에 따라 보건

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		복지부장관이 정하여 고시하는 필수적인 경구약제를 투여받는 경우 그 투약일수 ② 급여일수는 의료급여를 받는 날짜의 순서에 따라 산정한다. [본조신설 2001. 12. 31.] [제8조의3에서 이동, 종전 제8조의4는 제8조의5로 이동 〈2008. 11. 26.〉] **제8조의5(급여일수의 통보 등)** ① 공단은 급여일수가 180일 이상이 되는 수급권자가 있는 경우에는 다음 각 호의 사항을 그 수급권자 및 해당 시장·군수·구청장에게 해당 연도 6월 30일까지 통보해야 한다. 다만, 급여일수가 300일 이상이 되는 수급권자의 경우에는 매월 1회 이상 통보해야 한다. 〈개정 2003. 1. 24., 2005. 6. 29., 2007. 3. 27., 2012. 8. 31., 2012. 11. 21., 2018. 12. 31.〉 1. 해당 연도 1월 1일부터 통보일까지의 급여일수 2. 상한일수를 초과하여 의료급여를 받으면서 제8조의3 제2항 및 제3항에 따른 승인을 얻지 않은 경우에 수급권자가 부담해야 하는 의료급여비용 ② 수급권자 또는 시장·군수·구청장은 급여일수에 대한 의료급여내역의 확인을 공단에 요청할 수 있다. 이 경우 공단은 의료급여내역별 급여일수를 지체없이 확인해 주어야 한다. 〈개정 2007. 3. 27.〉 ③ 수급권자가 상한일수를 초과하여 의료급여를 받아 공단이 그 초과하는 일수에 해당하는 비용을 의료급여기관에 지급한 경우에는 공단은 그 내역을 해당 시장·군수·구청장에게 통보하여야 하며, 시장·군수·구청장은 그 통보된 내역에 따라 초과되는 일수에 해당하

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		는 금액을 수급권자로부터 징수하여야 한다. [본조신설 2001. 12. 31.] [제8조의4에서 이동 〈2008. 11. 26.〉] **제8조의6(동일성분 의약품의 중복처방·조제 제한)** 제8조의3제1항 각 호에 따른 상한일수 이내이거나 같은 조 제2항에 따라 상한일수 초과승인을 받더라도, 수급권자가 둘 이상의 의료급여기관을 방문하여 동일한 상병(傷病)으로 동일성분 의약품을 처방·조제 받을 수 있는 급여일수는 6개월 동안 215일 미만으로 한다. 이 경우 급여일수의 산정방법과 통보 및 동일 상병의 판단기준 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다. 〈개정 2010. 3. 19.〉 [본조신설 2010. 2. 26.]
③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다. [전문개정 2013. 6. 12.]		**제9조(비급여대상)** 법 제7조제3항의 규정에 의하여 의료급여대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표 2에 규정된 비급여대상으로 한다. 〈개정 2005. 6. 29., 2007. 3. 27.〉 **제10조(신의료기술등에 대한 결정 및 조정 등)** ①의료급여대상 또는 비급여대상으로 결정되지 아니한 새로운 행위 및 치료재료(이하 "신의료기술등"이라 한다)에 대한 의료급여대상 및 비급여대상 여부(이하 "의료급여대상여부"라 한다)의 결정은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조의2, 제10조, 제11조, 제12조, 제13조제1항 및 제3항, 제14조에 따른다.

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		〈개정 2001. 12. 31., 2005. 6. 29., 2007. 3. 27., 2015. 10. 23.〉 ② 보건복지부장관은 의료급여기관이 정당한 사유없이 신의료기술등에 대하여 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제10조제1항의 규정에 위반하여 의료급여대상여부의 결정을 신청하지 아니하고 수급권자에게 실시 또는 사용한 후 그 비용을 부담시킨 신의료기술등이 의료급여대상으로 확인된 경우에는 법 제28조제1항제1호의 규정에 의하여 그 의료급여기관의 업무정지를 명하거나 법 제29조제1항의 규정에 의하여 과징금 처분을 하여야 한다. 〈개정 2001. 12. 31., 2005. 6. 29., 2008. 3. 3., 2010. 3. 19.〉 **제10조의2(약제의 의료급여 결정 및 조정 등)** 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제2항에 따른 급여목록표에 요양급여대상으로 고시되지 아니한 새로운 약제에 대한 의료급여대상여부의 결정 및 조정은 동 규칙 제10조의2, 제11조의2, 제12조, 제13조제2항 및 제4항, 제14조에 따른다. [본조신설 2007. 3. 27.] **제11조(서류의 보존)** ①의료급여기관이 법 제11조의2 제1항에 따라 5년간 보존하여야 하는 서류는 다음 각 호와 같다. 〈개정 2006. 4. 13.〉 1. 제7조제1항의 규정에 의한 의료급여비용계산서부본 또는 별지 제5호서식의 본인부담금수납대장 2. 제20조의 규정에 의한 의료급여비용심사청구서 및 의료급여비용명세서 3. 약제 및 치료재료 그밖에 의료급여 구성요소의 구입에

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		관한 서류 4. 개인별 투약기록 5. 그밖에 간호관리등급료의 산정자료 등 급여비용의 산정에 필요한 서류 및 이를 증명하는 서류 6. 제1호 내지 제5호의 서류를 전산기록장치에 의하여 디스켓·마그네틱 테이프 등 자기매체에 저장하고 있는 경우에는 동 자료 ② 제22조의 규정에 의하여 전자문서교환방식에 의한 경우에는 제1항제2호의 서류에 갈음하여 전자문서로 이를 보존할 수 있다. ③ 법 제11조의2제2항에서 "보건복지부령이 정하는 의료급여기관"이라 함은 「약사법」에 따라 등록된 약국을 말한다. 〈신설 2006. 4. 13., 2008. 3. 3., 2010. 3. 19.〉
제8조(의료급여증) ① 시장·군수·구청장은 수급권자에게 의료급여증을 발급하여야 한다. 다만, 부득이한 사유가 있는 경우에는 의료급여증을 갈음하여 의료급여증명서를 발급하거나 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 의료급여증을 발급하지 아니할 수 있다. ② 수급권자가 의료급여를 받을 때에는 제1항의 의료급여증 또는 의료급여증명서를 제9조제1항에 따른 의료급여기관(이하 "의료급여기관"이라 한다)에 제출하여야 한다. 다만, 천재지변이나 그 밖의 부득이한 사유가 있으면 그러하지 아니하다. ③ 수급권자는 제2항 본문에도 불구하고 주민등록증, 운전면허증, 여권, 그 밖에 본인 여부를 확인할 수 있는 보건복지부령으로 정하는 신분증명서(이하 "신분증명서"라		**제12조(의료급여증의 발급)** ① 시장·군수·구청장은 법 제3조제1항제1호 또는 법 제3조의3제5항에 따라 수급권자가 된 사람에게 지체 없이 법 제8조제1항에 따라 별지 제6호서식의 의료급여증을 발급하여야 한다. 다만, 부득이한 사유로 의료급여증을 발급할 수 없는 경우에는 별지 제7호서식의 의료급여증명서를 발급하여 의료급여증이 발급될 때까지 사용하게 하여야 한다. ② 제1항에도 불구하고 법 제3조제1항제4호 또는 같은 항 제10호에 따른 수급권자에게는 법 제8조제1항 단서에 따라 의료급여증을 발급하지 아니할 수 있다. ③ 수급권자가 수학·보육 등의 사유로 의료급여증을 추가로 발급받거나 의료급여증의 분실, 기재사항 변경 등의 사유로 의료급여증을 재발급받으려면 별지 제8호

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
한다)로 의료급여기관이 그 자격을 확인할 수 있으면 의료급여증 또는 의료급여증명서를 제출하지 아니할 수 있다. ④ 제1항에 따른 의료급여증 및 의료급여증명서의 서식과 그 사용 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. [전문개정 2013. 6. 12.]		서식의 의료급여증(추가발급·재발급) 신청서에 추가 또는 재발급 신청 사유를 증명하는 서류를 첨부하여 시장·군수·구청장에게 제출하고, 시장·군수·구청장은 그 사유를 확인하여 의료급여증을 수급권자에게 추가로 발급하거나 재발급하여야 한다. ④ 시장·군수·구청장은 법 제16조에 따라 의료급여의 내용이 변경된 수급권자에 대해서는 의료급여증을 회수하고, 변경된 내용에 맞는 새로운 의료급여증을 지체 없이 발급하여야 한다. ⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 의료급여증 발급에 관한 사항은 보건복지부장관이 정한다. [전문개정 2013. 12. 13.] **제13조(의료급여증의 사용)** ① 수급권자가 의료급여를 신청할 때에는 의료급여증, 의료급여증명서 또는 제14조에 따른 신분증명서(이하 이 조에서 "의료급여증등"이라 한다)를 의료급여기관에 제출하여야 한다. 다만, 수급권자가 의식불명 등의 사유로 의료급여증등을 제출하지 못한 경우에는 그 사유가 없어진 날부터 7일 이내에 의료급여증등을 제출할 수 있다. ② 의료급여기관이 제1항에 따라 의료급여증등을 제출받은 때에는 정보통신망을 통하여 본인 여부를 확인하여야 한다. 다만, 정보통신망의 고장 등 부득이한 사유로 인하여 해당 수급권자의 자격을 확인할 수 없는 경우 수급권자 또는 의료급여기관은 시장·군수·구청장에게 수급권자의 자격 확인을 요청할 수 있으며, 요청을 받은 시장·군수·구청장은 해당 수급권자가 자격이

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		있는지를 확인하여 지체 없이 팩스를 통하여 제12조제1항 단서에 따른 의료급여증명서를 송부하거나 유선을 통하여 해당 수급권자 또는 의료급여기관에 알려야 한다. 〈개정 2019. 9. 27.〉 ③ 수급권자는 의료급여증을 다른 사람에게 넘겨주거나 빌려주어서는 아니 된다. [전문개정 2013. 12. 13.] **제14조(의료급여증을 대체하는 신분증명서)** 법 제8조제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 신분증명서"란 다음 각 호의 증명서 또는 서류를 말한다. 이 경우 그 증명서 또는 서류에 유효기간이 적혀 있는 경우에는 그 유효기간이 지나지 아니하여야 한다. 1. 행정기관이나 공공기관이 발행한 증명서로서 사진이 붙어 있어 본인임을 확인할 수 있는 공무원증, 국가유공자증, 장애인등록증, 외국인등록증, 국가기술자격증, 그 밖에 신분을 확인할 수 있는 증명서 2. 행정기관이나 공공기관이 기록·관리하는 서류로서 사진이 붙어 있어 본인을 확인할 수 있는 서류 [전문개정 2013. 12. 13.] **제15조(의료급여증의 반납 및 회수)** ① 수급권자는 다음 각 호의 1에 해당하는 사유가 생긴 때에는 시장·군수·구청장에게 의료급여증을 지체없이 반납하여야 한다. 1. 의료급여증을 잃어버려 재발급을 받은 자가 잃어버린 의료급여증을 찾은 때 2. 수급권자가 법 제3조제1항의 규정에 의한 수급권자의 요건에 해당하지 아니하게 된 때

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		3. 법 제17조의 규정에 의하여 수급권자에 대한 의료급여가 중지된 때 ② 시장·군수·구청장은 수급권자가 제1항제2호 또는 제3호에 해당하는 경우에 의료급여증을 반납하지 아니하는 때에는 지체없이 이를 회수하여야 한다. 〈개정 2014. 11. 19.〉
제9조(의료급여기관) ① 의료급여는 다음 각 호의 의료급여기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익상 또는 국가시책상 의료급여기관으로 적합하지 아니하다고 인정할 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 의료급여기관에서 제외할 수 있다. 〈개정 2019. 1. 15.〉 1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관 2. 「지역보건법」에 따라 설치된 보건소·보건의료원 및 보건지소 3. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소 4. 「약사법」에 따라 개설등록된 약국 및 같은 법 제91조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품센터 ② 의료급여기관은 다음 각 호와 같이 구분하되, 의료급여기관별 진료범위는 보건복지부령으로 정한다. 1. 제1차 의료급여기관 가. 「의료법」 제33조제3항에 따라 개설신고를 한 의료기관 나. 제1항제2호부터 제4호까지의 규정에 따른 의료급여기관 2. 제2차 의료급여기관: 「의료법」 제33조제4항 전단에	**제12조(의료급여기관에서 제외되는 의료기관 등)** ① 법 제9조제1항 각 호 외의 부분 후단에 따라 보건복지부장관이 의료급여기관에서 제외할 수 있는 의료기관 등은 다음 각 호와 같다. 〈개정 2005. 7. 5., 2007. 2. 28., 2008. 2. 19., 2008. 2. 29., 2010. 3. 15.〉 1. 「의료법」 제35조에 따라 개설된 부속의료기관 2. 「의료법」 제66조 또는 「약사법」 제79조제2항에 따른 면허자격정지처분을 5년 동안에 2회 이상 받은 의료인 또는 약사가 개설·운영하는 의료기관 또는 약국 3. 법 제28조 또는 법 제29조의 규정에 의한 업무정지 또는 과징금 처분을 5년 동안에 2회 이상 받은 의료기관 또는 약국 4. 법 제28조의 규정에 의한 업무정지처분의 절차가 진행중이거나 업무정지처분을 받은 의료급여기관의 개설자가 개설한 의료기관 또는 약국 ② 의료급여기관에서 제외되는 기간은 제1항제2호 및 제3호의 경우에는 1년 이하로 하고, 제1항제4호의 경우에는 업무정지처분이 끝나는 날까지로 한다. [제목개정 2007. 2. 28.]	**제16조(의료급여기관별 진료범위)** 법 제9조제2항의 규정에 의한 의료급여기관별 진료범위는 다음 각 호와 같다. 〈개정 2005. 6. 29., 2008. 2. 28., 2008. 3. 3., 2010. 2. 26., 2010. 3. 19., 2012. 6. 29.〉 1. 제1차의료급여기관(약국을 제외한다)에서 행할 수 있는 진료의 범위 가. 간단한 외과적 처치 그 밖의 통원치료가 가능한 질병의 진료 나. 장기치료가 필요한 만성질환으로서 입원할 필요가 없는 질병의 진료

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
따라 개설허가를 받은 의료기관 3. 제3차 의료급여기관: 제2차 의료급여기관 중에서 보건복지부장관이 지정하는 의료기관 ③ 제1항 각 호에 따른 의료급여기관은 정당한 이유 없이 이 법에 따른 의료급여를 거부하지 못한다.		다. 질병상태·이송거리 및 이송시간을 고려할 때 환자를 다른 의료급여기관으로 이송을 하여서는 환자의 생명에 위험이 초래되는 경우의 입원진료 라. 제1차의료급여기관에서 입원진료를 받는 것이 수급권자에게 유리하다고 판단하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 입원진료 마. 「지역보건법」에 의한 보건의료원에서의 입원진료 바. 제3조제2항 각 호 외의 부분 본문에 따라 노숙인 등인 수급권자가 의료급여를 신청한 경우의 진료(노숙인진료시설인 제1차의료급여기관만 해당한다) 사. 제3조제5항에 따라 제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관으로부터 회송받은 환자의 진료 2. 약국에서 행할 수 있는 조제의 범위 가. 처방전에 의한 조제 나. 「약사법」 제23조제3항 단서의 규정에 의하여 처방전에 의하지 아니한 직접 조제 3. 제2차의료급여기관에서 행할 수 있는 진료의 범위 가. 제3조제1항 각 호의 어느 하나 또는 같은 조 제2항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우의 진료 나. 제3조제2항 각 호 외의 부분 본문에 따라 노숙인 등인 수급권자가 의료급여를 신청한 경우의 진료(노숙인진료시설인 제2차의료급여기관만 해당한다) 다. 제3조제3항제1호 및 제2호에 따라 제1차의료급여기관 또는 다른 제2차의료급여기관으로부터 의뢰받은 환자의 진료 라. 당해 의료급여기관에 입원하였던 환자로서 퇴원 후 경과의 관찰이 필요한 환자의 진료

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		마. 제3조제5항에 따라 제3차의료급여기관으로부터 회송받은 환자의 진료 4. 제3차의료급여기관에서 행할 수 있는 진료의 범위 가. 제3조제1항제1호부터 제6호까지의 규정 및 같은 조 제2항 각 호에 해당하는 경우의 진료 나. 제3조제3항제2호 및 제3호에 따라 제2차의료급여기관 또는 다른 제3차의료급여기관으로부터 의뢰받은 환자의 진료 다. 당해 의료급여기관에 입원하였던 환자로서 퇴원 후 경과의 관찰이 필요한 환자의 진료 **제17조(제3차의료급여기관의 지정 등)** ① 제3차의료급여기관은 「의료법」 제3조의4에 따라 지정된 상급종합병원으로 한다. 〈개정 2016. 12. 30.〉 ② 보건복지부장관은 제1항의 규정에 의하여 제3차의료급여기관을 지정한 때에는 별지 제10호서식의 제3차의료급여기관지정서를 교부하여야 한다. 〈개정 2008. 3. 3., 2010. 3. 19.〉 ③ 보건복지부장관은 법 제28조제2항의 규정에 의하여 제3차의료급여기관의 지정을 취소한 때에는 제2항의 규정에 의한 지정서를 지체없이 회수하여야 한다. 〈개정 2008. 3. 3., 2010. 3. 19.〉
④ 특별시장·광역시장·도지사 또는 시장·군수·구청장은 제1항 각 호에 따른 의료급여기관이 개설·설치되거나, 개설·설치된 의료급여기관의 신고·허가 및 등록사항 등이 변경되었을 때에는 보건복지부령으로 정하		**제18조(의료급여기관 개설 등의 통보)** 법 제9조제4항의 규정에 의한 의료급여기관의 개설·폐업·변경의 통보는 별지 제11호서식에 의한다.

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
는 바에 따라 그 내용을 다음 각 호의 전문기관에 알려야 한다. 〈개정 2017. 3. 21.〉 1. 제33조제2항에 따라 의료급여에 든 비용(이하 "급여비용"이라 한다)의 심사·조정, 의료급여의 적정성 평가 및 급여 대상 여부의 확인 업무를 위탁받은 전문기관(이하 "급여비용심사기관"이라 한다) 2. 제33조제2항에 따라 급여비용의 지급업무를 위탁받은 전문기관(이하 "급여비용지급기관"이라 한다) ⑤ 제2항제3호에 따른 제3차 의료급여기관의 지정기준 및 지정절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. [전문개정 2013. 6. 12.]		
제10조(급여비용의 부담) 급여비용은 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 전부 또는 일부를 제25조에 따른 의료급여기금에서 부담하되, 의료급여기금에서 일부를 부담하는 경우 그 나머지 비용은 본인이 부담한다. [전문개정 2013. 6. 12]	**제13조(급여비용의 부담)** ① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다. 〈개정 2003. 12. 30., 2005. 7. 5., 2013. 12. 11.〉 1. 삭제 〈2005. 7. 5.〉 2. 삭제 〈2005. 7. 5.〉 ② 삭제 〈2005. 7. 5.〉 ③ 제1항의 규정에 불구하고 법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다. 〈개정 2008. 2. 29., 2010. 3. 15.〉 ④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용 외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여	**제19조(급여비용의 본인부담)** 영 제13조제3항의 규정에 의하여 수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목과 부담률은 별표 1의2와 같다. 〈개정 2007. 3. 27.〉

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
	대상 본인부담금"이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다. 〈개정 2004. 6. 29.〉 ⑤ 제4항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제1호라목·마목, 같은 표 제2호마목·바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다. 〈개정 2004. 6. 29., 2007. 2. 28., 2008. 2. 29., 2010. 3. 15., 2012. 6. 7., 2014. 7. 16.〉 1. 1종수급권자 : 2만원 2. 2종수급권자 : 20만원 ⑥ 급여대상 본인부담금에서 제5항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다. 〈개정 2004. 6. 29., 2007. 2. 28., 2009. 3. 31., 2017. 12. 29.〉 1. 1종수급권자 : 매 30일간 5만원 2. 2종수급권자: 연간 80만원. 다만, 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다. ⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료	**제19조의2(본인부담금의 일부지급)** ① 수급권자는 영 제13조제5항의 규정에 의한 본인부담금의 초과금액을 지급받고자 하는 때에는 별지 제11호의2서식의 청구서를 시장·군수·구청장에게 제출하여야 한다. 〈개정 2014. 11. 19.〉 ② 시장·군수·구청장은 제1항의 규정에 의한 지급청구를 받은 때에는 지체없이 지급대상 여부 및 대상금액을 확인한 후 이를 지급하여야 한다. ③ 시장·군수·구청장은 공단의 의료급여비용에 관한 자료를 확인하여 지급청구를 하지 아니한 수급권자가 있는 경우에는 보건복지부장관이 정하는 절차에 따라 본인부담금의 초과금액을 수급권자에게 지급하고, 계좌불명 등의 사유로 지급이 불가능한 경우에는 해당 수급권자에게 제1항의 규정에 의한 지급청구를 하도록 알려야 한다. 〈개정 2010. 2. 26, 2010. 3. 19.〉 [전문개정 2004. 7. 6.] **제19조의3(본인부담금의 초과금액 지급)** ① 수급권자는 영 제13조제7항의 규정에 의한 기금부담분의 초과금액

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
	급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다. 〈신설 2004. 6. 29., 2008. 2. 29., 2010. 3. 15.〉	을 지급받고자 하는 때에는 별지 제11호의3서식의 청구서를 시장·군수·구청장에게 제출하여야 한다. 〈개정 2014. 11. 19.〉 ② 제19조의2제2항 및 제3항의 규정은 기금부담분의 초과금액 지급에 관하여 이를 준용한다. [본조신설 2004. 7. 6.] **제19조의4(급여비용의 본인부담금 면제대상 등)** ①영 별표 제1호다목(6)에서 "보건복지부령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다. 〈개정 2008. 2. 28., 2008. 3. 3., 2008. 11. 26., 2010. 3. 19., 2012. 11. 21.〉 1. 「의료법」 제33조제1항제4호에 따라 가정간호를 받고 있는 자 2. 삭제 〈2013. 9. 13.〉 3. 제8조의3제3항 및 제5항에 따라 선택의료급여기관을 이용하는 자로서 별표 1에 따라 선택의료급여기관에서 외래진료를 받고 있는 자 및 그 선택의료급여기관에서 교부한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 자 ② 제1항에 불구하고 제1항제3호에 따라 선택의료급여기관을 이용하는 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 영 별표 제1호다목 단서에 따라 기금에서 부담하는 급여비용을 제외한 비용을 본인이 부담한다. 1. 별표 1 제1호다목에 따라 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관에서 외래진료를 받거나 그 의료급여기관에서 교부한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우 2. 별표 1 제1호라목에 따라 의료급여를 의뢰받은

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		의료급여기관에서 외래진료를 받거나 그 의료급여기관에서 교부한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우 [본조신설 2007. 3. 27.] **제19조의5(급여비용의 본인부담금 차등 적용 제외 대상)** 영 별표 1 제2호아목 본문에서 "보건복지부령으로 정하는 경우"란 제8조의3제3항 및 제5항에 해당하는 사람이 선택의료급여기관이 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우를 말한다. [본조신설 2015. 10. 30.]
제11조(급여비용의 청구와 지급) ① 의료급여기관은 제10조에 따라 의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 지급을 시장·군수·구청장에게 청구할 수 있다. 이 경우 제2항에 따른 심사청구는 시장·군수·구청장에 대한 급여비용의 청구로 본다. ② 제1항에 따라 급여비용을 청구하려는 의료급여기관은 급여비용심사기관에 급여비용의 심사청구를 하여야 하며, 심사청구를 받은 급여비용심사기관은 이를 심사한 후 지체 없이 그 내용을 시장·군수·구청장 및 의료급여기관에 알려야 한다.		**제20조(급여비용의 심사청구 등)** ① 법 제11조제2항 또는 제6항에 따라 의료급여기관이나 대행청구단체가 의료급여비용의 심사청구를 하려면 의료급여비용심사청구서에 의료급여를 받은 사람에 대한 의료급여비용명세서를 첨부하여 심사평가원에 제출해야 한다. 〈개정 2005. 6. 29., 2012. 8. 31., 2012. 11. 21., 2013. 12. 13., 2020. 6. 29.〉 ② 의료급여기관 또는 대행청구단체는 제1항에 따른 의료급여비용명세서에 다음 각 호의 사항을 기재하여야 한다. 〈신설 2012. 11. 21., 2013. 12. 13.〉 1. 세대주 성명

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		2. 의료급여를 받은 자의 성명, 주민등록번호 및 보장기관 기호 3. 질병 또는 부상명 4. 진료개시일 및 의료급여일수 5. 의료급여비용의 내용 6. 본인부담금 및 비용청구액 7. 처방전 내용 등 ③ 제1항의 규정에 의한 급여비용의 심사청구방법, 의료급여비용심사청구서 및 의료급여비용명세서의 서식·작성요령 그 밖의 급여비용심사청구에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다. 〈개정 2008. 3. 3., 2010. 3. 19., 2012. 11. 21., 2020. 6. 29.〉 **제21조(급여비용의 심사·지급)** ① 심사평가원은 제20조의 규정에 의하여 급여비용의 심사청구를 받은 때에는 그 심사청구내용이 법 제7조제2항 및 제3항의 규정에 의한 의료급여의 기준 및 의료수가기준에 적합한 지를 심사한다. 이 경우 심사평가원의 원장은 제20조 또는 법 제32조제4항의 규정에 의하여 제출받은 자료에 대한 사실여부를 확인할 필요가 있다고 인정하는 때에는 소속직원으로 하여금 현지 출장하여 확인을 하게 할 수 있다. ② 심사평가원의 원장은 제20조의 규정에 의하여 급여비용의 심사청구를 받은 때에는 그로부터 40일[정보통신망(「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1항제1호에 따른 전기통신설비를 이용하거나 전기통신설비와 컴퓨터 및 컴퓨터의 이용기술을 활용하여 정보를 수집·가공·저장·검색·송신 또는 수

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
③ 제2항에 따라 심사의 내용을 통보받은 시장·군수·구청장은 지체 없이 그 내용에 따라 급여비용을 의료급여기관에 지급하여야 한다. 이 경우 수급권자가 이미 납부한 본인부담금(제10조에 따라 수급권자가 부담하여야 하는 급여비용을 말한다. 이하 같다)이 과다한 경우에는 의료급여기관에 지급할 금액에서 그 과다하게 납부된 금액을 공제하여 수급권자에게 반환하여야 한다.		신하는 정보통신체제를 말한다. 이하 같다)에 의한 경우에는 15일] 이내에 심사하여 그 내용이 기재된 의료급여비용심사결과통보서를 시장·군수·구청장, 공단 및 그 의료급여기관에 지체없이 송부하여야 한다. 이 경우 심사기간을 산정함에 있어서 해당 의료급여기관에 대하여 심사에 필요한 자료를 요청한 경우 등 특별한 사유가 있는 경우에는 그에 소요되는 기간을 제외한다. 〈개정 2012. 11. 21.〉 ③ 제2항의 규정에 의하여 의료급여비용심사결과통보서를 송부받은 공단은 법 제27조의 규정에 의하여 예탁받은 시·도별 예탁금의 범위 안에서 급여비용을 해당 의료급여기관에 지체없이 지급하고 급여비용지급내역이 기재된 의료급여비용지급통보서를 시장·군수·구청장 및 그 의료급여기관에 송부하여야 한다. ④ 공단은 법 제11조제3항의 규정에 의하여 의료급여기관에 지급할 급여비용에서 과다하게 납부된 본인부담금을 공제한 경우에는 그 공제내역을 시장·군수·구청장 및 의료급여기관에 송부하여야 한다. ⑤ 의료급여비용심사결과통보서 및 의료급여비용지급통보서의 서식과 급여비용의 심사·지급에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다. 〈개정 2008. 3. 3., 2010. 3. 19.〉 **제22조(정보통신망 등에 의한 제출)** ① 제2조에 따른 통보 및 서류의 송부는 정보통신망의 고장 등 부득이한 경우를 제외하고는 정보통신망으로 한다. 〈개정 2008. 11. 26., 2012. 11. 21., 2013. 12. 13.〉 ② 제20조제1항의 규정에 의한 의료급여비용심사청

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		구서 및 의료급여비용명세서의 제출은 전산기록장치에 의한 전산매체 또는 정보통신망에 의할 수 있다. 이 경우 「국민건강보험법 시행령」 제28조제2항의 규정에 의하여 보건복지부장관이 고시한 전산관리기준에 따라 적합 판정을 받은 소프트웨어를 사용하여야 한다. 〈신설 2005. 6. 29., 2008. 3. 3., 2010. 3. 19., 2012. 11. 21., 2017. 9. 15.〉 ③ 제21조제2항의 규정에 의한 의료급여비용심사결과 통보서의 송부 및 동조제3항의 규정에 의한 의료급여 비용지급통보서의 송부는 전산기록장치에 의한 전산매체 또는 정보통신망에 의할 수 있다. 〈개정 2005. 6. 29., 2007. 3. 27., 2012. 11. 21.〉 [제목개정 2012. 11. 21.]
④ 시장·군수·구청장은 의료급여의 적정성 여부를 평가할 수 있고, 그 평가결과에 따라 급여비용을 가산 또는 감액 조정하여 지급한다. 이 경우 평가결과에 따른 급여비용의 가감지급의 기준은 보건복지부령으로 정한다. 〈개정 2017. 3. 21.〉 ⑤ 시장·군수·구청장은 제4항에 따른 적정성 평가결과를 공개할 수 있다. 〈신설 2017. 3. 21.〉 ⑥ 의료급여기관은 제2항에 따른 심사청구를 다음 각 호의 단체가 대행하게 할 수 있다. 〈개정 2017. 3. 21.〉 1. 「의료법」 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회·조산사회 또는 같은 조 제6항에 따라 신고한 각각의 지부 및 분회 2. 「의료법」 제52조에 따른 의료기관단체 3. 「약사법」 제11조에 따른 대한약사회 또는 같은 법		**제23조(급여비용의 가감지급기준)** 법 제11조제4항의 규정에 의한 의료급여의 적정여부 평가결과에 따른 급여비용의 가산 또는 감액지급의 금액은 평가대상 의료급여기관의 전년도 심사결정 의료급여기금(이하 "기금"이라 한다)부담액의 100분의 10의 범위 안에서 보건복지부장관이 정하여 고시한 기준에 의하여 산정한 금액으로 한다. 〈개정 2008. 3. 3., 2010. 3. 19.〉

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
제14조에 따라 신고한 지부 및 분회 ⑦ 제1항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 급여비용의 청구, 심사, 지급 등의 방법 및 절차에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. 〈개정 2017. 3. 21.〉 ⑧ 시장·군수·구청장은 「산업재해보상보험법」 제10조에 따른 근로복지공단이 이 법에 따라 의료급여를 받을 수 있는 사람에게 「산업재해보상보험법」 제40조에 따른 요양급여를 지급한 후 그 지급결정이 취소된 경우로서 그 요양급여 비용을 청구하는 경우에는 그 요양급여가 이 법에 따라 실시할 수 있는 의료급여에 상당한 것으로 인정되면 그 의료급여에 해당하는 금액을 지급할 수 있다. 〈개정 2017. 3. 21.〉 [전문개정 2013. 6. 12.] **제11조의2(서류의 보존)** ① 의료급여기관은 의료급여가 끝난 날부터 5년간 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 제11조에 따른 급여비용의 청구에 관한 서류를 보존하여야 한다. ② 제1항에도 불구하고 약국 등 보건복지부령으로 정하는 의료급여기관은 처방전을 급여비용을 청구한 날부터 3년간 보존하여야 한다. [전문개정 2013. 6. 12.] **제11조의3(급여 대상 여부의 확인 등)** ① 수급권자는 본인부담금 외에 부담한 비용이 제7조제3항에 따라 의료급여의 대상에서 제외되는 사항에 해당하는 비용(이하 "비급여비용"이라 한다)인지에 대하여 급여비용심사기관에 확인을 요청할 수 있다.		

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
② 제1항에 따라 확인을 요청받은 급여비용심사기관은 그 확인결과를 확인을 요청한 수급권자에게 알려야 하며, 확인을 요청한 비용이 급여비용에 해당하는 것으로 확인되었을 때에는 급여비용지급기관 및 관련 의료급여기관에도 각각 알려야 한다. ③ 제2항에 따라 통보받은 의료급여기관은 과다 징수한 금액을 지체 없이 수급권자에게 반환하여야 한다. ④ 급여비용지급기관은 제3항에도 불구하고 의료급여기관이 과다 징수한 금액을 반환하지 아니하면 그 의료급여기관에 지급할 급여비용에서 과다 징수한 금액을 공제하여 그 공제한 금액을 수급권자에게 지급할 수 있다. [전문개정 2013. 6. 12.]		
제11조의4(의료급여기관의 비용 청구에 관한 금지행위) 의료급여기관은 의료급여를 하기 전에 수급권자에게 본인부담금을 청구하거나 수급권자가 이 법에 따라 부담하여야 하는 비용과 비급여비용 외에 입원보증금 등 다른 명목의 비용을 청구하여서는 아니 된다. [전문개정 2013. 6. 12.]		
제11조의5(급여비용의 지급 보류) ① 제11조제3항에도 불구하고 시장·군수·구청장은 급여비용의 지급을 청구한 의료급여기관이 「의료법」 제33조제2항 또는 「약사법」 제20조제1항을 위반하였다는 사실을 수사기관의 수사결과로 확인한 경우에는 해당 의료급여기관이 청구한 급여비용의 지급을 보류할 수 있다. ② 시장·군수·구청장은 제1항에 따라 급여비용의 지급을	**제13조의2(급여비용의 지급 보류)** ① 시장·군수·구청장은 법 제11조의5제1항에 따라 급여비용의 지급을 보류하려면 해당 의료급여기관에 미리 서면으로 그 내용을 통지하여야 한다. 이 경우 그 서면에 포함되어야 하는 사항은 다음 각 호와 같다. 1. 해당 의료급여기관의 명칭, 대표자 및 주소 2. 지급 보류의 원인이 되는 사실과 지급 보류의 대상이	

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
보류하기 전에 해당 의료급여기관에게 의견제출의 기회를 주어야 한다. ③ 법원의 무죄 판결이 확정되는 등 대통령령으로 정하는 사유로 제1항에 따른 의료급여기관이 「의료법」 제33조제2항 또는 「약사법」 제20조제1항을 위반한 혐의가 입증되지 아니한 경우에는 시장·군수·구청장은 지급 보류된 급여비용에 지급 보류된 기간 동안의 이자를 가산하여 해당 의료급여기관에 지급하여야 한다. ④ 제1항 및 제2항에 따른 지급 보류 절차 및 의견제출의 절차 등에 필요한 사항, 제3항에 따른 지급 보류된 급여비용 및 이자의 지급 절차와 이자의 산정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. [본조신설 2015. 12. 29.]	되는 급여비용 및 법적 근거 3. 제2호의 사항에 대하여 의견을 제출할 수 있다는 뜻과 의견을 제출하지 아니하는 경우의 처리방법 ② 제1항에 따라 통지를 받은 의료급여기관은 지급 보류에 이의가 있는 경우에는 통지를 받은 날부터 7일 이내에 급여비용의 지급 보류에 대한 의견서에 이의 신청의 취지와 이유를 적고 필요한 자료를 첨부하여 시장·군수·구청장에게 제출하여야 한다. ③ 시장·군수·구청장은 제2항에 따라 의료급여기관이 제출한 의견서를 검토한 후 그 결과를 서면으로 통보하여야 한다. ④ 법 제11조의5제3항에서 "법원의 무죄 판결이 확정되는 등 대통령령으로 정하는 사유"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유를 말한다. 1. 무죄판결의 확정 2. 불기소처분(혐의없음 또는 죄가안됨 처분에 한정한다. 이하 같다) ⑤ 법 제11조의5제1항에 따라 급여비용의 지급 보류 결정을 받은 의료급여기관은 무죄판결 또는 불기소처분을 받은 경우에는 그 사실을 즉시 시장·군수·구청장에게 통지하여야 한다. ⑥ 제5항에 따라 통지를 받은 시장·군수·구청장은 지체 없이 지급 보류된 급여비용과 지급 보류된 기간 동안의 이자를 지급하여야 한다. 이 경우 이자는 지급 보류한 날부터 지급하는 날까지의 기간에 대하여 지급 보류된 급여비용에 「국세기본법 시행령」 제43조의3제2항에 따른 국세환급가산금의 이자율을 곱하여 산정한 금액	

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
	으로 한다. ⑦ 제1항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 급여비용의 지급 보류에 필요한 세부사항은 보건복지부장관이 정한다. [본조신설 2016. 6. 28.]	
제12조(요양비) ① 시장·군수·구청장은 수급권자가 보건복지부령으로 정하는 긴급하거나 그 밖의 부득이한 사유로 의료급여기관과 같은 기능을 수행하는 기관으로서 보건복지부령으로 정하는 기관(제28조제1항에 따라 업무정지기간 중인 의료급여기관을 포함한다)에서 질병·부상·출산 등에 대하여 의료급여를 받거나 의료급여기관이 아닌 장소에서 출산을 하였을 때에는 그 의료급여에 상당하는 금액을 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 수급권자에게 요양비로 지급한다. ② 제1항에 따라 의료급여를 실시한 기관은 보건복지부장관이 정하는 요양비명세서 또는 요양의 명세를 적은 영수증을 요양을 받은 사람에게 내주어야 하며, 요양을 받은 사람은 이를 시장·군수·구청장에게 제출하여야 한다. ③ 제1항에 따른 요양비의 지급방법 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. [전문개정 2013. 6. 12.]		**제24조(요양비)** ① 법 제12조제1항에서 "보건복지부령이 정하는 긴급하거나 그 밖의 부득이한 사유"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다. 〈개정 2007. 3. 27., 2008. 3. 3., 2008. 11. 26., 2010. 3. 19., 2011. 7. 4., 2013. 7. 1., 2015. 12. 31., 2016. 12. 30., 2018. 8. 1., 2019. 12. 31.〉 1. 의료급여기관을 이용할 수 없거나 의료급여기관이 없는 경우 2. 만성신부전증환자가 의사의 처방전에 의하여 복막관류액 또는 자동복막투석에 사용되는 소모성 재료를 의료급여기관 외의 의약품판매업소에서 구입·사용한 경우 3. 산소치료를 필요로 하는 환자가 의사의 산소치료처방전에 의하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 방법으로 산소치료를 받은 경우 4. 당뇨병환자가 의사의 처방전에 따라 혈당검사 또는 인슐린주사에 사용되는 소모성 재료나 당뇨병 관리기기를 의료급여기관 외의 의료기기판매업소에서 구입·사용한 경우 5. 신경인성 방광환자가 의사의 처방전에 따라 자가도뇨에 사용되는 소모성 재료를 의료급여기관 외의 의료기기판매업소에서 구입·사용한 경우

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		6. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환이 있는 사람으로서 인공호흡기·기침유발기를 필요로 하는 환자가 의사의 처방전에 따라 인공호흡기·기침유발기를 대여받아 사용하는 경우 7. 수면무호흡증 환자가 의사의 처방전에 따라 양압기(수면 중 좁아진 기도에 지속적으로 공기를 불어넣어 기도를 확보해 주는 기구를 말한다)를 대여받아 사용하는 경우 ② 법 제12조제1항에서 "보건복지부령이 정하는 기관"이란 다음 각 호의 기관을 말한다. 〈개정 2007. 3. 27., 2008. 3. 3., 2008. 11. 26., 2010. 3. 19., 2011. 7. 4., 2013. 7. 1., 2015. 12. 31., 2016. 12. 30., 2018. 8. 1., 2019. 12. 31.〉 1. 영 제12조제1항 각 호에 따라 의료급여기관에서 제외된 의료기관 및 약국 2. 제1항제2호에 따른 의약품판매업소(자동복막투석에 사용되는 소모성 재료인 경우에는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준에 해당하는 의약품판매업소만 해당한다) 3. 산소치료를 필요로 하는 환자에게 의료용 산소발생기 등으로 산소치료 서비스를 제공하는 의료급여기관 외의 기관으로서 공단에 등록한 기관(해당 환자가 제공받는 경우만 해당한다) 4. 당뇨병환자에게 혈당검사 또는 인슐린주사에 사용되는 소모성 재료나 당뇨병 관리기기를 판매하는 의료기기판매업소로서 공단에 등록한 기관 5. 신경인성 방광환자에게 자가도뇨에 사용되는 소모성 재료를 판매하는 의료급여기관 외의 의료기기판매

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		업소로서 공단에 등록한 업소 6. 인공호흡기·기침유발기를 필요로 하는 환자에게 이를 대여하는 의료급여기관 외의 기관으로서 공단에 등록한 기관 7. 양압기를 필요로 하는 환자에게 이를 대여하는 의료급여기관 외의 기관으로서 공단에 등록한 기관 ③ 수급권자가 법 제12조에 따른 요양비를 지급받으려는 때에는 다음 각 호에 정하는 서류를 시장·군수·구청장에게 제출해야 한다. 다만, 제1항제3호, 제6호 또는 제7호에 해당하여 요양비를 지급받은 사람이 같은 종류의 요양비를 지급받으려는 경우로서 이미 제출한 처방전의 처방기간이 지나지 않은 경우에는 처방전을 제출하지 않을 수 있다. 〈개정 2007. 3. 27., 2011. 3. 30., 2011. 7. 4., 2013. 7. 1., 2015. 12. 31., 2016. 6. 29., 2016. 12. 30., 2018. 8. 1., 2019. 7. 1., 2019. 12. 31.〉 1. 제1항제1호에 해당하는 사유로 질병·부상·출산(사산의 경우에는 임신 16주 이상인 경우를 말한다)에 대하여 요양을 받은 경우에는 별지 제12호서식의 요양비지급청구서와 다음 각 목의 서류 가. 요양비명세서 또는 세금계산서(약국의 경우에는 처방전과 세금계산서를 말한다) 1부 나. 의료급여기관에서 의료급여를 받을 수 없었던 사유를 증명할 수 있는 서류 1부 2. 제1항제2호 또는 제5호에 해당하는 경우에는 별지 제12호서식의 요양비지급청구서와 다음 각 목의 서류 가. 의사의 처방전 1부 나. 세금계산서 1부

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		3. 제1항제3호에 해당하는 경우에는 별지 제12호의2 서식의 요양비지급청구서와 다음 각 목의 서류 가. 의사의 처방전 1부 나. 산소치료를 하였음을 증명할 수 있는 서류 1부 다. 세금계산서 1부 4. 제1항제4호에 해당하는 경우에는 별지 제12호의4서식 또는 별지 제12호의5서식의 요양비 지급청구서와 다음 각 목의 서류 가. 의사의 처방전 1부 나. 세금계산서 1부 5. 제1항제6호에 해당하는 경우에는 별지 제12호의6 서식의 요양비지급청구서와 다음 각 목의 서류 가. 의사의 처방전 1부 나. 인공호흡기·기침유발기를 대여하였음을 증명할 수 있는 서류 1부 다. 세금계산서 1부 라. 기관절개 또는 기관봉합을 증명할 수 있는 서류 1부 (선택 소모품의 종류를 변경하는 경우만 해당한다) 6. 제1항제7호에 해당하는 경우에는 별지 제12호의7 서식의 요양비 지급청구서와 다음 각 목의 서류 가. 의사의 처방전 1부 나. 양압기를 대여하였음을 증명할 수 있는 서류 1부 다. 세금계산서 1부 7. 의료급여기관 외의 장소에서 출산한 경우에는 별지 제12호서식의 요양비지급청구서와 출산사실을 증명할 수 있는 서류 각 1부 ④ 법 제12조에 따른 요양비의 지급금액은 보건복지부

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		장관이 정하여 고시하는 금액으로 한다. 〈개정 2007. 3. 27., 2008. 3. 3., 2010. 3. 19.〉 ⑤ 제3항에 따라 수급권자로부터 요양비지급청구를 받은 시장·군수·구청장은 그 지급여부를 결정한 후 지체 없이 수급권자 또는 제2항제2호부터 제7호까지의 기관(제1항제2호부터 제7호까지의 어느 하나에 해당하는 경우로서 수급권자가 해당기관에 요양비를 지급하도록 요청한 경우만 해당한다)에 요양비를 지급해야 한다. 〈개정 2003. 1. 24., 2010. 2. 26., 2011. 7. 4., 2013. 7. 1., 2015. 12. 31., 2018. 8. 1., 2019. 7. 1.〉 ⑥ 시장·군수·구청장은 제2항제1호에 따른 의료기관·약국과 법 제28조제1항에 따라 업무정지처분중인 의료급여기관에서 요양을 받은 경우의 요양비 지급결정을 하기 전에 심사평가원의 심사를 거쳐야 한다. 〈개정 2019. 7. 1.〉 ⑦ 제1항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 요양비의 지급기준, 절차, 방법 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다. 〈신설 2007. 3. 27., 2008. 3. 3., 2010. 3. 19., 2019. 7. 1.〉 [제목개정 2011. 7. 4.]
제13조(장애인 및 임산부에 대한 특례) ① 시장·군수·구청장은 「장애인복지법」에 따라 등록한 장애인인 수급권자에게 「장애인·노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용 촉진에 관한 법률」 제3조제2호에 따른 보조기기(이하 이 조에서 "보조기기"라 한다)에 대하여 급여를 실시할 수 있다. 〈개정 2019. 4. 23.〉 ② 시장·군수·구청장은 임신한 수급권자가 임신기간 중		**제25조(장애인 보조기기에 대한 급여기준 등)** ① 법 제13조제1항에 따른 보조기기(소모품을 포함하며, 이하 "보조기기"라 한다)에 대한 급여의 범위 및 기금의 부담금액은 별표 2와 같다. 〈개정 2010. 12. 15., 2019. 10. 24.〉 ② 제1항에 따른 보조기기에 대한 의료급여를 받으려는 사람은 별지 제13호서식의 보조기기 급여 신청서에 별지 제14호서식 및 별지 제14호의2서식부터 별지

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
의료급여기관에서 받는 진료에 드는 비용(출산비용을 포함한다)에 대하여 추가급여를 실시할 수 있다. ③ 제1항에 따른 보조기기 급여 및 제2항에 따른 추가급여의 방법·절차·범위·한도 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. 〈개정 2019. 4. 23.〉 [전문개정 2013. 6. 12.]		제14호의4서식까지에 따른 보조기기 처방전(전동휠체어, 전동스쿠터, 자세보조용구, 이동식전동리프트, 보청기 및 욕창예방매트리스의 처방전에는 해당 보조기기의 처방을 위해 실시한 검사 결과에 관한 서류를 포함해야 한다)을 첨부하여 시장·군수·구청장에게 제출해야 한다. 〈개정 2001. 12. 31., 2007. 3. 27., 2010. 12. 15., 2013. 10. 1., 2015. 12. 31., 2018. 8. 1., 2019. 10. 24.〉 1. 삭제 〈2003. 12. 31.〉 2. 삭제 〈2007. 3. 27.〉 3. 삭제 〈2007. 3. 27.〉 ③ 제2항에 따라 보조기기 급여신청을 받은 시장·군수·구청장은 제출받은 보조기기 처방전에 기재된 신청인의 장애상태 등을 확인하여 급여여부를 신청인에게 통보해야 한다. 〈신설 2007. 3. 27., 2013. 10. 1., 2019. 10. 24.〉 ④ 제3항에 따라 급여를 받기로 결정된 사람은 별지 제14호의5서식의 보조기기 급여비 지급청구서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 시장·군수·구청장에게 제출해야 한다. 다만, 수동휠체어, 전동휠체어, 전동스쿠터, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트, 전·후방보행보조차, 돋보기 및 망원경에 대한 의료급여를 받으려는 경우에는 제1호의 서류를 첨부하지 않는다. 〈신설 2007. 3. 27., 2012. 6. 29., 2012. 8. 31., 2013. 10. 1., 2016. 6. 29., 2018. 8. 1., 2019. 9. 27., 2019. 10. 24.〉 1. 의사가 발행한 별지 제14호의6서식의 보조기기 검수확인서 1부 2. 의료급여기관 또는 보조기기 제작·판매자가 발행한 세금계산서 1부

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		3. 삭제 〈2013. 10. 1.〉 ⑤ 지팡이, 목발, 시각장애인용 흰지팡이 또는 보조기기의 소모품에 대하여 의료급여를 받으려는 경우에는 제2항부터 제4항까지의 규정에도 불구하고 별지 제14호의5 서식의 보조기기 급여비 지급청구서에 제4항제2호에 따른 세금계산서만을 첨부하여 시장·군수·구청장에게 제출한다. 〈신설 2013. 10. 1., 2018. 8. 1., 2019. 10. 24.〉 ⑥ 제4항 또는 제5항에 따라 보조기기 급여비의 지급청구를 받은 시장·군수·구청장은 지체 없이 수급권자에게 제1항에 따른 기금의 부담금액을 지급해야 한다. 이 경우 수급권자가 보조기기 급여비를 보조기기 제작·판매자에게 지급할 것을 신청한 때에는 시장·군수·구청장은 그 보조기기 제작·판매자에게 보조기기 급여비를 직접 지급할 수 있다. 〈개정 2003. 1. 24., 2007. 3. 27., 2013. 10. 1., 2019. 10. 24.〉 ⑦ 제6항 후단에 따라 보조기기 급여비를 보조기기 제작·판매자에게 지급할 것을 신청하는 경우에는 해당 보조기기 제작·판매자가 「장애인복지법」에 따라 개설된 의지·보조기 제작·수리업자이거나 「의료기기법」에 따라 허가받은 수입·제조·판매업자[보조기기 소모품 중 전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지(電池)의 경우는 「의료기기법」에 따라 신고한 수리업자를 말한다]임을 증명하는 서류를 첨부해야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우는 제외한다. 〈신설 2007. 3. 27., 2010. 12. 15., 2012. 8. 31., 2013. 10. 1., 2019. 10. 24.〉 1. 별표 2 제1호다목에 따라 공단에 등록한 보조기기 업소에서 구입한 경우

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		2. 지체장애 및 뇌병변장애에 대한 보행보조를 위하여 지팡이 또는 목발을 구입하거나 시각장애에 대한 보행보조를 위하여 흰지팡이를 구입한 경우 3. 보조기기를 제조 또는 수입한 업소에서 해당 보조기기의 소모품 중 전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지를 구입한 경우 ⑧ 시장·군수·구청장은 제6항에 따라 보조기기 급여비를 지급한 경우에는 별지 제15호서식의 개인별 보조기기 지급관리대장에 기록·관리해야 한다. 이 경우 개인별 보조기기 지급관리대장을 전자적 방식으로 기록·관리할 수 있다. 〈개정 2003. 1. 24., 2007. 3. 27., 2013. 10. 1., 2019. 10. 24.〉 ⑨ 수급권자가 「주민등록법」에 따른 전입신고를 한 경우에는 신거주지의 시장·군수·구청장은 전거주지의 시장·군수·구청장으로부터 개인별 보조기기 지급관리대장의 원본을 이관받아 관리해야 한다. 다만, 개인별 보조기기 지급관리대장을 전자적 방식으로 기록·관리하는 경우에는 그렇지 않다. 〈개정 2005. 6. 29., 2007. 3. 27., 2013. 10. 1., 2019. 10. 24.〉 ⑩ 제2항부터 제9항까지에서 규정한 사항 외에 보조기기 급여의 지급기준, 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다. 〈신설 2007. 3. 27., 2008. 3. 3., 2010. 3. 19., 2013. 10. 1., 2019. 10. 24.〉 [제목개정 2019. 10. 24.]
제14조(건강검진) ① 시장·군수·구청장은 이 법에 따른 수급권자에 대하여 질병의 조기발견과 그에 따른 의료급여를 하기 위하여 건강검진을 할 수 있다.		

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
② 제1항에 따른 건강검진의 대상·횟수·절차와 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정한다. [전문개정 2013. 6. 12.]		
제15조(의료급여의 제한) ① 시장·군수·구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다. 다만, 보건복지부장관이 의료급여를 할 필요가 있다고 인정하는 경우에는 그러하지 아니하다. 1. 수급권자가 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으켜 의료급여가 필요하게 된 경우 2. 수급권자가 정당한 이유 없이 이 법의 규정이나 의료급여기관의 진료에 관한 지시에 따르지 아니한 경우 ② 의료급여기관은 수급권자가 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 수급권자의 거주지를 관할하는 시장·군수·구청장에게 알려야 한다. [전문개정 2013. 6. 12.]	**제14조(급여의 제한사유 통보)** ① 의료급여기관의 장은 수급권자가 법 제15조제1항의 규정에 의한 급여의 제한사유에 해당된다고 판단되는 경우에는 의사의 진찰소견, 환자 또는 보호자 그 밖의 관계인의 진술내용, 수급권자의 인적사항 등을 지체없이 수급권자의 거주지를 관할하는 시장·군수·구청장에게 통보하여야 한다. ② 시장·군수·구청장은 제1항의 규정에 의하여 통보를 받은 때에는 지체없이 그 수급권자에 대한 의료급여의 필요성 여부를 조사·확인하여 그 의료급여기관에 통보하여야 한다.	**제26조(급여의 제한사유 통보 등)** ① 의료급여기관은 수급권자가 법 제15조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 별지 제16호서식의 급여 제한 여부 조회서를 시장·군수·구청장에게 제출하여야 한다. 〈개정 2007. 3. 27., 2014. 11. 19.〉 ② 영 제14조제2항의 규정에 의한 급여제한 여부의 결정통보는 별지 제18호서식의 급여제한여부결정통보서에 의한다.
제16조(의료급여의 변경) ① 시장·군수·구청장은 수급권자의 소득, 재산상황, 근로능력 등이 변동되었을 때에는 직권으로 또는 수급권자나 그 친족, 그 밖의 관계인의 신청을 받아 의료급여의 내용 등을 변경할 수 있다. ② 시장·군수·구청장은 제1항에 따라 의료급여의 내용 등을 변경하였을 때에는 서면으로 그 이유를 밝혀 수급권자에게 알려야 한다. [전문개정 2013. 6. 12.]		**제26조의2(의료급여 자격득실 확인)** 의료급여 수급자 또는 수급자이었던 사람으로부터 의료급여자격 득실내용을 확인해 줄 것을 요청받은 시장·군수·구청장은 별지 제18호의2서식의 의료급여 자격득실 확인서를 발급하여야 한다. [본조신설 2010. 12. 15.]

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
제17조(의료급여의 중지 등) ① 시장·군수·구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 의료급여를 중지하여야 한다. 1. 수급권자에 대한 의료급여가 필요 없게 된 경우 2. 수급권자가 의료급여를 거부한 경우 ② 시장·군수·구청장은 수급권자가 의료급여를 거부한 경우에는 수급권자가 속한 가구원 전부에 대하여 의료급여를 중지하여야 한다. 〈개정 2017. 3. 21.〉 ③ 시장·군수·구청장은 제1항에 따라 의료급여를 중지하였을 때에는 서면으로 그 이유를 밝혀 수급권자에게 알려야 한다. [전문개정 2013. 6. 12.]		
제18조(수급권의 보호) 의료급여를 받을 권리는 양도하거나 압류할 수 없다. [전문개정 2013. 6. 12.]		
제19조(구상권) ① 시장·군수·구청장은 제3자의 행위로 인하여 수급권자에게 의료급여를 한 경우에는 그 급여비용의 범위에서 제3자에게 손해배상을 청구할 권리를 얻는다. ② 제1항에 따라 의료급여를 받은 사람이 제3자로부터 이미 손해배상을 받은 경우에는 시장·군수·구청장은 그 배상액의 한도에서 의료급여를 하지 아니한다. [전문개정 2013. 6. 12.]		
제20조(급여비용의 대지급) ① 제10조에 따라 급여비용의 일		**제27조(급여비용의 대지급 신청 및 상환방법 등)** ① 수급권자

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
부를 의료급여기금에서 부담하는 경우 그 나머지 급여비용(보건복지부장관이 정한 금액으로 한정한다)은 수급권자 또는 그 부양의무자의 신청을 받아 제25조에 따른 의료급여기금에서 대지급(代支給)할 수 있다. ② 제1항에 따른 대지급금의 신청 및 지급방법 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. [전문개정 2013. 6. 12.] **제21조(대지급금의 상환)** ① 제20조에 따라 대지급금을 받은 사람(그 부양의무자를 포함한다. 이하 "상환의무자"라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 대지급금을 그 거주지를 관할하는 시장·군수·구청장에게 상환하여야 한다. 이 경우 대지급금의 상환은 무이자로 한다. ② 상환의무자가 그 거주지를 다른 특별자치시·특별자치도·시·군·구로 이전하였을 때에는 대지급금을 새 거주지를 관할하는 시장·군수·구청장에게 상환하여야 한다. ③ 제1항 및 제2항에 따라 대지급금을 상환받은 시장·군수·구청장은 이를 제25조에 따른 의료급여기금에 납입하여야 한다. [전문개정 2013. 6. 12.]		또는 그 부양의무자가 법 제20조에 따라 기금에서 급여비용을 대지급받으려는 경우에는 별지 제19호서식의 급여비용대지급신청서를 의료급여를 행한 의료급여기관의 확인을 받아 시장·군수·구청장에게 제출하여야 한다. 〈개정 2013. 12. 13.〉 ② 제1항에 따라 급여비용의 대지급 신청을 받은 시장·군수·구청장은 지체 없이 대지급 여부를 심사·결정하고 대지급을 승인한 때에는 별지 제19호서식의 급여비용대지급승인서를 수급권자 또는 그 부양의무자에게 발급하여야 하며, 수급권자 또는 그 부양의무자는 급여비용대지급승인서를 의료급여를 행한 의료급여기관에 제출하여야 한다. 〈개정 2013. 12. 13.〉 ③ 제2항에 따른 급여비용대지급승인서를 받은 의료급여기관은 시장·군수·구청장이 급여비용의 대지급을 결정한 금액을 제20조제1항에 따른 의료급여비용명세서에 기재하여 심사평가원에 심사청구를 하여야 한다. 〈개정 2013. 12. 13.〉 ④ 제2항에 따라 대지급을 승인한 시장·군수·구청장은 심사평가원으로부터 제21조제2항에 따라 심사결과를 통보받은 때에는 그 급여비용대지급금을 지체 없이 의료급여기관에 지급하여야 한다. 〈개정 2013. 12. 13.〉 ⑤ 법 제20조제1항에 따라 대지급을 받은 수급권자 또는 그 부양의무자는 대지급금 총액을 다음 각 호의 구분에 따라 3월마다 같은 액수로 분할하여 상환하여야 한다. 이 경우 최초의 납입기한은 급여비용을 대지급한 날부터 3월이 경과된 날이 속하는 달의 말일로 한다. 〈개정 2013. 12. 13.〉

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		1. 대지급금액이 10만원 미만은 3회 2. 대지급금액이 10만원 이상 30만원 미만은 8회 3. 대지급금액이 30만원 이상은 12회 ⑥ 시장·군수·구청장은 제5항에도 불구하고 대지급금 상환의무자의 경제적 사정을 고려하여 상환기간 및 상환횟수를 달리할 수 있다. 〈개정 2013. 12. 13.〉 ⑦ 급여비용의 대지급 및 상환 등에 관하여 필요한 세부사항은 보건복지부장관이 정하는 바에 의한다. 〈개정 2008. 3. 3., 2010. 3. 19., 2013. 12. 13.〉 [제목개정 2013. 12. 13.]
제22조(대지급금의 독촉 등) ① 시장·군수·구청장은 상환의무자가 대지급금을 납부기한까지 상환하지 아니하면 납부기한이 지난 날부터 6개월 이내의 기간을 정하여 지체 없이 독촉장을 발급하여야 한다. ② 시장·군수·구청장은 상환의무자가 제1항에 따른 대지급금의 독촉을 받고도 상환하지 아니하면 대지급금을 지방세 체납처분의 예에 따라 징수할 수 있다. [전문개정 2013. 6. 12.]		
제23조(부당이득의 징수) ① 시장·군수·구청장은 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여를 받은 사람 또는 급여비용을 받은 의료급여기관에 대하여는 그 급여 또는 급여비용에 상당하는 금액의 전부 또는 일부를 부당이득금으로 징수한다. ② 시장·군수·구청장은 의료급여기관과 의료급여를 받으려는 사람이 공모하여 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로		

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
제1항에 따른 의료급여가 이루어진 경우에는 그 의료급여기관에 대하여 의료급여를 받은 사람과 연대하여 제1항의 부당이득금을 납부하게 할 수 있다. ③ 시장·군수·구청장은 제1항에 따라 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 급여비용을 받은 의료급여기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 해당 의료급여기관을 개설한 자에게 그 의료급여기관과 연대하여 제1항의 부당이득금을 납부하게 할 수 있다. 1. 「의료법」 제33조제2항을 위반하여 의료기관을 개설할 수 없는 자가 의료인의 면허나 의료법인 등의 명의를 대여받아 개설·운영하는 의료기관 2. 「약사법」 제20조제1항을 위반하여 약국을 개설할 수 없는 자가 약사 등의 면허를 대여받아 개설·운영하는 약국 ④ 시장·군수·구청장은 의료급여기관이 속임수나 그 밖의 부정한 방법으로 수급권자로부터 급여비용을 받았을 때에는 그 의료급여기관으로부터 해당 급여비용을 징수하여 수급권자에게 지체 없이 지급하여야 한다. ⑤ 시장·군수·구청장은 제1항 및 제2항에 따른 부당이득금 납부의무자가 부당이득금을 내지 아니하면 기한을 정하여 독촉할 수 있다. ⑥ 시장·군수·구청장은 제5항에 따라 독촉을 할 때에는 10일 이상 15일 이내의 납부기한을 정하여 독촉장을 발급하여야 한다. ⑦ 시장·군수·구청장은 제5항에 따라 독촉을 받은 자가 그 납부기한까지 부당이득금을 내지 아니하면 지방세 체납처분의 예에 따라 징수할 수 있다.		

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
⑧ 제1항 및 제2항에 따른 부당이득금 납부의무자는 그 거주지를 다른 특별자치시·특별자치도·시·군·구로 이전한 경우에는 부당이득금을 새 거주지를 관할하는 시장·군수·구청장에게 납부하여야 한다. 〈개정 2017. 3. 21.〉 ⑨ 제8항에 따라 부당이득금을 납부 받은 시장·군수·구청장은 이를 제25조에 따른 의료급여기금에 납입하여야 한다. 〈신설 2017. 3. 21.〉 [전문개정 2013. 6. 12.]		
제24조(결손처분) 시장·군수·구청장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유가 있으면 특별자치시·특별자치도·시·군·구 의료급여 심의위원회의 심의를 거쳐 대지급금 및 부당이득금 등을 결손처분할 수 있다. 1. 체납처분이 끝나고 체납액에 충당될 배분금액이 그 체납액에 미치지 못하는 경우 2. 해당 권리에 대한 소멸시효가 완성된 경우 3. 그 밖에 징수할 가능성이 없다고 인정되는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우 [전문개정 2013. 6. 12.]	**제15조(결손처분)** 법 제24조제3호에서 "대통령령으로 정하는 경우"란 다음 각 호의 경우를 말한다. 〈개정 2013. 12. 11.〉 1. 체납자의 재산이 없거나 체납처분의 목적물인 총재산의 견적가격이 체납처분비보다 적은 것이 확인된 경우 2. 그밖에 징수할 가능성이 없다고 시·군·구 의료급여 심의위원회에서 의결한 경우	
제25조(의료급여기금의 설치 및 조성) ① 이 법에 따른 급여비용의 재원에 충당하기 위하여 시·도에 의료급여기금		

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
(이하 "기금"이라 한다)을 설치한다. ② 기금은 다음 각 호의 재원으로 조성한다. 1. 국고보조금 2. 지방자치단체의 출연금 3. 제21조에 따라 상환받은 대지급금 4. 제23조에 따라 징수한 부당이득금 5. 제29조에 따라 징수한 과징금 6. 기금의 결산상 잉여금 및 그 밖의 수입금 ③ 국가와 지방자치단체는 기금운영에 필요한 충분한 예산을 확보하여야 한다. ④ 제2항제1호의 국고보조금의 비율은 「보조금 관리에 관한 법률」 및 관계 법령에서 정하는 바에 따른다. [전문개정 2013. 6. 12.]		
제26조(기금의 관리 및 운용) ① 기금은 일반회계와 구분하여 별도의 계정을 설정하여 관리하여야 한다. ② 기금은 급여비용, 대지급에 드는 비용, 제33조제2항에 따른 업무 위탁에 드는 비용 또는 그 밖의 의료급여 업무에 직접 드는 비용으로서 보건복지부령으로 정하는 비용에만 사용하여야 한다. ③ 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다)는 기금에 여유자금이 있을 때에는 다음 각 호의 방법으로 기금을 운용할 수 있다. 1. 금융기관 또는 체신관서에의 예치 2. 국채·공채의 매입 ④ 이 법에서 정한 사항 외에 기금의 관리·운용에 관하여	**제16조(기금관리공무원)** 시·도지사는 기금을 관리하기 위하여 그 소속 공무원중에서 기금의 지출행위와 징수결정에 관한 사무를 담당하는 기금담당관과 기금의 수입 및 지출에 관한 사무를 담당하는 기금출납원을 임명하여야 한다.	**제28조(기금의 관리·운용)** ① 시장·군수·구청장은 의료급여사업에 충당하기 위하여 기금의 교부를 신청하고자 하는 때에는 별지 제20호서식에 의하여 시·도지사에게 신청하여야 한다. 〈개정 2012. 11. 21.〉 ② 제1항의 규정에 의한 신청을 받은 시·도지사는 시장·군수·구청장에게 기금을 교부한 경우 다음 각호의 1에 해당하는 때에는 교부한 기금의 전부 또는 일부를 반환할 것을 명하거나 필요한 조치를 하여야 한다. 1. 기금을 목적외의 용도에 사용한 때 2. 법령 또는 시·도의 조례나 규칙에 의한 감독상의 명령을 이행하지 아니한 때 3. 기금운용상 증감조정이 필요한 때 ③ 시장·군수·구청장은 시·도지사로부터 교부받은

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
필요한 사항은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 정한다. [전문개정 2013. 6. 12.]		기금에 대하여는 일반회계와 구분하여 별도의 계정(이하 "기금계정"이라 한다)을 설정·운용하여야 한다. ④ 시장·군수·구청장은 대지급금의 상환, 부당이득금의 징수 등으로 교부받은 기금이 소요비용을 초과하여 잉여금이 발생한 경우에는 그 전액을 지체없이 시·도지사에게 반환하여야 한다. 〈개정 2013. 12. 13.〉 ⑤ 시장·군수·구청장은 회계연도마다 기금계정의 결산에 관한 서류를 작성하여 다음해 2월 말일까지 시·도지사에게 제출하여야 하며, 결산상 잉여금이 발생한 경우에는 그 전액을 시·도지사에게 반환하여야 한다. ⑥ 시·도지사는 법 제33조제2항의 규정에 의한 업무위탁시에 소요되는 비용으로 의료급여비용심사위탁수수료, 수급권자전산관리위탁수수료, 급여비용지급위탁수수료 및 의료급여의 적정성평가 위탁수수료 등 소요비용을 의료급여기금계정에 계상하여야 한다. ⑦ 법 제26조제2항에서 "보건복지부령이 정하는 비용"이라 함은 다음 각 호의 비용을 말한다. 〈개정 2007. 3. 27., 2008. 3. 3., 2010. 3. 19., 2012. 11. 21.〉 1. 수급권자의 본인부담금 지원을 위한 비용 2. 법 제5조의2에 따른 사례관리사업 수행을 위한 비용 3. 수당·일용잡급·국내여비·교육비·수용비·수수료 및 보건복지부장관이 정하는 물품구입비(이하 "행정경비"라 한다). 이 경우 행정경비는 당해연도 기금 지출액의 1000분의 3을 초과할 수 없다. ⑧ 시·도지사는 조례가 정하는 바에 따라 의료급여기금계정에 예비비를 계상할 수 있다. ⑨ 의료급여기금의 관리·운용에 관하여 법·영 및 이 규칙

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		에서 정한 것외에 필요한 사항은 지방자치단체의 조례로 정한다. 〈신설 2001. 12. 31.〉 **제29조(기금의 운용현황 및 결산보고)** ① 시·도지사는 매분기 종료 후 1월 이내에 의료급여기금의 운용현황을 별지 제21호서식에 의하여 보건복지부장관에게 보고하여야 한다. 〈개정 2008. 3. 3., 2010. 3. 19.〉 ② 시·도지사는 기금에 관한 다음의 결산서류를 작성하여 다음 연도 3월 31일까지 보건복지부장관에게 보고하여야 한다. 〈개정 2008. 3. 3., 2010. 3. 19., 2013. 12. 13.〉 1. 세입·세출총괄표 2. 결산내역서 3. 결산잉여금계산서 4. 대지급금의 지출 및 상환조서
제27조(급여비용의 예탁) ① 제33조제2항에 따라 급여비용의 지급업무가 위탁된 경우 시·도지사는 기금에서 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 추정급여비용을 급여비용지급기관에 예탁하여야 한다. ② 시·도지사는 제25조제2항제2호에 따른 지방자치단체의 출연금 예산이 성립되지 못한 경우 「지방재정법」 제36조에도 불구하고 국고보조금은 즉시 급여비용지급기관에 예탁하여야 한다. [전문개정 2013. 6. 12.]		**제30조(급여비용의 예탁 등)** ① 법 제27조의 규정에 의하여 시·도지사는 매월 20일까지 제31조의 규정에 의한 급여비용의 예탁금결정액을 공단의 지정계좌에 예탁하여야 한다. ② 공단은 매월 말일까지 제1항의 규정에 의한 시·도별 급여비용의 예탁금결정액의 예탁현황 및 예탁금의 집행현황을 보건복지부장관에게 보고하여야 한다. 〈개정 2008. 3. 3., 2010. 3. 19.〉 **제31조(급여비용의 예탁금결정액)** ① 법 제27조의 규정에 의한 추정급여비용의 월별 예탁금결정액은 당해연도에

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		조성된 기금의 범위 안에서 보건복지부장관이 정하는 금액으로 한다. 〈개정 2008. 3. 3., 2010. 3. 19.〉 ② 급여비용의 예탁금결정액의 예탁 등에 관하여 이 규칙에서 정한 것 외에 필요한 세부사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다. 〈개정 2008. 3. 3., 2010. 3. 19.〉
제28조(의료급여기관의 업무정지 등) ① 보건복지부장관은 의료급여기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 1년의 범위에서 기간을 정하여 의료급여기관의 업무정지를 명할 수 있다. 1. 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 수급권자, 부양의무자 또는 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 한 경우 2. 제11조의4를 위반하여 본인부담금을 미리 청구하거나 입원보증금 등 다른 명목의 비용을 청구한 경우 3. 제32조제2항에 따른 보고 또는 서류제출을 하지 아니하거나 거짓 보고를 하거나 거짓 서류를 제출하거나 소속 공무원의 질문 및 검사를 거부·방해 또는 기피한 경우 ② 보건복지부장관은 제3차 의료급여기관이 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 지정을 취소할 수 있다. ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 지정취소처분을 받은 제3차 의료급여기관을 그 지정을 취소한 날부터 1년 이내에는 제3차 의료급여기관으로 다시 지정할 수 없다. ④ 제1항에 따라 업무정지처분을 받은 자는 해당 업무정지기간 중에는 의료급여를 하지 못한다. ⑤ 보건복지부장관은 제1항 및 제2항에 따른 처분을 한 경우에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 그 사실을		**제32조(행정처분 사실의 통보)** ① 보건복지부장관은 법 제28조 제5항에 따라 같은 조 제1항 또는 제2항에 따른 처분 사실을

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
급여비용심사기관 및 급여비용지급기관에 알려야 한다. ⑥ 제1항에 따른 업무정지처분의 효과는 그 처분이 확정된 의료급여기관을 양수한 자 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립된 법인에 승계되고, 업무정지처분의 절차가 진행 중인 때에는 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인에 대하여 그 절차를 계속 진행할 수 있다. 다만, 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인이 그 처분 또는 위반사실을 알지 못하였음을 증명하는 경우에는 그러하지 아니하다. ⑦ 제1항에 따른 업무정지처분을 받았거나 업무정지처분 절차가 진행 중인 자는 행정처분을 받은 사실 또는 행정처분 절차가 진행 중인 사실을 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립된 법인에 지체 없이 알려야 한다. ⑧ 제1항 및 제2항에 따른 행정처분의 기준 등은 대통령령으로 정한다. [전문개정 2013. 6. 12.]	**제16조의2(행정처분의 기준)** 법 제28조제8항에 따른 의료급여기관에 대한 행정처분의 기준은 별표 2와 같다. [본조신설 2013. 12. 11.]	별지 제22호서식의 행정처분통보서로 급여비용심사기관, 급여비용지급기관 및 법 제5조에 따른 보장기관에 알려야 한다. ② 업무정지 처분을 받았거나 업무정지 처분의 절차가 진행 중인 자는 법 제28조제7항에 따라 행정처분을 받은 사실 또는 행정처분 절차가 진행 중인 사실을 「우편법 시행규칙」 제25조제1항제4호가목에 따른 내용증명으로 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인에 지체 없이 알려야 한다. [전문개정 2013. 12. 13.] **제33조** 삭제 〈2013. 12. 13.〉
제29조(과징금 등) ① 보건복지부장관은 의료급여기관이 제28조제1항제1호에 해당하여 업무정지처분을 하여야 하는 경우로서 그 업무정지처분이 수급권자에게 심한 불편을 주거나 그 밖의 특별한 사유가 있다고 인정되면 그 업무정지처분을 갈음하여 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 부담하게 한 급여비용의 5배 이하의 금액을 과징금으로 부과·징수할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관은 12개월의 범위에서 분할 납부를 하게 할 수 있다.	**제16조의3(과징금 미납자에 대한 처분)** ① 보건복지부장관은 법 제29조제1항에 따른 과징금을 내야 할 자가 납부기한까지 과징금을 내지 아니하면 같은 조 제2항에 따라 납부기한이 지난 후 15일 이내에 독촉장을 발급하여야 한다. 이 경우 납부기한은 독촉장을 발급하는 날부터 10일 이내로 하여야 한다. ② 보건복지부장관은 과징금을 내야 하는 자가 제1항에 따른 독촉장을 받고도 그 납부기한까지 과징금을	**제34조** 삭제 〈2013. 12. 13〉

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
② 보건복지부장관은 제1항에 따른 과징금을 납부하여야 할 자가 납부기한까지 내지 아니하면 대통령령으로 정하는 바에 따라 제1항에 따른 과징금 부과 처분을 취소하고 제28조제1항에 따른 업무정지 처분을 하거나 국세 체납처분의 예에 따라 징수할 수 있고, 제33조제1항에 따라 과징금 징수에 관한 권한이 시·도지사에게 위임된 경우에는 시·도지사가 지방세 체납처분의 예에 따라 징수할 수 있다. 이 경우 의료급여기관의 폐업 등으로 제28조제1항에 따른 업무정지 처분을 할 수 없으면 국세 체납처분 또는 지방세 체납처분의 예에 따라 징수한다. 〈개정 2016. 2. 3.〉 ③ 보건복지부장관은 과징금을 징수하기 위하여 필요하면 다음 각 호의 사항을 적은 문서로 관할 세무관서의 장 또는 지방자치단체의 장에게 과세정보의 제공을 요청할 수 있다. 1. 납세자의 인적사항 2. 사용목적 3. 과징금 부과 사유 및 부과 기준 ④ 제1항에 따른 과징금을 부과하는 위반행위의 종류, 위반 정도 등에 따른 과징금의 금액과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. [전문개정 2013. 6. 12.]	내지 아니하면 법 제33조제1항 및 이 영 제19조제1호에 따라 과징금 징수에 관한 권한을 위임받은 시·도지사의 요청을 받아 과징금 부과처분을 취소하고 법 제28조제1항에 따른 업무정지처분을 하거나 국세 체납처분 또는 지방세 체납처분(법 제33조제1항 및 이 영 제19조제1호에 따라 과징금 징수에 관한 권한이 시·도지사에게 위임된 경우만 해당한다)의 예에 따라 징수하여야 한다. ③ 제2항에 따라 과징금 부과처분을 취소하고 업무정지처분을 하려면 처분대상자에게 서면으로 그 내용을 통지하여야 한다. 이 경우 그 서면에는 처분의 변경 사유와 업무정지처분의 기간 등 업무정지처분에 필요한 사항이 포함되어야 한다. [본조신설 2016. 6. 28.] [종전 제16조의3은 제16조의4로 이동 〈2016. 6. 28.〉]	
제29조의2(제조업자등의 금지행위 등) ① 「약사법」에 따른 의약품의 제조업자·위탁제조판매업자·수입자·판매업자 및 「의료기기법」에 따른 의료기기 제조업자·수입업자·수리업자·판매업자·임대업자(이하 이 조에서 "제조업자	**제16조의4(과징금의 부과 기준)** 법 제29조제4항에 따른 과징금의 부과 기준은 별표 3과 같다. [본조신설 2013. 12. 11.] [제16조의3에서 이동〈2016. 6. 28.〉]	

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
등"이라 한다)는 약제·치료재료와 관련하여 제7조제2항에 따른 의료급여의 범위 및 의료수가를 계산할 때에 제28조제1항제1호에 따른 의료급여기관의 위반행위에 개입하거나 거짓 자료를 제출하여 약제·치료재료의 가격 한도나 판매가격을 높이는 등 속임수나 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 부당한 방법으로 기금에 손실을 주는 행위를 하여서는 아니 된다. ② 보건복지부장관은 제조업자등이 제1항을 위반한 사실이 있는지를 확인하기 위하여 그 제조업자등에게 관련 서류의 제출을 명하거나 소속 공무원으로 하여금 관계인에게 질문을 하게 하거나 관계 서류를 검사하게 하는 등 필요한 조사를 할 수 있다. 이 경우 소속 공무원은 그 권한을 표시하는 증표를 지니고 이를 관계인에게 보여주어야 한다. [본조신설 2013. 6. 12.]		
제30조(이의신청 등) ① 수급권자의 자격, 의료급여 및 급여비용에 대한 시장·군수·구청장의 처분에 이의가 있는 자는 시장·군수·구청장에게 이의신청을 할 수 있다. ② 급여비용의 심사·조정, 의료급여의 적정성 평가 및 급여 대상 여부의 확인에 관한 급여비용심사기관의 처분에 이의가 있는 제5조에 따른 보장기관, 의료급여기관 또는 수급권자는 급여비용심사기관에 이의신청을 할 수 있다. 〈개정 2017. 3. 21.〉 ③ 제1항 및 제2항에 따른 이의신청은 처분이 있음을 안 날부터 90일 이내에 문서(전자문서를 포함한다)로 하여야 하며, 처분이 있은 날부터 180일이 지나면 제기하지	**제17조(이의신청의 결정 및 통지)** ① 시장·군수·구청장 및 법 제9조제4항제1호의 규정에 의한 급여비용심사기관(이하 "급여비용심사기관"이라 한다)은 법 제30조의 규정에 의한 이의신청을 받은 때에는 그로부터 60일 이내에 결정을 하여야 한다. 다만, 부득이한 사정이 있는 경우에는 30일의 범위 내에서 그 기간을 연장할 수 있다. ② 제1항 단서의 규정에 의하여 결정기간을 연장하는 때에는 결정기간이 만료되기 7일전까지 이의신청인에게 이를 통지하여야 한다. ③ 시장·군수·구청장 및 급여비용심사기관의 장은 제1항의 규정에 의하여 이의신청에 대한 결정을 한 때	**제35조(이의신청서 등)** ① 법 제30조제1항 및 영 제17조제3항에 따른 시장·군수·구청장의 처분에 대한 이의신청과 이의신청에 대한 결정은 각각 별지 제23호서식 및 별지 제24호서식에 따른다. ② 법 제30조제2항 및 영 제17조제3항에 따른 급여비용심사기관의 처분에 대한 이의신청과 이의신청에 대한 결정은 각각 별지 제25호서식 및 별지 제26호서식에 따른다. [전문개정 2010. 9. 7.]

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
못한다. 다만, 정당한 사유에 따라 그 기간에 이의신청을 할 수 없었음을 소명한 경우에는 그러하지 아니하다. ④ 제3항 본문에도 불구하고 의료급여기관이 제11조의3에 따른 급여비용심사기관의 확인에 대하여 이의신청을 하려면 같은 조 제2항에 따라 통보받은 날부터 30일 이내에 하여야 한다. ⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 이의신청의 방법, 이의신청에 대한 결정 및 결정의 통지 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. [전문개정 2013. 6. 12.]	에는 지체없이 이의신청인에게 이의신청결정서의 정본을 송부하고, 이해관계인에게 그 사본을 송부하여야 한다.	
제30조의2(심판청구) ① 제30조제2항에 따른 급여비용심사기관의 이의신청에 대한 결정에 불복이 있는 자는 「국민건강보험법」 제89조에 따른 건강보험분쟁조정위원회에 심판청구를 할 수 있다. 이 경우 심판청구의 제기기간 및 제기방법에 관하여는 제30조제3항을 준용한다. ② 제1항에 따라 심판청구를 하려는 자는 대통령령으로 정하는 심판청구서를 제30조제2항에 따른 처분을 행한 급여비용심사기관에 제출하거나 제1항에 따른 건강보험분쟁조정위원회에 제출하여야 한다. ③ 제1항 및 제2항에서 규정한 사항 외에 심판청구의 절차·방법·결정 및 그 결정의 통지 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. [본조신설 2014. 1. 28.]	**제17조의2(심판청구서의 제출)** ① 법 제30조의2제1항에 따라 심판청구를 하려는 자는 다음 각 호의 사항을 적은 심판청구서를 급여비용심사기관 또는 같은 법 제89조에 따른 건강보험분쟁조정위원회(이하 "분쟁조정위원회"라 한다)에 제출하여야 한다. 1. 청구인의 이름과 주소(법인인 경우에는 그 명칭, 대표자의 이름 및 주사무소의 소재지) 2. 청구인이 처분을 받은 자가 아닌 경우에는 처분을 받은 자와의 관계 3. 처분을 한 자 4. 심판청구의 대상이 되는 처분의 내용 5. 처분이 있음을 알게 된 날 6. 심판청구의 취지 및 이유 7. 심판청구에 관한 고지의 유무 및 그 내용 8. 첨부서류의 표시 ② 청구인이 심판청구서를 급여비용심사기관이나 분쟁	

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
	조정위원회 외의 기관에 제출한 경우에는 그 기관은 심판청구서를 지체 없이 급여비용심사기관이나 분쟁조정위원회에 보내야 한다. ③ 제2항에 따라 심판청구서를 급여비용심사기관이나 분쟁조정위원회에 보낸 기관은 지체 없이 그 사실을 청구인에게 알려야 한다. ④ 심판청구 기간을 계산할 때에는 제1항에 따른 급여비용심사기관이나 분쟁조정위원회 또는 제2항에 따른 기관에 심판청구서가 제출된 때에 심판청구가 된 것으로 본다. [본조신설 2014. 7. 16.] **제17조의3(급여비용심사기관의 심판청구서 접수·처리)** ① 급여비용심사기관은 제17조의2제1항·제2항에 따라 심판청구서를 제출받거나 제17조의4제1항에 따라 심판청구서의 사본 또는 부본(副本)을 송부받으면 10일 이내에 심판청구서(제17조의2제1항 또는 제2항의 경우만 해당한다)에 답변서 2부와 제17조제3항에 따른 이의신청결정서 사본을 첨부하여 분쟁조정위원회에 보내야 한다. ② 제1항에 따른 답변서에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다. 1. 처분의 근거와 이유 2. 심판청구의 취지와 이유에 대응하는 답변 [본조신설 2014. 7. 16.] **제17조의4(분쟁조정위원회의 접수·처리)** ① 분쟁조정위원회는 제17조의2제1항 및 제2항에 따라 심판청구서를	

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
	제출받으면 지체 없이 심판청구서의 사본 또는 부본을 급여비용심사기관에 보내야 한다. ② 분쟁조정위원회는 제17조의3제1항에 따라 급여비용심사기관으로부터 답변서가 제출되면 답변서 부본을 청구인에게 송달하여야 한다. [본조신설 2014. 7. 16.] **제17조의5(심판청구의 결정 및 통지)** ① 분쟁조정위원회는 심판청구서가 제출된 날부터 60일 이내에 결정을 하여야 한다. 다만, 부득이한 사정이 있는 경우에는 30일의 범위에서 그 기간을 연장할 수 있다. ② 제1항 단서에 따라 결정기간을 연장하려면 결정기간이 끝나기 7일 전까지 청구인에게 그 사실을 알려야 한다. ③ 분쟁조정위원회의 위원장은 심판청구에 대하여 결정을 하였을 때에는 다음 각 호의 사항을 적은 결정서에 서명 또는 기명날인한 후 지체 없이 청구인에게는 결정서의 정본을, 급여비용심사기관에는 그 사본을 각각 보내야 한다. 1. 청구인의 이름과 주소(법인인 경우에는 그 명칭, 대표자의 이름 및 주사무소의 소재지) 2. 처분을 한 자 3. 결정 주문(主文) 4. 심판청구의 취지 5. 결정 이유 6. 결정한 날짜 [본조신설 2014. 7. 16.]	

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
제31조(소멸시효) ① 다음 각 호의 권리는 3년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성된다. 1. 의료급여를 받을 권리 2. 급여비용을 받을 권리 3. 대지급금을 상환받을 권리 ② 제1항에 따른 시효는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 중단된다. 1. 급여비용의 청구 2. 대지급금에 대한 납입의 고지 및 독촉 ③ 소멸시효 및 시효중단에 관하여 이 법에서 정한 사항 외에는 「민법」에 따른다. [전문개정 2013. 6. 12.]		
제32조(보고 및 검사) ① 보건복지부장관은 필요한 경우에는 기금의 관리·운용 및 의료급여와 관련된 사항에 관하여 시·도 및 시·군·구를 지도·감독하거나 필요한 보고를 하게 할 수 있다. ② 보건복지부장관은 의료급여기관(제12조에 따라 의료급여를 실시한 기관을 포함한다) 및 제11조제6항에 따라 급여비용의 심사청구를 대행하는 단체(이하 "대행청구단체"라 한다)에 대하여 진료·약제의 지급 등 의료급여에 관한 보고 또는 관계 서류의 제출을 명하거나 소속 공무원으로 하여금 질문을 하게 하거나 관계 서류를 검사하게 할 수 있다. 〈개정 2017. 3. 21.〉 ③ 보건복지부장관 또는 시장·군수·구청장은 의료급여를 받는 사람에게 그 의료급여의 내용에 관하여 보고하게 하거나 소속 공무원으로 하여금 질문하게 할 수 있다.	**제18조(검사업무의 지원)** 보건복지부장관은 법 제32조제2항에 따른 의료급여기관 및 대행청구단체에 대한 검사업무를 효율적으로 수행하기 위하여 필요한 경우에는 「국민건강보험법」 제62조에 따른 건강보험심사평가원(이하 "심사평가원"이라 한다)으로 하여금 그 업무를 지원하게 할 수 있다. 〈개정 2005. 7. 5., 2008. 2. 29., 2010. 3. 15., 2012. 8. 31., 2013. 12. 11.〉	

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
④ 제2항 및 제3항에 따라 질문 또는 조사를 하는 소속 공무원은 그 권한을 표시하는 증표 및 조사기간, 조사범위, 조사담당자, 관계 법령 등 보건복지부령으로 정하는 사항이 기재된 서류를 지니고 이를 관계인에게 보여주어야 한다. 〈개정 2016. 2. 3.〉 ⑤ 제2항 및 제3항에 따른 질문 또는 조사의 내용·절차·방법 등에 관하여 이 법에서 정하는 사항을 제외하고는 「행정조사기본법」에서 정하는 바를 따른다. 〈신설 2016. 2. 3.〉 [전문개정 2013. 6. 12.] **제32조의2(자료의 제공)** ① 시장·군수·구청장, 급여비용심사기관 및 급여비용지급기관은 국가, 지방자치단체, 의료급여기관 또는 그 밖의 공공단체 등에 대하여 의료급여사업을 위하여 필요한 자료를 요청할 수 있다. 이 경우 요청받은 자는 성실히 자료를 제공하여야 한다. ② 급여비용심사기관은 의료급여기관에 대하여 급여비용의 심사·조정, 의료급여의 적정성 평가 및 급여 대상 여부의 확인을 위하여 필요한 자료를 요청할 수 있다. 이 경우 자료의 제공을 요청받은 의료급여기관은 특별한 사유가 없으면 그 요청에 따라야 한다. 〈개정 2017. 3. 21.〉 ③ 제1항 및 제2항에 따라 국가, 지방자치단체, 의료급여기관 또는 그 밖의 공공단체 등이 시장·군수·구청장, 급여비용심사기관 및 급여비용지급기관에 제공하는 자료에 대하여는 사용료와 수수료 등을 면제한다. [본조신설 2013. 6. 12.]		**제35조의2(현장조사서)** 법 제32조제4항에서 "보건복지부령으로 정하는 사항이 기재된 서류"란 별지 제27호서식의 현장조사서를 말한다. [본조신설 2016. 6. 29.]

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
제32조의3(포상금 및 장려금의 지급) ① 시장·군수·구청장은 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 급여비용을 받은 의료급여기관을 신고한 사람에게 포상금을 지급할 수 있다. ② 시장·군수·구청장은 의료급여 재정을 효율적으로 운영하는 데에 이바지한 의료급여기관에 대하여 장려금을 지급할 수 있다. ③ 제1항 및 제2항에 따른 포상금과 장려금의 지급 기준과 범위, 절차 및 방법 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. [본조신설 2013. 6. 12.]	**제18조의2(포상금의 지급 등)** ① 법 제32조의3제1항에 따라 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 급여비용을 받은 의료급여기관을 신고하려는 사람은 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 이 경우 2명 이상이 공동명의로 신고할 때에는 대표자를 지정하여야 한다. ② 시장·군수·구청장은 제1항에 따라 신고를 받으면 그 내용을 확인한 후 포상금 지급 여부를 결정하여 신고인(2명 이상이 공동명의로 신고한 경우에는 제1항 후단에 따른 대표자를 말한다. 이하 이 조에서 같다)에게 통보하여야 한다. ③ 신고인은 제2항에 따라 포상금 지급 결정을 통보받으면 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장에게 포상금 지급을 신청하여야 한다. ④ 시장·군수·구청장은 제3항에 따라 포상금 지급 신청을 받은 날부터 1개월 이내에 신고인에게 별표 4의 포상금 지급 기준에 따른 포상금을 지급하여야 한다. ⑤ 제1항에 따른 신고를 받은 후에 신고된 내용과 같은 내용의 신고를 한 사람에게는 포상금을 지급하지 아니한다. ⑥ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 포상금의 지급 기준과 방법·절차 등에 관한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다. [본조신설 2013. 12. 11.] **제18조의3(장려금의 지급 등)** ① 시장·군수·구청장은 성분 또는 효능이 같아 대체 사용이 가능한 약제 중 급여	

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
	비용이 보다 저렴한 약제를 처방하거나 조제하는 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 방법으로 의료급여 재정 지출을 절감하는 데 이바지한 의료급여기관에 법 제32조의3제2항에 따른 장려금(이하 "장려금"이라 한다)을 지급한다. ② 장려금은 제1항에 따른 처방 또는 조제로 인하여 의료급여 재정 지출에서 절감된 금액의 100분의 70을 넘지 아니하는 금액으로 한다. ③ 제1항 및 제2항에서 규정한 사항 외에 장려금의 지급 기준과 방법·절차 등에 관한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다. [본조신설 2013. 12. 11.]	
제33조(권한의 위임 및 위탁) ① 이 법에 따른 보건복지부장관의 권한은 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 일부를 시·도지사에게 위임할 수 있다.	**제19조(권한의 위임)** 법 제33조제1항의 규정에 의하여 보건복지부장관의 권한 중 다음 각호의 권한을 시·도지사에게 위임한다. 〈개정 2008. 2. 29., 2010. 3. 15.〉 1. 법 제29조제1항의 규정에 의하여 보건복지부장관이 의료급여기관에 대하여 부과처분한 과징금의 징수 권한 2. 법 제32조제1항의 규정에 의한 시·군·구에 대한 지도·감독 및 보고에 관한 권한	
② 이 법에 따른 시장·군수·구청장의 업무 중 수급권자의 관리, 급여비용의 심사·조정, 의료급여의 적정성 평가, 급여 대상 여부의 확인 및 급여비용의 지급 업무 등 의료급여에 관한 업무는 그 일부를 대통령령으로 정하는 바에 따라 관계 전문기관에 위탁할 수 있다. 이 경우 위탁에	**제20조(업무의 위탁)** ① 시장·군수·구청장은 법 제33조제2항에 따라 다음 각 호의 업무를 심사평가원에 위탁한다. 〈개정 2019. 8. 27.〉 1. 법 제11조제2항에 따른 급여비용(건강검진비용을 포함한다. 이하 같다)의 심사·조정	

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
드는 비용은 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 기금에서 부담한다. 〈개정 2017. 3. 21.〉 [전문개정 2013. 6. 12.]	2. 법 제11조제4항에 따른 의료급여(건강검진을 포함한다)의 적정성 평가 3. 제1호 및 제2호와 관련된 심사 및 평가기준의 설정 ② 시장·군수·구청장은 법 제33조제2항에 따라 다음 각 호의 업무를 보험공단에 위탁한다. 〈개정 2019. 8. 27.〉 1. 법 제11조제3항·제4항에 따른 급여비용의 지급 보류 2. 법 제14조제1항에 따른 건강검진의 실시 및 그 결과의 관리 3. 법 제15조에 따른 의료급여의 제한에 필요한 실태조사 및 자료수집 4. 다음 각 목의 업무에 필요한 정보시스템의 구축 또는 운영 가. 법 제7조제2항에 따른 의료급여의 한도 관리 나. 법 제10조, 이 영 별표 1 제1호다목(5), 같은 호 라목·마목 및 같은 표 제2호마목·바목에 따라 기금에서 부담하는 급여비용을 적용받는 수급권자의 관리 다. 수급권자의 자격 및 개인별 진료내역의 관리 **제21조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)** 보건복지부장관(법 제5조의2제3항 또는 이 영 제19조에 따라 보건복지부장관의 권한 또는 업무를 위임·위탁받은 자를 포함한다), 시·도지사 또는 시장·군수·구청장(제20조 또는 조례·규칙에 따라 해당 권한 또는 업무를 위임·위탁받은 자를 포함한다)은 다음 각 호의 사무를 수행하기 위하여 불가피한 경우 「개인정보 보호법」 제23조에	

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
	따른 건강에 관한 정보, 같은 법 시행령 제18조제1호 또는 제2호에 따른 유전정보 또는 범죄경력자료에 해당하는 정보, 같은 영 제19조제1호 또는 제4호에 따른 주민등록번호 또는 외국인등록번호가 포함된 자료를 처리할 수 있다. 〈개정 2013. 12. 11.〉 1. 법 제3조, 제3조의2, 제3조의3, 제4조, 제8조, 제16조 및 제17조에 따른 의료급여 수급권자 인정 등 및 변경, 중지에 관한 사무 2. 법 제5조제3항에 따른 수급권자 건강증진을 위하여 필요한 사업에 관한 사무 3. 법 제5조의2에 따른 사례관리에 관한 사무 4. 법 제6조에 따른 의료급여심의위원회 운영에 관한 사무 5. 법 제7조, 제9조부터 제11조까지, 제11조의2부터 제11조의4까지의 규정에 따른 의료급여, 급여비용의 청구·지급 등에 관한 사무 6. 법 제12조 및 제13조에 따른 요양비 등 지원에 관한 사무 7. 법 제14조에 따른 건강검진에 관한 사무 8. 법 제15조, 제19조, 제23조 및 제24조에 따른 급여의 제한, 구상권, 부당이득금의 징수 등에 관한 사무 9. 법 제20조부터 제22조까지의 규정에 따른 대지급금에 관한 사무 10. 법 제26조 및 제27조에 따른 기금 및 예탁금 관리에 관한 사무 11. 법 제28조, 제29조, 제29조의2, 제30조, 제32조, 제32조의2 및 제32조의3에 따른 의료급여기관에	

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
	대한 행정처분, 보고·검사, 자료 요청 및 포상금·장려금 지급 등에 관한 사무 [본조신설 2012. 1. 6.]	
	제21조의2(규제의 재검토) 보건복지부장관은 제16조의4 및 별표 3에 따른 과징금 부과 기준에 대하여 2015년 1월 1일을 기준으로 2년마다(매 2년이 되는 해의 1월 1일 전까지를 말한다) 그 타당성을 검토하여 개선 등의 조치를 하여야 한다. 〈개정 2016. 6. 28.〉 [본조신설 2014. 12. 9.]	**제36조(규제의 재검토)** ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 사항에 대하여 다음 각 호의 기준일을 기준으로 3년마다(매 3년이 되는 해의 기준일과 같은 날 전까지를 말한다) 그 타당성을 검토하여 개선 등의 조치를 하여야 한다. 〈개정 2015. 1. 5., 2019. 12. 20.〉 1. 제2조의3제1항에 따른 의료급여 관리사의 자격: 2014년 1월 1일 2. 제17조에 따른 제3차의료급여기관의 지정 등: 2014년 1월 1일 ② 보건복지부장관은 제16조에 따른 의료급여기관별 진료범위에 대하여 2019년 1월 1일을 기준으로 2년마다(매 2년이 되는 해의 1월 1일 전까지를 말한다) 그 타당성을 검토하여 개선 등의 조치를 해야 한다. 〈개정 2018. 12. 28.〉 [전문개정 2013. 12. 31.]
제34조(끝수 및 소액의 처리) ① 의료급여에 관한 비용을 계산할 때 「국고금 관리법」 제47조에 따른 끝수는 계산하지 아니한다. ② 특별시장·광역시장·도지사 및 시장·군수·구청장은 징수·지급 또는 반환하여야 할 금액이 건당 2천원 미만인 경우에는 이를 징수·지급 또는 반환하지 아니한다. [전문개정 2013. 6. 12.]		

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
제35조(벌칙) ① 제3조의3제3항에 따라 준용되는 「국민기초생활 보장법」 제23조의2제6항을 위반하여 금융정보·신용정보 또는 보험정보를 사용·제공 또는 누설한 사람은 5년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다. 〈개정 2017. 3. 21.〉 ② 삭제 〈2017. 3. 21.〉 ③ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다. 〈개정 2017. 3. 21.〉 1. 제3조의3제3항에 따라 준용되는 「국민기초생활 보장법」 제22조제6항(같은 법 제23조제2항에서 준용하는 경우를 포함한다)을 위반하여 정보 또는 자료를 사용하거나 제공한 사람 2. 삭제 〈2017. 3. 21.〉 3. 대행청구단체의 종사자로서 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 급여비용을 청구한 자 ④ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다. 〈개정 2017. 3. 21.〉 1. 제9조제3항을 위반하여 정당한 이유 없이 이 법에 따른 의료급여를 거부한 자 2. 제11조제6항에 따른 대행청구단체가 아닌 자로 하여금 급여비용의 심사청구를 대행하게 한 자 3. 속임수나 그 밖의 부정한 방법으로 의료급여를 받은 자 또는 제3자로 하여금 의료급여를 받게 한 자 4. 제28조제4항을 위반하여 업무정지기간 중에 의료급여를 한 의료급여기관의 개설자 ⑤ 정당한 이유 없이 제32조제2항에 따른 보고 또는 서류		

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
제출을 하지 아니하거나 거짓으로 보고하거나 거짓 자료를 제출하거나 검사를 거부·방해 또는 기피한 사람은 1천만원 이하의 벌금에 처한다. [전문개정 2013. 6. 12.]		
제36조(양벌규정) 법인의 대표자나 법인 또는 개인의 대리인, 사용인, 그 밖의 종업원이 그 법인 또는 개인의 업무에 관하여 제35조의 위반행위를 하면 그 행위자를 벌하는 외에 그 법인 또는 개인에게도 해당 조문의 벌금형을 과(科)한다. 다만, 법인 또는 개인이 그 위반행위를 방지하기 위하여 해당 업무에 관하여 상당한 주의와 감독을 게을리 하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다. [전문개정 2013. 6. 12.]		
제37조(과태료) ① 제28조제7항을 위반하여 행정처분을 받은 사실 또는 행정처분 절차가 진행 중인 사실을 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립된 법인에 알리지 아니한 자에게는 500만원 이하의 과태료를 부과한다. ② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게는 100만원 이하의 과태료를 부과한다. 1. 제11조의2에 따른 서류보존의무를 위반한 자 2. 정당한 사유 없이 제29조의2제2항에 따른 서류제출을 하지 아니하거나 거짓 서류를 제출하거나 질문에 대하여 진술을 거부하거나 거짓으로 진술하거나 검사 등 조사를 거부·방해·기피한 자 ③ 제1항 및 제2항에 따른 과태료는 대통령령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관이 부과·징수한다. [전문개정 2013. 6. 12.]	**제22조(과태료 부과의 기준)** 법 제37조제3항에 따른 과태료 부과의 기준은 별표 5와 같다. [본조신설 2013. 12. 11.]	

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
부칙 〈제6474호, 2001.5.24.〉 **제1조(시행일)** 이 법은 2001년 10월 1일부터 시행한다. **제2조(의료보호대상자에 관한 경과조치)** 이 법 시행 당시 종전의 규정에 의한 의료보호대상자는 제3조의 개정규정에 의한 수급권자로 본다. **제3조(의료보호심의위원회에 관한 경과조치)** 이 법 시행 당시 종전의 규정에 의한 의료보호심의위원회는 제6조의 개정규정에 의한 의료급여심의위원회로 본다. **제4조(의료보장증에 관한 경과조치)** 이 법 시행 당시 종전의 규정에 따라 발급받은 의료보장증은 제8조의 개정규정에 따라 발급받은 의료급여증으로 본다. **제5조(의료보호진료기관에 관한 경과조치)** 이 법 시행 당시 종전의 규정에 의한 의료보호진료기관은 제9조의 개정규정에 의한 의료급여기관으로 본다. **제6조(보호비용에 관한 경과조치)** 이 법 시행 당시 종전의 규정에 의한 보호비용은 제10조의 개정규정에 의한 급여비용으로 본다. **제7조(의료보호기금에 관한 경과조치)** 이 법 시행 당시 종전의 규정에 의한 의료보호기금은 제25조의 개정규정에 의한 의료급여기금으로 본다. **제8조(지정취소된 의료보호진료기관에 관한 경과조치)** 법률 제5853호 의료보호법중개정법률 시행 당시 종전의 규정에 따라 지정취소된 의료보호진료기관중 재지정의 제한기간이 끝나지 아니한 진료기관은 동법 제24조의 규정에 따라 그 남은 기간동안 의료보호에 관한 업무의 정지처분을 받은 것으로 본다. **제9조(지정취소 등에 관한 경과조치)** 법률 제5853호 의료	**부칙** 〈제17379호, 2001.9.29.〉 **제1조(시행일)** 이 영은 2001년 10월 1일부터 시행한다. **제2조(다른 법령의 개정)** ① 정신보건법시행령 중 다음과 같이 개정한다. 제22조제1항 단서중 "의료보호법"을 "의료급여법"으로, "의료보호기금"을 "의료급여기금"으로 한다. ② 전염병예방법시행령중 다음과 같이 개정한다. 제19조의2제1호중 "의료보호법"을 "의료급여법"으로, "의료보호기금"을 "의료급여기금"으로 한다. **제3조(다른 법령과의 관계)** 이 영 시행당시 다른 법령에서 종전의 의료보호법시행령을 인용하고 있는 경우 이 영에 그에 해당하는 규정이 있는 때에는 종전의 규정에 갈음하여 이 영 또는 이 영의 해당규정을 각각 인용한 것으로 본다. **부칙** 〈제17878호, 2003.1.2.〉 ① (시행일) 이 영은 공포한 날부터 시행한다. 다만, 제3조제2항제1호 가목(2)의 개정규정중 상한연령에 관한 부분은 다음 각호와 같이 단계별로 시행한다. 1. 이 영 시행일부터 2003년 12월 31일까지 : 63세 2. 2004년 1월 1일 이후 : 65세 ② (1종수급권자에 관한 경과조치) 이 영 시행당시 종전의 제3조제2항제1호 가목중 연령기준에 따라 제1종수급권자로 선정된 자는 이 영에 의한 1종수급권자로 본다. ③ (업무위탁에 관한 경과조치) 이 영 시행당시 종전의 규정에 따라 지급되어야 할 요양비 및 장애인보장구는 보험공단이 이를 지급한다.	**부칙** 〈제202호, 2001.10.9.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다. **제2조(의료보호비용의 지급에 관한 경과조치)** 이 규칙 시행 당시 종전의 규정에 의하여 발생된 의료보호비용은 해당 시장·군수·구청장이 지급한다. **제3조(행정처분기준의 변경에 따른 경과조치)** 이 규칙 시행 전에 행한 행위에 대한 행정처분기준은 별표 3의 개정규정에 불구하고 종전의 규정에 의한다. **제4조(다른 법령의 개정)** ① 국립결핵병원운영규칙중 다음과 같이 개정한다. 제4조제1호를 다음과 같이 한다. 1. 의료급여법 제3조의 규정에 의한 수급권자 ② 국립정신병원운영규칙중 다음과 같이 개정한다. 제4조제1항제1호를 다음과 같이 한다. 1. 의료급여법 제3조의 규정에 의한 수급권자 제4조제2항중 "의료보호대상자"를 각각 "의료급여수급권자"로, "특별시장·광역시장·도지사 또는 시장·군수·구청장"을 "시장·군수·구청장"으로 한다. 제5조제2항제1호중 "의료보호법"을 "의료급여법"으로 한다. 제10조를 다음과 같이 한다. **제10조(수가기준)** 제9조의 규정에 의한 수가기준은 국민건강보험법 제39조제2항의 규정에 의한 요양급여의 기준에 의한다. 다만, 의료급여법에 의한 수급권자에 대하여는 의료급여법 제7조제2항의 규정에 의한 의료수가기준 및 그 계산방법에 의하며, 낮병동환자(의료급여법에 의한 의료급여환자를 제외한다)와 입원환자

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
보호법중개정법률 시행 당시 지정취소·면허자격정지·과태료 또는 부당이득금에 관한 처분을 하기 위하여 절차가 진행중인 자에 대한 처분은 동법 시행전의 규정에 의한다. **제10조(과태료 등에 관한 경과조치)** 이 법 시행 당시 종전의 규정에 따라 부과된 과태료 및 부당이득금의 징수에 관하여는 종전의 규정에 의한다. **제11조(벌칙에 관한 경과조치)** 이 법 시행전의 행위에 대한 벌칙의 적용에 있어서는 종전의 규정에 의한다. **제12조(다른 법률의 개정)** ① 국민건강보험법중 다음과 같이 개정한다. 제5조제1항제1호를 다음과 같이 한다. 1. 의료급여법에 따라 의료급여를 받는 자(이하 "수급권자"라 한다) 제7조제1항제1호 및 제9조제1항제5호중 "의료보호대상자"를 각각 "수급권자"로 한다. ② 의사상자예우에관한법률중 다음과 같이 개정한다. 제9조의 제목 "(의료보호)"를 "(의료급여)"로 하고, 동조제1항중 "의료보호법"을 "의료급여법"으로, "의료보호"를 "의료급여"로 하며, 동조제2항중 "의료보호"를 "의료급여"로 한다. ③ 북한이탈주민의보호및정착지원에관한법률중 다음과 같이 개정한다. 제25조의 제목 "(의료보호)"를 "(의료급여)"로 하고, 동조 본문중 "의료보호법"을 "의료급여법"으로, "의료보호"를 "의료급여"로 한다. **제13조(다른 법령과의 관계)** 이 법 시행 당시 다른 법령에서 종전의 의료보호법 또는 그 규정을 인용하고 있는 경우에	**부칙** 〈제18206호, 2003.12.30.〉 이 영은 2004년 1월 1일부터 시행한다. **부칙** 〈제18460호, 2004.6.29.〉 ① (시행일) 이 영은 2004년 7월 1일부터 시행한다. ② (본인부담금 상한제에 관한 적용례) 제13조제6항 및 제7항의 개정규정은 2004년 7월 1일 이후에 실시하는 의료급여부터 적용한다. **부칙** 〈제18622호, 2004.12.30.〉 이 영은 2005년 1월 1일부터 시행한다. **부칙** 〈제18935호, 2005.7.5.〉 이 영은 공포한 날부터 시행한다. 다만, 별표 제3호의 개정규정은 2005년 1월 1일부터 적용한다. **부칙** 〈제19129호, 2005.11.11.〉 ① (시행일) 이 영은 공포한 날부터 시행한다. ② (기금 부담률의 변경에 관한 적용례) 별표 제4호의 개정규정은 2005년 9월 1일 이후에 실시하는 의료급여부터 적용한다. **부칙** 〈제19313호, 2006.2.2.〉 ① (시행일) 이 영은 공포한 날부터 시행한다. ② (본인부담금 면제에 관한 적용례) 별표 제3호의 개정규정은 2006년 1월 1일 이후에 실시하는 의료급여부터 적용한다.	(의료급여법에 의한 의료급여환자를 제외한다) 및 국민건강보험법에 의한 보험급여가 되지 아니하는 항목의 수가기준은 보건복지부장관의 승인을 얻어 병원장이 정하는 바에 의한다. 제11조제2호를 다음과 같이 한다. 2. 의료급여법 제7조제2항의 규정에 의한 의료수가의 기준 및 그 계산방법에 의할 때 별지 제1호서식 구비서류란 제1호중 "의료보호법"을 "의료급여법"으로, "의료보호대상자"를 "의료급여수급권자"로 한다. ③ 국립재활원운영규칙중 다음과 같이 개정한다. 제6조의 제목중 "의료보호대상자"를 "의료급여수급권자"로 하고, 동조중 "의료보호법"을 "의료급여법"으로, "의료보호대상자"를 각각 "의료급여수급권자"로, "의료보호급여"를 "의료급여"로 한다. ④ 국민건강보험법시행규칙중 다음과 같이 개정한다. 제2조제3항제2호중 "의료보호대상자"를 "의료급여수급권자"로 한다. 제30조제2항중 "의료보호진료비심사"를 "의료급여비용심사"로 한다. ⑤ 국민기초생활보장법시행규칙중 다음과 같이 개정한다. 제17조제1항중 "의료보호법 제10조의 규정에 의한 의료보호진료기관"을 "의료급여법 제2조제2호의 규정에 의한 의료급여기관"으로 한다. ⑥ 노인복지법시행규칙중 다음과 같이 개정한다. 제8조제4호를 다음과 같이 개정한다.

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
이 법중 그에 해당하는 규정이 있는 때에는 종전의 규정에 갈음하여 이 법 또는 이 법의 해당 규정을 인용한 것으로 본다. **부칙** 〈제6758호, 2002.12.5.〉 이 법은 공포한 날부터 시행한다. **부칙** 〈제6875호, 2003.5.15.〉 이 법은 공포한 날부터 시행한다. **부칙** 〈제7182호, 2004.3.5.〉 ① (시행일) 이 법은 2005년 1월 1일부터 시행한다. ② (수급권자에 관한 적용례) 이 법 시행전에 이미 입양촉진및절차에관한특례법에 의하여 국내에 입양된 아동에 대하여도 제3조제1항제4호의 개정규정을 적용한다. **부칙** 〈제7347호, 2005.1.27.〉(국고금관리법) **제1조(시행일)** 이 법은 2005년 7월 1일부터 시행한다. 제2조 및 제3조 생략 **제4조 (다른 법률의 개정)** ① 내지 ⑥ 생략 ⑦ 의료급여법중 다음과 같이 개정한다. 제34조중 "국고금단수계산법 제1조의 규정에 의한 단수"를 "국고금관리법 제47조의 규정에 의한 단수"로 한다. **부칙** 〈제7736호, 2005.12.23.〉 이 법은 공포 후 3월이 경과한 날부터 시행한다.	**부칙** 〈제19445호, 2006.4.13.〉 이 영은 공포한 날부터 시행한다. **부칙** 〈제19918호, 2007.2.28.〉 ① (시행일) 이 영은 2007년 7월 1일부터 시행한다. 다만, 제12조제1항 각 호 외의 부분의 개정 규정은 2007년 3월 29일부터 시행한다. ② (1종수급권자 본인부담금 부담액 및 일부 지급 등에 관한 적용례) 제13조제5항제1호 및 제6항제1호, 별표 1 제1호의 개정 규정은 이 영 시행 이후 최초로 실시하는 의료급여부터 적용한다. **부칙** 〈제20612호, 2008.2.19.〉 **제1조(시행일)** 이 영은 2008년 4월 1일부터 시행한다. **제2조(본인부담금에 관한 적용례)** 별표 제1호가목 및 제2호가목의 개정규정은 이 영 시행 후 최초로 실시하는 의료급여부터 적용한다. **부칙** 〈제20679호, 2008.2.29.〉(보건복지가족부와 그 소속기관 직제) **제1조(시행일)** 이 영은 공포한 날부터 시행한다. 제2조부터 제8조까지 생략 **제9조(다른 법령의 개정)** ① 부터 ㊻ 까지 생략 ㊼ 의료급여법 시행령 일부를 다음과 같이 개정한다. 제2조 각 호 외의 부분·제2호 및 제3호의2, 제3조제2항제1호가목 각 항목 외의 부분 및 (4)·다목·라목 및 제4호·제3항제3호, 제4조제1항 본문·제2항·제3항	4. 의료급여법 제2조제2호의 규정에 의한 의료급여기관 ⑦ 모자보건법시행규칙중 다음과 같이 개정한다. 제19조제2항중 "의료보호법 제4조의 규정에 의한 의료보호대상자"를 "의료급여법 제3조의 규정에 의한 수급권자"로 한다. ⑧ 보건복지부와그소속기관직제시행규칙중 다음과 같이 개정한다. 제11조제5항제5호중 "의료보호제도"를 "의료급여제도"로 하고, 동항제6호중 "의료보호진료기관"을 "의료급여기관"으로 하며, 동항제7호중 "의료보호기금"을 "의료급여기금"으로 한다. ⑨ 의료법시행규칙중 다음과 같이 개정한다. 별지 제10호서식중 "의료보호"를 "의료급여"로 한다. ⑩ 의사상자예우에관한법률시행규칙중 다음과 같이 개정한다. 제4조의2제2항제2호중 "의료보호법시행규칙"을 "의료급여법시행령"으로, "2종보호대상자"를 "2종수급권자"로, "보호기관"을 "보장기관"으로 한다. ⑪ 응급의료에관한법률시행규칙중 다음과 같이 개정한다. 별지 제4호서식 앞면의 (주)란제2호중 "의료보호"를 각각 "의료급여"로 한다. ⑫ 위생분야종사자등의건강진단규칙중 다음과 같이 개정한다. 제6조를 삭제한다. **제6조(다른 법령과의 관계)** 이 규칙 시행당시 다른 법령에서 종전의 의료보호법시행규칙을 인용하고 있는 경우 이

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
부칙 〈제8036호, 2006.10.4.〉 이 법은 공포한 날부터 시행한다. **부칙** 〈제8114호, 2006.12.28.〉 ① (시행일) 이 법은 공포 후 3개월이 경과한 날부터 시행한다. ② (급여의 제한 완화에 관한 적용례) 제15조제1항제2호의 개정규정은 이 법 시행 후 최초로 행하는 의료급여부터 적용한다. **부칙** 〈제8609호, 2007.8.3.〉(의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률) **제1조(시행일)** 이 법은 공포 후 6개월이 경과한 날부터 시행한다. 〈단서 생략〉 제2조부터 제5조까지 생략 **제6조(다른 법률의 개정)** ① 생략 ② 의료급여법 일부를 다음과 같이 개정한다. 제3조제1항제3호를 다음과 같이 한다. 3. 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 의상자 및 의사자유족 제7조 생략 **부칙** 〈제8694호, 2007.12.14.〉(산업재해보상보험법) **제1조(시행일)** 이 법은 2008년 7월 1일부터 시행한다. 〈단서 생략〉 제2조부터 제24조까지 생략 **제25조(다른 법률의 개정)** ① 부터 ⑦ 까지 생략 ⑧ 의료급여법 일부를 다음과 같이 개정한다.	후단 및 제4항, 제12조제1항 각 호 외의 부분, 제18조, 제19조 각 호 외의 부분 및 제1호, 제21조제1항·제2항 전단 및 제3항, 별표의 제1호가목 의료급여의 내용란 및 다목(4)·제2호가목 의료급여의 내용란·제3호 및 제4호 중 "보건복지부장관"을 각각 "보건복지가족부장관"으로 한다. 제2조제4호, 제5조 각 호 외의 부분, 제13조제3항·제5항 각 호 외의 부분 본문 및 제7항, 제21조제4항, 별표의 제1호다목 각 항목 외의 부분 단서 및 (5) 중 "보건복지부령"을 각각 "보건복지가족부령"으로 한다. 제4조제4항 중 "행정자치부장관"을 "행정안전부장관"으로 한다. 제8조제1항 본문 중 "보건복지부"를 "보건복지가족부"로 한다. ㊽ 부터 ㊿ 까지 생략 **부칙** 〈제21313호, 2009.2.6.〉 이 영은 2009년 4월 1일부터 시행한다. **부칙** 〈제21395호, 2009.3.31.〉 **제1조(시행일)** 이 영은 공포한 날부터 시행한다. 다만, 별표 제2호가목의 개정규정은 2009년 6월 1일부터 시행한다. **제2조(급여대상 본인부담금의 상한에 관한 적용례)** ① 제13조제6항제2호의 개정규정은 2009년 1월 1일 이후 최초로 개시된 의료급여부터 적용한다. ② 제1항에도 불구하고 2008년 12월 31일 이전에	규칙에 그에 해당하는 규정이 있는 때에는 종전의 규정에 갈음하여 이 규칙 또는 이 규칙의 해당 규정을 각각 인용한 것으로 본다. **부칙** 〈제206호, 2001.12.31.〉 이 규칙은 2002년 1월 1일부터 시행한다. 다만, 별표 1 제1호 라목의 개정규정은 2002년 3월 1일부터 시행한다. **부칙** 〈제236호, 2003.1.24.〉 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다. **부칙** 〈제267호, 2003.12.31.〉 ① (시행일) 이 규칙은 2004년 1월 1일부터 시행한다. ② (의료급여일수의 연장에 관한 경과조치) 이 규칙 시행 전에 상한일수를 초과하여 의료급여를 받은 자는 제8조의2제2항의 개정규정에 따라 시장·군수·구청장에게 급여일수의 연장승인을 신청할 수 있다. **부칙** 〈제288호, 2004.7.6.〉 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다. **부칙** 〈제304호, 2004.12.31.〉 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다. **부칙** 〈제319호, 2005.6.29.〉 ① (시행일) 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다. ② (장애인보장구에 대한 의료급여기준에 관한 적용례)

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
제11조에 제8항을 다음과 같이 신설한다. ⑧ 시장·군수·구청장은 「산업재해보상보험법」 제10조에 따른 근로복지공단이 이 법에 따라 의료급여를 받을 수 있는 자에게 「산업재해보상보험법」 제40조에 따른 요양급여를 지급한 후 그 지급결정이 취소된 경우로서 그 요양급여의 비용을 청구하는 경우에는 그 요양급여가 이 법에 따라 실시할 수 있는 의료급여에 상당한 것으로 인정되면 그 의료급여에 해당하는 금액을 지급할 수 있다. ⑨ 및 ⑩ 생략 제26조 생략 **부칙** 〈제8852호, 2008.2.29.〉(정부조직법) **제1조(시행일)** 이 법은 공포한 날부터 시행한다. 다만, ··· 〈생략〉··· 부칙 제6조에 따라 개정되는 법률 중 이 법의 시행 전에 공포되었으나 시행일이 도래하지 아니한 법률을 개정한 부분은 각각 해당 법률의 시행일부터 시행한다. 제2조부터 제5조까지 생략 **제6조(다른 법률의 개정)** ① 부터 ㊼까지 생략 ㊽ 의료급여법 일부를 다음과 같이 개정한다. 제3조제1항제5호부터 제8호까지, 제6조제2항제3호·제3항 각 호 외의 부분, 제7조제2항·제3항, 제9조제1항 각 호 외의 부분 후단·제2항제3호, 제12조제2항, 제14조제2항, 제15조제1항 각 호 외의 부분 단서, 제20조제1항, 제28조제1항 각 호 외의 부분·제2항·제3항·제5항, 제29조제1항·제3항 본문, 제32조제1항부터 제3항까지, 제33조제1항·제2항 후단, 제37조제2항부터 제4항까지 중 "보건복지부장관"을 각각 "보건복지가족부장관"으로	의료급여가 개시되어 2009년 1월 1일 이후에도 의료급여를 계속 받고 있는 사람의 경우에는 해당 의료급여의 개시일부터 6개월간 120만원을 넘는 그 초과금액과 제13조제6항제2호의 개정규정에 따라 2009년 1월 1일부터 6개월간 60만원을 넘는 그 초과금액 중 더 많은 금액을 기금에서 부담한다. **제3조(2종수급권자의 본인부담률에 관한 적용례)** 2009년 6월 1일 전에 의료급여기관에 입원하여 2009년 6월 1일 이후에도 계속 입원을 하고 있는 사람의 경우에는 2009년 6월 1일 이후의 입원진료부터 별표 제2호가목의 개정규정을 적용한다. **부칙** 〈제21957호, 2009.12.31.〉 **제1조(시행일)** 이 영은 공포한 날부터 시행한다. **제2조(적용례)** 별표 제4호의 개정규정은 암환자의 경우에는 2009년 12월 1일 이후 실시한 의료급여부터, 암환자 외의 중증환자의 경우에는 2010년 1월 1일 이후 실시한 의료급여부터 각각 적용한다. **부칙** 〈제22075호, 2010.3.15.〉(보건복지부와 그 소속기관 직제) **제1조(시행일)** 이 영은 2010년 3월 19일부터 시행한다. 〈단서 생략〉 **제2조(다른 법령의 개정)** ① 부터 ⑱까지 생략 ⑲ 의료급여법 시행령 일부를 다음과 같이 개정한다. 제2조 각 호 외의 부분, 제3조제2항제1호가목(1)부터 (6)까지 외의 부분·다목·라목·제4호 및 제3항제3호, 제4조제1항 본문·제2항·제3항 후단 및 제4항, 제12조	별표 2의 개정규정은 2005년 4월 22일 이후 발행한 처방전에 대한 의료급여부터 적용한다. **부칙** 〈제356호, 2006.4.13.〉 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다. **부칙** 〈제390호, 2007.3.27.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다. 다만, 제24조, 제25조 및 별표 1의2의 개정 규정은 공포 후 1개월이 경과한 날부터, 제8조의2제3항 내지 제5항, 제19조의4 및 별표 1의 개정 규정은 2007년 7월 1일부터, 제26조제1항의 개정 규정은 2007년 3월 29일부터 시행한다. **제2조(의료급여기관 선택제도 적용 수급권자의 의료급여일수 기산에 관한 적용례)** 제8조의2제3항에 따른 상한일수를 산정함에 있어 의료급여일수의 기산점은 2007년 1월 1일로 한다. **제3조(의료급여기관 선택 수급권자 등에 대한 본인부담금 면제에 관한 적용례)** 제19조의4의 개정 규정은 2007년 7월 1일 이후 시행하는 의료급여부터 적용한다. **제4조(산소치료에 대한 요양비 지급에 관한 적용례)** 제24조의 개정 규정에 따른 요양비의 지급은 2006년 11월 1일 이후 실시한 산소치료분부터 적용한다. **제5조(외용제제에 대한 본인부담률에 대한 적용례)** 별표 1의2 제1호바목의 개정 규정은 동 개정 규정의 시행 이후 최초로 실시하는 의료급여분부터 적용한다. **제6조(장애인보장구 지급청구절차 등에 관한 경과조치)** 이

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
한다. 제6조제1항 본문·제2항 각 호 외의 부분·제6항 중 "보건복지부"를 각각 "보건복지가족부"로 한다. 제6조제3항 각 호 외의 부분 중 "보건복지부차관"을 "보건복지가족부차관"으로 한다. 제7조제2항·제3항, 제8조제4항, 제9조제2항 각 호 외의 부분·제4항 각 호 외의 부분·제5항, 제11조제4항 후단·제5항, 제11조의2제1항·제2항, 제12조제1항·제3항, 제13조제2항, 제20조제2항, 제21조제1항 전단, 제26조제2항·제4항, 제27조제1항, 제28조제5항·제6항, 제29조제2항 중 "보건복지부령"을 각각 "보건복지가족부령"으로 한다. ㊽부터 ㊿까지 생략 제7조 생략 **부칙** 〈제9932호, 2010.1.18.〉(정부조직법) **제1조(시행일)** 이 법은 공포 후 2개월이 경과한 날부터 시행한다. 〈단서 생략〉 제2조 및 제3조 생략 **제4조(다른 법률의 개정)** ① 부터 ㉑까지 생략 ㉒ 의료급여법 일부를 다음과 같이 개정한다. 제3조제1항제5호부터 제8호까지, 제6조제2항제3호·제3항 각 호 외의 부분, 제7조제2항·제3항, 제9조제1항 각 호 외의 부분 후단·제2항제3호, 제12조제2항, 제14조제2항, 제15조제1항 각 호 외의 부분 단서, 제20조제1항, 제28조제1항 각 호 외의 부분·제2항·제3항·제5항, 제29조제1항·제3항 본문, 제32조제1항부터 제3항까지,	제1항 각 호 외의 부분, 제18조, 제19조 각 호 외의 부분 및 제1호, 별표 제1호가목의 의료급여의 내용란·같은 호 다목(4)·같은 표 제2호가목의 의료급여의 내용란·같은 표 제3호 및 제4호 중 "보건복지가족부장관"을 각각 "보건복지부장관"으로 한다. 제2조제2호, 제5조 각 호 외의 부분, 제13조제3항·제5항 각 호 외의 부분 본문 및 제7항, 별표 제1호다목(1)부터 (5)까지 외의 부분 단서 및 같은 목(5) 중 "보건복지가족부령"을 각각 "보건복지부령"으로 한다. 제8조제1항 본문 중 "보건복지가족부"를 "보건복지부"로 한다. ⑳ 부터 ㊼ 까지 생략 **부칙** 〈제22384호, 2010.9.17.〉 이 영은 2010년 10월 1일부터 시행한다. **부칙** 〈제23488호, 2012.1.6.〉(민감정보 및 고유식별정보 처리 근거 마련을 위한 과세자료의 제출 및 관리에 관한 법률 시행령 등 일부개정령) **제1조(시행일)** 이 영은 공포한 날부터 시행한다. 〈단서 생략〉 제2조 생략 **부칙** 〈제23844호, 2012.6.7.〉 **제1조(시행일)** 이 영은 2012년 6월 8일부터 시행한다. 다만, 제13조제5항, 별표 제1호라목 및 제2호마목의 개정 규정은 2012년 7월 1일부터 시행한다.	규칙 시행 당시 종전의 규정에 따라 장애인 보장구급여비 지급청구서 등을 제출한 경우에는 제25조의 개정 규정에 불구하고 종전의 규정에 따른다. **부칙** 〈제424호, 2007.12.28.〉(장애인복지법 시행규칙) **제1조(시행일)** 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다. 제2조 생략 **제3조(다른 법령의 개정)** ① 부터 ⑧ 까지 생략 ⑨ 의료급여법 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다. 제32조제1항제5호 중 "제29조의 규정에 의하여"를 "제32조에 따라"로 한다. 제32조제1항제8호 중 "제29조의 규정"을 "제32조"로 한다. ⑩ 부터 ⑫ 까지 생략 제4조 생략 **부칙** 〈제427호, 2007.12.28.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 2008년 1월 1일부터 시행한다. **제2조(과징금 부과기준에 관한 적용례)** 별표 3 제2호의 개정 규정은 이 규칙 시행 후 최초로 부과하는 과징금분부터 적용한다. **제3조(서식개정에 관한 경과조치)** 이 규칙 시행 당시 종전의 규정에 따라 사용하던 서식은 2008년 3월 31일까지 이 규칙에 따른 서식과 함께 사용할 수 있다. **부칙** 〈제441호, 2008.2.28.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 2008년 4월 1일부터 시행한다.

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
제33조제1항·제2항 후단, 제37조제2항부터 제4항까지 중 "보건복지가족부장관"을 각각 "보건복지부장관"으로 한다. 제6조제1항 본문·제2항 각 호 외의 부분·제6항 중 "보건복지가족부"를 각각 "보건복지부"로 한다. 제6조제3항 각 호 외의 부분 중 "보건복지가족부차관"을 "보건복지부차관"으로 한다. 제7조제2항·제3항, 제8조제4항, 제9조제2항 각 호 외의 부분·제4항 각 호 외의 부분·제5항, 제11조제4항 후단·제5항, 제11조의2제1항·제2항, 제12조제1항·제3항, 제13조제2항, 제20조제2항, 제21조제1항 전단, 제26조제2항·제4항, 제27조제1항, 제28조제5항·제6항, 제29조제2항 중 "보건복지가족부령"을 각각 "보건복지부령"으로 한다. ㉝부터 ㊲ 까지 생략 제5조 생략 **부칙** 〈제10514호, 2011.3.30.〉 이 법은 공포 후 3개월이 경과한 날부터 시행한다. **부칙** 〈제10784호, 2011.6.7.〉(노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률) **제1조(시행일)** 이 법은 공포 후 1년이 경과한 날부터 시행한다. 제2조 생략 **제3조(다른 법률의 개정)** ① 생략 ② 의료급여법 일부를 다음과 같이 개정한다.	**제2조(적용례)** 별표 제1호다목의 개정규정은 2012년 6월 8일 이후 최초로 실시하는 의료급여부터, 제13조제5항, 별표 제1호라목 및 제2호마목의 개정규정은 2012년 7월 1일 이후 최초로 실시하는 의료급여부터 각각 적용한다. **부칙** 〈제24077호, 2012.8.31.〉(국민건강보험법 시행령) **제1조(시행일)** 이 영은 2012년 9월 1일부터 시행한다. 〈단서 생략〉 제2조부터 제7조까지 생략 **제8조(다른 법령의 개정)** ①부터 ㉑까지 생략 ㉒ 의료급여법 시행령 일부를 다음과 같이 개정한다. 제5조 각 호 외의 부분 중 "「국민건강보험법」 제12조의 규정에 의한"을 "「국민건강보험법」 제13조에 따른"으로 한다. 제18조 중 "「국민건강보험법」 제55조의 규정에 의한"을 "「국민건강보험법」 제62조에 따른"으로 한다. ㉓부터 ㉚까지 생략 제9조 생략 **부칙** 〈제24454호, 2013.3.23.〉(보건복지부와 그 소속 기관 직제) **제1조(시행일)** 이 영은 공포한 날부터 시행한다. 〈단서 생략〉 제2조 및 제3조 생략 **제4조(다른 법령의 개정)** ①부터 ㉓까지 생략 ㉔ 의료급여법 시행령 일부를 다음과 같이 개정한다. 제4조제4항 중 "국가보훈처장·문화재청장·통일부장관 및 행정안전부장관"을 "통일부장관·안전행정부	**제2조(의료급여 적용기준에 관한 적용례)** 제6조제2항의 개정규정은 이 규칙 시행 후 최초로 실시하는 의료급여부터 적용한다. **제3조(의료급여 상한일수 산정의 기산점)** 제8조의3제1항의 개정규정에 따른 상한일수의 산정 시 그 기산점은 2008년 1월 1일로 한다. 〈개정 2008. 11. 26.〉 **부칙** 〈제1호, 2008.3.3.〉(보건복지가족부와 그 소속기관 직제 시행규칙) **제1조(시행일)** 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다. 제2조 생략 **제3조(다른 법령의 개정)** ① 부터 ㊵ 까지 생략 ㊶ 의료급여법 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다. 제8조의2제1항 단서·제2항 전단·제3항 전단, 제10조제2항, 제16조제1호라목, 제17조제1항부터 제3항까지, 제20조제2항, 제21조제5항, 제22조제2항 후단, 제23조, 제24조제1항제3호·제2항제3호·제4항 및 제7항, 제25조제9항, 제27조제7항, 제28조제7항제2호, 제29조제1항·제2항 각 호 외의 부분, 제30조제2항, 제31조제1항 및 제2항, 제32조 중 "보건복지부장관"을 각각 "보건복지가족부장관"으로 한다. 제11조제3항, 제19조의4제1항 각 호 외의 부분, 제24조제1항 각 호 외의 부분 및 제2항 각 호 외의 부분, 제28조제7항 각 호 외의 부분 중 "보건복지부령"을 각각 "보건복지가족부령"으로 한다. 별표 1 제4호, 별표 1의2 제1호나목 각 항목 외의 부분·라목 및 바목 중 "보건복지부장관"을 각각 "보건복지

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
제3조제1항제9호를 제10호로 하고, 같은 항에 제9호를 다음과 같이 신설한다. 9. 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」에 따른 노숙인 등 **부칙** 〈제10788호, 2011.6.7.〉(약사법) **제1조(시행일)** ① 이 법은 공포 후 1년이 경과한 날부터 시행한다. ② 및 ③ 생략 제2조부터 제9조까지 생략 **제10조(다른 법률의 개정)** ① 생략 ② 의료급여법 일부를 다음과 같이 개정한다. 제9조제1항제4호 및 같은 조 제2항제1호라목 중 "동법 제72조의12의 규정에 따라"를 각각 "같은 법 제91조에 따라"로 한다. 제11조 생략 **부칙** 〈제11007호, 2011.8.4.〉(입양특례법) **제1조(시행일)** 이 법은 공포 후 1년이 경과한 날부터 시행한다. 제2조 생략 **제3조(다른 법률의 개정)** ① 및 ② 생략 ③ 의료급여법 일부를 다음과 같이 개정한다. 제3조제1항제4호를 다음과 같이 한다. 4. 「입양특례법」에 따라 국내에 입양된 18세 미만의 아동 ④ 생략 제4조 생략	장관·국가보훈처장 및 문화재청장"으로 한다. ㉕부터 ㊴까지 생략 **부칙** 〈제24589호, 2013.6.11.〉 **제1조(시행일)** 이 영은 2013년 7월 1일부터 시행한다. **제2조(틀니 의료급여비용의 기금부담률에 관한 적용례)** 별표 제1호라목 전단 및 제2호마목의 개정규정은 이 영 시행 후 실시하는 의료급여부터 적용한다. **부칙** 〈제24700호, 2013.9.3.〉 **제1조(시행일)** 이 영은 2013년 10월 1일부터 시행한다. **제2조(중증질환을 가진 사람의 본인부담금 면제에 관한 적용례)** 별표 제1호다목(5) 및 제2호라목의 개정규정은 이 영 시행 후 실시하는 의료급여부터 적용한다. **제3조(희귀난치성질환을 가진 사람이 속한 세대의 구성원에 관한 경과조치)** 이 영 시행 당시 종전의 제3조제2항제1호라목에 따른 희귀난치성질환을 가진 사람이 속한 세대의 구성원은 그 희귀난치성질환을 가진 사람이 이 영 시행 후 종전의 규정에 따른 희귀난치성질환을 가진 사람에 해당하지 아니하게 되거나 제5조제2호 또는 제4호에 해당하게 될 때까지는 제3조제2항제1호라목의 개정규정에도 불구하고 이 영에 따른 1종수급권자로 본다. **부칙** 〈제24995호, 2013.12.11.〉 **제1조(시행일)** 이 영은 2013년 12월 13일부터 시행한다. **제2조(수급권자로 선정된 사람에 관한 경과조치)** 이 영 시행	가족부장관"으로 한다. 별지 제10호서식, 별지 제21호서식 중 "보건복지부장관"을 각각 "보건복지가족부장관"으로 한다. ㊷ 부터 ㊹ 까지 생략 **부칙** 〈제75호, 2008.11.26.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다. 다만, 제8조의2의 개정규정은 2008년 12월 15일부터 시행한다. **제2조(출산 전 진료비에 관한 적용례)** 제8조의2의 개정규정은 이 규칙 시행 이후 최초로 의료급여기관에서 진료(임신 및 출산과 관련된 진료만 해당한다)를 받는 것부터 적용한다. **제3조(자동복막투석에 사용되는 소모성 재료에 대한 요양비 지급에 관한 적용례)** 제24조제1항제2호 및 제2항제2호의 개정규정은 이 규칙 시행 후 최초로 만성신부전증 환자가 자동복막투석에 사용되는 소모성 재료를 구입·사용하는 것부터 적용한다. **부칙** 〈제136호, 2009.10.22.〉 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다. **부칙** 〈제165호, 2010.2.26.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 2010년 3월 1일부터 시행한다. **제2조(임신·출산 진료비의 지원에 관한 적용례)** 제8조의2의 개정규정은 이 규칙 시행 후 최초로 같은 조에 따른 지원을 신청한 자부터 적용한다. **제3조(긴급한 경우 등의 요양비에 관한 적용례)** 제24조제5항의 개정규정은 이 규칙 시행 후 최초로 요양비 지급

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
부칙 〈제11042호, 2011.9.15.〉(보훈보상대상자 지원에 관한 법률) **제1조(시행일)** 이 법은 2012년 7월 1일부터 시행한다. **제2조(다른 법률의 개정)** ①부터 ⑱까지 생략 ⑲ 의료급여법 일부를 다음과 같이 개정한다. 제3조제1항제5호 중 "「독립유공자예우에 관한 법률」 및 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」"을 "「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」"로 한다. ⑳부터 ㉗까지 생략 **부칙** 〈제11298호, 2012.2.10.〉(난민법) **제1조(시행일)** 이 법은 2013년 7월 1일부터 시행한다. 제2조 생략 **제3조(다른 법률의 개정)** ① 생략 ② 의료급여법 일부를 다음과 같이 개정한다. 제3조의2 중 "「출입국관리법」 제76조의2의 규정에 따라 난민의 지위를 인정받은 자"를 "「난민법」에 따른 난민인정자"로 한다. ③ 및 ④ 생략 **부칙** 〈제11878호, 2013.6.12.〉 **제1조(시행일)** 이 법은 공포한 날부터 시행한다. 다만, 제3조의2의 개정규정은 2013년 7월 1일부터 시행하고, 제3조의3, 제8조, 제28조제6항·제7항, 제29조, 제29조의2, 제32조의3, 제35조제1항·제3항 및 제37조제1항·제3항의 개정규정은 공포 후 6개월이 경과한 날부터 시행한다.	당시 종전의 제4조제3항에 따라 수급권자로 선정된 사람은 법 제3조제1항각 호에 따른 수급권자(법 제3조의3제5항에 따라 수급권자로 인정을 받은 사람을 포함한다)로 본다. **제3조(선정기준에 관한 경과조치)** 이 영 시행 전에 제4조제4항에 따라 국가보훈처장 및 문화재청장이 통보한 선정기준은 제6조의2제6항의 개정규정에 따라 국가보훈처장과 문화재청장이 통보한 의료급여 인정 대상자의 추천 기준으로 본다. **부칙** 〈제25477호, 2014.7.16.〉 **제1조(시행일)** 이 영은 2014년 7월 29일부터 시행한다. 다만, 제13조제5항 및 별표 1 제1호마목, 같은 표 제2호바목 및 같은 표 제3호의 개정규정은 공포한 날부터 시행한다. **제2조(급여대상 본인부담금에 관한 적용례)** 제13조제5항의 개정규정은 2014년 7월 1일 이후 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금부터 적용한다. **제3조(의료급여비용 중 기금부담 금액에 관한 적용례)** 별표 1 제1호마목, 같은 표 제2호바목 및 같은 표 제3호의 개정규정은 2014년 7월 1일 이후 실시한 의료급여부터 적용한다. **부칙** 〈제25840호, 2014.12.9.〉(규제 재검토기한 설정 등 규제정비를 위한 건축법 시행령 등 일부개정령) **제1조(시행일)** 이 영은 2015년 1월 1일부터 시행한다. 제2조부터 제16조까지 생략	청구를 한 자부터 적용한다. **부칙** 〈제1호, 2010.3.19.〉(보건복지부와 그 소속기관 직제 시행규칙) **제1조(시행일)** 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다. 〈단서 생략〉 제2조 생략 **제3조(다른 법령의 개정)** ① 부터 ㊹ 까지 생략 ㊺ 의료급여법 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다. 제3조제1항제3호·제6호, 제8조의2제1항·제3항, 제8조의3제1항제1호 및 제2호·제2항 전단·제3항, 제8조의4제1항제4호, 제8조의6 후단, 제10조제2항, 제16조제1호라목, 제17조제1항부터 제3항까지, 제19조의2제3항, 제20조제2항, 제21조제5항, 제22조제2항 후단, 제23조, 제24조제1항제3호·제2항제2호 및 제3호·제4항·제7항, 제25조제9항, 제27조제7항, 제28조제7항제2호 전단, 제29조제1항·제2항 각 호 외의 부분, 제30조제2항, 제31조제1항·제2항, 제32조, 별표 1의 제4호, 별표 1의2의 제1호나목(1)·(2)의 규정 외의 부분·라목·바목 및 사목, 별표 2의 제1호사목, 별지 제10호서식 및 별지 제21호서식 중 "보건복지가족부장관"을 각각 "보건복지부장관"으로 한다. 제11조제3항, 제19조의4제1항 각 호 외의 부분, 제24조제1항 각 호 외의 부분 및 제2항 각 호 외의 부분, 제28조제7항 각 호 외의 부분 중 "보건복지가족부령"을 각각 "보건복지부령"으로 한다. ㊻ 부터 ㊹ 까지 생략

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
제2조(수급권자 인정 신청에 관한 적용례) 제3조의3제1항 및 제2항의 개정규정은 같은 개정규정 시행 후 최초로 수급권자 인정 신청을 하는 사람부터 적용한다. **제3조(의료급여기관의 부당이득 징수에 관한 적용례)** 제23조제3항의 개정규정은 이 법 시행 후 최초로 부당이득을 징수하는 경우부터 적용한다. **제4조(행정처분의 효과 승계에 관한 적용례)** 제28조제6항 및 제7항의 개정규정은 같은 개정규정 시행 후 최초로 의료급여기관을 양수하거나 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인부터 적용한다. **제5조(이의신청기간에 관한 적용례)** ① 제30조제3항 본문의 개정규정(전자문서에 관한 사항은 제외한다)은 이 법 시행 후 최초로 한 처분부터 적용한다. ② 제30조제4항의 개정규정은 이 법 시행 후 최초로 받은 통보부터 적용한다. **제6조(포상금 지급에 관한 적용례)** 제32조의3제1항의 개정규정은 같은 개정규정 시행 후 최초로 의료급여기관이 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 급여비용을 받은 것에 대하여 신고를 한 사람부터 적용한다. **제7조(소액처리에 관한 적용례)** 제34조제2항의 개정규정은 이 법 시행 후 최초로 징수·지급 또는 반환하여야 할 금액이 건당 2천원 미만인 경우부터 적용한다. **제8조(의료급여증에 관한 경과조치)** 제8조의 개정규정 시행 당시 종전의 규정에 따른 의료급여증은 그 의료급여증의 유효기간 동안 효력을 가진다.	**부칙** 〈제26365호, 2015.6.30.〉 **제1조(시행일)** 이 영은 2015년 7월 1일부터 시행한다. **제2조(의료급여비용 중 기금부담 금액에 관한 적용례)** 별표 1의 개정규정은 이 영 시행 이후 실시하는 의료급여부터 적용한다. **부칙** 〈제26606호, 2015.10.29.〉 **제1조(시행일)** 이 영은 2015년 11월 1일부터 시행한다. **제2조(의료급여비용 중 기금부담 금액에 관한 적용례)** 별표 1 제1호바목 및 제2호아목의 개정규정은 2015년 11월 1일 이후 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우부터 적용한다. **부칙** 〈제26844호, 2015.12.31.〉(행정기관 소속 위원회 운영의 공정성 및 책임성 강화를 위한 국민건강보험법 시행령 등 일부개정령) 이 영은 공포한 날부터 시행한다. **부칙** 〈제27275호, 2016.6.28.〉 **제1조(시행일)** 이 영은 2016년 6월 30일부터 시행한다. 다만, 별표 1 제1호라목 및 마목과 같은 표 제2호다목·마목 및 바목의 개정규정은 2016년 7월 1일부터 시행하고, 제16조의3의 개정규정은 2016년 8월 4일부터 시행한다. **제2조(과징금 미납자에 대한 처분에 관한 적용례)** 제16조의3의 개정규정은 2016년 8월 4일 전에 독촉장을 받고도 이 영 시행 후의 납부기한까지 과징금을 내지 아니한 자에	**부칙** 〈제19호, 2010.9.7.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다. **제2조(임신·출산 진료비 지급에 관한 적용례)** 제8조의2제1항의 개정규정은 이 규칙 시행 후 최초로 같은 조 제3항에 따른 임신·출산 진료비의 지원을 신청한 자부터 적용한다. **부칙** 〈제29호, 2010.12.15.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다. **제2조(장애인보장구의 의료급여에 관한 적용례)** ① 별표 2 제1호라목의 개정규정은 이 규칙 시행 후 최초로 발행된 처방전으로 구입하는 장애인보장구부터 적용한다. ② 별표 2 제2호의 개정 규정은 이 규칙 시행 후 최초로 발행된 처방전으로 구입하는 장애인보장구 또는 소모품부터 적용한다. **제3조(장애인보장구의 의료급여에 관한 경과조치)** ① 별표 2 제1호나목의 개정규정에도 불구하고 2010년 12월 31일까지 제25조제3항에 따라 급여를 받기로 결정된 자가 공단에 등록하지 아니한 품목의 전동휠체어, 전동스쿠터 또는 보청기를 구입한 경우에는 해당 장애인보장구에 대하여 의료급여를 실시한다. ② 별표 2 제1호다목의 개정규정에도 불구하고 2010년 12월 31일까지 제25조제3항에 따라 급여를 받기로 결정된 자가 공단에 등록하지 아니한 보장구 업소에서 의지·보조기, 정형외과용구두, 전동휠체어, 전동스쿠터 또는 보청기를 구입한 경우에는 해당 장애인보장구에 대하여 의료급여를 실시한다.

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
부칙 〈제12362호, 2014.1.28.〉 **제1조(시행일)** 이 법은 공포 후 6개월이 경과한 날부터 시행한다. **제2조(심판청구에 관한 적용례)** 제30조의2의 개정규정은 이 법 시행 후 급여비용심사기관이 최초로 이의신청의 결정을 한 경우부터 적용한다. **부칙** 〈제12933호, 2014.12.30.〉(국민기초생활 보장법) **제1조(시행일)** 이 법은 공포 후 6개월이 경과한 날부터 시행한다. 〈단서 생략〉 제2조부터 제6조까지 생략 **제7조(다른 법률의 개정)** ① 의료급여법 일부를 다음과 같이 개정한다. 제3조제1항제1호 중 "「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자"를 "「국민기초생활 보장법」에 따른 의료급여 수급자"로 한다. 제3조의2 중 "「국민기초생활 보장법」 제5조의 수급권자"를 "「국민기초생활 보장법」 제12조의3제2항에 따른 의료급여 수급권자"로 한다. ② 및 ③ 생략 제8조 생략 **부칙** 〈제13248호, 2015.3.27.〉(무형문화재 보전 및 진흥에 관한 법률) **제1조(시행일)** 이 법은 공포 후 1년이 경과한 날부터 시행한다. 제2조부터 제5조까지 생략	대해서도 적용한다. **제3조(틀니 및 치과임플란트 등의 의료급여에 관한 적용례)** 별표 1 제1호라목 및 마목과 같은 표 제2호다목·마목 및 바목의 개정규정은 2016년 7월 1일 이후 실시하는 의료급여부터 적용한다. **부칙** 〈제27730호, 2016.12.30.〉 **제1조(시행일)** 이 영은 2017년 1월 1일부터 시행한다. **제2조(임신부 등의 외래진료에 대한 기금 부담률에 관한 적용례)** 별표 1 제2호 자목 및 차목의 개정규정은 이 영 시행 이후 실시하는 의료급여부터 적용한다. **부칙** 〈제27934호, 2017.3.8.〉 **제1조(시행일)** 이 영은 2017년 3월 13일부터 시행한다. **제2조(정신질환의 외래진료에 대한 기금 부담률에 관한 적용례)** 별표 1 제1호사목 및 같은 표 제2호카목부터 파목까지의 개정규정은 이 영 시행 이후 실시하는 의료급여부터 적용한다. **부칙** 〈제28349호, 2017.9.29.〉 **제1조(시행일)** 이 영은 2017년 10월 1일부터 시행한다. 다만, 별표 1 제1호라목 및 같은 표 제2호마목의 개정규정은 2017년 11월 1일부터 시행한다. **제2조(의료급여비용의 기금부담률에 관한 적용례)** ① 별표 1 제1호라목 및 같은 표 제2호마목의 개정규정은 2017년 11월 1일 이후 실시하는 의료급여부터 적용한다. ② 별표 1 제2호하목부터 더목까지의 개정규정은 2017년	**부칙** 〈제32호, 2010.12.30.〉(감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙) **제1조(시행일)** 이 규칙은 2010년 12월 30일부터 시행한다. **제2조(다른 법령의 개정)** ①부터 ⑩까지 생략 ⑪ 의료급여법 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다. 제3조제1항제6호 중 "전염병"을 "감염병"으로 한다. ⑫부터 ⑭까지 생략 제3조 생략 **부칙** 〈제47호, 2011.3.30.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 2011년 4월 1일부터 시행한다. **제2조(임신·출산 진료비 지급에 관한 적용례)** 제8조의2 제1항의 개정규정은 이 규칙 시행 후 최초로 같은 조 제3항에 따른 임신·출산 진료비의 지원을 신청하는 자부터 적용한다. **부칙** 〈제51호, 2011.4.15.〉(서식설계기준 변경에 따른 국민건강보험법 시행규칙 등 일부개정령) **제1조(시행일)** 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다. **제2조(서식 개정에 관한 경과조치)** 이 규칙 시행 당시 종전의 규정에 따른 서식은 2011년 6월 30일까지 이 규칙에 따른 서식과 함께 사용할 수 있다. **부칙** 〈제67호, 2011.7.4.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다. **제2조(제1형 당뇨병환자에 대한 요양비 지급에 관한 적용례)** 제24조의 개정규정은 이 규칙 시행 후 최초로 발행되는

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
제6조(다른 법률의 개정) ① 생략 ② 의료급여법 일부를 다음과 같이 개정한다. 제3조제1항제6호 중 "「문화재보호법」에 따라 지정된 중요무형문화재의 보유자(명예보유자를 포함한다)"를 "「무형문화재 보전 및 진흥에 관한 법률」에 따라 지정된 국가무형문화재의 보유자(명예보유자를 포함한다)"로 한다. ③부터 ⑧까지 생략 제7조 생략 **부칙** 〈제13657호, 2015.12.29.〉 이 법은 공포 후 6개월이 경과한 날부터 시행한다. **부칙** 〈제14003호, 2016.2.3.〉 이 법은 공포 후 6개월이 경과한 날부터 시행한다. **부칙** 〈제14697호, 2017.3.21.〉 **제1조(시행일)** 이 법은 공포 후 6개월이 경과한 날부터 시행한다. **제2조(이의신청에 관한 적용례)** 제30조제2항의 개정규정은 이 법 시행 후 최초로 급여비용심사기관이 처분을 하는 것부터 적용한다. **부칙** 〈제16253호, 2019.1.15.〉 이 법은 공포한 날부터 시행한다. **부칙** 〈제16374호, 2019.4.23.〉 이 법은 공포 후 6개월이 경과한 날부터 시행한다.	10월 1일 이후 실시하는 의료급여부터 적용한다. **부칙** 〈제28550호, 2017.12.29.〉 **제1조(시행일)** 이 영은 공포한 날부터 시행한다. **제2조(급여대상 본인부담금 상한에 관한 적용례)** 제13조제6항제2호의 개정규정은 이 영 시행 이후 실시하는 의료급여부터 적용한다. **부칙** 〈제28603호, 2018.1.23.〉 이 영은 공포한 날부터 시행한다. **부칙** 〈제29003호, 2018.6.26.〉 **제1조(시행일)** 이 영은 2018년 7월 1일부터 시행한다. **제2조(의료급여비용의 기금부담률에 관한 적용례)** 별표 1의 개정규정은 2018년 7월 1일 이후 실시하는 의료급여부터 적용한다. **부칙** 〈제29265호, 2018.10.30.〉 **제1조(시행일)** 이 영은 2018년 11월 1일부터 시행한다. **제2조(업무정지처분 및 과징금 부과처분 기준 변경에 관한 경과조치 등)** ① 2018년 11월 1일 전에 끝나는 조사대상 기간에 발생한 위반행위에 대한 업무정지처분 또는 과징금 부과처분은 별표 2 또는 별표 3의 개정규정에도 불구하고 종전의 규정에 따른다. ② 2018년 11월 1일 전에 시작되어 2018년 11월 1일 이후에 끝나는 조사대상 기간에 발생한 위반행위에 대한 업무정지처분 또는 과징금 부과처분은 별표 2	제1형 당뇨 소모성 재료 처방전으로 혈당검사에 사용되는 소모성 재료를 구입하는 경우부터 적용한다. **부칙** 〈제117호, 2012.3.30.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 2012년 4월 1일부터 시행한다. **제2조(임신·출산 진료비 지급에 관한 적용례)** 제8조의2제1항의 개정규정은 이 규칙 시행 후 최초로 임신·출산 진료비의 지원을 신청하는 자부터 적용한다. **부칙** 〈제133호, 2012.6.29.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다. 다만, 제8조의2제1항의 개정규정은 2012년 7월 1일부터 시행한다. **제2조(임신·출산 진료비 지급에 관한 적용례)** 제8조의2제1항의 개정규정은 이 규칙 시행 후 최초로 임신·출산 진료비의 지원을 신청하는 사람부터 적용한다. **부칙** 〈제157호, 2012.8.31.〉(국민건강보험법 시행규칙) **제1조(시행일)** 이 규칙은 2012년 9월 1일부터 시행한다. 제2조부터 제7조까지 생략 **제8조(다른 법령의 개정)** ①부터 ⑥까지 생략 ⑦ 의료급여법 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다. 제8조의5제1항 중 "「국민건강보험법」 제12조의 규정에 의한"을 "「국민건강보험법」 제13조에 따른"으로 한다. 제20조제1항 중 "「국민건강보험법」 제55조의 규정에 의한"을 "「국민건강보험법」 제62조에 따른"으로 한다. 제25조제4항제3호가목 중 "국민건강보험공단"을 "공단"

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
	또는 별표 3의 개정규정을 적용한다. 다만, 조사대상 기간 중 2018년 10월 31일까지의 기간에 대하여 같은 개정규정을 적용하는 것이 종전의 규정을 적용하는 것보다 의료급여기관에 불리하게 되는 경우에는 종전의 규정에 따른다. ③ 별표 2 제1호가목1) 및 별표 3 제3호의 개정규정은 부칙 제2조제1항 및 같은 조 제2항 단서에도 불구하고 2018년 10월 31일까지의 조사대상 기간에 발생한 위반행위에 대한 감면에도 적용한다. **부칙** 〈제29410호, 2018.12.24.〉 **제1조(시행일)** 이 영은 2019년 1월 1일부터 시행한다. **제2조(1세 미만인 수급권자의 외래진료에 대한 의료급여기금의 부담 비율에 관한 적용례)** 별표 1 제2호머목 및 버목의 개정규정은 이 영 시행 이후 실시하는 의료급여부터 적용한다. **제3조(의료급여 한도를 초과한 수급권자에 대한 의료급여기금의 부담 비율에 관한 적용례)** 별표 1 제3호다목의 개정규정은 이 영 시행 이후 실시하는 의료급여부터 적용한다. **제4조(포상금 지급 기준에 관한 적용례)** 별표 4의 개정규정은 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 급여비용을 받은 의료급여기관을 이 영 시행 이후 신고하는 경우부터 적용한다. **부칙** 〈제29676호, 2019.4.2.〉 **제1조(시행일)** 이 영은 공포한 날부터 시행한다.	으로 하고, 같은 조 제6항제1호 중 "「국민건강보험법」 제12조에 따른 국민건강보험공단(이하 "공단"이라 한다)"을 "공단"으로 한다. ⑧ 및 ⑨ 생략 **부칙** 〈제170호, 2012.11.21.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다. **제2조(경과규정)** 이 규칙 시행 당시 의료급여사업 안내 규정 등에 따라 배치된 시·도 및 시·군·구의 의료급여 관리사는 이 규칙 제2조의2에 따른 의료급여 관리사의 자격을 갖추어서 배치된 것으로 본다. **부칙** 〈제201호, 2013.7.1.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 2013년 7월 1일부터 시행한다. **제2조(선천성 신경인성 방광환자에 대한 요양비 지급에 관한 적용례)** 제24조의 개정규정은 이 규칙 시행 후 최초로 발행된 의사의 처방전으로 자가도뇨에 사용되는 소모성 재료를 구입한 경우부터 적용한다. **부칙** 〈제208호, 2013.9.13.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 2013년 10월 1일부터 시행한다. 다만, 제8조의3제1항제1호의 개정규정은 2014년 1월 1일부터 시행한다. **제2조(장기이식환자 기금부담률에 관한 경과조치)** 이 규칙 시행 당시 종전의 규정에 따라 급여비용의 전부를 기금에서 부담하는 수급권자는 제19조의4제1항제2호의 개정규정에도 불구하고 영 제5조제2호 또는 제4호에

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
	제2조(추나요법에 대한 의료급여기금의 부담 비율에 관한 적용례) 별표 1 제3호라목의 개정규정은 2019년 4월 8일 이후 실시하는 의료급여부터 적용한다. **부칙** 〈제29945호, 2019.7.2.〉 **제1조(시행일)** 이 영은 공포한 날부터 시행한다. **제2조(의료급여기금의 부담 비율에 관한 적용례)** 별표 1 제3호나목의 개정규정은 2019년 7월 1일 이후 실시한 의료급여부터 적용한다. **부칙** 〈제29950호, 2019.7.2.〉(어려운 법령용어 정비를 위한 210개 법령의 일부개정에 관한 대통령령) 이 영은 공포한 날부터 시행한다. 〈단서 생략〉 **부칙** 〈제30061호, 2019.8.27.〉 이 영은 공포한 날부터 시행한다. **부칙** 〈제30144호, 2019.10.22.〉 **제1조(시행일)** 이 영은 2019년 11월 1일부터 시행한다. 다만, 별표 1 제2호차목의 개정규정은 2020년 1월 1일부터 시행한다. **제2조(의료급여기금의 부담 비율에 관한 적용례)** 별표 1 제2호차목 및 같은 표 제3호나목의 개정규정은 이 영 시행 이후 실시하는 의료급여부터 적용한다. **부칙** 〈제30748호, 2020.6.2.〉 **제1조(시행일)** 이 영은 2020년 7월 1일부터 시행한다.	해당하게 될 때까지는 급여비용의 전부를 기금에서 부담하는 수급권자로 본다. **부칙** 〈제212호, 2013.10.1.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 2013년 10월 1일부터 시행한다. **제2조(장애인보장구 의료급여에 관한 적용례)** 제25조 및 별표 2의 개정규정 중 자세보조용구에 대한 의료급여 부분은 이 규칙 시행 후 발행된 보장구 처방전에 따라 자세보조용구를 구입한 경우부터 적용한다. **제3조(장애인 등록 전 구입한 장애인보장구에 관한 적용례)** 별표 2 제1호카목의 개정규정은 이 규칙 시행 당시 「장애인복지법」에 따른 장애인 등록을 하지 않은 경우라도 이 규칙 시행 전에 제25조제3항에 따라 의료급여 대상으로 통보받은 장애인보장구를 구입한 수급자가 해당 장애인보장구의 구입일부터 6개월 이내에 「장애인복지법」에 따라 장애인 등록을 한 경우에도 적용한다. **부칙** 〈제226호, 2013.12.13.〉 이 규칙은 2013년 12월 13일부터 시행한다. **부칙** 〈제228호, 2013.12.31.〉(행정규제기본법 개정에 따른 규제 재검토기한 설정을 위한 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙 등 일부개정령) 이 규칙은 2014년 1월 1일부터 시행한다. **부칙** 〈제269호, 2014.11.19.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 2014년 11월 19일부터 시행한다.

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
	제2조(의료급여기금의 부담 비율에 관한 적용례) 별표 1 제1호아목2) 및 같은 표 제2호러목2)의 개정규정은 2020년 7월 1일 이후 실시하는 의료급여부터 적용한다. **제3조(포상금 지급 기준에 관한 적용례)** 별표 4 제1호의 개정규정은 이 영 시행 이후 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 급여비용을 받은 의료급여기관을 신고하는 경우부터 적용한다. **부칙** 〈제31097호, 2020.10.7.〉 **제1조(시행일)** 이 영은 공포한 날부터 시행한다. **제2조(의료급여기금의 부담 비율에 관한 적용례)** 별표 1 제1호아목3) 및 같은 표 제2호러목3)의 개정규정은 이 영 시행 이후 실시하는 의료급여부터 적용한다.	**제2조(다른 법령의 개정)** ① 응급의료에 관한 법률 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다. 제33조의2제3항 중 "소방방재청장, 해양경찰청장"을 "국민안전처장관"으로 한다. ② 한센인피해사건의 진상규명 및 피해자생활지원 등에 관한 법률 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다. 제2조제1항 중 "안전행정부"를 "행정자치부"로 한다. **부칙** 〈제283호, 2015.1.5.〉(규제 재검토기한 설정 등 규제 정비를 위한 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙 등 일부개정령) 이 규칙은 공포일로부터 시행한다. **부칙** 〈제328호, 2015.7.1.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 2015년 7월 1일부터 시행한다. 다만, 별표 1의2 제1호아목은 2015년 7월 15일부터 시행한다. **제2조(완화의료 급여비용 부담에 관한 적용례)** 별표 1의2 제1호아목의 개정규정은 2015년 7월 15일 이후 실시하는 의료급여부터 적용한다. **제3조(장애인보장구의 의료급여에 관한 적용례)** 별표 2 제3호 가목의 개정규정은 2015년 7월 1일 이후 구입하는 장애인보장구부터 적용한다. **부칙** 〈제361호, 2015.10.30.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 2015년 11월 1일부터 시행한다. **제2조(8세 미만 소아의 의료급여 신청에 관한 적용례)** 제3조 제1항의 개정규정은 이 규칙 시행 이후 신청하는 의료급여부터 적용한다.

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		부칙 〈제385호, 2015.12.31.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 2016년 1월 1일부터 시행한다. **제2조(당뇨병 소모성 재료 관련 요양비에 관한 적용례)** ① 제24조제1항제4호의 개정규정에 따른 당뇨병 환자 및 당뇨병 소모성 재료와 관련한 요양비는 이 규칙 시행 이후 발행한 처방전에 따라 구입하는 경우부터 적용한다. ② 제24조제1항제4호의 개정규정에 따른 당뇨병 환자 및 당뇨병 소모성 재료와 관련한 요양비는 제1형 당뇨병환자가 이 규칙 시행 전에 발행한 처방전(해당 처방전의 처방기간 내의 것을 말한다)에 따라 이 규칙 시행 이후 구입하는 경우에도 적용한다. **제3조(인공호흡기 관련 요양비에 관한 적용례)** ① 제24조제1항제6호의 개정규정에 따른 인공호흡기에 관한 요양비는 이 규칙 시행 이후 발행한 처방전에 따라 대여받는 경우부터 적용한다. ② 제24조제1항제6호의 개정규정에 따른 인공호흡기에 관한 요양비는 질병관리본부장이 실시하는 희귀난치성 질환자의료비지원사업에 포함된 인공호흡기 대여 지원 대상자가 이 규칙 시행 전에 발행한 처방전(해당 처방전의 처방기간의 종기가 별지 제12호의6서식의 인공호흡기 청구기간의 시기를 경과하지 아니한 것을 말한다)에 따라 이 규칙 시행 이후 인공호흡기를 대여받는 경우에도 적용한다. **제4조(장애인보장구에 관한 적용례)** 별표 2의 개정규정은 이 규칙 시행 이후 발행한 처방전에 따라 구입하는 경우부터 적용한다. 다만, 맞춤형 교정용 신발, 의안 및 보청기 관련 개정 규정은 이 규칙 시행 전에 발행한 처방전에

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		따라 이 규칙 시행 이후 구입하는 경우에도 적용한다. **부칙** 〈제410호, 2016.6.29.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 2016년 7월 1일부터 시행한다. 다만, 제35조의2의 개정규정은 2016년 8월 4일부터 시행한다. **제2조(임신·출산 진료비의 지원에 관한 적용례)** 제8조의2 제1항의 개정규정은 이 규칙 시행 이후 최초로 임신·출산 진료비의 지원을 신청하는 경우부터 적용한다. **부칙** 〈제459호, 2016.12.30.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 2017년 1월 1일부터 시행한다. 다만, 제17조제1항의 개정규정은 2017년 4월 1일부터 시행한다. **제2조(임신·출산 진료비의 지원에 관한 적용례)** 제8조의2 제1항제2호의 개정규정은 이 규칙 시행 이후 임신·출산 진료비의 지원을 신청하는 경우부터 적용한다. **제3조(산소치료 관련 요양비에 관한 적용례)** ① 제24조제1항 제3호의 개정규정에 따른 산소치료 관련 요양비는 이 규칙 시행 이후 발행하는 처방전에 따라 산소치료를 받는 경우부터 적용한다. ② 제24조제1항제3호의 개정규정에 따른 산소치료 관련 요양비는 가정에서 산소치료를 받고 있던 환자가 이 규칙 시행 전에 발행한 처방전(해당 처방전의 처방기간 내의 것을 말한다)에 따라 이 규칙 시행 이후 산소치료를 받는 경우에도 적용한다. **제4조(자가도뇨 관련 요양비에 관한 적용례)** 제24조제1항제5

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		호의 개정규정에 따른 자가도뇨 관련 요양비는 이 규칙 시행 이후 발행하는 처방전에 따라 자가도뇨에 사용되는 소모성 재료를 구입하는 경우부터 적용한다. **제5조(기침유발기 관련 요양비에 관한 적용례)** ① 제24조제1항제6호의 개정규정에 따른 기침유발기 관련 요양비는 이 규칙 시행 이후 발행하는 처방전에 따라 기침유발기를 대여하는 경우부터 적용한다. ② 제24조제1항제6호의 개정규정에 따른 기침유발기 관련 요양비는 질병관리본부장이 실시하는 희귀난치성 질환자의료비지원사업에 포함된 기침유발기 대여 지원 대상자가 이 규칙 시행 전에 발행한 처방전(해당 처방전의 처방기간 종기가 별지 제12호의6서식의 기침유발기 청구 기간의 시기를 경과하지 아니한 것을 말한다)에 따라 이 규칙 시행 이후 기침유발기를 대여받는 경우에도 적용한다. **제6조(제3차의료급여기관의 지정에 관한 경과조치)** 부칙 제1조 단서에 따른 시행일 당시 제3차의료급여기관인 종합병원은 제17조제1항의 개정규정에도 불구하고 2017년 6월 30일까지는 제3차의료급여기관으로 본다. **부칙** 〈제512호, 2017.8.4.〉(호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙) **제1조(시행일)** 이 규칙은 2017년 8월 4일부터 시행한다. 〈단서 생략〉 제2조 생략 **제3조(다른 법령의 개정)** ①부터 ④까지 생략 ⑤ 의료급여법 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		별표 1의2 제1호아목 중 "「암관리법」 제22조에 따라 완화의료전문기관으로 지정된 의료급여기관에서 같은 법 제24조에 따라 완화의료 입원진료를 받는 경우"를 "「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제28조에 따라 호스피스전문기관으로 지정된 의료급여기관에서 호스피스·완화의료의 입원진료를 받는 경우"로 한다. **부칙** 〈제520호, 2017.9.15.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다. **제2조(임신·출산 진료비의 지원에 관한 적용례)** 제8조의2 제1항의 개정규정은 이 규칙 시행 이후 출산, 유산 또는 사산한 경우부터 적용한다. **제3조(소프트웨어의 사용에 관한 적용례)** 제22조제2항 후단의 개정규정은 이 규칙 시행 이후 전산기록장치에 의한 전산매체 또는 정보통신망에 의하여 의료급여비용 심사청구서 및 의료급여비용명세서를 제출하는 경우부터 적용한다. **부칙** 〈제586호, 2018.8.1.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다. **제2조(양압기 관련 요양비에 관한 적용례)** 제24조제1항제7호의 개정규정에 따른 요양비는 이 규칙 시행 이후 발행한 처방전에 따라 양압기를 대여받는 경우부터 지급한다. **제3조(수동휠체어의 의료급여에 대한 경과조치)** 이 규칙 시행 이전에 수동휠체어를 구입한 경우에는 별표 2 제1호 나목·다목의 개정규정에도 불구하고 종전의 규정에 따른다.

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		부칙 〈제606호, 2018.12.28.〉(행정규제기본법에 따른 일몰규제 정비를 위한 31개 법령의 일부개정에 관한 보건복지부령) 이 규칙은 2019년 1월 1일부터 시행한다. **부칙** 〈제605호, 2018.12.31.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 2019년 1월 1일부터 시행한다. **부칙** 〈제649호, 2019.7.1.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 공포일부터 시행한다. 다만 별표 1의2 제1호자목의 개정규정은 2019년 11월 1일부터 시행한다. **부칙** 〈제672호, 2019.9.27.〉(어려운 법령용어 정비를 위한 48개 법령의 일부개정에 관한 보건복지부령) 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다. **부칙** 〈제675호, 2019.10.24.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 10월 24일부터 시행한다. **제2조(서식 개정에 따른 경과조치)** 이 규칙 시행 당시 종전의 규정에 따라 제출한 신청서, 처방전 및 청구서 등은 이 규칙에 따라 제출한 것으로 본다. **부칙** 〈제686호, 2019.11.19.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다. **제2조(요양병원 입원진료 현황의 고지에 관한 적용례)** 제4조의 개정규정은 이 규칙 시행 당시 입원진료를 받고 있는 수급권자의 입원진료 현황에 대해서도 적용한다.

의료급여법 [법률 제16374호, 2019. 4.23., 일부개정]	의료급여법 시행령 [대통령령 제31097호, 2020.10. 7., 일부개정]	의료급여법 시행규칙 [보건복지부령 제739호, 2020. 6.29., 일부개정]
		부칙 〈제691호, 2019.12.20.〉(행정규제기본법에 따른 일몰규제 정비를 위한 7개 법령의 일부개정에 관한 보건복지부령) 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다. **부칙** 〈제693호, 2019.12.31.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 2020년 1월 1일부터 시행한다. **제2조(당뇨병 관리기기 관련 요양비에 관한 적용례)** 제24조 제1항제4호의 개정규정에 따른 당뇨병 관리기기 관련 요양비는 이 규칙 시행 이후 발행한 처방전에 따라 구입하는 경우부터 적용한다. **부칙** 〈제739호, 2020.6.29.〉 **제1조(시행일)** 이 규칙은 2020년 7월 1일부터 시행한다. 다만, 제3조의 개정규정은 2020년 10월 1일부터 시행하고, 별지 제6호서식의 개정규정은 2021년 1월 1일부터 시행한다. **제2조(보청기에 대한 의료급여에 관한 적용례)** 별표 2 제1호 라목4) 및 같은 호 파목의 개정규정은 이 규칙 시행 이후 보청기를 구입하는 경우부터 적용한다.

의료급여법 시행령

[별표]

■ 의료급여법 시행령 〔별표 1〕 〈개정 2020.10. 7.〉

의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 범위(제13조 관련)

1. 1종수급권자에 대해서는 다음 각 목의 구분에 따른 부담액 또는 부담률

가. 의료급여기관 및 의료급여의 내용에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위

의료급여 기관	의료급여의 내용		기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
1) 법 제9조제2항제1호 가목에 해당하는 제1차의료급여기관 및 같은 호 나목의 제1차 의료급여기관 중 보건의료원	가) 외래진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 95. 다만, 법 제7조제1항제2호의 약제(이하 "약제"라 한다)는 급여비용총액에서 「국민건강보험법 시행령」 제22조제1항 각 호 외의 부분 후단에 따른 구입금액(이하 "구입금액"이라 한다)의 100분의 5에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액 전부
2) 법 제9조제2항제2호에 따른 제2차의료급여기관	가) 외래진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 2,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 95. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 5에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액 전부

의료급여 기관	의료급여의 내용		기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
3) 법 제9조제2항제3호에 따른 제3차의료급여기관	가) 외래진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 2,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 95. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 5에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 2,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액 전부
4) 법 제9조제2항제1호의 제1차의료급여기관 중 보건소·보건지소 및 보건진료소	외래·입원진료		급여비용총액 전부
5) 법 제9조제2항제1호의 제1차의료급여기관 중 약국 및 한국희귀의약품센터	가) 보건소·보건지소 및 보건진료소가 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우		급여비용총액 전부
	나) 의료기관 및 보건의료원이 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우		급여비용총액에서 처방전 1매당 500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	다) 약사가 「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제하는 경우		급여비용총액에서 약국 1회 방문당 900원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

비 고 : 위 표 1)가)(1), 2)가)(1) 및 3)가)(1)의 경우로서 처방전을 함께 발행하는 경우에는 각각 위 표 1)가)(3), 2)가)(3) 및 3)가)(3)의 급여비용에 해당하는 금액을 기금에서 부담한다.

나. 가목1)가), 2)가), 3)가), 5)나) 및 5)다)를 적용하는 경우 급여비용총액이 해당 규정의 본인부담금보다 적은 경우에는 그 급여비용총액 전부를 본인부담금으로 한다.

다. 가목1)가), 2)가), 3)가), 5)나) 및 5)다)에도 불구하고 1종수급권자 중 다음에 해당하는 사람에 대해서는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다. 다만, 법 제7조제2항에 따른 한도를 초과하여 의료급여를 받은 사람 중 보건복지부령으로 정하는 사람에 대해서는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 급여비용총액의 일부를 부담하게 할 수 있다.

(1) 18세 미만인 사람

(2) 임산부

(3) 제2조제1호에 따른 무연고자로 확인된 사람

(4) 법 제3조제1항제9호에 따른 노숙인 등

(5) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환, 희귀난치성질환 또는 중증질환을 가진 사람

(6) 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사람

라. 가목1)부터 4)까지 및 다목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 틀니를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

마. 가목1)부터 4)까지 및 다목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 치과임플란트를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 90을 기금에서 부담한다.

바. 가목5)나)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도(重症度)를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈처장이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원 대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우 및 다목에 해당하는 경우는 제외한다]에는 급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다. 다만, 본인부담금이 500원 미만이면 500원을 본인부담금으로 한다.

사. 가목1)가)(1)·(3), 같은 목 2)가)(1)·(3) 및 같은 목 3)가)(1)·(3)에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항정신병 장기지속형주사제를 의료급여로 실시하는 경우에는 항정신병 장기지속형주사제 급여비용의 100분의 90을 기금에서 부담한다.

아. 가목1)가)(1)·(3), 같은 목 2)가)(1)·(3) 및 같은 목 3)가)(1)·(3)에도 불구하고 다음의 경우에는 해당 급여비용의 100분의 100을 기금에서 부담한다.

1) 「건강검진기본법」에 따른 국가건강검진을 받은 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 확진검사를 의료급여로 실시하는 경우

2) 「의료법」 제34조에 따른 원격의료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우

3) 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관이 수급권자의 상태가 호전됨에 따라 의료급여를 의뢰한 의료기관 등으로 수급권자를 회송(回送)하는 경우로서 해당 수급권자에게 회송과 관련하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우

2. 2종수급권자에 대해서는 다음 각 목의 구분에 따른 부담액 또는 부담률

가. 의료급여기관 및 의료급여의 내용에 따른 기금에서 부담하는 급여비용의 범위

의료급여기관	의료급여의 내용		기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
1) 법 제9조제2항제1호가목에 해당하는 제1차의료급여기관 및 같은 호 나목의 제1차의료급여기관 중 보건의료원	가) 외래진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액의 100분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 10에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
2) 법 제9조제2항제2호에 따른 제2차의료급여기관	가) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 만성질환자에 대한 그 질환의 외래진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 그 밖의 외래진료		급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
	다) 입원진료		급여비용총액의 100분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 10에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.

의료급여기관	의료급여의 내용	기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
3) 법 제9조제2항제3호에 따른 제3차의료급여기관	가) 외래진료	급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
	나) 입원진료	급여비용총액의 100분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 10에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
4) 법 제9조제2항제1호의 제1차의료급여기관 중 보건소·보건지소 및 보건진료소	외래·입원 진료	급여비용총액 전부
5) 법 제9조제2항제1호의 제1차의료급여기관 중 약국 및 한국희귀의약품센터	가) 보건소·보건지소 및 보건진료소가 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우	급여비용총액 전부
	나) 의료기관 및 보건의료원이 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우	급여비용총액에서 처방전 1매당 500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	다) 약사가 「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 약국 1회 방문당 900원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

비 고 : 위 표 1)가)(1) 및 2)가)(1)의 경우로서 처방전을 함께 발행하는 경우에는 각각 위 표 1)가)(3) 및 2)가)(3)의 급여비용에 해당하는 금액을 기금에서 부담한다.

나. 가목1)가), 2)가), 3)가), 5)나) 및 5)다)를 적용하는 경우 급여비용총액이 해당 규정의 본인부담금보다 적은 경우에는 그 급여비용총액 전부를 본인부담금으로 한다.

다. 가목1)나), 2)다) 및 3)나)에도 불구하고 자연분만 및 제왕절개분만에 대한 의료급여와 6세 미만의 아동에 대한 입원진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 받은 경우에는 본인부담금을 면제한다.

라. 가목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환을 가진 사람에 대해서는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.

마. 가목1)부터 4)까지 및 라목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 틀니를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 85를 기금에서 부담한다.

바. 가목1)부터 4)까지 및 라목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 치과임플란트를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 80을 기금에서 부담한다.

사. 가목1)나), 2)다) 및 3)나)에도 불구하고 고위험 임신부에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 입원진료를 의료급여로 실시한 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

아. 가목5)나)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈처장이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원 대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우 및 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 경우는 제외한다]에는 급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다. 다만, 본인부담금이 500원 미만이면 500원을 본인부담금으로 한다.

자. 가목1)가)(2), 같은 목 2)가)(2), 같은 목 2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 임신부의 외래진료(유산·사산으로 인한 외래진료를 포함한다)에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

차. 가목1)가)(2), 같은 목 2)가)(2), 같은 목 2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 만 5세까지의 조산아(早産兒) 및 저체중 출생아의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

카. 가목1)가)(1)·(3)에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항정신병 장기지속형주사제를 의료급여로 실시하는 경우에는 항정신병 장기지속형주사제 급여비용의 100분의 90을 기금에서 부담한다.

타. 가목2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 다음의 기준에 따른다.

1) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 정신질환의 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다. 다만, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료(이하 이 목에서 "전산화단층촬영등"이라 한다)를 실시하는 경우에는 전산화단층촬영등의 사용에 드는 급여비용의 100분의 85를 기금에서 부담한다.

2) 1) 외의 정신질환의 경우에는 급여비용총액의 100분의 90을 기금에서 부담한다. 다만, 전산화단층촬영등을 실시하는 경우에는 전산화단층촬영등의 사용에 드는 급여비용의 100분의 85를 기금에서 부담한다.

파. 타목1)에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 정신질환의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항정신병 장기지속형주사제를 의료급여로 실시하는 경우에는 항정신병 장기지속형주사제 급여비용의 100분의 90을 기금에서 부담한다.

하. 가목1)가)(2), 같은 1) 나), 같은 목 2)나)·다) 및 같은 목 3)가)·나)에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 치매에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

거. 가목1)나), 같은 목 2)다) 및 같은 목 3)나)에도 불구하고 6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다.

너. 가목1)나), 같은 목 2)다) 및 같은 목 3)나)에도 불구하고 16세 이상 18세 이하인 사람의 치아홈메우기에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 치아홈메우기 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

더. 가목2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 18세 이하인 사람의 치아홈메우기에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 치아홈메우기 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

러. 가목1)가)(1)·(3), 같은 1) 나), 같은 목 2)가)(1)·(3), 같은 2) 나)·다) 및 같은 목 3)가)·나)에도 불구하고 다음의 경우에는 해당 급여비용의 100분의 100을 기금에서 부담한다.

1) 「건강검진기본법」에 따른 국가건강검진을 받은 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 확진검사를 의료급여로 실시하는 경우

2) 「의료법」 제34조에 따른 원격의료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우

3) 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관이 수급권자의 상태가 호전됨에 따라 의료급여를 의뢰한 의료기관 등으로 수급권자를 회송하는 경우로서 해당 수급권자에게 회송과 관련하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우

머. 가목1)가), 같은 목 2)가)(1)·(3) 및 차목에도 불구하고 1세 미만인 수급권자의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.

버. 가목2)가)(2), 같은 2) 나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 1세 미만인 수급권자의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

3. 제1호 및 제2호에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 각 목에서 정하는 금액을 기금에서 부담한다.

가. 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제4호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여 항목을 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 100 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 기금에서 부담한다.

나. 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원·한방병원·요양병원(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원인 요양병원 및 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다. 이하 같다)·종합병원 및 같은 법 제3조의4에 따라 지정된 상급종합병원에서 「국민건강보험법」 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 다음의 기준을 따른다.

1) 상급종합병원 2인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 50을, 3인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 60을 각각 의료급여기금에서 부담한다.

2) 병원·한방병원·요양병원·종합병원 2인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 60을, 3인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 70을 각각 의료급여기금에서 부담한다.

다. 법 제7조제2항에 따라 보건복지부령으로 정하는 상한일수를 초과하여 의료급여를 받은 수급권자로서 보건복지부령으로 정하는 승인을 얻지 않은 수급권자에게 실시하는 의료급여에 대해서는 다음의 구분에 따른 금액을 기금에서 부담한다. 다만, 제1호가목4) 및 제2호가목4)의 의료급여기관에서 받는 외래·입원진료와 제1호가목5)가) 및 제2호가목5)가)에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.

1) 외래진료의 경우에는 급여비용총액의 100분의 70

2) 입원진료의 경우에는 급여비용총액의 100분의 80

3) 제1호가목5)나)·다) 및 제2호가목5)나)·다)의 경우에는 급여비용총액의 100분의 70

라. 다목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 의료급여를 실시하는 경우에는 다음의 구분에 따른 금액을 기금에서 부담한다.

1) 1종수급권자에 대해서는 추나요법 급여비용의 100분의 70

2) 2종수급권자에 대해서는 추나요법 급여비용의 100분의 60

3) 1) 및 2)에도 불구하고 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 추나요법 급여비용의 100분의 20

■ 의료급여법 시행령 〔별표 2〕 〈개정 2020. 6. 2.〉

행정처분의 기준(제16조의2 관련)

1. 업무정지처분의 기준

가. 일반기준

1) 다음 가)부터 다)까지의 어느 하나에 해당하는 경우에는 업무정지기간을 2분의 1의 범위에서 감경하거나 면제할 수 있다. 다만, 속임수를 사용하여 수급권자, 부양의무자 또는 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 하였을 때에는 그러하지 아니하다.

가) 급여비용을 부당청구한 의료급여기관이 그 부당청구 사실이 발각되기 전에 보건복지부장관 등의 감독관청에 부당청구 사실을 자진하여 신고한 경우

나) 의료급여기관의 대표자가 인지할 수 없었던 불가항력적인 사유로 급여비용 부당청구가 발생한 사실이 객관적으로 증명된 경우

다) 그 밖에 위반행위의 동기·목적·정도 및 위반횟수 등을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 감면기준에 해당하는 경우

2) 의료급여기관이 법 제28조제1항 및 제29조제1항에 따른 업무정지 또는 과징금 처분을 받은 이후 5년 이내에 법 제28조제1항 각 호의 위반행위를 하였을 경우(5년 이내의 기간 산정은 위반사실이 확인된 날부터 그 직전에 업무정지 또는 과징금 처분서를 송달받은 날까지로 한다)에는 해당 위반행위에 대한 업무정지기간의 2배에 해당하는 처분을 할 수 있다. 이 경우 업무정지기간은 1년을 넘을 수 없다.

3) 나목1) 및 2)의 경우 모두에 해당되는 의료급여기관의 업무정지 기간은 해당 기간을 합산한 기간으로 한다. 다만, 업무정지 기간을 합하는 경우에도 1년을 넘을 수 없다.

나. 개별기준

1) 의료급여기관이 법 제28조제1항제1호에 해당하는 경우의 업무정지기간은 다음 표와 같다.

(단위 : 일)

월평균 부당금액	부당비율				
	0.5% 이상 1% 미만	1% 이상 2% 미만	2% 이상 3% 미만	3% 이상 4% 미만	4% 이상 5% 미만
20만원 이상 ~ 25만원 미만			10	20	30
25만원 이상 ~ 40만원 미만		10	20	30	40
40만원 이상 ~ 80만원 미만	10	20	30	40	50
80만원 이상 ~ 160만원 미만	15	25	35	45	55
160만원 이상 ~ 320만원 미만	20	30	40	50	60

월평균 부당금액	부당비율				
	0.5% 이상 1% 미만	1% 이상 2% 미만	2% 이상 3% 미만	3% 이상 4% 미만	4% 이상 5% 미만
320만원 이상 ~ 640만원 미만	25	35	45	55	65
640만원 이상 ~ 1,000만원 미만	30	40	50	60	70
1,000만원 이상 ~ 2,000만원 미만	35	45	55	65	75
2,000만원 이상 ~ 3,000만원 미만	40	50	60	70	80
3,000만원 이상 ~ 4,000만원 미만	45	55	65	75	85
4,000만원 이상 ~ 5,000만원 미만	50	60	70	80	90
5,000만원 이상 ~ 1억원 미만	55	65	75	85	95
1억원 이상	60	70	80	90	100

비고

1. 월평균 부당금액은 조사대상 기간(의료급여기관이 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 급여비용을 청구하였는지 확인하기 위하여 6개월부터 36개월까지의 범위에서 보건복지부장관이 정하는 기간을 말한다. 이하 같다) 동안 의료급여기관이 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 한 금액과 수급권자 또는 그 부양의무자에게 본인부담금을 부담하게 한 금액을 합산한 금액(이하 "총부당금액"이라 한다)을 조사대상 기간의 개월 수로 나눈 금액으로 한다.
2. 부당비율은 [총부당금액/(급여비용 총액 + 급여비용 총액에 포함되지 않은 부당금액)] × 100으로 산출한다.
3. "급여비용 총액"이란 조사대상 기간 동안 심사결정된 급여비용(법 제11조제2항에 따라 심사청구된 급여비용에 대하여 급여비용 심사기관이 심사결정한 급여비용을 말한다)을 합산한 금액을 말한다.
4. "급여비용 총액에 포함되지 않은 부당금액"이란 조사대상 기간 동안 해당 의료급여기관의 급여비용 총액에는 포함되지 않으나 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 한 금액과 수급권자 또는 그 부양의무자에게 본인부담금을 부담하게 한 금액을 말한다.
5. 부당비율이 5% 이상인 경우에는 초과 1%마다 업무정지기간을 3일씩 가산하되, 소수점 이하의 부당비율은 올림한다.
6. 월평균 부당금액이 40만원 미만인 경우에 위 표에 따라 계산한 업무정지기간이 50일을 초과하는 경우 50일로 보며, 위 표에 따라 계산한 업무정지기간이 365일을 초과하는 경우 365일로 본다.

2) 의료급여기관이 법 제32조제2항에 따른 보고 또는 서류의 제출을 하지 아니하거나 거짓 보고를 하거나 거짓 서류를 제출하거나 소속 공무원의 질문 및 검사를 거부·방해 또는 기피한 경우에는 업무정지 기간을 1년으로 한다. 다만, 서류 중 진료기록부, 투약기록, 의료급여비용계산서 및 본인부담금수납대장을 제외한 서류의 전부 또는 일부를 제출하지 아니한 경우에는 업무정지 기간을 180일로 한다.

2. 삭제 〈2020. 6. 2.〉

■ 의료급여법 시행령 〔별표 3〕 〈개정 2020. 6. 2.〉

과징금 부과 기준(제16조의4 관련)

1. 과징금은 별표 2 제1호나목에 따른 업무정지 기간이 10일인 경우에는 총 부당금액의 2배, 10일 초과 30일 이하인 경우에는 총 부당금액의 3배, 30일 초과 50일 이하인 경우에는 총 부당금액의 4배, 50일을 초과하는 경우에는 총 부당금액의 5배로 한다.

2. 의료급여기관이 과징금의 분할납부를 신청하는 경우 12개월의 범위에서 과징금의 분할납부를 하게 할 수 있다.

3. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 과징금 금액을 2분의 1의 범위에서 감경하거나 면제할 수 있다. 다만, 속임수를 사용하여 수급권자, 부양의무자 또는 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 하였을 때에는 그러하지 아니하다.

   가. 급여비용을 부당청구한 의료급여기관이 그 부당청구 사실이 발각되기 전에 보건복지부장관 등의 감독관청에 부당청구 사실을 자진하여 신고한 경우

   나. 의료급여기관의 대표자가 인지할 수 없었던 불가항력적인 사유로 급여비용 부당청구가 발생한 사실이 객관적으로 증명된 경우

   다. 그 밖에 위반행위의 동기·목적·정도 및 위반횟수 등을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 감면기준에 해당하는 경우

4. 의료급여기관이 법 제28조제1항 및 제29조제1항에 따른 업무정지 또는 과징금 처분을 받은 이후 5년 이내에 법 제28조제1항제1호의 위반행위를 하였을 경우(5년 이내의 기간 산정은 위반사실이 확인된 날부터 그 직전에 업무정지 또는 과징금 처분서를 송달받은 날까지로 한다)에는 해당 위반행위에 대한 과징금의 2배에 해당하는 처분을 할 수 있다. 이 경우 과징금은 총부당금액의 5배를 넘을 수 없다.

■ 의료급여법 시행령 〔별표 4〕 〈개정 2020. 6. 2.〉

포상금 지급 기준(제18조의2제4항 관련)

신고 유형	지급 기준	
	징수금	포상금
1. 의료급여기관에 근무하고 있거나 근무했던 사람 또는 약제·치료재료의 제조업자·판매업자에게 고용되어 있거나 고용됐던 사람이 의료급여기관을 신고하는 경우	15만원 이상 1천만원 이하	징수금 × 30/100
	1천만원 초과 5천만원 이하	300만원 + [(징수금- 1천만원) × 20/100]
	5천만원 초과	1,100만원 + [(징수금 - 5천만원) × 10/100]. 다만, 20억원을 넘는 경우에는 20억원으로 한다.
2. 의료급여기관에서 진료를 받은 사람 또는 그 배우자, 의료급여기관에서 진료를 받은 사람 또는 그 배우자의 직계존비속이 해당 진료와 관련된 급여비용에 대하여 의료급여기관을 신고하는 경우	2천원 이상 2만원 이하	1만원
	2만원 초과	징수금 × 50/100. 다만, 500만원을 넘는 경우에는 500만원으로 한다.
3. 제1호 및 제2호에 해당하지 않는 사람이 의료급여기관을 신고하는 경우	10만원 이상 1천만원 이하	징수금 × 20/100
	1천만원 초과 2천만원 이하	200만원 + [(징수금 - 1천만원) × 15/100]
	2천만원 초과	350만원 + [(징수금 - 2천만원) × 10/100]. 다만, 500만원을 넘는 경우에는 500만원으로 한다.

비고

1. "징수금"이란 법 제5조에 따른 보장기관이 신고인의 신고 사실과 관련하여 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 급여비용을 받은 의료급여기관에 대하여 징수한 금액을 말한다.
2. 위 표의 징수금의 금액에 해당하지 않는 경우는 신고 대상에서 제외한다.
3. 위 표의 지급 기준에 따라 산정된 포상금을 지급할 때 2천원 미만은 지급하지 않는다.

■ 의료급여법 시행령 〔별표 5〕 〈신설 2013.12.11.〉

과태료 부과의 기준(제22조 관련)

1. 일반기준

가. 위반행위의 횟수에 따른 과태료의 부과기준은 최근 1년간 같은 위반행위로 과태료 부과처분을 받은 경우에 적용한다. 이 경우 위반행위에 대하여 과태료 부과처분을 한 날과 그 부과처분 이후에 다시 같은 위반행위를 하여 적발된 날을 각각 기준으로 하여 위반횟수를 계산한다.

나. 보건복지부장관은 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제2호의 개별기준에 따른 과태료 금액의 2분의 1 범위에서 그 금액을 줄일 수 있다. 다만, 과태료를 체납하고 있는 위반행위자에 대해서는 그러하지 아니하다.

1) 위반행위자가 「질서위반행위규제법 시행령」 제2조의2제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우

2) 위반행위가 사소한 부주의나 오류로 인한 것으로 인정되는 경우

3) 위반행위자가 조사에 협조하였다고 인정되는 경우

4) 그 밖에 위반행위의 정도, 위반행위의 동기와 그 결과 등을 고려하여 과태료 금액을 줄일 필요가 있다고 인정되는 경우

다. 보건복지부장관은 위반행위의 정도, 위반행위의 동기와 그 결과 등을 고려하여 제2호에 따른 과태료 금액의 2분의 1 범위에서 그 금액을 늘일 수 있다. 다만, 늘이는 경우에도 법 제37조에 따른 과태료 금액의 상한을 넘을 수 없다.

2. 개별기준

(단위: 만원)

위반행위	근거 법조문	과태료 금액		
		1차 위반	2차 위반	3차 이상 위반
가. 의료급여기관이 법 제11조의2를 위반하여 서류를 보존하지 않은 경우	법 제37조제2항제1호	30	60	100
나. 법 제28조제1항에 따른 업무정지처분을 받았거나 업무정지처분 절차가 진행 중인 자가 같은 조 제7항을 위반하여 행정처분을 받은 사실 또는 행정처분 절차가 진행 중인 사실을 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인에 지체 없이 알리지 않은 경우	법 제37조제1항	500	500	500

위반행위	근거 법조문	과태료 금액		
		1차 위반	2차 위반	3차 이상 위반
다. 「약사법」에 따른 의약품의 제조업자·위탁제조판매업자·수입자·판매업자 및 「의료기기법」에 따른 의료기기 제조업자·수입업자·수리업자·판매업자·임대업자가 정당한 사유 없이 법 제29조의2제2항에 따른 서류제출을 하지 아니하거나 거짓 서류를 제출하거나 질문에 대하여 진술을 거부하거나 거짓으로 진술하거나 검사 등 조사를 거부·방해 또는 기피한 경우	법 제37조제2항제2호	30	60	100

의료급여법 시행규칙

[별표/서식]

■ 의료급여법 시행규칙 〔별표 1〕 〈개정 2010.3.19.〉

선택의료급여기관의 범위 및 의료급여의 절차 등(제8조의3 관련)

1. 수급권자가 선택할 수 있는 의료급여기관의 범위 및 의료급여의 절차

가. 수급권자는 제1차의료급여기관 중 어느 한 곳을 선택할 수 있다. 다만, 제3조제1항제3호 또는 제4호에 해당하는 수급권자는 제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관 중 어느 한 곳을 선택할 수 있고, 같은 항 제7호부터 제11호까지 해당하는 수급권자는 제2차의료급여기관 중 어느 한 곳을 선택할 수 있다.

나. 시장·군수·구청장은 가목에 따라 수급권자의 선택의료급여기관이 정해진 경우에는 지체 없이 별지 제4호의2서식의 의료급여기관 선택사실 통보서에 그 내용을 기재하여 해당 선택의료급여기관에 통보해야 한다.

다. 나목에 따라 통보를 받은 선택의료급여기관이 해당 수급권자의 치료를 위하여 다른 의료급여기관(제1차의료급여기관을 포함한다)의 진료가 필요하다고 판단하는 경우에는 수급권자에게 별지 제3호서식의 의료급여의뢰서를 발급하고 그 사실을 7일 이내에 보장기관에 통보해야 하며, 의료급여의뢰서를 발급받은 수급권자는 의료급여의뢰서를 7일(공휴일을 제외한다) 이내에 의료급여기관에 제출하여야 한다.

라. 다목에 따라 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관은 해당 수급권자의 치료를 위하여 다른 의료급여기관의 진료가 필요한 경우에는 수급권자에게 별지 제3호서식의 의료급여의뢰서를 발급하여 다른 의료급여기관에서 의료급여를 받게 할 수 있다. 이 경우 보장기관에의 통보 및 의료급여의뢰서 제출 절차에 관하여는 다목을 준용하다.

2. 선택의료급여기관을 추가할 수 있는 범위 및 추가 절차

가. 제1호가목에 불구하고 수급권자가 복합질환을 가지고 있어 제1호에 따른 선택의료급여기관 외에 다른 의료급여기관에서 6개월 이상 지속적으로 진료를 받을 필요가 있는 경우에는 시장·군수·구청장이 법 제6조제4항에 따른 시·군·구 의료급여심의위원회의 심의를 거쳐 제1호가목에 따른 의료급여기관 외에 제1차의료급여기관 또는 제2차의료급여기관 중 한 곳을 추가로 선택하게 할 수 있다.

나. 시장·군수·구청장은 수급권자가 제1호가목에 따른 선택의료급여기관으로서 치과의원 또는 한의원을 선택하지 않은 경우 치료를 위하여 필요하면 제1호가목에 따른 선택의료급여기관 외에 치과의원 및 한의원을 하나씩 선택하게 할 수 있다.

다. 가목 또는 나목에 따라 시장·군수·구청장이 의료급여기관을 추가로 선택하게 한 때에는 그 사실을 별지 제4호의2서식의 의료급여기관 선택사실 통보서에 기재하여 추가로 선택된 의료급여기관에 통보해야 한다.

3. 선택의료급여기관을 변경하는 경우와 변경 절차

가. 수급권자는 다른 시·군·구로의 전입 등으로 거주지가 변경된 경우 외에는 제1호 및 제2호에 따른 선택의료급여기관을 변경할 수 없다. 다만, 선택의료급여기관에서 진료가 곤란한 질환의 발생 등 불가피한 사유가 발생한 때에는 1년에 1회에 한해 선택의료급여기관을 변경할 수 있다.

나. 가목에 따른 선택의료급여기관의 변경 절차에 관하여는 제2호가목 및 다목을 준용한다.

4. 제1호 내지 제3호 외에 선택의료급여기관의 추가, 변경 등에 필요한 절차 그 밖에 선택의료급여기관의 이용 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

■ 의료급여법 시행규칙 〔별표 1의2〕 〈개정 2019. 7. 1.〉

수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목과 부담률(제19조관련)

1. 수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목의 비용

가. 수급권자가 제3조의 규정에 의한 의료급여의 절차에 의하지 아니하고 의료급여기관을 이용한 경우에 소요된 비용의 총액

나. 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기금이 부담하는 급여비용의 상한금액을 초과하는 비용

(1) 의료급여의 필요성이 의학적으로 인정되는 약제·치료재료로서 그 약제·치료재료의 상한금액이 대체 가능한 약제·치료재료의 상한금액의 2배 이상인 경우

(2) 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 제1호 나목(2)에 해당하는 약제·치료재료의 경우

다. 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 제1호다목부터 아목까지의 규정에 해당하는 경우 또는 항목의 비용. 다만, 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 제1호사목 중 「공공보건의료에 관한 법률」 제12조제2항에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료취약지에 위치한 지역응급의료기관에 내원한 환자로서 가목에 해당되는 사람이 아닌 경우에는 「의료급여법」 제10조에 따른 본인부담금을 말한다.

라. 수급권자(영 제6조 단서에 따른 무연고자를 제외한다)가 입원시 발생하는 식대중 보건복지부장관이 정하는 비용

마. 삭제 〈2018. 12. 31.〉

바. 경구투여가 가능함에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진통·진양·수렴·소염제인 외용제제를 처방·조제받은 경우 그 외용제제 비용

사. 수급권자가 제8조의6의 기준을 초과하여 처방·조제 받은 경우에는 급여 제한의 기준 및 그 예외 등에 관하여 보건복지부장관이 고시하여 정하는 바에 따른 급여 비용

아. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제28조에 따라 호스피스전문기관으로 지정된 의료급여기관에서 호스피스·완화의료의 입원진료를 받는 경우에는 가목에 해당하는 비용 및 다목 중 「응급의료에 관한 법률」에 따라 의료급여기관의 구급차를 이용하여 이송되었을 경우의 이송처치료에 해당하는 비용

자. 「의료법」 제3조제2항제3호라목의 요양병원 중 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호가목에 따른 정신병원과 「장애인복지법」 제58조제1항제4호의 장애인 의료재활시설을 제외한 요양병원에서 입원진료를 받는 수급권자가 제3조제3항에 따른 의료급여의뢰서 없이 다른 의료급여기관에서 진료를 받는 경우에 소요된 비용의 총액

2. 본인부담률 : 제1호에 해당하는 비용의 100분의 100

■ 의료급여법 시행규칙 〔별표 1의3〕 삭제 〈2015. 12. 31.〉

■ 의료급여법 시행규칙 〔별표 2〕 〈개정 2020. 6. 29.〉

보조기기 급여의 범위 및 의료급여기금의 부담금액(제25조제1항 관련)

1. 일반원칙

가. 보조기기는 제2호에서 정한 것으로서, 의지(義肢)·보조기는 「장애인복지법」에 따라 의지·보조기 기사가 제조(팔보조기는 「의료기사 등에 관한 법률 」에 따라 의사의 지도를 받아 작업치료사가 제조한 것을 포함한다)·수리한 것이어야 하고, 의료기기는 「의료기기법」에 따라 신고 또는 허가 받은 것이어야 하며, 자세보조용구는 공단이 정하는 품질 및 안전에 관한 기준을 충족하는 것이어야 하고, 그 밖의 보조기기는 관련 법령 등에 따라 제조·수입 또는 판매된 것이어야 한다.

나. 가목의 보조기기 중 수동휠체어, 보청기, 전동휠체어, 전동스쿠터, 자세보조용구, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트 및 전·후방보행보조차는 공단에 등록한 품목이어야 한다. 이 경우 품목의 등록기준, 등록절차 및 등록취소 등에 필요한 사항은 「국민건강보험법 시행규칙」 제26조제7항에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

다. 의지·보조기, 맞춤형 교정용 신발, 수동휠체어, 보청기, 전동휠체어, 전동스쿠터, 자세보조용구, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트 및 전·후방보행보조차에 대해서는 공단에 등록한 보조기기 업소에서 구입한 경우에만 의료급여를 한다. 이 경우 보조기기 업소의 등록기준, 등록절차 및 등록취소 등에 필요한 사항은 「국민건강보험법 시행규칙」 제26조제7항에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

라. 보조기기는 재료의 재질·형태·기능 및 종류에 관계없이 같은 보조기기의 유형별로 내구연한(耐久年限) 내에 1명당 한 번만 의료급여를 한다. 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 각각을 1회로 본다.

1) 같은 유형의 팔 의지, 다리 의지, 팔 보조기, 다리 보조기, 의안(義眼) 또는 보청기를 양쪽에 장착하는 경우

2) 손가락 의지를 2개 이상 장착하는 경우

3) 몸통 및 골반 지지대를 다음 자세보조용구 중 하나 이상과 동시에 장착한 경우나 몸통 및 골반 지지대를 장착한 후 그 내구연한 내에서 다음 자세보조용구의 하나 이상을 추가로 장착한 경우

가) 머리 및 목 지지대

나) 팔 지지대 및 랩트레이(lap tray)

다) 다리 및 발 지지대

4) 보청기를 구입한 후 판매자로부터 보청기의 청력개선 효과를 높이기 위한 성능 유지·관리 서비스(이하 "적합관리서비스"라 한다)를 받는 경우

마. 진료담당 의사가 훼손, 마모 또는 장애인의 성장·신체변형 등으로 계속 장착하기 부적절하거나 그 밖의 부득이한 사유로 교체해야 할 필요가 있다고 판단하여 별지 제14호서식 및 별지 제14호의2서식부터 별지 제14호의4서식까지의 보조기기 처방전을 발행한 경우에는 제2호에 따른 내구연한 내라도 의료급여를 할 수 있다. 다만, 제2호에 따른 의료급여 대상 소모품은 제외한다.

바. 보조기기 중 실리콘형 다리 의지는 절단 후 남아있는 신체부분(stump)이 불안정하여 실리콘형 소켓이 필요하다는 진료담당 의사의 의학적 소견이 있는 경우에만 의료급여를 한다.

사. 보조기기에 대한 의료급여는 해당 보조기기의 기준액(제2호에 따른 기준액을 말하며, 이하 이 표에서 같다), 고시금액(보건복지부장관이 공단의 급여평가 결과를 고려하여 제품별로 고시하는 금액을 말하며, 이하 이 표에서 같다) 또는 실구입금액 중에서 제3호에서 정하는 기준에 따라 실시한다.

아. 뇌병변장애인, 심장 및 호흡기 장애인에 대한 수동휠체어는 보행이 불가능하거나 현저하게 제한된 경우에만 의료급여를 한다.

자. 제2호에 따른 전동휠체어, 전동스쿠터, 자세보조용구, 수동휠체어, 보청기, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트, 전·후방보행보조차 및 소모품(전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지를 말한다)의 의료급여 대상자 및 기준에 관한 세부적인 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

차. 보조기기 소모품 중 전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지의 급여는 전동휠체어 또는 전동스쿠터에 대한 급여를 받은 사람이 해당 보조기기를 지속적으로 사용하고, 해당 보조기기를 구입한 날부터 1년 6개월이 지난 때부터 지급한다.

카. 「장애인복지법」에 따라 장애인 등록을 한 수급자가 그 장애인 등록 전 6개월 이내에 구입한 보조기기(해당 장애와 관련하여 해당 과목 전문의가 발행한 보조기기 처방전에 따라 구입한 것으로 한정한다)에 대해서도 의료급여를 한다. 다만, 활동형 수동휠체어, 틸팅형 수동휠체어, 리클라이닝형 수동휠체어, 전동휠체어, 전동스쿠터, 자세보조용구 및 이동식전동리프트는 제외한다.

타. 자세보조용구에 대한 의료급여는 스스로 앉기 어렵고 독립적으로 앉은 자세를 유지하지 못하는 장애인의 앉은 자세를 고정하거나 유지하기 위하여 해당 장애인의 체형에 맞게 제작된 몸통 및 골반 지지대에 대하여 실시한다. 이 경우 앉은 자세를 고정하거나 유지하기 위하여 머리, 팔 또는 다리를 고정할 필요가 있으면 다음의 자세보조용구에 대해서도 추가로 의료급여를 실시할 수 있다.

1) 머리 및 목 지지대
2) 팔 지지대 및 랩트레이
3) 다리 및 발 지지대

파. 보청기에 대한 급여는 다음의 구분에 따라 실시한다.

1) 제품급여: 보청기 제품에 대하여 다음의 구분에 따른 경우에 실시한다.
가) 2019년 1월 1일부터 12월 31일까지 처방된 보청기: 보청기 구입 후 그 보청기를 착용한 상태에서 청력개선 효과가 있다고 의사가 검수확인한 경우
나) 2020년 1월 1일부터 처방된 보청기: 보청기 구입 후 그 보청기를 착용한 상태에서 음장검사한 결과 청력개선 효과가 있다고 의사가 검수확인한 경우

2) 적합관리급여: 적합관리서비스에 대하여 실시한다. 이 경우 적합관리급여의 지급 방법·시기 등 세부적인 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

2. 의료급여 대상 보조기기의 유형·기준액 및 내구연한: 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 7 제2호에 따른다.

3. 보조기기 구입비용의 부담

가. 보조기기 구입비용에 대한 기금의 부담금액은 다음과 같다.

1) 전동휠체어, 전동스쿠터 및 자세보조용구: 기준액, 고시금액 및 실구입금액 중 가장 낮은 금액

2) 그 밖의 보조기기: 기준액 및 실구입금액 중 가장 낮은 금액

나. 가목에서 정한 기금에서 부담하는 금액 외의 금액은 수급권자가 부담한다.

4. 그 밖의 사항

가. 보조기기의 제작 또는 장착 등을 위하여 의료급여기관에서 행한 진찰·검사·처치 등은 법 제7조에 따른 의료급여로 본다.

나. 보조기기의 사용에 소요되는 건전지 등 소모품의 구입비용과 수리비용에 대하여는 기금에서 부담하지 아니한다. 다만, 제2호에 따른 의료급여 대상 보조기기의 소모품은 제외한다.

다. 「국민건강보험법」 제5조에 따른 건강보험 가입자 또는 피부양자에서 의료급여 수급권자로 자격이 변동된 사람으로부터 보조기기 급여 신청을 받은 경우 제2호의 내구연한을 산정함에 있어서는 건강보험의 요양급여로 지급받은 보조기기의 급여내역과 연계하여 산정한다.

라. 「장애인복지법」 제65조에 따라 국가 또는 지방자치단체로부터 장애인보조기구를 교부받은 수급자에게 그 장애인보조기구와 같은 유형의 보조기기에 대한 의료급여를 실시하려면 해당 장애인보조기구의 내구연한이 지나야 한다. 이 경우 장애인보조기구의 내구연한이 별도로 정해지지 않은 경우에는 제2호에 따른 같은 유형의 보조기기의 내구연한을 해당 장애인보조기구의 내구연한으로 본다.

■ 의료급여법 시행규칙 〔별표 3〕 삭제 〈2013. 12. 13.〉

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제1호서식〕 〈개정 2014. 11. 19.〉

(앞쪽)

※ 작성방법은 뒤쪽을 참조하십시오.

서식번호	
①보장기관기호	
②보장기관명	
③읍면동(시설기관)명	
④읍면동(시설기관)기호	

수급권자 자격취득 통보서

세대주	⑤주민등록번호	⑥성명	⑦ 종별	⑧ 유형	⑨취득 유형	⑩ 주소	우(-) ☎ ( )
	-						

취득수급권자	⑪ 관계	⑫주민등록번호	⑬성명	⑭취득사유	⑮취득일
		-			

수급권자 자격취득사항을 위와 같이 통보합니다.

년 월 일

(시장·군수·구청장) (인)

국민건강보험공단이사장 귀하

297mm×210mm(백상지 80g/㎡(재활용품))

(뒤쪽)

수급권자 자격취득 통보서 작성방법

①·② : 보장기관(시·군·구)의 기관기호(7자리)와 명칭을 기재합니다.

③·④ : 읍·면·동 또는 시설기관의 명칭과 기호(7자리, 시설기관은 4자리)를 기재합니다.

⑤·⑥ : 세대주의 주민등록번호와 성명을 기재한다.

※ 사회복지시설 입소자중 주민등록불명자에 대하여는 보장기관에서 부여한 의료급여시설 입소자의 관리번호를 기재합니다.

1 2 3 4 5 6-7 8 9 10 11 12 13 : 1 2 출생연도(1800년대 출생자는 "00"), 3 4 5 6 시설기호, 7 성별구분(남 5, 여 6),
8 출생연대(1800, 1900⇨9, 2000⇨1), 9 10 입소연도, 11 12 13 일련번호

※ 사회복지시설 입소자가 아닌 자로서 무호적자 또는 주민등록불명자에 대하여는 보장기관에서 부여한 의료급여 전산관리 번호를 기재합니다.

1 2 3 4 5 6-7 8 9 10 11 12 13 : 1 2 3 4 5 6 생년월일, 7 성별구분(남 7, 여 8), 8 출생연대(1800⇨7, 1900⇨3, 2000⇨5),
9 10 11 보장기관 지역우편번호(앞 3자리), 12 13 일련번호

⑦·⑧ : 대상자의 종별기호 및 급여유형기호를 기재합니다.

[종별기호] 1종수급권자「1」, 2종수급권자「2」

[유형별기호] 국민기초1종 11, 사회복지시설입소자 12, 국가유공자 13, 북한이탈주민 14, 중요무형문화재 15, 광주민주화운동관련자 16, 이재민 17, 의상자 및 의사자의 유족 18, 국내입양아동 20, 국민기초2종 21, 행려환자 31, 노숙인 등 33, 군입대자(1종) 39, 군입대자(2종) 49

⑨ : 수급권자(세대주 포함) 취득유형을 기재합니다.

[취득유형] 부양가족 포함 세대주 취득「1」, 세대주 단독 취득「2」, 부양가족 추가 취득「3」

⑩ : 수급권자의 주소 및 전화번호를 기재합니다.

⑪ : 세대주와의 관계(세대주 포함) 기호(행정표준코드 : 가족관계코드)를 기재합니다.

⑫·⑬ : 수급권자(세대주 포함)의 주민등록번호와 성명을 기재합니다(시설입소자 및 무호적자 등 주민등록불명자는 ⑦항목 부여방법과 동일하게 기재합니다)

⑭ : 취득사유기호를 기재합니다.

[취득사유기호] 신규취득 : 11, 전입(관외) : 12, 전입(관내이동) : 13, 출생 : 14, 결혼 : 15, 입양 : 16, 급여유형변경 : 18, 시설수감해제 : 32, 해외체류자 귀국 : 33, 세대주변경 : 44, 기타 : 99

⑮ : 취득연월일을 기재합니다.

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제2호 서식〕 〈개정 2006. 4. 13.〉

(앞쪽)

※ 작성요령은 뒤쪽을 참조하십시오

서식번호		
①보 장 기 관 기 호		
②보 장 기 관 명		
③읍면동(시설기관)명		
④읍면동(시설기관)기호		

수급권자자격상실통보서

일련번호	세 대 주				상 실 수 급 권 자							
	⑤종별	⑥유형	⑦주민등록번호	⑧성명	⑨상실유형	⑩관계	⑪주민등록번호	⑫성명	⑬취득사유	⑭취득일자	⑮상실사유	⑯상실일자
1			-				-					
2			-				-					
3			-				-					
4			-				-					
5			-				-					
6			-				-					
7			-				-					
8			-				-					
9			-				-					
10			-				-					

수급권자 자격상실 사항을 위와 같이 통보합니다.

년 월 일

국민건강보험공단 이사장 귀하 (시장·군수·구청장) 인

297㎜×210㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

수급권자자격상실통보서 작성요령

(뒤쪽)

①·② : 보장기관(시·군·구)의 기관기호(7자리)와 명칭을 기재합니다.

③·④ : 읍·면·동 또는 시설기관의 명칭과 기호(7자리, 시설기관은 4자리)를 기재합니다.

⑤·⑥ : 세대주의 의료급여 종별과 급여유형을 기재합니다.

⑦·⑧ : 세대주의 주민등록번호와 성명을 기재합니다.

⑨ : 상실수급권자의 상실유형 기호를 기재합니다.

[상실유형 기호] 세대주(부양가족 포함) 상실 「1」, 세대주 제외 부양가족 상실 「3」

⑩ : 세대주와의 관계(세대주 포함)를 기재합니다.

⑪·⑫ : 상실대상자(세대주 포함)의 주민등록번호와 성명을 기재합니다.

사회복지시설 입소자중 주민등록불명자에 대하여는 취득시 이미 통보한 의료급여 시설입소자의 관리번호를 기재합니다.

사회복지시설 입소자가 아닌 자로서 무호적자 또는 주민등록불명자는 이미 부여한 전산관리번호를 기재합니다.

⑬·⑭ : 상실대상자의 취득사유와 취득일자를 기재합니다.

⑮·⑯ : 상실사유의 기호와 상실일자(선정제외 다음날)를 기재합니다.

[상실사유 기호] 소득향상 : 11, 전출(관외) : 12, 전출(관내이동) : 13, 사망 : 14, 결혼 : 15, 이혼 : 16, 급여유형변경 : 18,

이민(국적상실) : 21, 지역가입자로 변경 : 22, 직장가입자로 변경 : 23, 이재기간만료 : 24, 시설수감 : 32

해외체류 : 33, 급여중지 : 41, 복지시설퇴소 : 42, 재산초과 : 43, 세대주상실 : 44, 미거주 : 45, 연령초과 : 46, 기타 : 99

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제3호 서식〕 〈개정 2016. 12. 30.〉

의료급여의뢰서

(앞쪽)

사용 구분 (해당 항목 [ ]에 ✔표기)	[ ] 선택의료급여기관 미적용자를 다른 의료급여기관으로 의뢰하는 경우 (「의료급여법 시행규칙」 제3조제3항에 따른 의료급여 진료절차) ※ 노숙인진료시설인 경우 추가 표기 [ ] 노숙인진료시설인 제1차/제2차의료급여기관에서 다른 노숙인진료시설인 제2차의료급여기관으로 의뢰 [ ] 노숙인진료시설인 제2차의료급여기관에서 제3차의료급여기관으로 의뢰
	[ ] 선택의료급여기관에서 다른 의료급여기관으로 의뢰하는 경우 (「의료급여법 시행규칙」 별표 1 제1호다목에 따른 의료급여 진료절차)
	[ ] 선택의료급여기관으로부터 의뢰받은 후 다른 의료급여기관으로 재의뢰하는 경우 (「의료급여법 시행규칙」 별표 1 제1호라목에 따른 의료급여 진료절차)

보장기관기호		보장기관명				
세대주성명		생년월일				
수급권자성명		주민등록번호				
주소		전화번호				
상병명		상병분류기호				
진료기간	. . . ~ . . .	진료구분	입원·외래			
환자상태 및 진료의견						

「의료급여법」 제7조제2항과 같은 법 시행규칙 제3조제3항 및 별표 1에 따라 위와 같이 의료급여를 의뢰합니다.

년 월 일

의료급여기관 기호:

소재지:

대표자: (인)

담당의사: (서명 또는 인)

의료급여기관 대표자 귀하

첨부서류	없음	수수료 없음

유의사항

1. 환자상태 및 진료의견란에는 현재 증상, 검사, 투약 등 주요 진료내용을 구체적으로 적고, 여백이 부족하면 뒤쪽을 활용하기 바랍니다.
2. 수급자는 의사의 발급일로부터 7일 이내(공휴일 제외)에 의료급여기관에 제출하여야 합니다.

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡]

(뒤쪽)

환자상태 및 진료의견

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제4호 서식〕 〈개정 2016. 12. 30.〉

의료급여회송서

(앞쪽)

보장기관기호		보장기관명				
세대주 성명		생년월일				
수급권자 성명		주민등록번호				
주소		전화번호				
상병명		상병분류기호				
진료기간	. . . ~ . . .	진료구분	입원·외래			
환자상태 및 진료의견						

「의료급여법」 제7조제2항 및 같은 법 시행규칙 제3조제5항에 따라 위와 같이 수급권자를 회송합니다.

년 월 일

의료급여기관 기호:

소재지:

대표자: (인)

담당의사: (서명 또는 인)

의료급여기관 대표자 귀하

첨부서류	없음	수수료 없음

유의사항

환자상태 및 진료의견란에는 현재 증상, 경과기록(수술 및 처치 등), 검사실시내용 및 질병치료 후의 상태 등을 구체적으로 적고, 여백이 부족하면 뒤쪽을 활용하기 바랍니다.

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡]

(뒤쪽)

환자상태 및 진료의견

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제4호의2 서식〕 〈개정 2016. 12. 30.〉

발급번호	

의료급여기관 선택사실 통보서

보장기관	기호		기관명	
수급권자	성명		주민등록번호	-
	주소		전화번호	
선택의료급여기관	기관명		기관기호	
	주소		전화번호	

위 수급권자가 「의료급여법 시행규칙」 별표 1에 따라 귀 의료급여기관을 선택의료급여기관으로 선택하였음을 통보합니다.

200 . . .

의료급여기관장 귀하

(시장·군수·구청장) 인

※ 참고사항

1. 선택의료급여기관에서는 수급권자의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활 등을 위한 의료급여를 실시함에 있어 수급권자의 건강증진을 위해 최선을 다해야 합니다.
2. 「의료급여법 시행규칙」 별표 1에 따라 다른 의료급여기관으로 의뢰할 수 있습니다. 다만, 다른 의료급여기관으로 의료급여 의뢰시에는 의뢰사실을 7일 이내에 보장기관에 통보해야 합니다.
3. 선택의료급여기관에서는 다른 제1차의료급여기관으로의 의뢰 및 보장기관에 대한 통보시 진찰료를 지급받으실 수 있습니다.

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제4호의3 서식〕 삭제 〈2010. 2. 26.〉

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제5호 서식〕

본인부담금수납대장

연 월 일	환 자 성 명	수 납 금 액 (원)		
		계	의 료 급 여	비 급 여

비 고

1. 입원환자의 경우에는 퇴원일에 총본인부담금을 합산하여 기재합니다.

2. 의료급여란에는 의료급여법시행규칙 제19조의 규정에 의한 의료급여비용의 본인 전액부담항목비용을 포함합니다.

210mm×297mm
(일반용지 60g/㎡(재활용품))

■ 의료급여법 시행규칙 [별지 제6호 서식] 〈개정 2020. 6. 29.〉

의 료 급 여 증

(앞쪽)

지켜야 할 사항

1. 전출 등으로 자격이 상실된 때는 이 의료급여증을 반납하고 새로운 의료급여증을 발급받아야 합니다.
2. 급여를 받을 때에는 이 의료급여증 또는 주민등록증, 운전면허증, 여권 등 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증명서 또는 서류를 제시하여야 합니다.
3. 이 의료급여증은 다른 사람에게 빌려 주어서는 안 되며, 빌려준 경우 관련 규정에 따라 처벌을 받습니다.
4. 시장·군수·구청장의 사전 연장승인 없이 의료급여일수가 365일을 초과한 경우 그 초과진료비는 본인이 부담해야 합니다.
5. 단계별 절차(의원→병원→대학병원)를 거치지 않은 진료비는 전액 본인이 부담해야 합니다.

의료급여증

이 의료급여증을 습득하신 분은 가까운 우체통에 넣어 주시기 바랍니다.

송부처: 뒤쪽의 특별자치시·특별자치도·시·군·구의 주소 참조

190mm×127mm(보존용지(1종) 120g/㎡)

(뒤쪽)

세 대 주	
성 명	
생 년 월 일	
구 분	
자격취득일	
보장기관 기호 및 명칭	
읍·면·동 (사회복지시설)	
의료급여증 번호	

○○○특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장

(주소)
(전화번호)

의료급여를 받으실 분		
성 명	생년월일	자격 취득일
발급일자:		

190mm×127mm(보존용지(1종) 120g/㎡)

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제7호 서식〕

의료급여증명서

발급번호 :

보 장 기 관 명			보장기관기호	
세대주	성 명		의료급여종별	(　)종
	주민등록번호			
	주 소			
부 양 가 족	성 명	세대주와의 관계	주민등록번호	개일별자격취득일
최 초 자 격 취 득 일				

위의 사람은 의료급여법에 의한 수급권자임을 증명합니다.

년　　월　　일

(시장·군수·구청장)　　(인)

비 고

1. 이 증명서는 의료급여증이 발급될 때까지만 사용할 수 있습니다.
2. 의료급여기관에서는 반드시 본인임을 확인한 후 진료를 하여야 합니다.

210mm×297mm
(일반용지 60g/㎡(재활용품))

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제8호 서식〕 〈개정 2013. 12. 13.〉

의료급여증 [ ]추가발급 [ ]재발급 신청서

접수번호	접수일자	발급일자	처리기간 즉시

신청인	성명	주민등록번호
	주소	전화번호
	세대주 성명	세대주 생년월일

신청사유(추가발급·재발급)

「의료급여법 시행규칙」 제12조제3항에 따라 의료급여증 추가발급·재발급을 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

첨부서류	1. 의료급여증(잃어버린 경우에는 제외합니다) 2. 추가발급 사유(수학·보육 등) 또는 재발급 사유(의료급여증의 분실, 기재사항 변경 등)를 증명하는 서류	수수료 없음

210mm×297mm(백상지 80g/㎡(재활용품))

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제9호 서식〕

(앞쪽)

※ 작성요령은 뒤쪽을 참조하십시오.

서식번호		
① 보장기관기호		
② 보장기관명		
③ 읍면동(시설기관)명		
④ 읍면동(시설기관)기호		

의료급여증기재사항변경통보서

일련번호	세대주			변경수급권자								
				변경전 수급권자 자격기준사항					변경사항		
	⑤주민등록번호	⑥성명		⑦주민등록번호	⑧성명	⑨취득일자	⑩상실일자		⑪ 변경 사유	⑫ 변경전	⑬ 변경후
1	-			-							
2	-			-							
3	-			-							
4	-			-							
5	-			-							
6	-			-							
7	-			-							
8	-			-							
9	-			-							
10	-			-							

수급권자 자격변경사항을 위와 같이 통보합니다.

년 월 일

(시장·군수·구청장) (인)

국민건강보험공단이사장 귀하

297mm×210mm

(일반용지 60g/㎡(재활용품))

(뒤쪽)

의료급여증기재사항변경통보서 작성요령

①·② : 보장기관(시·군·구)의 기관기호(7자리)와 명칭을 기재합니다.

③·④ : 읍·면·동 또는 시설기관의 명칭과 기호(7자리, 시설기관은 4자리)를 기재합니다.

⑤·⑥ : 세대주의 주민등록번호와 성명을 기재합니다.

⑦·⑧ : 변경수급권자의 주민등록번호와 성명을 기재합니다.

⑨·⑩ : 변경수급권자의 취득일과 상실일을 기재합니다.

⑪ : 변경인 경우 변경사유기호를 기재합니다.

[변경사유기호] 보장기관 : 01, 시설기관 : 02, 종별 및 유형변경 : 03, 세대주변경 : 04, 성명 : 11, 주민등록번호 : 12, 세대주와의 관계 : 13, 장애등록일 : 14, 원격지 구분 : 15, 취득사유 : 21, 취득일 : 22, 취득 신고일 : 23, 상실사유 : 24, 상실일 : 25, 상실 신고일 : 26, 이력추가 : 31, 취득 취소 : 32, 상실 취소 : 33

⑫·⑬ : 변경전 내용과 변경후 내용을 기재합니다.

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제10호 서식〕 〈개정 2011. 4. 15.〉

제　　호

제3차의료급여기관지정서

1. 기관명:

2. 소재지:

3. 대표자 성명:

4. 생년월일:

위 기관을 「의료급여법」 제9조제2항제3호 및 같은 법 시행규칙 제17조제1항에 따라 제3차의료급여기관으로 지정합니다.

년　　월　　일

보건복지부장관　　직인

210mm×297mm(보존용지(1종) 120g/㎡)

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제11호 서식〕

(앞쪽)

기 관 명

우 주소		/전화( )	/전송( )
과 과장	사무관	담당자	

문서번호 :
시행일자 :
수 신 : 건강보험심사평가원장/국민건강보험공단이사장 발 신 :
참 조 :
제 목 : 의료급여기관 개설·폐업·변경내역 통보

( )월 개설·폐업 현황

시·도명

구 분 / 시·군·구	계				1차				2차			
	기 개설	당월		소계	기 개설	당월		소계	기 개설	당월		소계
		개설	폐업			개설	폐업			개설	폐업	
계												

297mm×210mm
(일반용지 60g/㎡(재활용품))

(뒤쪽)

(　)월 개설·폐업·변경 내역

○ 지 정

의료급여 기관기호	의료급여 기 관 명	대표자 성 명	주민등록번호	주　　소	전화번호	종 별	일 자

○ 취 소

의료급여 기관기호	의료급여 기 관 명	대표자 성 명	주민등록번호	주　　소	전화번호	종 별	일 자

○ 변 경

구 분	의료급여 기관기호	의료급여 기 관 명	대표자 성 명	주민등록번호	주　　소	전화번호	종 별	일 자
종 전								
변 경								

비 고

1. 지정종별란에는 제1차, 제2차의료급여기관여부를 기재하시기 바랍니다.
2. 의료급여기관기호란에는 요양기관기호를 기재하여 주시기 바랍니다.

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제11호의2 서식〕 〈개정 2014. 11. 19.〉

본인부담금의 일부지급 청구서

접수번호	접수일	처리기간

보장기관	기관명	보장기관기호
세대주	성명	주민등록번호
수진자	성명	주민등록번호

의료급여기관명		진료기간	. . .~ . . . ( ) 일간
본인부담액		지급대상액 (합계)	
지급결정액		지급의뢰일	

거래 금융기관명	예금계좌번호	예금주

「의료급여법 시행규칙」 제19조의2에 따라 위와 같이 본인부담금의 일부지급을 청구합니다.

년 월 일

청구인 : (서명 또는 인)

주소 :

전화번호 :

수진자와의 관계 :

(시장·군수·구청장) 귀하

210mm×297mm(백상지 80g/㎡)

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제11호의3 서식〕 〈개정 2014. 11. 19.〉

본인부담금의 초과금액 지급 청구서

(앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간

보장기관	기관명	보장기관기호	
세대주	성명	주민등록번호	
수진자	성명	주민등록번호	

의료급여기관명		진료기간	. . . ~ . . . ( ) 일간
본인부담금총액	. . . ~ . . . .(원)		
본인부담금 보상금 지급내역	. . . ~ . . . .(원)		
본인부담금 대지급ㅣ금 지급내역	. . . ~ . . . .(원)		
지급결정액(합계)	원	지급의뢰일	. . .

거래 금융기관명	예금계좌번호	예금주

「의료급여법 시행규칙」 제19조의3에 따라 위와 같이 본인부담금의 초과금액 지급을 청구합니다.

년 월 일

청구인 : (서명 또는 인)
주소 :
전화번호 :
수진자와의 관계 :

(시장·군수·구청장) 귀하

※ 의료급여기관이 다수인 경우 뒷면의 추가 기재란을 활용하시기 바랍니다.

210mm×297mm(백상지 80g/㎡)

<추가 기재란>

(뒤쪽)

의료급여기관명	진료기간
	. . . ~ . . .(원)
	. . . ~ . . .(원)
	. . . ~ . . .(원)
	. . . ~ . . .(원)

처 리 절 차

이 청구서는 아래와 같이 처리됩니다.

신청	처리기관 시·군·구
청구인 ①신청 ▶	접수 ② ▼ 검토 ③ ▼ 지급결정
▲ ④통보 및 지급	

■ 의료급여법 시행규칙 [별지 제12호 서식] 〈개정 2016. 12. 30.〉

요양비 지급청구서 ([ ]출산비 [ ]복막투석 [ ]자가도뇨 [ ]기타)

※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 난은 청구인이 적지 않습니다. (앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간 15일

① 진료받은 사람	성명	주민(외국인)등록번호	보장기관명(기호)	
② 의료급여기관	명칭	의료급여기관 기호	③ 진료 구분	입원[ ] 외래[ ]
④ 처방전 발행일		⑤ 진료기간 또는 출산일 . . .부터 ( )일간	⑥ 상병명	상병코드
⑦ 출산장소	1.자택[ ] 2.의료급여기관이 아닌 의료기관[ ] 3.구급차[ ] 4.대중교통[ ] 5. 길[ ] 6. 기타[ ]			

구분	구입금액	구입업체명	지급일수	개수/일
⑧ 복막관류액	원			
⑨ 복막투석 소모성재료	원		일	
⑩ 자가도뇨 소모성재료	원		일	개

지급의뢰일 . .	심사결정액 원	본인부담액 원	**지급액 원**

⑪ 수령인	⑫ 금융기관명	⑬ 계좌번호	⑭ 예금주	⑮ 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호
[ ]수급권자				
[ ]의약품·의료기기 판매업소				

「의료급여법」 제12조제1항 및 같은 법 시행규칙 제24조제3항에 따라 위와 같이 요양비 지급을 청구합니다.

년 월 일

청구인 (서명 또는 인) 전화번호 ( )

진료받은 사람과의 관계 : 진료받은 사람의 ( )

시장 · 군수 · 구청장 귀하

297㎜× 210㎜[백상지 80g/㎡]

(뒤쪽)

첨부서류	1. 요양비 명세서 사본, 의료급여기관에서 의료급여를 받을 수 없었던 사유를 증명할 수 있는 서류 각 1부. 2. 의사 처방전, 세금계산서(약국의 경우에는 처방전 및 세금계산서) 각 1부. ※ 만성신부전증 환자, 선천성 신경인성 방광환자의 경우에는 제2호 서류만 첨부합니다. 3. 출산 사실을 증명하는 서류(사산 또는 출생 후 사망한 경우에는 이를 증명할 수 있는 서류) 1부.	수수료 없음

작성방법

① : 진료받거나 출산한 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호를 적습니다.
② : 의료급여기관명, 의료급여기관 기호를 적습니다. (출산의 경우에는 적지 않습니다.)
③ : 해당 구분에 "✔" 표시를 합니다. (출산의 경우에는 적지 않습니다.)
④ : 의사가 처방전을 발행한 날을 년월일로 적습니다. (출산의 경우에는 적지 않습니다.)
⑤ : 진료인 경우에는 진료 시작 연월일 및 기간을, 출산인 경우에는 출산 연월일을 적습니다.
* 예시: 2009년 7월 1일부터 7월 15일까지 진료인 경우 → 2009. 7. 1.부터 (15)일간
⑥ : 상병명을 적되, 상병이 2개 이상일 경우에는 주된 상병명 하나만을 적습니다. (출산의 경우에는 적지 않습니다.)
⑦ : 해당 번호에 "✔" 표시를 합니다.
⑧ : 영수증상의 금액을 적습니다.
⑨ : 영수증상의 금액을 적고 의약품판매업소의 명칭, 소모성재료 지급 일수를 적습니다.
⑩ : 영수증상의 금액을 적고 의료기기판매업소의 명칭, 지급일수와 자가도뇨 소모성재료 1일당 개수를 적습니다.
⑪ : 급여비를 받을 사람을 선택하여 "✔" 표시 합니다.
⑫ ~ ⑮ : 금융기관명, 예금계좌번호, 예금주, 예금주 주민(외국인)등록번호, 사업자 등록번호(의약품 또는·의료기기 판매업소일 경우)를 정확히 적습니다.
* 예금주는 다음에 해당하는 사람이어야 합니다.
- 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
- 의약품·의료기기 판매업소 : 진료받은 사람 본인이나 가족 등 지급 청구자가 의약품판매업소(복막관류액 및 복막투석 소모성 재료), 의료기기판매업소(자가도뇨 소모성재료)에 요양비를 지급하도록 요청한 경우에는 판매업자
* 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 예금통장이어야 합니다.
〈예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금, 가계당좌예금〉
⑯ 청구인은 본인의 이름을 기재한 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다. 다만, 진료받은 사람이 제한능력자일 경우 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.
- 청구인: 진료받은 사람(진료를 받은 자), 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)이어야 합니다.

처리절차

신청서 작성	➔	접수 및 확인	➔	청구서 처리	➔	요양비 지급	➔	수령
신청인		시·군·구		시·군·구		시·군·구		수령인

297㎜× 210㎜[백상지 80g/㎡]

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제12호의2서식〕 〈개정 2019. 7. 1.〉

요양비 지급청구서(산소치료)

※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며 색상이 어두운 란은 청구인이 적지 않습니다. (앞쪽)

접수번호	접수일	발급일	처리기간 15일

① 보장기관명(기호)		② 의료급여기관명		③ 상병명	
		의료급여기관기호		상병코드	
④ 진료받은 사람	성명	주민(외국인)등록번호	주소		전화번호
⑤ 진료구분	1. 입원 2. 외래	⑥ 처방전 발행일	. . .	⑦ 산소치료 서비스 제공업소	
⑧ 가정용 산소발생기	관리번호:	모델명:	요양비 청구기간(월 단위)		계약금액
⑨ 휴대용 산소발생기	관리번호:	모델명:	요양비 청구기간(15일 이하 또는 월 단위)		계약금액
본인부담액 원		지급청구액 원		지급의뢰일 . . .	
⑩ 수령인	금융기관명	예금계좌번호		예금주	주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호
[ ] 수급권자					
[ ] 산소치료 서비스 제공업체					
⑪ 보장기관 확인사항	요양비 지급청구 차수	가정용 차 휴대용 차		호흡기장애 정도	1. 심한 정도 2. 심하지 않은 정도

「의료급여법 시행규칙」 제24조제3항에 따라 위와 같이 요양비의 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑫ 청구인 (서명 또는 인) 전화번호( )

진료받은 사람과의 관계: 진료받은 사람의( )

시장·군수·구청장 귀하

297㎜×210㎜[백상지 80g/㎡]

(뒤쪽)

첨부서류	1.「의료급여법 시행규칙」제24조제1항3호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 방법으로 산소치료를 하였음을 증명할 수 있는 서류 1부. 2. 산소치료처방전, 세금계산서 각 1부.

작성방법

①: 진료받은 사람의 보장기관명 및 기호를 적습니다.

②: 의료급여기관명 및 의료급여기관기호를 적습니다.

③: 상병명(주된 상병)을 적습니다.

④: 진료받은 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호, 주소 및 전화번호를 적습니다.

⑤: 해당 번호에 "○" 표시를 합니다.

⑥: 의사가 산소치료처방전을 발행한 날을 년·월·일로 적습니다.

⑦: 산소치료 서비스 제공업소명을 적습니다.

⑧·⑨: 해당 란을 다음과 같이 적습니다.

- 관리번호: 산소발생기 관리번호를 적습니다. 〈예시: ⓐⓑⓒⓓⓔⓕⓖⓗⓘⓙⓚⓛⓜⓝⓞⓟ → ⓐ~ⓕ: 제조년·월, ⓖ~ⓟ: 산소발생기 일련번호〉
- 모델명: 산소치료 서비스 제공업소와 계약한 의료용 산소발생기의 모델명을 적습니다.
- 요양비 청구기간: 의사의 산소치료 처방전에 따른 의료용 산소발생기를 계약한 날부터 실제 사용한 날까지의 기간을 월 단위로 적습니다. 〈예시: 2009년 7월 1일 계약한 경우 → 2009. 7. 1. ~ 2009. 7. 31.〉
- 계약금액: 산소치료 서비스 제공업소와 계약한 월 계약금액을 적습니다.

⑩: 송금 받으려는 수령인, 금융기관명, 예금계좌번호, 예금주, 주민(외국인)등록번호를 또는 사업자등록번호를 정확히 적습니다.

※ 수령인의 경우 [ ]에는 해당되는 곳에 "√" 표시를 합니다.

※ 예금주는 다음에 해당하는 사람이어야 합니다.

- 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
- 산소치료서비스 제공업소 : 진료받은 사람 본인이나 가족 등 지급 청구인이 산소치료 서비스 제공업소에 요양비를 직접 지급하도록 요청하는 경우 해당 업소

※ 예금계좌번호는 온라인 계좌입금이 가능한 예금계좌번호여야 합니다.

〈예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금, 가계당좌예금〉

⑪: 보장기관 확인사항은 담당공무원이 반드시 확인해야 하는 사항입니다.

- 처방전은 반드시 내과전문의, 결핵과전문의, 흉부외과 전문의가 발행한 것이어야 합니다. 다만, 소아의 경우에는 소아청소년과전문의가 발행할 수 있습니다.
- 요양비지급 청구차수: 산소치료 요양비는 월 단위로 청구하며, 1차(첫달)에는 반드시 "산소치료 처방전"을 확인해야 합니다.
  ※ 가정용 산소발생기의 경우에는 최대 12차까지 기재할 수 있으며, 월 2회 요양비 청구가 가능한 휴대용 산소발생기의 경우에는 최대 24차까지 기재할 수 있습니다.
- 처방기간은 1회 12개월 이내로 하고, 호흡기장애인의 경우에는 해당 호흡기장애 정도에 "○" 표시를 합니다.
- 호흡기장애정도가 심하지 않거나 호흡기장애인이 아닌 경우에는 중증의 만성심폐질환으로 90일 동안 적절한 내과적 치료를 받은 경우에만 지급합니다.

⑫: 청구인은 본인의 이름을 기재한 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다. 다만, 진료받은 사람이 제한능력자일 경우 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.

- 청구인: 진료받은 사람(진료를 받은 자), 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)이어야 합니다.

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제12호의3 서식〕 삭제 〈2019. 7. 1.〉

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제12호의4 서식〕 〈개정 2019. 12. 31.〉

요양비 지급청구서(당뇨병 소모성 재료)

※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 난은 청구인이 적지 않습니다. (앞쪽)

접수번호		접수일		처리기간 15일	
상병명 및 상병코드		상병명		상병코드	
① 진료받은 사람		성명		주민(외국인)등록번호	
② 처방전 발행 의료급여기관		명칭	의료급여기관 기호	③ 처방전 발행일 년 월 일	④ 청구일수 일
⑤ 당뇨병 소모성 재료 구입 및 청구내역	소모성 재료 종류	구입금액		판매업소 명칭	
	[ ] 혈당측정검사지	원			
	[ ] 채혈침	원			
	[ ] 인슐린 주사기	원			
	[ ] 인슐린 주사바늘	원			
	[ ] 인슐린펌프용 주사기	원			
	[ ] 인슐린펌프용 주사바늘	원			
	[ ] 연속혈당측정용 전극	원			
⑥ 수령 계좌	진료받은 사람 본인 [ ] 배우자, 부모 등 [ ] 의료기기 판매업소 [ ]	금융기관명		계좌번호	
		예금주 성명		주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호	

「의료급여법」 제12조제1항 및 같은 법 시행규칙 제24조제3항에 따라 위와 같이 요양비 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑦ 청구인 (서명 또는 인) 전화번호 ( )

진료받은 사람과의 관계: 진료받은 사람의 ( )

시장 · 군수 · 구청장 귀하

297㎜×210㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

첨부서류	1. 의사의 처방전(당뇨병 소모성 재료 처방전) 1부 2. 세금계산서 1부	수수료 없음

작성방법

① 진료받은 사람: 진료받은 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호를 적습니다.
② 처방전 발행 의료급여기관: 의사가 발행한 처방전에 기재된 의료급여기관명, 의료급여기관 기호를 적습니다.
③ 처방전 발행일: 의사가 처방전을 발행한 날을 연월일로 적습니다.
④ 청구일수: 의사가 발행한 처방전에 기재된 당뇨병 소모성 재료의 청구일수를 적습니다.
⑤ 당뇨병 소모성 재료 구입 및 청구내역: 구입한 당뇨병 소모성 재료의 종류에 √표시를 하고, 영수증에 적힌 구입금액 및 판매업소의 명칭을 적습니다.
⑥ 수령 계좌: 요양비를 받을 계좌를 선택하여 √표시를 하고, 금융기관명, 계좌번호, 예금주 성명 및 예금주의 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호(의료기기 판매업소만 해당합니다)를 정확히 적습니다.
 * 예금주는 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람이어야 합니다.
 - 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
 - 의료기기 판매업소: 진료받은 사람 본인이나 가족 등 지급 청구자가 당뇨병 소모성 재료 판매업소에 요양비를 지급하도록 요청한 경우
 * 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 것이어야 합니다.
 (예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금 및 가계당좌예금 등)
⑦ 청구인: 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)이어야 합니다. 이 경우 청구인은 본인의 이름을 기재한 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다. 다만, 진료받은 사람이 제한능력자일 경우에는 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.

처리절차

청구서 작성	➔	접수 및 확인	➔	청구서 처리	➔	요양비 지급	➔	수령
청구인		시・군・구		시・군・구		시・군・구		수령인

297㎜×210㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제12호의5 서식〕 〈신설 2019. 12. 31.〉

요양비 지급청구서(당뇨병 관리기기)

※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 난은 청구인이 적지 않습니다. (앞쪽)

접수번호	접수일		처리기간 15일
상병명 및 상병코드	상병명	상병코드	
① 진료받은 사람	성명	주민(외국인)등록번호	
② 처방전 발행 의료급여기관	명칭 의료급여기관 기호	③ 처방전 발행일 년 월 일	④ 요양비 청구기간(월 단위) . . ~ . . 까지

	종류	구입금액	판매업소 명칭
⑤ 당뇨병 관리기기	[ ] 연속혈당측정기	원	
	[ ] 인슐린자동주입기	원	
⑥ 수령 계좌	진료받은 사람 본인 [ ] 배우자, 부모 등 [ ] 의료기기 판매업소 [ ]	금융기관명	계좌번호
		예금주 성명	주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호

「의료급여법」 제12조제1항 및 같은 법 시행규칙 제24조제3항에 따라 위와 같이 요양비 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑦ 청구인 (서명 또는 인) 전화번호 ( )

진료받은 사람과의 관계: 진료받은 사람의 ( )

시장 · 군수 · 구청장 귀하

297㎜×210㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

첨부서류	1. 의사의 처방전(당뇨병 관리기기 처방전) 1부 2. 세금계산서 1부	수수료 없음

작성방법

① 진료받은 사람: 진료받은 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호를 적습니다.
② 처방전 발행 의료급여기관: 의사 처방전에 기재된 의료급여기관명, 의료급여기관 기호를 적습니다.
③ 처방전 발행일: 의사가 처방전을 발행한 날을 연월일로 적습니다.
④ 요양비 청구기간: 의사의 처방전에 따라 당뇨병 관리기기를 구입한 날부터 실제 사용한 날인 요양비 청구기간을 월 단위로 적습니다.
(예시: 2020년 1월 1일 구입하고 2021년 1월 1일까지 사용한 경우 → 2020.1. ~ 2021.1.)
⑤ 당뇨병 관리기기: 구입한 당뇨병 관리기기의 종류에 √표시를 하고, 영수증에 적힌 구입금액 및 판매업소의 명칭을 적습니다.
⑥ 수령 계좌: 요양비를 받을 계좌를 선택하여 √표시를 하고, 금융기관명, 계좌번호, 예금주 성명 및 예금주의 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호(의료기기 판매업소만 해당합니다)를 정확히 적습니다.
* 예금주는 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람이어야 합니다.
- 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
- 의료기기 판매업소: 진료받은 사람 본인이나 가족 등 지급 청구자가 당뇨병 관리기기 판매업소에 요양비를 지급하도록 요청한 경우
* 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 것이어야 합니다.
(예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금 및 가계당좌예금 등)
⑦ 청구인: 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)이어야 합니다. 이 경우 청구인은 본인의 이름을 기재한 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다. 다만, 진료받은 사람이 제한능력자일 경우 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.

처리절차

청구서 작성	➔	접수 및 확인	➔	청구서 처리	➔	요양비 지급	➔	수령
청구인		시・군・구		시・군・구		시・군・구		수령인

297㎜×210㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제12호의6 서식〕 〈개정 2019. 9. 27.〉

요양비 지급청구서([ ]인공호흡기 [ ]기침유발기)

※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 칸은 청구인이 적지 않습니다. (앞쪽)

접수번호			접수일			처리기간 15일
진료받은 사람	성명: 주민(외국인)등록번호 :		보장기관명(기호) :	처방전 발행 의료급여기관	명칭: 의료급여기관 기호:	
상병	명칭: 상병코드:			대여업소명		

인공 호흡기	① 진료구분	[ ]입원 [ ]외래	② 처방전발행일		③ 청구기간		
	④ 모델명		⑤ 관리번호		⑥ 환기타입: [ ]혼합형 [ ]압력형 [ ]볼륨형	⑦ 계약금액(기기 월 대여비)	원
	소모품 구입금액	⑧ 기본소모품(공통)			[ ] 1세트	[ ] 2세트	원
		⑨ 선택소모품 (㉮·㉯ 중 1개 선택)	㉮	[ ] 일반 일체형 커넥터(접속기)	[ ] 1개	[ ] 2개	원
				[ ] 일반·실리콘 튜브 연결형 커넥터	[ ] 1세트	[ ] 2세트	원
			㉯	[ ] 코마스크(Nasal, Pillow Mask) [ ] 코·입마스크(Facial Mask)	[ ] 겔		원
					[ ] 실리콘		원
기침 유발기	⑩ 진료구분	[ ]입원 [ ]외래	⑪ 처방전 발행일		⑫ 청구기간		
	⑬ 모델명		⑭ 관리번호		⑮ 계약금액		원

⑯수령인	금융기관명	계좌번호	예금주	주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호
[ ] 진료받은 사람 본인 [ ] 배우자, 부모 등 [ ] 인공호흡기 대여 업소				

「의료급여법」 제12조제1항 및 같은 법 시행규칙 제24조제3항에 따라 위와 같이 요양비 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑰ 청구인 (서명 또는 인) 전화번호 ( )

진료받은 사람과의 관계: 진료받은 사람의 ( )

시장·군수·구청장 귀하

297㎜×210㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(뒤쪽)

첨부서류	1. 인공호흡기에 대하여 의료급여를 받으려는 경우: 다음의 서류 가. 인공호흡기 처방전(검사결과지 또는 검사결과소견서 포함), 세금계산서 각 1부 및 인공호흡기를 대여하였음을 증명할 수 있는 서류 1부 나. 기관절개 또는 기관봉합 증명서류(인공호흡기 선택소모품 종류를 변경할 경우에만 첨부) 1부 2. 기침유발기에 대하여 의료급여를 받으려는 경우: 기침유발기 처방전, 세금계산서 각 1부 및 기침유발기를 대여하였음을 증명할 수 있는 서류 1부	수수료 없음

작성방법

①~⑨: 인공호흡기 청구와 관련된 내용을 적습니다.

①·②: 처방전을 발급받은 월에 한정하여 해당 구분에 [√]표시를 하고, 그 처방전을 발급받은 날을 적습니다.

③: 인공호흡기의 청구기간은 다음 사항을 참고하여 적습니다.

- 의사의 처방전에 따라 인공호흡기를 대여하여 사용하기 시작한 날이 매월 1일이 아닌 경우에는 그 사용 시작일부터 그 시작일이 속한 달의 말일까지(사망 등으로 더 이상 인공호흡기를 더 이상 사용하지 아니하는 경우에는 그 사망 등의 사유 발생일까지)를 청구기간으로 적으며, 그 이후의 청구기간은 매월 1일부터 그 달 말일까지로 적습니다.
- 이와 같이 순차로 청구하다 마지막 청구 시에는 처방전의 처방기간이 끝나는 날까지를 청구기간으로 적습니다. 다만, 마지막 청구 시 새로운 처방전을 첨부하는 경우에는 기존 처방전의 처방기간이 끝나는 날이 속하는 달의 말일까지를 청구기간으로 적고, 이후 청구 시에는 위와 동일하게 적습니다.
- 전(前)달에 이어 인공호흡기를 사용하던 중 사망 등으로 더 이상 인공호흡기를 사용하지 아니하는 경우에 그 사망 등의 사유 발생일이 속한 달의 요양비를 청구할 때는 그 달 1일부터 실제 사용한 날까지를 청구기간으로 적습니다.

〈예시: 2016년 2월 21일부터 계약인 경우 → 1차 청구: 2016. 2. 21. ~2016. 2. 28., 2차 청구: 2016. 3. 1.~2016. 3. 31., … 마지막 청구 시: 2016. 8. 1. ~ 2016. 8. 20.〉

④~⑥: 인공호흡기 대여업소와 계약한 해당 인공호흡기기의 모델명, 관리번호를 각 칸에 적고, 환기타입에 [√]표시를 합니다.

〈관리번호 예시: ⓐⓑⓒⓓⓔⓕⓖⓗⓘⓙⓚⓛⓜⓝⓞⓟⓠⓡⓢⓣⓤ → (ⓐ~ⓕ: 제조년·월 6자리, ⓖ~ⓤ: 기기 시리얼번호 15자리 이내) 〉

⑦: 인공호흡기의 월 계약금액을 적습니다.

⑧: 인공호흡기의 기본소모품은 튜브, 필터, 가습기물통으로 구성됩니다. 1세트(튜브 1개, 필터 4개, 가습기물통 1개), 2세트(튜브 2개, 필터 4개, 가습기물통 1개) 중. 해당 구분에 [√]표시를 하고 금액을 적습니다.

⑨: 인공호흡기의 선택소모품 ㉮와 ㉯ 중 하나를 선택하여 해당구분에 [√] 표시합니다. 기관절개술 또는 기관봉합술로 선택소모품을 변경하는 경우에는 관련 증명서류를 함께 제출해야 합니다.

㉮를 선택한 경우 기관절개환자용 커넥터의 종류(일반일체형, 일반・실리콘 튜브 연결형)와 수량을 선택하여 금액을 적습니다. 커넥터는 월 최대 2세트까지 선택가능하며 교차선택 가능합니다.

㉯를 선택한 경우 해당 종류(코마스크, 코·입마스크)와 재질(겔, 실리콘)을 하나씩만 선택하여 금액을 적습니다.

⑩~⑮: 기침유발기 청구와 관련된 내용을 적습니다.

⑩·⑪: 처방전을 발급받은 월에 한정하여 해당 구분에 [√]표시를 하고, 그 처방전을 발급받은 날을 적습니다.

⑫: 기침유발기의 청구기간은 인공호흡기의 청구기간과 관련한 ③의 작성방법을 참고하여 적습니다.

⑬·⑭: 기침유발기 대여업소와 계약한 해당 기침유발기의 모델명, 관리번호를 각 칸에 적습니다. 관리번호 예시는 인공호흡기 ④~⑥을 참고하시기 바랍니다.

⑮: 기침유발기의 월 계약금액을 적습니다.

⑯: 송금 받으려는 수령인, 금융기관명, 예금계좌번호, 예금주, 주민(외국인)등록번호를 정확히 적습니다.

* 예금주는 다음에 해당하는 사람이어야 합니다.

- 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
- 대여업소 계좌의 경우: 진료받은 사람 본인이나 그 가족 등 지급청구자가 인공호흡기 또는 기침유발기 치료서비스 제공업소에 직접 지급하도록 요청하는 경우 해당 업소

* 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 예금통장이어야 합니다.

〈예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금, 가계당좌예금〉

⑰: 청구인은 본인의 이름을 기재한 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다. 다만, 진료받은 사람이 제한능력자일 경우 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.

- 청구인: 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)이어야 합니다.

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제12호의7 서식〕 〈신설 2018. 8. 1.〉

요양비 지급청구서(양압기)

※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 칸은 청구인이 적지 않습니다. (앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간	10일

① 진료받은 사람	성명		주민(외국인)등록번호			
② 의료급여기관	명칭	의료급여기관 기호		③ 상병	명칭	상병코드
④ 진료구분	[ ]입원 [ ]외래	⑤ 처방전 발행일		⑥ 청구기간	~	
⑦ 양압기	대여업소명	모델명		관리번호		
⑧ 기기종류 및 계 약 금 액 (월 대여비)	[ ] 지속형(CPAP) [ ] 자동형(APAP) [ ] 이중형(BiPAP)	원	⑨ 소모품(마스크) 종류 및 구입금액	[ ] 코형(Nasal Mask) [ ] 콧구멍형(Pillow Mask) [ ] 안면형(Facial Mask)		원
⑩ 수령 계좌	가입자 또는 피부양자 계좌 [ ] 양압기 대여업소 계좌 [ ] 진료받은 사람 본인의 요양비등수급계좌 [ ]	금융기관명:		계좌번호:		
		예금주 성명:		주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호:		

「의료급여법 시행규칙」 제24조에 따라 위와 같이 요양비 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑪ 청구인 (서명 또는 인) 전화번호 ( )

진료받은 사람과의 관계: 진료받은 사람의 ( )

시장·군수·구청장 귀하

297㎜× 210㎜[백상지 80g/㎡]

(뒤쪽)

첨부서류	1. 양압기 처방전(해당 검사결과지, 사용기록지 등 포함) 1부. 2. 양압기 대여를 증명할 수 있는 서류 및 세금계산서 각 1부. 3. 진료받은 사람 본인의 요양비등수급계좌(압류방지 계좌)로 신청시에는 행복지킴이 통장 사본 1부. ※ 계좌번호가 기록되어 있는 면의 사본을 첨부합니다.	수수료 없음

작성방법

①: 진료받은 사람의 성명과 주민등록번호를 적습니다. 외국인의 경우는 외국인등록번호, 재외국민의 경우는 주민등록번호를 적습니다.

②: 의료급여기관 명칭과 의료급여기관 기호를 적습니다.

③: 상병명(주된 상병)을 정확히 적습니다.

④: 해당 구분에 [√]표시를 합니다.

⑤: 의사가 처방전을 발행한 날을 연.월.일로 적습니다.

⑥: 다음 사항을 참고하여 청구기간을 적습니다.

- 의사의 처방전에 따라 양압기를 대여하여 사용하기 시작한 날이 매월 1일이 아닌 경우에는 그 사용 시작일부터 그 시작일이 속한 달의 말일까지(사망 등으로 더 이상 양압기를 사용하지 아니하는 경우에는 그 사망 등의 사유 발생일까지)를 청구기간으로 적으며, 그 이후의 청구기간은 매월 1일부터 그 달 말일까지로 적습니다.
- 이와 같이 순차로 청구하다 마지막 청구 시에는 처방전의 처방기간이 끝나는 날까지를 청구기간으로 적습니다. 다만, 마지막 청구 시 새로운 처방전을 첨부하는 경우에는 기존 처방전의 처방기간이 끝나는 날이 속하는 달의 말일까지를 청구기간으로 적고, 이후 청구 시에는 위와 동일하게 적습니다.
- 전(前) 달에 이어 양압기를 사용하던 중 사망 등으로 더 이상 양압기를 사용하지 아니하는 경우에 그 사망 등의 사유 발생일이 속한 달의 요양비를 청구할 때는 그 달 1일부터 실제 사용한 날까지를 청구기간으로 적습니다.

예시: 2018년 2월 21일부터 8월 31일까지 계약인 경우 → 1차 청구: 2018. 2. 21.~ 2018. 2. 28., 2차 청구: 2018. 3. 1.~ 2018. 3. 31. , … 마지막 청구 시 : 2018. 8. 1. ~ 2018. 8. 20.〉

⑦: 양압기의 대여업소 명칭, 해당 업소에서 대여한 양압기의 모델명 및 관리번호를 각 칸에 적습니다.

〈관리번호 예시: ⓐⓑⓒⓓⓔⓕⓖⓗⓘⓙⓚⓛⓜⓝⓞⓟⓠⓡⓢⓣⓤ → (ⓐ~ⓕ: 제조년·월 6자리, ⓖ~ⓤ: 기기 시리얼번호 15자리 이내) 〉

⑧: 양압기 대여업소와 계약한 해당 제품종류에 [√]표시를 하고 월 계약금액을 적습니다

⑨: 양압기의 소모품(마스크)종류 중 해당 구분에 [√] 표시하고 금액을 적습니다.

⑩ : 송금 받으려는 수령인, 금융기관명, 예금계좌번호, 예금주, 주민(외국인)등록번호를 정확히 적습니다.

* 예금주는 다음에 해당하는 사람이어야 합니다.
- 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
- 양압기 제공업소 계좌: 진료받은 사람 본인이나 가족 등 지급 청구자가 가정산소 치료서비스 제공업소에 직접 지급하도록 요청하는 경우 해당 업소

* 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 예금통장이어야 합니다.

〈예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금, 가계당좌예금〉

⑪ 청구인은 본인의 이름을 기재한 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다. 다만, 진료받은 사람이 제한능력자일 경우 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.

- 청구인: 진료받은 사람(진료를 받은 자), 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)이어야 합니다.

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제13호 서식〕 〈개정 2019. 10. 24.〉

보조기기 급여 신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 적지 않으며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호	접수일	처리기간 10일

보장기관명 (기호)		의료급여 종별	[ ] 1종 [ ] 2종
급여를 받으려는 사람	성명	주민(외국인)등록번호	
	주소	신청 보조기기명	

종합장애정도	주장애유형	주장애정도	부장애유형	부장애정도
[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애		[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애		[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애

「의료급여법」 제13조 및 같은 법 시행규칙 제25조제2항에 따라 위와 같이 보조기기 급여를 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

급여를 받으려는 사람과의 관계

전화번호

시장·군수·구청장 귀하

첨부서류	「의료급여법 시행규칙」 별지 제14호서식 및 별지 제14호의2서식부터 별지 제14호의4 서식까지에 따른 해당 보조기기 처방전 1부	수수료 없음

정보 이용 동의서
본인은 위 보조기기 급여비의 지급 관련 정보(급여비 지급 여부·품목, 사용 가능 기간 등)를 「사회보장기본법」 제37조에 따라 사회보장정보시스템에 제공하는 것에 동의합니다.

신청인 (서명 또는 인)

처 리 절 차

신 청 인	처 리 기 관 시 · 군 · 구
신 청 서 제 출	접 수
	검 토
통보	지급 적격여부 결정

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제14호 서식〕 〈개정 2019. 10. 24.〉

보조기기(자세보조용구, 의지·보조기 등) 처방전

※ 뒤쪽의 유의사항을 읽고 작성해 주시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다. (앞쪽)

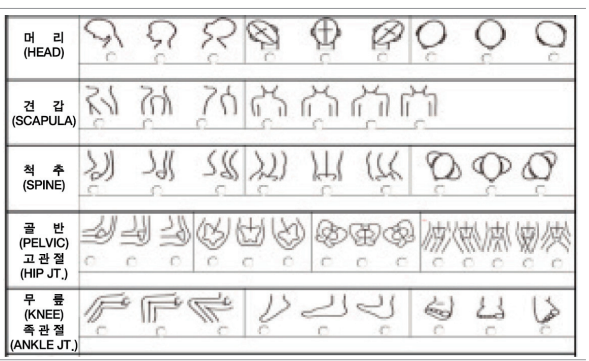
[ ] 장애인 등록 전

① 진료받은 사람	성명	주민(외국인)등록번호	
	보장기관명 (기호)	의료급여 종별	[ ] 1종 [ ] 2종
	집 전화번호	휴대전화번호	

② 장애 구분	장애유형(주장애)	세부유형		장애 정도	[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애
			척수손상 [ ]완전 [ ]불완전		
	중복장애유형(부장애)	세부유형			[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애
			척수손상 [ ]완전 [ ]불완전		

③ 처방 보조기기	[ ] 자세보조용구	[ ] 몸통 및 골반 지지대 [ ] 팔 지지대 및 랩트레이(lap tray)	[ ] 머리 및 목 지지대 [ ] 다리 및 발 지지대
	[ ] 이동식전동리프트	[ ] 욕창예방매트리스	[ ] 욕창예방방석
	[ ] 맞춤형 교정신발류	[ ] 전방보행보조차	[ ] 후방보행보조차
	[ ] 의지 · 보조기	유형:	[ ]우 [ ]좌

④ 검사결과	자세보조용구	다리 맨손근력검사	우( )등급, 좌( )등급	
		큰동작기능 분류체계 (GMFCS)		
		영상의학 검사	코브각도 (Cobb's angle) (도)	
			척추앞굽음 (도)	
			척추뒤굽음 (도)	
			엉덩관절이동지수 (hip migration index) (%)	
	이동식전동리프트·욕창예방매트리스	수정바델지수(MBI) 검사	총 점	
			의자·침대 이동항목 점	
		다리 맨손근력검사	우( )등급, 좌( )등급	



⑤ 환자상태 및 진료소견(처방의견을 포함하여 구체적으로 적습니다)

위와 같이 보조기기를 처방합니다.

※ 처방전은 발행일부터 6개월 동안만 유효합니다.

년 월 일

의료급여기관 명칭(기호):

담당의사 성명: (서명 또는 인)

면허번호:

전문과목: 전문의 자격번호:

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(뒤쪽)

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.
2. 등록된 장애유형과 관련된 보조기기만 처방해야 합니다.
   ※ 자세보조용구, 이동식전동리프트, 욕창예방매트리스는 장애의 정도가 심한 사람에게만 처방할 수 있습니다.
   ※ 실리콘형 다리 의지는 절단 후 남아있는 신체부분이 불안정하여 실리콘형 소켓이 필요하다는 진료담당 의사의 의학적 소견이 있는 경우에만 처방할 수 있습니다.
3. 보조기기를 의료급여 받으려는 경우에는 반드시 보조기기 구입 전에 처방전을 시장·군수·구청장에게 제출하여 보조기기 지급 적격여부를 확인받아야 합니다.
4. 처방전에 따라 구입한 보조기기는 반드시 전문과목의 전문의로부터 보조기기 검수확인서를 받아야 합니다.
   ※ 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트 및 전·후방보행보조차에 대해서는 보조기기 검수확인을 받지 않습니다.
5. 장애인 등록 전인 사람에게 급여대상 보조기기를 처방하려는 경우에는 「장애인복지법」에 따라 해당 장애에 대한 장애 정도를 받을 것으로 예상되는 경우에만 처방전을 발급해야 하며, 발급 시 "[ ] 장애인 등록 전"의 [ ]에 √ 표시를 합니다.
   ※ 장애인 등록 전에 구입한 보조기기(장애인 등록 이전 6개월 이내에 구입한 보조기기만 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 장애인으로 등록한 경우에만 청구할 수 있습니다.
   ※ 자세보조용구 및 이동식전동리프트는 「장애인복지법」에 따라 등록한 장애인에게만 처방할 수 있습니다.

작성방법

① 진료받은 사람: 실제 급여를 받는 장애인에 대한 인적사항을 적습니다.

② 장애 구분: 보조기기별 의료급여 대상에 해당하는 장애유형 및 장애정도를 적고, 세부유형란에는 구체적인 장애부위(다리절단, 다리관절 등)를 적으며, 척수손상의 경우 해당란에 √ 표시를 합니다.

※ 중복장애가 있는 경우에는 추가로 적습니다.

③ 처방 보조기기: 해당 보조기기의 품목에 √ 표시를 합니다. 이 경우 손가락 의지를 장착하면 해당 손가락(오른쪽 1,2,3,4,5 및 왼쪽 1,2,3,4,5)을 적어야 합니다.

④ 검사결과: 해당 항목별 검사에 대한 결과를 적고, 해당 검사 결과 관련 서류를 반드시 첨부해야 합니다. 다만, 이동식전동리프트 처방 대상자가 2019. 6. 30. 이전에 지체·뇌병변 장애 1급 판정을 받았거나, 욕창예방매트리스 처방 대상자가 2019. 6. 30. 이전에 지체·뇌병변 장애 1급 또는 2급 판정을 받은 경우에는 MBI 검사 또는 다리 맨손근력검사를 생략할 수 있고, 큰동작기능분류체계(GMFCS)에 관한 검사 결과 관련 서류가 없는 경우에는 검사 내용이 표기된 경과 기록지 등으로 이를 대체할 수 있습니다.

⑤ 환자상태 및 진료소견: 보조기기 처방을 위한 장애상태 및 진료소견과 보조기기 제작 시 주의할 사항 및 처방품목 내역 등에 대한 소견을 적습니다.

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제14호의2 서식〕 〈신설 2019. 10. 24.〉

보조기기(수동·전동휠체어 및 전동스쿠터) 처방전

※ 뒤쪽의 유의사항을 읽고 작성해 주시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다. (앞쪽)

[ ] 장애인 등록 전(일반형 수동휠체어를 처방하는 경우에만 해당합니다)

① 진료받은 사람	성명	주민(외국인)등록번호	
	보장기관명 (기호)	의료급여 종별	[ ] 1종 [ ] 2종
	집 전화번호	휴대전화번호	

② 장애 구분	장애유형(주장애)	세부유형	척수손상	[ ]완전 [ ]불완전	장애정도	[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애
	중복장애유형(부장애)	세부유형	척수손상	[ ]완전 [ ]불완전		[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애

③ 처방 보조기기	[ ] 수동휠체어	[ ] 일반형 [ ] 활동형 [ ] 틸팅형 [ ] 리클라이닝형
	[ ] 전동보조기기	[ ] 전동휠체어 [ ] 전동스쿠터

④ 일반상태	수동휠체어	구분		일반상태	해당 여부
		공통사항		의지·보조기, 지팡이 등 다른 보조기기를 사용해도 실외 보행하기 어렵다.	[ ]
		활동형		양팔 및 자세균형 제어 기능이 양호하여 다른 사람의 도움 없이도 휠체어를 안전하게 작동할 수 있다.	[ ]
		틸팅형·리클라이닝형		스스로 앉기가 어렵고, 기대지 않고서는 독립적으로 앉은 자세를 유지하지 못하며 압박과 자세관리가 필요하다.	[ ]
	전동휠체어·전동스쿠터	장애유형		일반상태	해당 여부
		지체장애·뇌병변장애	공통사항	팔에 기능장애가 있다.	[ ]
				내부기관 중복장애가 있다.	[ ]
			하지절단	절단장애가 발생한 날부터 1년이 경과했다.	[ ]
				의지를 장착한 상태로 평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.	[ ]
			관절·기능·변형 등	하지관절 장애, 하지기능·척추 장애에 따른 지체장애 및 변형 등의 장애로 평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.	[ ]
			척수	완전손상: 척수신경 중 10번 가슴신경(T10)부터 목신경 사이에 손상이 있다.	[ ]
				불완전손상: 평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.	[ ]
			뇌병변	평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.	[ ]
		심장 · 호흡기장애		전신기능 저하로 평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.	[ ]
				팔에 기능장애가 있다.	[ ]

⑤ 검사 결과 (전동휠체어 및 전동스쿠터만 해당합니다)	구분			검사 결과
	공통사항	일상생활동작 검사[수정바델 지수(MBI) 이용]		[ ] 적합 [ ] 부적합
		조작능력 평가		[ ] 적합 [ ] 부적합
		인지 기능	간이 인지 기능 검사(MMSE)	( ) 점
		팔 기능	맨손근력 검사	( ) 급
	심장 기능		운동부하 검사	( ) METs
	심폐 기능		비오디이 지수(BODE Index)	( ) 점
	※ 해당 검사 결과 관련 서류를 반드시 첨부해야 합니다.			

⑥ 환자상태 및 진료소견 (처방의견을 포함하여 구체적으로 적습니다).

위와 같이 보조기기를 처방합니다.

※ 처방전은 발행일부터 6개월 동안만 유효합니다.

년 월 일

의료급여기관 명칭(기호):

담당의사 성명: (서명 또는 인)

면허번호:

전문과목: 전문의 자격번호:

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(뒤쪽)

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.
2. 등록된 장애유형과 관련된 보조기기만 처방해야 합니다.
   ※ 팔에 기능장애가 있어 수동휠체어를 조작할 수 없다고 판단되는 경우 전동휠체어 또는 전동스쿠터를 처방할 수 있고, 팔에 기능장애가 없는 경우라도 내부기관 중복장애(간질장애를 제외한 신장장애, 심장장애, 간장애, 호흡기장애 및 요루·장루장애)가 있다고 판단되는 경우 전동스쿠터를 처방할 수 있습니다.
3. 보조기기를 의료급여 받으려는 경우에는 반드시 보조기기 구입 전에 처방전을 시장·군수·구청장에게 제출하여 보조기기 지급 적격여부를 확인받아야 합니다.
4. 장애인 등록 전인 사람에게 일반형 수동휠체어를 처방하려는 경우에는 「장애인복지법」에 따라 해당 장애에 대한 장애 정도를 받을 것으로 예상되는 경우에만 처방전을 발급해야 하며, 발급 시 "[ ] 장애인 등록 전"의 [ ]에 √ 표시를 합니다.
   ※ 장애인 등록 전에 구입한 보조기기(장애인 등록 이전 6개월 이내에 구입한 보조기기만 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 장애인으로 등록한 경우에만 청구할 수 있습니다.
   ※ 일반형 수동휠체어를 제외한 보조기기(활동형·틸팅형·리클라이닝형 수동휠체어, 전동휠체어 및 전동스쿠터)는 「장애인복지법」에 따라 등록한 장애인에게만 처방할 수 있습니다.

작성방법

① 진료받은 사람: 실제 급여를 받는 장애인에 대한 인적사항을 적습니다.
② 장애구분: 보조기기별 보험급여 대상에 해당하는 장애유형 및 장애 정도를 적고, 세부유형란에는 구체적인 장애부위(다리절단, 다리관절 등)를 적으며, 척수손상의 경우에는 해당란에 √ 표시를 합니다.
   ※ 중복장애가 있는 경우에는 추가로 적습니다.
③ 처방 보조기기: 해당 보조기기의 품목에 √ 표시를 합니다.
④ 일반상태: 보조기기 세부 인정기준에 따른 내용을 확인하고 이에 해당하는 경우 √ 표시를 합니다.
⑤ 검사결과: 해당 항목별 검사에 대한 결과를 적고, 해당 검사에 대한 결과지를 반드시 첨부해야 합니다. 이 경우 팔에 대한 맨손 근력 검사 결과 양쪽 최대근력 등급이 상이한 경우 낮은 쪽의 최대근력 등급을 기재합니다.
   ※ 팔에 대한 맨손근력 검사 결과 최대 근력이 4등급이라도 근육 노화 등 그 밖의 사유로 팔 기능을 유지하기 힘든 경우에는 전동휠체어를 처방할 수 있습니다.
⑥ 환자상태 및 진료소견: 보조기기 처방을 위한 장애상태 및 진료소견과 처방품목 내역 등에 대한 소견을 적습니다.

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제14호의3 서식〕 〈신설 2019. 10. 24.〉

보조기기(체외용 인공후두·보청기) 처방전

※ 뒤쪽의 유의사항을 읽고 작성해 주시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다. (앞쪽)

[ ] 장애인 등록 전

① 진료받은 사람	성명	주민(외국인)등록번호	
	보장기관명 (기호)	의료급여 종별	[ ] 1종 [ ] 2종
	집 전화번호	휴대전화번호	

② 장애 구분	장애유형(주장애)	장애정도	[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애
	중복장애유형(부장애)		[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애

③ 처방 보조기기	[ ] 체외용 인공후두	
	[ ] 보청기	[ ] 우 [ ] 좌

	구 분			해당 여부	
④ 확인사항	체외용 인공후두	후두 전적출술 여부		[ ]	
	보청기	보청기 사용이 일상생활에 도움이 될 것으로 판단된다.		[ ]	
		고막 및 바깥귀길 상태 검사상 보청기 착용이 가능하다.		우[ ]	좌[ ]
		검사결과	평균 순음청력역치 ※ 6분법[(a+2b+2c+d)/6]에 따라 계산합니다. 이 경우 a는 500Hz, b는 1000Hz, c는 2000Hz, d는 4000Hz입니다.	우[ ]dB	좌[ ]dB
			말소리 명료도(%)	우[ ]%	좌[ ]%
			※ 처방전 발행일 6개월 이전에 시행한 검사를 기준으로 모든 값을 적고, 검사결과지를 첨부해야 합니다.		
		양측 대상 여부	15세 이하로 양측 급여 대상자에 해당된다. ※ 양측 80dB 미만 난청환자 / 양측 간 순음청력역치 차이 15dB 이하 ※ 양측 말소리명료도 50% 이상 / 양측 간 말소리명료도 차이 20% 이하	[ ]	

⑤ 환자상태 및 진료소견 (처방의견을 포함하여 구체적으로 적습니다)

위와 같이 보조기기를 처방합니다.

※ 처방전은 발행일부터 6개월 동안만 유효합니다.

년 월 일

의료급여기관 명칭(기호):

담당의사 성명: (서명 또는 인)

면허번호:

전문과목: 전문의 자격번호:

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(뒤쪽)

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.
2. 등록된 장애유형과 관련된 보조기기만 처방해야 합니다.
3. 보조기기를 의료급여 받으려는 경우에는 반드시 보조기기 구입 전에 처방전을 시장·군수·구청장에게 제출하여 보조기기 지급 적격여부를 확인받아야 합니다.
4. 처방전에 따라 구입한 보조기기는 반드시 전문과목의 전문의로부터 보조기기 검수확인서를 받아야 합니다.
5. 장애인 등록 전인 사람에게 급여대상 보조기기를 처방하려는 경우에는 「장애인복지법」에 따른 장애유형으로 장애인 등록이 예상되는 경우에만 처방전을 발급해야 하며, 발급 시 "[ ] 장애인 등록 전"의 [ ]에 √ 표시를 합니다.
   ※ 장애인 등록 전에 구입한 보조기기(장애인 등록 이전 6개월 이내에 구입한 보조기기만 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 장애인으로 등록한 경우에만 청구할 수 있습니다.

작성방법

① 진료받은 사람: 실제 급여를 받는 장애인에 대한 인적사항을 적습니다.
② 장애구분: 보조기기별 보험급여 대상에 해당하는 장애유형 및 장애 정도를 적습니다.
③ 처방 보조기기: 해당 보조기기의 품목에 √ 표시를 합니다. 보청기의 경우 착용측을 반드시 표시합니다.
④ 확인사항: 보청기 검사의 경우 고막 및 바깥귀길 상태의 정상 여부 등 검사결과를 기재한 후 처방해야 하며, 만 4세 이하 영유아 등 말소리 명료도의 측정이 불가능한 경우에는 ⑤ 환자상태 및 진료소견란에 그 사유를 적습니다.
⑤ 환자상태 및 진료소견: 보조기기 처방을 위한 장애상태 및 진료소견과 처방품목 내역 등에 대한 소견을 적습니다.

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제14호의4 서식〕 〈신설 2019. 10. 24.〉

보조기기(저시력 보조안경 및 의안 등) 처방전

※ 뒤쪽의 유의사항을 읽고 작성해 주시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

[ ] 장애인 등록 전

① 진료받은 사람	성명	주민(외국인)등록번호	
	보장기관명 (기호)	의료급여 종별	[ ] 1종 [ ] 2종
	집 전화번호	휴대전화번호	

② 장애 구분	장애유형(주장애)	장애정도	[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애
	중복장애유형(부장애)		[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애

③ 처방 보조기기	[ ] 저시력 보조안경		[ ] 콘택트렌즈
	[ ] 의안	[ ] 우	[ ] 좌
	[ ] 망원경(원거리 보조기구)		[ ] 돋보기(근거리 보조기구)

④ 환자상태 및 진료소견(처방의견을 포함하여 구체적으로 적습니다)

위와 같이 보조기기를 처방합니다.

※ 처방전은 발행일부터 6개월 동안만 유효합니다.

년 월 일

의료급여기관 명칭(기호):

담당의사 성명: (서명 또는 인)

면허번호:

전문과목: 전문의 자격번호:

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.
2. 등록된 장애유형과 관련된 보조기기만 처방해야 합니다.
3. 보조기기를 의료급여 받으려는 경우에는 반드시 보조기기 구입 전에 처방전을 시장·군수·구청장에게 제출하여 보조기기 지급 적격여부를 확인받아야 합니다.
4. 저시력 보조안경, 콘텍트렌즈 및 의안을 구입한 경우에는 안과전문의로부터 반드시 보조기기 검수확인서를 받아야 하며, 망원경 및 돋보기를 구입한 경우에는 보조기기 검수확인을 받지 않습니다.
5. 장애인 등록 전인 사람에게 급여대상 보조기기를 처방하려는 경우에는 「장애인복지법」에 따라 해당 장애에 대한 장애 정도를 받을 것으로 예상되는 경우에만 처방전을 발급해야 하며, 발급 시 "[ ] 장애인 등록 전"의 [ ]에 √ 표시를 합니다.
   ※ 장애인 등록 전에 구입한 보조기기(장애인 등록 이전 6개월 이내에 구입한 보조기기만 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 장애인으로 등록한 경우에만 청구할 수 있습니다.

작성방법

① 진료받은 사람: 실제 급여를 받는 장애인에 대한 인적사항을 적습니다.
② 장애구분: 보조기기별 보험급여 대상에 해당하는 장애유형 및 장애 정도를 적고, 세부유형란에는 해당란에 √ 표시를 합니다.
③ 처방 보조기기: 해당 보조기기의 품목에 √ 표시를 합니다.
④ 환자상태 및 진료소견: 보조기기 처방을 위한 장애상태 및 진료소견과 처방품목 내역 등에 대한 소견을 적습니다.

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제14호의5 서식〕 〈개정 2019. 10. 24.〉

보조기기 급여비 지급청구서

※ 색상이 어두운 난은 청구인이 적지 않으며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다. (앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간 10일

① 급여를 받기로 결정된 사람	성명	주민(외국인)등록번호	
	보장기관명(기호)	의료급여 종별	[ ] 1종 [ ] 2종
	집 전화번호	휴대전화번호	
② 보조기기 명칭		③ 구입일	
④ 제품 정보	모델명	제조(수입)업소명	
	제조연월	제품일련번호	
⑤ 구입처	명칭	대표자	
	사업자등록번호	전화번호	
	주소(미등록 업소만 기록합니다)		

⑥ 기준액	⑦ 고시금액 (전동휠체어, 전동스쿠터 및 자세보조용구만 적습니다)	⑧ 실구입금액	⑨ 본인부담액	⑩ 청구금액
원	원	원	원	원
원	원	원	원	원
원	원	원	원	원
원	원	원	원	원

⑪ 수령인	⑫ 금융기관명	⑬ 계좌번호	⑭ 예금주	⑮ 주민등록번호
[ ]수급권자				
[ ]보조기기 제작·판매자				

「의료급여법」 제13조 및 같은 법 시행규칙 제25조제4항부터 제6항까지에 따라 위와 같이 보조기기 급여비의 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑯ 청구인 (서명 또는 인) 주민(외국인)등록번호

급여를 받기로 결정된 사람과의 관계 (휴대)전화번호

시장·군수·구청장 귀하

정보 이용 동의서

본인은 「사회보장기본법」 제37조에 따라 위 보조기기 급여비의 지급 관련 정보(급여비 지급 여부·품목, 사용 가능 기간 등)를 사회보장정보시스템에 제공하는 것에 동의합니다.

급여를 받기로 결정된 사람 (서명 또는 인)

297㎜×210㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(뒤쪽)

첨부서류	1. 의사가 발행한 별지 제14호의6서식의 보조기기 검수확인서 1부. 다만, 수동휠체어, 전동휠체어, 전동스쿠터, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트, 전·후방보행보조차, 지팡이, 목발, 시각장애인용 흰지팡이, 돋보기, 망원경 또는 보조기기의 소모품에 대한 의료급여를 받으려는 경우에는 보조기기검수확인서를 첨부하지 않습니다. 2. 의료급여기관 또는 보조기기 제작·판매자가 발행한 세금계산서 1부 3. 보조기기 급여비를 보조기기 제작·판매자에게 지급할 것을 신청하는 경우에는 해당 보조기기 제작·판매자가 「장애인복지법」에 따라 개설된 의지·보조기 제작·수리업자이거나 「의료기기법」에 따라 허가받은 수입·제조·판매업자(보조기기 소모품 중 전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지(電池)의 경우는 「의료기기법」에 따라 신고한 수리업자를 말한다)임을 증명하는 서류 1부. 다만, 「의료급여법 시행규칙」 별표 2 제1호다목에 따라 국민건강보험공단에 등록한 보조기기 업소에서 구입한 경우, 지체장애 및 뇌병변장애에 대한 보행보조를 위하여 지팡이 또는 목발을 구입하거나 시각장애에 대한 보행보조를 위하여 흰지팡이를 구입한 경우 또는 보조기기를 제조 또는 수입한 업소에서 해당 보조기기의 소모품 중 전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지를 구입한 경우에는 첨부하지 않습니다.	수수료 없음

유의사항

1. 의지·보조기 및 맞춤형 교정용 신발에 대해서는 국민건강보험공단에 등록된 업소에서 보조기기를 구입한 경우에만 의료급여를 실시하므로 보조기기를 구입하기 전에 해당 업소의 등록여부를 반드시 확인하시기 바랍니다.
2. 수동휠체어, 보청기, 전동휠체어, 전동스쿠터 및 자세보조용구, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트 및 전·후방보행보조차에 대해서는 국민건강보험공단에 등록된 업소에서 등록된 품목을 구입한 경우에만 의료급여를 실시하므로 보조기기를 구입하기 전에 해당 업소 및 품목의 등록 여부를 반드시 확인하시기 바랍니다.

작성방법

① 급여를 받기로 결정된 사람: 급여를 받기로 결정된 사람의 해당사항을 적습니다.
② 보조기기 명칭: 구입한 보조기기의 명칭을 적습니다.
③ 구입일: 보조기기를 구입한 연월일을 적습니다.
④ 제품 정보: 구입한 보조기기의 모델명, 제조(수입)업소명, 제조연월일 및 제품일련번호를 적습니다.
※ 전동휠체어 및 전동스쿠터는 제품일련번호란에 보건복지부장관이 고시한 제품별 제품코드번호도 함께 적고, 보청기, 수동휠체어, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트, 전·후방보행보조차는 제품일련번호만 적습니다.
⑤ 구입처: 보조기기를 구입한 업소의 명칭, 대표자, 사업자등록번호, 전화번호 및 주소(미등록 업소만 해당합니다)를 적습니다.
⑥ 기준액: 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 7 제2호의 보조기기 유형 및 구분 항목별 기준액을 적습니다. (예시: 자세보조용구 몸통 및 골반지지대/머리 및 목지지대를 동시에 장착한 경우에는 880,000원/210,000원을 각각 적습니다)
⑦ 고시금액: 전동휠체어, 전동스쿠터 및 자세보조용구만 보건복지부장관이 고시한 금액을 적습니다.
⑧ 실구입금액: 구입한 보조기기의 실제 구입금액(세금계산서의 금액을 말합니다)을 적고, 자세보조용구는 유형 및 구분 항목별로 실구입금액을 적습니다.
⑨ 본인부담액: 구입한 보조기기 중 본인이 직접 납부한 본인부담총액을 적습니다. 자세보조용구는 유형 및 구분 항목별로 부담액을 적습니다.
⑩ 청구금액: ⑥, ⑦ 및 ⑧ 중 가장 낮은 금액을 적습니다.
⑪ 수령인: 보조기기 급여비를 받을 사람의 해당란에 √ 표시를 합니다.
⑫ 금융기관명 ~ ⑮ 주민등록번호: ⑪에 따라 보조기기 급여비를 받을 사람의 인적사항을 적습니다.
⑭ 예금주: 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람이어야 합니다.
- 급여를 받기로 결정된 사람
- 급여를 받기로 결정된 사람의 세대주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
- 급여를 받기로 결정된 사람이 보조기기를 구입한 보조기기 제작·판매자

※ 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 예금통장이어야 합니다.
(예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금 및 기업자유예금 등)
⑯ 청구인: 급여를 받기로 결정된 사람의 세대주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)의 해당사항을 적습니다.

처리 절차

청구서 제출	➔	접수	➔	검토 및 지급결정	➔	통보 및 지급	➔	수령
청구인		시·군·구		시·군·구		시·군·구		청구인

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제14호의6 서식〕 〈개정 2019. 10. 24.〉

보조기기 검수확인서

※ 뒤쪽의 유의사항을 읽고 작성해 주시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다. (앞쪽)

[ ] 장애인 등록 전

① 진료받은 사람	성명		주민(외국인)등록번호	
	보장기관명(기호)		의료급여 종별	[ ] 1종 [ ] 2종
	집 전화번호		휴대전화번호	

② 장애 구분	장애유형(주장애)	세부유형			장애정도	[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애
			척수손상	[ ]완전 [ ]불완전		
	중복장애유형(부장애)	세부유형				[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애
			척수손상	[ ]완전 [ ]불완전		

③ 보조기기	품목				
	구입일		구입처		
	구입가격		기타		
	의지·보조기 맞춤형교정용신발 자세보조용구	[ ]의지·보조기 기사 [ ]작업치료사 [ ]자세보조용구 업소 대표자	자격(면허)번호 업소관리번호	성명 (서명 또는 인)	

보청기 ([ ]15세 이하 양측)	착용 측	우[ ] 좌[ ] 양쪽[ ]		보청기 형태		
	평균순음청력역치 * 6분법[(a+2b+2c+d)/6]에 따라 계산합니다. 이 경우 a는 500Hz, b는 1000Hz, c는 2000Hz, d는 4000Hz입니다.		보청기 착용 전 (처방전 결과)		보청기 착용 후 (음장검사 실시)	
			우	좌	우	좌
	말소리 명료도(%)		%	%	%	%

④ 검수 확인	(보조기기의 적합성 여부 등 검수한 내용을 구체적으로 적습니다)

위와 같이 보조기기를 검수합니다.

년 월 일

의료급여기관 명칭(기호):

담당의사 성명: (서명 또는 인)

면허번호:

전문과목: 전문의 자격번호:

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(뒤쪽)

유의사항

1. 검수확인서 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.
2. 장애인 등록 전에 구입한 보조기기를 검수하는 때에는 "[ ] 장애인 등록 전"의 [ ]에 √ 표시를 합니다.
   ※ 장애인 등록 전에 구입한 보조기기(장애인 등록 이전 6개월 이내에 구입한 보조기기만 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 장애인으로 등록한 경우에만 청구할 수 있습니다.
3. 의지·보조기 및 맞춤형 교정용 신발의 경우 담당 의사의 최종 검수확인 전에 반드시 해당 의지·보조기 및 맞춤형 교정용 신발을 제조·수리한 의지·보조기기사의 검수 확인을 받아야 합니다. 다만, 팔 보조기는 의사의 지도하에 작업치료사가 제조한 경우에는 담당 의사의 최종 검수확인 전에 작업치료사의 검수 확인을 받으면 됩니다.
   ※ 의지·보조기 기사(작업치료사를 포함합니다)는 본인의 성명과 자격(면허)번호를 적은 후 서명을 하거나 도장을 찍습니다.
4. 자세보조용구의 경우 담당 의사의 최종 검수확인 전에 반드시 해당 보조기기를 제조한 사람의 검수확인을 받아야 합니다. 이 경우 검수확인은 제조한 사람이 소속된 보조기기 업소의 대표자가 하며 업소 대표자는 본인의 성명을 적은 후 서명을 하거나 도장을 찍습니다.
5. 보청기의 경우 본 서식의 보청기란의 청력변화 확인 항목에 해당하는 검사결과를 기재해야 하며 보청기 착용 상태에서 청력 개선 효과가 있다고 확인되는 경우 검수확인을 합니다.
6. 자세보조용구의 경우 다음의 자세보조용구 검수확인 참고표를 참조하여 검수 확인한 후 해당 내용을 구체적으로 작성합니다.

자세보조용구 검수확인 참고표

1. 자세보조용구가 처방대로 잘 맞는지에 관하여 다음의 항목을 확인합니다. 가. 처방된 몸통 및 골반 지지대, 머리 및 목 지지대, 팔 지지대 및 랩트레이(lap tray), 다리 및 발 지지대 품목들이 제대로 지급되었는지 나. 쿠션에 몸통 및 골반 부위의 표면이 뜨는 부분 없이 잘 적용되는지 다. 머리받침, 팔받침, 발/하퇴받침 등의 장치가 대칭을 유지하며 안정적으로 놓이는지 라. 지지장치(벨트)가 몸통이나 골반, 발 등을 정확한 위치에서 잘 지지하고 있는지 마. 테이블의 높이가 적절한지, 다칠 위험성이 없는지, 표면 재질이나 사이즈가 적절한지 바. 패드가 적절한 위치에서 기능을 수행하고 있는지[특히 대퇴내전방지패드(넓적다리 모으기 방지 패드)의 크기와 기능]
2. 앉혔을 때 편안한지에 대하여 다음의 항목을 확인합니다. 가. 앉혀 놓았을 때 더 보채지 않는지 나. 근 긴장도가 증가되지 않는지 다. 비대칭이 증가되지 않는지 라. 호흡에 미치는 영향이 없는지 마. 머리와 몸통 조절이 용이해져 상지 움직임이 더 활발하게 나타나는지
3. 척추와 골반의 비대칭이나 변형 감소에 도움이 되는지에 대하여 다음의 항목을 확인합니다. 가. 어깨부위 및 위팔: 어깨가 너무 앞으로 기울거나 뒤로 쳐졌는지, 어깨 비대칭·어긋남, 위팔 움직임이 어떠한지 나. 척추: 척추옆굽음변형과 척추앞뒤굽음변형의 정도와 부위가 어떠한지, 자세보조용구에 의한 척추 및 등·허리부위의 지지가 적절한지 다. 골반: 전후 및 좌우 기울임, 좌우회전, 골반 변형, 넓적다리 모으기·벌리기, 경직 정도는 어떠한지
4. 머리가 똑바로 잘 놓여있는지에 대하여 다음의 항목을 확인합니다. 가. 머리받침이 머리를 편안하게 잘 받쳐주는지 나. 머리의 굽히기·펴기, 좌우측 굽히기, 좌우회전을 충분히 조절하고 있는지
5. 위팔, 다리 및 몸통의 근 긴장도 조절에 도움이 되는지에 대하여 다음의 항목을 확인합니다. 가. 앉혔을 때 근 긴장도가 증가하지 않는지 나. 근 긴장도의 비대칭적인 증가를 보이지 않는지 다. 머리·목 부위 및 몸통이 활궁자세를 보이거나 엉덩이가 착석쿠션으로부터 뜨지 않는지
6. 넓적다리 모으기 또는 벌리기의 조절이 가능한지에 대하여 다음의 항목을 확인합니다. 가. 넓적다리의 과도모으기 또는 가위자세를 적절히 막아주고 있는지 나. 넓적다리의 과도벌리기로 의자 밖으로 다리가 빠져나가지 않는지
7. 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절의 강직 또는 변형의 조절이 가능한지에 대하여 다음의 항목을 확인합니다. 가. 발받침에 발이 잘 놓여있는지 나. 무릎의 자세는 안정되어 있는지 다. 발목의 꿈치들린흰발(첨족) 변형 및 안굽음·밖굽음 변형은 어떠한지 라. 다리의 움직임은 어떠한지

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제15호 서식〕 〈개정 2019. 10. 24.〉

개인별 보조기기 지급관리대장

수급권자 성명		주민(외국인)등록번호	
		전화번호	
주 소			
변 경 주 소			
지 급 일	보조기기 유형	지급금액	의료급여기관명

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제16호 서식〕 〈개정 2014. 11. 19.〉

급여 제한 여부 조회서

보장기관명		보장기관기호	
세대주 성명		주민등록번호	
수급권자 성명		주민등록번호	
주 소			

진료구분	[ ]입원 [ ]외래	진료기간	. . . ~ . . .
상 병 명		상병분류기호	
통보내역 (해당란에 "0"표)	1. 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위 2. 고의로 사고를 발생시켜 의료급여를 받고자 함 3. 정당한 이유없이 의료급여법의 규정이나 의료급여기관의 진료에 관한 지시에 따르지 아니함		
발생원인	사고부상 [ ]근무중사고 [ ]폭행 [ ]자해 [ ]기타( )		
	교통사고 [ ]운전중 [ ]보행중 [ ]기타( )		
발생장소	[ ]가정 [ ]회사내 [ ]공사현장 [ ]학교 [ ]음식점 [ ]도로 [ ]기타( )		
내원일시	년 월 일 시 분(24시간제)		
내원방법	[ ]119 [ ]사설응급차량 [ ]기타( )		
의사진찰의견			
환자·보호자 등 관계인 진술내용			

「의료급여법」 제15조제1항 및 같은 법 시행규칙 제26조제1항에 따라 위와 같이 통보하오니 의료급여 제한여부를 지체 없이 회신하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

의료급여기관명 (인)
주 소

(시장·군수·구청장) 귀하

※ 이 조회서는 의료급여기관이 2부를 작성하여 1부는 보관하고, 1부는 시·군·구에 송부하여야 합니다.

210mm×297mm(백상지 80g/㎡(재활용품))

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제17호 서식〕 삭제 〈2007. 3. 27.〉

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제18호 서식〕

급여제한여부결정통보서

보장기관명		보장기관기호	
세대주성명		주민등록번호	
수급권자성명		주민등록번호	
주소			
결정사항	1. 급여적용 2. 급여제한		
제한근거	의료급여법 제15조제1항		
의료급여제한 개시일 또는 기간	년 월 일부터(년 월 일까지)		

의료급여법 제15조 및 동법시행규칙 제26조제2항의 규정에 의하여 위와 같이 결정통보하오니 조치하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

시 장
군 수 (인)
구청장

의료급여기관대표자 귀하

비고

1. 이 통보서는 시장·군수·구청장이 2부를 작성하여 1부는 보관하고, 1부는 해당 의료급여기관에 지체없이 송부하여야 합니다.
2. 결정사항에 이의가 있는 경우 90일이내에 시장·군수·구청장에게 이의신청할 수 있습니다.

210mm×297mm
(일반용지 60g/㎡(재활용품))

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제18호의2 서식〕 〈신설 2010. 12. 15.〉

발급번호

의료급여 자격득실 확인서

확인청구자	성 명	주민등록번호

자격득실 확인내용

보장기관	의료급여 종별	자격취득일	자격상실일

「의료급여법 시행규칙」 제26조의2에 따라 의료급여 자격득실 내용을 위와 같이 확인합니다.

년 월 일

시장·군수·구청장 (직인)

210㎜×297㎜[일반용지 60g/㎡(재활용품)]

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제19호 서식〕 〈개정 2013. 12. 13.〉

급여비용대지급신청서

접수번호	접수일자	처리기간 즉시

신청인	성명	주민등록번호
	주소	전화번호

세대주성명			주민등록번호
수급권자성명			주민등록번호
주소			
진료기간	년 월 일부터 년 월 일까지(일간)		
의료급여기관명		주소	
급여비용	급여비용총액		
	본인부담금		
	현금납부액		
	대지급신청액		

「의료급여법」 제20조 및 같은 법 시행규칙 제27조제1항의 규정에 따라 대지급을 신청하며 대지급금은 보장기관에서 정하는 바에 따라 상환할 것을 약속합니다.

년 월 일

성명: (서명 또는 인)

의료급여기관명:

대표자: (인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

유의사항
이 신청서는 수급권자가 2부를 작성하여 진료를 한 의료급여기관의 확인을 받아 해당 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 제출하여야 하고, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 대지급 승인을 할 경우 대지급승인서 1부를 수급권자에게 발급하여야 하며, 수급권자는 대지급승인서를 의료급여기관에게 제출하여야 합니다.

급여비용대지급승인서

「의료급여법 시행규칙」 제27조제2항에 따라 위와 같이 대지급을 승인합니다.

년 월 일

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 직인

의료급여기관 대표자 귀하

210mm×297mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제20호 서식〕 〈개정 2019. 10. 24.〉

행정기관명

수신자 시 · 도지사
(경유)
제 목 **의료급여기금 교부신청서**

다음과 같이 사업을 시행하기 위하여 의료급여기금의 교부를 신청합니다.

사 업 명				
사업기간				
사업개요				
신청금액		지원 내역	보조금 본인부담금환급금, 대지급금, 보조기기 급여비, 요양비 등	그 밖의 행정경비
산출기초				

끝.

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 직인

기안자 직위(직급) 서명 검토자 직위(직급) 서명 결재권자 직위(직급) 서명

협조자

시행 처리과-일련번호(시행) 접수 처리과명-일련번호(접수)

우 주소 / 홈페이지 주소

전화번호( ) 팩스번호( ) / 기안자의 전자우편주소 / 공개구분

210mm×297mm[백상지 80g/㎡(재활용품)]

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제21호 서식〕 〈개정 2019. 10. 24.〉

의료급여기금 운용현황

<시·도명 : >

1. 기금조성현황

(단위: 천원)

구분	계	이월액	국고보조금	지방자치단체 출연금	대지급금 상환금	과징금	부당이득금 ·구상금*	기타
1/4분기								
2/4분기								
3/4분기								
4/4분기								
누계								

* **구상금**: 법 제19조에 따른 손해배상금

2. 기금운용실적(지출 현황)

(단위: 천원)

구분	계	예탁금*	위탁수수료	본인부담금 지원비 (건생비)	대지급금	본인부담 보상·상한제	본인부담 환급금	보조기기	요양비	행정경비	의료급여 관리사 인건비	기타
1/4분기												
2/4분기												
3/4분기												
4/4분기												
누계												

* **예탁금** : 진료비, 본인부담금 지원비(건생비), 임신·출산 진료비

3. 대지급금 운용현황

(단위: 천원)

구분	전년도 이월액	전분기 이월액	결정			징수				분기말 미상환 금액 *
			소계	대지급금	다른 시·도 전입금	소계	상환금	결손처분	다른 시·도 전출금	
1/4분기										
2/4분기										
3/4분기										
4/4분기										

* **분기말 미상환금액** : 전분기 이월액(1/4분기의 경우 전년도 이월액) + 결정 - 징수

297㎜× 210㎜[백상지 80g/㎡]

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제22호 서식〕

행정처분통보서

연번	의료급여기관명 (대표자)	소 재 지	부당 이득금	행정처분내역		비고
				업무정지	과징금	

비고 : 업무정지란에는 업무정지일수 및 해당기간을 기재합니다.

210mm×297mm
(일반용지 60g/㎡(재활용품))

■ 의료급여법 시행규칙 〔별지 제23호 서식〕 〈개정 2014. 11. 19.〉 (앞쪽)

이 의 신 청 서

처리기간
60일

※ 작성방법은 뒤쪽을 참조하십시오.

① 처분을 받은 자	성명		주민등록번호	
	주소			
② 처분의 내용	(처분기관 :) (여백 부족시 별지 사용)			
③ 처분이 있은(도달한) 날	년 월 일			
④ 이의신청의 취지와 이유	(여백 부족시 별지 사용)			

「의료급여법」 제30조제1항 및 같은 법 시행규칙 제35조제1항에 따라 위와 같이 시장·군수·구청장의 처분에 대하여 이의신청합니다.

. . .

신청인 (서명 또는 인) 전화번호( )
주민등록번호 :
주소 :
처분을 받은 자와의 관계 :

시장·군수·구청장 귀하

210mm×297mm
(일반용지 60g/㎡(재활용품))

(뒤쪽)

이의신청서 작성방법
1. 수급권자의 자격 및 부당이득 징수금, 의료급여, 의료급여비용에 관하여 시장·군수·구청장으로부터 처분을 받은 사람의 성명·주민등록번호 및 주소를 기재합니다. 2. 수급권자의 자격 및 부당이득 징수금, 의료급여, 의료급여비용등 이의신청의 대상이 되는 시·군·구의 구체적 처분내용을 기재합니다. ※ (처분기관 :) → 해당처분을 한 시·군·구를 기재합니다. 3. 시·군·구의 처분통지를 받은 연·월·일을 기재합니다. 4. 시·군·구에 대하여 결정을 요구하는 사항과 이의신청을 하게 된 법률상 및 사실상의 근거가 되는 내용을 기재합니다. 5. 신청인은 주장하는 사실을 입증할 수 있는 서류를 제출할 수 있습니다.

■ 의료급여법 시행규칙[별지 제24호 서식]

이 의 신 청 결 정 서

제　　호

신청인 성　　명 :
주민등록번호 :
주　　소 :

주문 :

원처분 요지 :

이의신청취지 :

결정이유 :

.　　.　　.

시장·군수·구청장　　(인)

※ 알림

이 결정에 대하여 불복이 있는 때에는 이 결정서를 받은 날부터 90일이내에 행정소송법이 정하는 바에 의하여 행정소송을 제기할 수 있습니다.

210mm×297mm
(일반용지 60g/㎡(재활용품))

■ 의료급여법 시행규칙[별지 제25호 서식] 〈개정 2014. 11. 19.〉

이 의 신 청 서

※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다. (앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간 60일

문서번호			진료분야	
의료급여기관	명칭		기호	
급여비용 심사결과 통보서	접수번호	묶음번호	심사차수	통보서 도달일
이의신청	건수 총계		비용 총액	
관련 처분	고지 유무		고지 내용	

번호	명세서 일련번호	보장기관 기호 (보장 기관명)	수진자 (진료 받은 사람)	진료구분 (입원·외래)	이의신청 금액		이의신청 사유 및 내용 (상세히 기술)	첨부 서류
					Ⅰ항	Ⅱ항		

「의료급여법」 제30조제2항 및 같은 법 시행규칙 제35조제2항에 따라 위와 같이 심사평가원의 처분에 대하여 이의신청합니다.

년 월 일

신청인 성명 (서명 또는 인)

주소

전화번호

건강보험심사평가원 원장 귀하

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡]

(뒤쪽)

작성방법

※ 신청인은 다음 각 호 중 해당하는 서류를 자신의 주장을 입증하기 위하여 제출할 수 있습니다.

1. 심사결과 통보서
2. 진료기록부
3. X-ray 필름 등 영상자료
4. 검사 결과지
5. 그 밖에 주장하는 사실을 입증하는 서류

처리 절차

신청서 작성	➔	접수	➔	이의신청위원회 심의·의결	➔	심의결과 통보	➔	수령
신청인		건강보험심사평가원		건강보험심사평가원		건강보험심사평가원		신청인

■ 의료급여법 시행규칙〔별지 제26호 서식〕〈개정 2014. 11. 19.〉

이의신청 결정서

문서번호		수진자 성명 (진료받은 사람)	
관련 근거			

귀 원에서 이의신청한 사항에 대한 처리 결과를 아래와 같이 알려 드리며, 이 결정에 대하여 불복할 때에는 이 결정서를 받은 날부터 90일 이내에 보건복지부에 설치되어 있는 건강보험분쟁조정위원회에 심판청구하거나, 관할 법원에 행정소송을 제기할 수 있습니다.

년 월 일

건강보험심사평가원 원장

접수번호 (일련번호)	심사 차수	명 일 련	수 진 자	심사결정금액		결정 내용
				Ⅰ항	Ⅱ항	

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡]

■ 의료급여법 시행규칙〔별지 제27호 서식〕〈신설 2016. 6. 29.〉

현 장 조 사 서

대상자						
조사 목적						
조사 기간						
조사 담당자	소 속		직급 또는 직위		성 명	
	소 속		직급 또는 직위		성 명	
조사의 범위 및 내용						
제출자료						
관계 법령						
유의사항	거부 시 제재사항(근거법령 및 조항)					
	그 밖의 안내사항					

년 월 일

담 당 자: 직급 성명

연 락 처: 전화 e-mail

보 건 복 지 부 장 관 직인

297㎜×210㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

참 고 자 료

1. 의료급여업무 관련기관 현황
2. 보장기관 현황

1 의료급여업무 관련기관 현황

보건복지부(www.mohw.go.kr)

부 서	업 무	문 의		주 소
기초의료보장과	• 의료급여 업무 총괄	☎ 044-202-3086~99	보건복지상담센터 ☎ 129	(30113) 세종특별자치시 도움4로 13 보건복지부 (정부세종청사10동)

건강보험심사평가원(www.hira.or.kr)

의료급여업무 관련부서

부 서		업 무	문 의		주 소
의료급여실	의료급여 운영부	• 의료급여의 기준 및 의료수가 관리 • 의료급여 사례관리 합동중재 • 의료급여관련 국민신문고 처리 • 중복청구 분리심사	☎ 033-739-3605~18	고객센터 ☎1644 - 2000	(26465) 강원도 원주시 혁신로 60 (반곡동)
	의료급여 심사부	• 의료급여심사(상급종합병원)	☎ 033-739-3622~49		
	수탁 사업부	• 의료급여·보훈 이중자격자 심사	☎ 033-739-3659, 3661, 3668~71		
		• 응급의료비 대지불	☎ 033-739-3653~58		
급여 조사실	조사3부	• 의료급여 현지조사 • 의료급여 청구경향 통보 • 홈페이지 보장기관 신고센터 업무	☎ 033-739-4982~85		
정보 통신실	심사 정보화부	• 의료급여 심사결정 통보업무	☎ 033-739-0847		

지 원

지 원	관할지역	주 소	문 의
서울 지원	서울	(05717) 서울특별시 송파구 중대로 135(가락동) IT벤쳐타워 동관	고객센터 ☎ 1644-2000
부산 지원	부산, 제주	(47596) 부산광역시 연제구 월드컵대로 125(연산5동, 더웰타워)	
대구 지원	대구, 경북	(41933) 대구광역시 중구 달구벌대로 2051(계산동2가, 신성미소시티)	
광주 지원	광주, 전남	(62363) 광주광역시 광산구 무진대로 210(우산동)	
대전 지원	대전, 충북, 충남, 세종	(35236) 대전광역시 서구 둔산북로 121(둔산동, 아너스빌)	
수원 지원	경기남부	(16491) 경기도 수원시 팔달구 효원로 308번길 46(인계동)	
창원 지원	울산, 경남	(51430) 경상남도 창원시 의창구 중앙대로 263(용호동, 오피스플라자)	
의정부지원	경기북부, 강원도	(11813) 경기도 의정부시 천보로 56(민락동, 해동2타워)	
전주 지원	전북	(54949) 전라북도 전주시 완산구 온고을로 13(서신동, 국민연금빌딩)	
인천 지원	인천	(21998) 인천광역시 연수구 컨벤시아대로 165 포스코타워(송도동 6-10)	

- 지원 담당 업무

- **종합병원급 이하 의료급여기관**에 대한 이의신청, 중복진료비, 심사결과통보서 등 의료급여 관련 업무

- 업무별 전화번호

- 건강보험심사평가원 홈페이지(www.hira.or.kr) 기관소개 ▷ 기관안내 ▷ 민원별 연락처

국민건강보험공단(www.nhis.or.kr)

부 서	업 무	문 의		주 소
급여사업실 (의료복지부)	자격관리	☎ 033-736-4701~4	고객센터 ☎ 1577-1000	(26464) 강원도 원주시 건강로 32 (반곡동, 국민건강보험공단)
	사후관리	☎ 033-736-4706~8		
	사후관리(환수, 환불)	☎ 033-736-4711~5		
	의료급여비용지급·정산	☎ 033-736-4721~9		
	산정특례 등록관리 등	☎ 033-736-4731~5		
	공(직)무상 요양급여	☎ 033-736-4741~5		

2 보장기관 현황

시·도

구분	기 호	명 칭	대표번호	주 소
1	5691000	세종특별자치시	☎ 044-300-3345	(30151) 세종특별자치시 한누리대로 2130(보람동626-5)
2	6110000	서울특별시	☎ 02-2133-7336	(04524) 서울특별시 중구 세종대로 110
3	6260000	부산광역시	☎ 051-888-3176	(47545) 부산광역시 연제구 중앙대로 1001(연산동)
4	6270000	대구광역시	☎ 053-803-4083	(41911) 대구광역시 중구 공평로 88
5	6280000	인천광역시	☎ 032-440-2714	(21554) 인천광역시 남동구 정각로 29
6	6290000	광주광역시	☎ 062-613-3394	(61945) 광주광역시 서구 내방로 111
7	6300000	대전광역시	☎ 042-270-4633	(35242) 대전광역시 서구 둔산로 100
8	6310000	울산광역시	☎ 052-229-3454	(44675) 울산광역시 남구 중앙로 201
9	6410000	경기도	☎ 031-8008-4314	(16444) 경기도 수원시 팔달구 효원로1
10	6420000	강원도	☎ 033-249-2668	(24266) 강원도 춘천시 중앙로 1
11	6430000	충청북도	☎ 043-220-3032	(28515) 충청북도 청주시 상당구 상당로 82
12	6440000	충청남도	☎ 041-635-2663	(32255) 충청남도 홍성군 홍북면 충남대로 21
13	6450000	전라북도	☎ 063-280-4765	(54968) 전라북도 전주시 완산구 효자로 225
14	6460000	전라남도	☎ 061-286-5732	(58564) 전라남도 무안군 삼향읍 오룡길 1
15	6470000	경상북도	☎ 054-880-3723	(36759) 경상북도 안동시 풍천면 도청대로 455
16	6480000	경상남도	☎ 055-211-4845	(51154) 경상남도 창원시 의창구 중앙대로 300
17	6500000	제주특별자치도	☎ 064-710-2847	(63122) 제주특별자치도 제주시 문연로 6

시·군·구

구분	기 호	명 칭	대표번호	주 소
1	3000000	종로구	☎ 02-2148-2555	(03153) 서울특별시 종로구 삼봉로 43
2	3010000	서울중구	☎ 02-3396-5357	(04558) 서울특별시 중구 창경궁로 17
3	3020000	용산구	☎ 02-2199-7096	(04390) 서울특별시 용산구 녹사평대로 150
4	3030000	성동구	☎ 02-2286-5416	(04750) 서울특별시 성동구 고산자로 270
5	3040000	광진구	☎ 02-450-7517	(05026) 서울특별시 광진구 자양로 117
6	3050000	동대문구	☎ 02-2127-4571	(02565) 서울특별시 동대문구 천호대로 145
7	3060000	중랑구	☎ 02-2094-1699	(02043) 서울특별시 중랑구 봉화산로 179
8	3070000	성북구	☎ 02-2241-2498	(02848) 서울특별시 성북구 보문로 168
9	3080000	강북구	☎ 02-901-6658	(01071) 서울특별시 강북구 도봉로89길 13
10	3090000	도봉구	☎ 02-2091-3315	(01331) 서울특별시 도봉구 마들로 656
11	3100000	노원구	☎ 02-2116-3697	(01689) 서울특별시 노원구 노해로 437
12	3110000	은평구	☎ 02-351-7075	(03384) 서울특별시 은평구 은평로 195

구분	기 호	명 칭	대표번호	주 소
13	3120000	서대문구	☎ 02-330-1155	(03718) 서울특별시 서대문구 연희로 248
14	3130000	마포구	☎ 02-3153-6486	(03937) 서울특별시 마포구 월드컵로 212
15	3140000	양천구	☎ 02-2620-4680	(08095) 서울특별시 양천구 목동동로 105
16	3150000	강서구	☎ 02-2600-6719	(07658) 서울특별시 강서구 화곡로 302
17	3160000	구로구	☎ 02-860-2834	(08284) 서울특별시 구로구 가마산로 245
18	3170000	금천구	☎ 02-2627-1408	(08611) 서울특별시 금천구 시흥대로73길 70
19	3180000	영등포구	☎ 02-2670-3388	(07260) 서울특별시 영등포구 당산로 123
20	3190000	동작구	☎ 02-820-9707	(06928) 서울특별시 동작구 장승배기로 161
21	3200000	관악구	☎ 02-879-5958	(08832) 서울특별시 관악구 관악로 145
22	3210000	서초구	☎ 02-2155-6662	(06750) 서울특별시 서초구 남부순환로 2584
23	3220000	강남구	☎ 02-3423-5867	(06090) 서울특별시 강남구 학동로 426
24	3230000	송파구	☎ 02-2147-2734	(05552) 서울특별시 송파구 올림픽로 326
25	3240000	강동구	☎ 02-3425-5707	(05397) 서울특별시 강동구 성내로25
26	3250000	부산중구	☎ 051-600-4365	(48926) 부산광역시 중구 중구로 120
27	3260000	부산서구	☎ 051-240-4325	(49247) 부산광역시 서구 구덕로120
28	3270000	부산동구	☎ 051-440-4853	(48781) 부산광역시 동구 구청로1
29	3280000	영도구	☎ 051-419-4339	(49011) 부산광역시 영도구 태종로 423
30	3290000	부산진구	☎ 051-605-6416	(47193) 부산광역시 부산진구 시민공원로 30
31	3300000	동래구	☎ 051-550-4786	(47808) 부산광역시 동래구 명륜로 94번길 55
32	3310000	부산남구	☎ 051-607-4507	(48452) 부산광역시 남구 못골로 19
33	3320000	부산북구	☎ 051-309-4335	(46504) 부산광역시 북구 낙동대로 1570번길 33
34	3330000	해운대구	☎ 051-749-4328	(48049) 부산광역시 해운대구 중동2로 11
35	3340000	사하구	☎ 051-220-5525	(49328) 부산광역시 사하구 낙동대로398번길 12
36	3350000	금정구	☎ 051-519-4356	(46274) 부산광역시 금정구 중앙대로1777(부곡동)
37	3360000	부산강서구	☎ 051-970-2335	(46702) 부산광역시 강서구 낙동북로 477(대저1동)
38	3370000	연제구	☎ 051-665-4375	(47605) 부산광역시 연제구 연제로 2
39	3380000	수영구	☎ 051-610-4334	(48305) 부산광역시 수영구 남천동로 100
40	3390000	사상구	☎ 051-310-4435	(46985) 부산광역시 사상구 학감대로 242
41	3400000	기장군	☎ 051-709-4367	(46077) 부산광역시 기장군 기장읍 기장대로 560
42	3410000	대구중구	☎ 053-661-2527	(41908) 대구광역시 중구 국채보상로 139길 1(동인동 2가)
43	3420000	대구동구	☎ 053-662-2524	(41185) 대구광역시 동구 아양로 207(신암동)
44	3430000	대구서구	☎ 053-663-2528	(41777) 대구광역시 서구 국채보상로 257(평리동)
45	3440000	대구남구	☎ 053-664-3513	(42429) 대구광역시 남구 이천로 51(봉덕동)
46	3450000	대구북구	☎ 053-665-3111	(41590) 대구광역시 북구 옥산로 65(침산동)
47	3460000	수성구	☎ 053-666-2524	(42086) 대구광역시 수성구 달구벌대로 2450(범어동)
48	3470000	달서구	☎ 053-667-3574	(42731) 대구광역시 달서구 학산로 45(월성동)
49	3480000	달성군	☎ 053-668-2525	(42974) 대구광역시 달성군 논공읍 달성군청로 33(금포리)
50	3490000	인천중구	☎ 032-760-7339	(22315) 인천광역시 중구 신포로 27번길 80(관동1가)

구분	기 호	명 칭	대표번호	주 소
51	3500000	인천동구	☎ 032-770-6464	(22556) 인천광역시 동구 금곡로 67(송림동)
52	3510000	인천남구	☎ 032-880-4269	(22169) 인천광역시 미추홀구 경인로 54
	3510500	미추홀구		
53	3520000	연수구	☎ 032-749-7696	(21967) 인천광역시 연수구 원인재로 115(동춘동)
54	3530000	남동구	☎ 032-453-2516	(21589) 인천광역시 남동구 소래로 633(만수동)
55	3540000	부평구	☎ 032-509-6469	(21354) 인천광역시 부평구 부평대로 168(부평동)
56	3550000	계양구	☎ 032-450-6865	(21067) 인천광역시 계양구 계산새로 88
57	3560000	인천서구	☎ 032-560-5875	(22726) 인천광역시 서구 서곶로 307
58	3570000	강화군	☎ 032-930-3348	(23031) 인천광역시 강화군 강화읍 강화대로 394
59	3580000	옹진군	☎ 032-899-2327	(22193) 인천광역시 남구 매소홀로 120
60	3590000	광주동구	☎ 062-608-2575	(61466) 광주광역시 동구 서남로 1(서석동)
61	3600000	광주서구	☎ 062-360-7634	(61928) 광주광역시 서구 경열로 33(농성동)
62	3610000	광주남구	☎ 062-607-3355	(61687) 광주광역시 남구 봉선로 1(주월동)
63	3620000	광주북구	☎ 062-410-8573	(61187) 광주광역시 북구 우치로 77(용봉동)
64	3630000	광산구	☎ 062-960-8374	(62430) 광주광역시 광산구 광산로 29번길 15(송정동)
65	3640000	대전동구	☎ 042-251-4487	(34691) 대전광역시 동구 동구청로 147(가오동)
66	3650000	대전중구	☎ 042-606-7416	(34939) 대전광역시 중구 중앙로 100(대흥동)
67	3660000	대전서구	☎ 042-288-3191	(35238) 대전광역시 서구 둔산서로 100(둔산로)
68	3670000	유성구	☎ 042-611-2674	(34139) 대전광역시 유성구 대학로 211(어은동)
69	3680000	대덕구	☎ 042-608-6387	(34443) 대전광역시 대덕구 대전로 1033번길 20(오정동)
70	3690000	울산중구	☎ 052-290-3584	(44475) 울산광역시 중구 단장골길 1(복산동)
71	3700000	울산남구	☎ 052-226-6937	(44701) 울산광역시 남구 돋질로 233(달동)
72	3710000	울산동구	☎ 052-209-3455	(44021) 울산광역시 동구 봉수로 155(화정동)
73	3720000	울산북구	☎ 052-241-7625	(44248) 울산광역시 북구 산업로 1010(연암동)
74	3730000	울주군	☎ 052-204-0946	(44959) 울산광역시 울주군 청량면 군청로 1
75	3740000	수원시청	☎ 031-228-3419	(16490) 경기도 수원시 팔달구 효원로 241(인계동)
76	3750000	수원시 장안구	☎ 031-228-5311	(16295) 경기도 수원시 장안구 송원로 101
77	3760000	수원시 권선구	☎ 031-228-6403	(16626) 경기도 수원시 권선구 호매실로 12
78	3770000	수원시 팔달구	☎ 031-228-7313	(16255) 경기도 수원시 창룡대로 23
79	3780000	성남시	☎ 031-729-2846	(13437) 경기도 성남시 중원구 성남대로 997(여수동)
80	3820000	의정부시	☎ 031-828-4164	(11622) 경기도 의정부시 시민로 1(의정부동)
81	3830000	안양시	☎ 031-8045-2213	(14053) 경기도 안양시 동안구 시민대로 235(관양동)
82	3860000	부천시	☎ 032-625-2840	(14547) 경기도 부천시 원미구 길주로 210(중동)
83	3900000	광명시	☎ 02-2680-2675	(14234) 경기도 광명시 시청로 20
84	3910000	평택시	☎ 031-8024-3037	(17901) 경기도 평택시 경기대로 245
85	3920000	동두천시	☎ 031-860-2548	(11317) 경기도 동두천시 방죽로 23
86	3930000	안산시	☎ 031-481-2866	(15335) 안산시 단원구 화랑로 387(고잔동)
87	3950000	고양시 덕양구	☎ 031-8075-5409	(10497) 경기도 고양시 덕양구 화중로 104번길 13

구분	기 호	명 칭	대표번호	주 소
88	3960100	고양시 일산동구	☎ 031-8075-6405	(10409) 경기도 고양시 일산동구 중앙로 1256
89	3970000	과천시	☎ 02-3677-2216	(13806) 경기도 과천시 관문로 69(중앙동)
90	3980000	구리시	☎ 031-550-2043	(11954) 경기도 구리시 아차산로 439
91	3990000	남양주시	☎ 031-590-2228	(12232) 경기도 남양주시 경춘로1037
92	4000000	오산시	☎ 031-8036-7408	(18132) 경기도 오산시 성호대로 141
93	4010000	시흥시	☎ 031-310-3440	(14998) 경기도 시흥시 시청로 20
94	4020000	군포시	☎ 031-390-0648	(15829) 경기도 군포시 청백리길 6
95	4030000	의왕시	☎ 031-345-2444	(16075) 경기도 의왕시 시청로 11(고천동)
96	4040000	하남시	☎ 031-790-6850	(12951) 경기도 하남시 대청로 10(신장동)
97	4050000	용인시	☎ 031-324-3126	(17019) 경기도 용인시 처인구 중부대로 1199(삼가동)
98	4060000	파주시	☎ 031-940-5015	(10932) 경기도 파주시 시청로 50
99	4070000	이천시	☎ 031-645-3575	(17379) 경기도 이천시 부악로 40
100	4080000	안성시	☎ 031-678-2215	(17586) 경기도 안성시 시청길 25
101	4090000	김포시	☎ 031-980-2625	(10109) 경기도 김포시 사우중로 1
102	4100100	고양시 일산서구	☎ 031-8075-7404	(10226) 경기도 고양시 일산서구 중앙로 1600
103	4140000	연천군	☎ 031-839-2239	(11017) 경기도 연천군 연천읍 연천로 220
104	4160000	가평군	☎ 031-580-2238	(12417) 경기도 가평군 가평읍 석봉로 181
105	4170000	양평군	☎ 031-770-2263	(12546) 경기도 양평군 양평읍 마유산로 17 양평군보건소 2층
106	4180000	춘천시	☎ 033-250-3775	(24264) 강원도 춘천시 삭주로 3
107	4190000	원주시	☎ 033-737-2665	(26384) 강원도 원주시 시청로 1
108	4200000	강릉시	☎ 033-640-5351	(25522) 강원도 강릉시 강릉대로 33
109	4210000	동해시	☎ 033-539-8644	(25755) 강원도 동해시 천곡로 77
110	4220000	태백시	☎ 033-550-2369	(26023) 강원도 태백시 태붐로 21
111	4230000	속초시	☎ 033-639-2393	(24826) 강원도 속초시 중앙로 183
112	4240000	삼척시	☎ 033-570-3355	(25914) 강원도 삼척시 중앙로 296
113	4250000	홍천군	☎ 033-430-2094	(25121) 강원도 홍천군 홍천읍 석화로 93
114	4260000	횡성군	☎ 033-340-2310	(25220) 강원도 횡성군 횡성읍 태기로 15
115	4270000	영월군	☎ 033-370-2809	(26235) 강원도 영월군 영월읍 하송로 64
116	4280000	평창군	☎ 033-330-2157	(25374) 강원도 평창군 평창읍 군청길 77
117	4290000	정선군	☎ 033-560-2341	(26131) 강원도 정선군 정선읍 봉양3길 21
118	4300000	철원군	☎ 033-450-4175	(24040) 강원도 철원군 갈말읍 삼부연로 51
119	4310000	화천군	☎ 033-440-2327	(24125) 강원도 화천군 화천읍 화천새싹길 45
120	4320000	양구군	☎ 033-480-2053	(24522) 강원도 양구군 양구읍 관공서로 38
121	4330000	인제군	☎ 033-460-2211	(24631) 강원도 인제군 인제읍 인제로 187번길 8
122	4340000	강원도 고성군	☎ 033-680-3326	(24735) 강원도 고성군 간성읍 고성중앙길 9
123	4350000	양양군	☎ 033-670-2190	(25023) 강원도 양양군 양양읍 군청길 1
124	4390000	충주시	☎ 043-850-5943	(27339) 충청북도 충주시 으뜸로 21
125	4400000	제천시	☎ 043-641-5337	(27188) 충청북도 제천시 내토로 295
126	4420000	보은군	☎ 043-540-3836	(28937) 충청북도 보은군 보은읍 군청길 38

구분	기 호	명 칭	대표번호	주 소
127	4430000	옥천군	☎ 043-730-3346	(29032) 충청북도 옥천군 옥천읍 중앙로 99
128	4440000	영동군	☎ 043-740-3574	(29140) 충청북도 영동군 영동읍 동정로 1
129	4450000	진천군	☎ 043-539-3235	(27832) 충청북도 진천군 진천읍 상산로 13
130	4460000	괴산군	☎ 043-830-3376	(28026) 충청북도 괴산군 괴산읍 임꺽정로 90
131	4470000	음성군	☎ 043-871-3319	(27690) 충청북도 음성군 음성읍 중앙로 173
132	4480000	단양군	☎ 043-420-2106	(27010) 충청북도 단양군 단양읍 중앙1로 10
133	4490000	천안시	☎ 041-521-5358	(31162) 충청남도 천안시 서북구 번영로 156
134	4500000	공주시	☎ 041-840-8148	(32552) 충청남도 공주시 봉황로 1
135	4510000	보령시	☎ 041-930-3369	(33483) 충청남도 보령시 성주산로 77
136	4520000	아산시	☎ 041-540-2862	(31512) 충청남도 아산시 시민로 456
137	4530000	서산시	☎ 041-660-2722	(31974) 충청남도 서산시 관아문길 1
138	4540000	논산시	☎ 041-746-5317	(32987) 충청남도 논산시 시민로 210번길 9
139	4550000	금산군	☎ 041-750-2948	(32733) 충청남도 금산군 금산읍 군청길 13
140	4570000	부여군	☎ 041-830-2078	(33168) 충청남도 부여군 부여읍 사비로 33
141	4580000	서천군	☎ 041-950-4249	(33638) 충청남도 서천군 서천읍 군청로 57
142	4590000	청양군	☎ 041-940-2075	(33323) 충청남도 청양군 청양읍 문화예술로 222
143	4600000	홍성군	☎ 041-630-1945	(32228) 충청남도 홍성군 홍성읍 아문길 27
144	4610000	예산군	☎ 041-339-7416	(32435) 충청남도 예산군 예산읍 군청로 22
145	4620000	태안군	☎ 041-670-2595	(32144) 충청남도 태안군 태안읍 군청로 1
146	4650000	전주시 완산구	☎ 063-220-5323	(55051) 전라북도 전주시 완산구 서원로 232
147	4660000	전주시 덕진구	☎ 063-270-6302	(54937) 전라북도 전주시 덕진구 벚꽃로 55
148	4670000	군산시	☎ 063-454-3155	(54078) 전라북도 군산시 시청로 17
149	4680000	익산시	☎ 063-859-5327	(54622) 전라북도 익산시 인북로 32길 1
150	4690000	정읍시	☎ 063-539-5476	(56180) 전라북도 정읍시 충정로 234
151	4700000	남원시	☎ 063-620-6982	(55738) 전라북도 남원시 시청로 60
152	4710000	김제시	☎ 063-540-3956	(54386) 전라북도 김제시 중앙로 40
153	4720000	완주군	☎ 063-290-2180	(55352) 전라북도 완주군 용진읍 지암로 61
154	4730000	진안군	☎ 063-430-2548	(55434) 전라북도 진안군 진안읍 중앙로 67
155	4740000	무주군	☎ 063-320-2314	(55517) 전라북도 무주군 무주읍 주계로 97
156	4750000	장수군	☎ 063-350-2084	(55634) 전라북도 장수군 장수읍 호비로 10
157	4760000	임실군	☎ 063-640-2085	(55927) 전라북도 임실군 임실읍 수정로 30
158	4770000	순창군	☎ 063-650-1256	(56039) 전라북도 순창군 순창읍 경천로 33
159	4780000	고창군	☎ 063-560-2269	(56428) 전라북도 고창군 고창읍 중앙로 245
160	4790000	부안군	☎ 063-580-4853	(56305) 전라북도 부안군 부안읍 당산로 91
161	4800000	목포시	☎ 061-270-8869	(58613) 전라남도 목포시 양을로 203
162	4810000	여수시	☎ 061-659-3685	(59675) 전라남도 여수시 시청로 1
163	4820000	순천시	☎ 061-749-6264	(57956) 전라남도 순천시 장명로 30
164	4830000	나주시	☎ 061-339-8197	(58263) 전라남도 나주시 시청길 22
165	4840000	광양시	☎ 061-797-2773	(57785) 전라남도 광양시 시청로 33

구분	기 호	명 칭	대표번호	주 소
166	4850000	담양군	☎ 061-380-3316	(57339) 전라남도 담양군 담양읍 추성로 1371
167	4860000	곡성군	☎ 061-360-8441	(57536) 전라남도 곡성군 곡성읍 군청로 50
168	4870000	구례군	☎ 061-780-2269	(57656) 전라남도 구례군 구례읍 봉성로 1
169	4880000	고흥군	☎ 061-830-5343	(59542) 전라남도 고흥군 고흥읍 고흥군청로 1
170	4890000	보성군	☎ 061-850-5076	(59455) 전라남도 보성군 보성읍 송재로 165
171	4900000	화순군	☎ 061-379-3283	(58112) 전라남도 화순군 화순읍 동헌길 23
172	4910000	장흥군	☎ 061-860-0855	(59328) 전라남도 장흥군 장흥읍 장흥로 21
173	4920000	강진군	☎ 061-430-3148	(59228) 전라남도 강진군 강진읍 탐진로 111
174	4930000	해남군	☎ 061-530-5407	(59028) 전라남도 해남군 해남읍 군청길 4
175	4940000	영암군	☎ 061-470-2186	(58415) 전라남도 영암군 영암읍 군청로 1
176	4950000	무안군	☎ 061-450-5265	(58532) 전라남도 무안군 무안읍 무안로 530
177	4960000	함평군	☎ 061-320-1507	(57149) 전라남도 함평군 함평읍 중앙길 200
178	4970000	영광군	☎ 061-350-5477	(57036) 전라남도 영광군 영광읍 중앙로 203
179	4980000	장성군	☎ 061-390-7632	(57219) 전라남도 장성군 장성읍 영천로 200
180	4990000	완도군	☎ 061-550-5335	(59124) 전라남도 완도군 완도읍 청해진남로 51
181	5000000	진도군	☎ 061-540-3134	(58915) 전라남도 진도군 진도읍 철마길 25
182	5010000	신안군	☎ 061-240-8948	(58827) 전라남도 신안군 압해읍 천사로 1004
183	5030000	포항시 남구	☎ 054-270-2968	(37832) 경상북도 포항시 남구 희망대로 790
184	5040000	포항시 북구	☎ 054-270-2968	(37705) 경상북도 포항시 북구 중앙로 325
185	5050000	경주시	☎ 054-779-6636	(38102) 경상북도 경주시 양정로 260
186	5060000	김천시	☎ 054-420-6798	(39532) 경상북도 김천시 시청1길 1
187	5070000	안동시	☎ 054-840-5215	(36691) 경상북도 안동시 퇴계로 115
188	5080000	구미시	☎ 054-480-2757	(39281) 경상북도 구미시 송정대로 55
189	5090000	영주시	☎ 054-639-6314	(36132) 경상북도 영주시 시청로 1
190	5100000	영천시	☎ 054-330-6552	(38856) 경상북도 영천시 시청로 16
191	5110000	상주시	☎ 054-537-7308	(37211) 경상북도 상주시 상산로 223
192	5120000	문경시	☎ 054-550-6031	(36982) 경상북도 문경시 당교로 225
193	5130000	경산시	☎ 053-810-5304	(38617) 경상북도 경산시 남매로 159
194	5140000	군위군	☎ 054-380-6907	(39013) 경상북도 군위군 군위읍 군청로 200
195	5150000	의성군	☎ 054-830-6324	(37337) 경상북도 의성군 의성읍 군청길 31
196	5160000	청송군	☎ 054-870-6164	(37427) 경상북도 청송군 청송읍 군청로 51
197	5170000	영양군	☎ 054-680-6254	(36537) 경상북도 영양군 영양읍 군청길 37
198	5180000	영덕군	☎ 054-730-6165	(36429) 경상북도 영덕군 영덕읍 군청길 116
199	5190000	청도군	☎ 054-370-6246	(38330) 경상북도 청도군 화양읍 청화로 70
200	5200000	고령군	☎ 054-950-6196	(40138) 경상북도 고령군 대가야읍 왕릉로 55
201	5210000	성주군	☎ 054-930-6655	(40022) 경상북도 성주군 성주읍 성주로 3200
202	5220000	칠곡군	☎ 054-979-6585	(39888) 경상북도 칠곡군 왜관읍 군청1길 80
203	5230000	예천군	☎ 054-650-6955	(36826) 경상북도 예천군 예천읍 충효로 111
204	5240000	봉화군	☎ 054-679-6087	(36239) 경상북도 봉화군 봉화읍 봉화로 1111
205	5250000	울진군	☎ 054-789-6074	(36323) 경상북도 울진군 울진읍 울진중앙로 121

구분	기 호	명 칭	대표번호	주 소
206	5260000	울릉군	☎ 054-790-6215	(40225) 경상북도 울릉군 울릉읍 도동2길 66
207	5310000	진주시	☎ 055-749-8486	(52789) 경상남도 진주시 동진로 155
208	5330000	통영시	☎ 055-650-4154	(53040) 경상남도 통영시 통영해안로 515
209	5340000	사천시	☎ 055-831-2602	(52539) 경상남도 사천시 용현면 시청로 77
210	5350000	김해시	☎ 055-330-4557	(50924) 경상남도 김해시 김해대로 2401
211	5360000	밀양시	☎ 055-359-5688	(50420) 경상남도 밀양시 밀양대로 2047
212	5370000	거제시	☎ 055-639-3726	(53257) 경상남도 거제시 계룡로 125
213	5380000	양산시	☎ 055-392-3675	(50624) 경상남도 양산시 중앙로 39
214	5390000	의령군	☎ 055-570-2225	(52140) 경상남도 의령군 의령읍 충익로 63
215	5400000	함안군	☎ 055-580-2475	(52043) 경상남도 함안군 가야읍 말산로 1
216	5410000	창녕군	☎ 055-530-1125	(50317) 경상남도 창녕군 창녕읍 군청길 1
217	5420000	경남 고성군	☎ 055-670-2398	(52943) 경상남도 고성군 고성읍 성내로 130
218	5430000	남해군	☎ 055-860-3827	(52419) 경상남도 남해군 남해읍 망운로 9번길 12
219	5440000	하동군	☎ 055-880-2665	(52333) 경상남도 하동군 하동읍 군청로 23
220	5450000	산청군	☎ 055-970-6525	(52221) 경상남도 산청군 산청읍 산엔청로 1
221	5460000	함양군	☎ 055-960-4554	(50036) 경상남도 함양군 함양읍 고운로 35
222	5470000	거창군	☎ 055-940-3134	(50132) 경상남도 거창군 거창읍 중앙로 103
223	5480000	합천군	☎ 055-930-4725	(50231) 경상남도 합천군 합천읍 동서로 119
224	5530000	화성시	☎ 031-369-3857	(18274) 경기도 화성시 남양읍 시청로 159
225	5540000	광주시	☎ 031-760-2836	(12738) 경기도 광주시 행정타운로 50
226	5570000	증평군	☎ 043-835-3527	(27927) 충청북도 증평군 증평읍 광장로 88
227	5580000	계룡시	☎ 042-840-2315	(32823) 충청남도 계룡시 장안로 46
228	5590000	양주시	☎ 031-8082-5765	(11498) 경기도 양주시 부흥로 1533
229	5600000	포천시	☎ 031-538-2215	(11147) 경기도 포천시 중앙로 87
230	5610000	수원시 영통구	☎ 031-228-8861	(16545) 경기도 수원시 영통구 효원로 407
231	5630000	용인시 기흥구	☎ 031-324-6114	(16963) 경기도 용인시 기흥구 관곡로 95
232	5670123	창원시 의창구	☎ 055-212-4369	(51168) 경상남도 창원시 의창구 태복산로 15번길 8
233	5670140	창원시 성산구	☎ 055-272-4317	(51539) 경상남도 창원시 성산구 창원대로 1086
234	5670156	창원시 마산합포구	☎ 055-220-4317	(51736) 경상남도 창원시 마산합포구 3-15대로 210
235	5670184	창원시 마산회원구	☎ 055-230-4318	(51323) 경상남도 창원시 마산회원구 삼호로 63
236	5670206	창원시 진해구	☎ 055-548-4315	(51629) 경상남도 창원시 진해구 진해대로 1101
237	5680000	당진시	☎ 041-350-3684	(31773) 충청남도 당진시 시청1로 1
238	5690000	세종특별자치시	☎ 044-300-3243	(30151) 세종특별자치시 한누리대로 2130
239	5700000	여주시	☎ 031-887-2608	(12619) 경기도 여주시 세종로 1
240	5720000	청주시 상당구	☎ 043-201-5152	(28527) 충청북도 청주시 상당구 상당로 69번길 38
241	5725000	청주시 서원구	☎ 043-201-6152	(28565) 충청북도 청주시 서원구 사직대로 227(사직동)
242	5730000	청주시 흥덕구	☎ 043-201-7152	(28426) 충청북도 청주시 흥덕구 대농로 88(복대동)
243	5735000	청주시 청원구	☎ 043-201-8152	(28488) 충청북도 청주시 청원구 직지대로 871(우암동)
244	6510000	자치도제주시	☎ 064-728-2996	(63208) 제주특별자치도 제주시 광양9길 10
245	6520000	자치도서귀포시	☎ 064-760-6515	(63584) 제주특별자치도 서귀포시 중앙로 105

의료급여 실무편람

발 행 월 : 2020년 11월

발 행 처 : 건강보험심사평가원 의료급여실
강원도 원주시 혁신로 60(반곡동)

대표전화 : 1644-2000

인 쇄 처 : (사)한국장애인상생복지회

※ 이 책에 대한 저작권은 건강보험심사평가원에 있으므로 무단으로 복사·복제할 수 없습니다.