발 간 등 록 번 호
G000ME8-2024-76

요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령

2024년 7월판

HIRA 건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

Contents

요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 ····· 5
(보건복지부 고시 제2024-136호)

Ⅰ. 별지서식(전산청구 신청서 등) ····· 72

Ⅱ. (별첨 1) 전자문서 작성요령 ····· 105

Ⅲ. (별첨 2) 전산매체 작성요령 ····· 286

Ⅳ. (별첨 3) 서면서식 작성요령 ····· 330

Ⅴ. (별첨 4) 질병군 요양급여비용 전자문서 작성요령 ····· 345

Ⅵ. 별표

1. (별표 1) 요양급여비용 청구처 ····· 365
2. (별표 2) 상급종합병원, 종합병원, 치과대학부속치과병원 및 한방병원의 진료분야 구분 ····· 365
3. (별표 3) 요양기관종별 요양급여비용 청구체계 ····· 366
4. (별표 4) 전자문서 서식번호 ····· 368
5. (별표 5) 진료과목별 코드 ····· 370
6. (별표 6) 특정기호 코드 ····· 372
7. (별표 7) 의약분업 예외 구분코드 ····· 378
8. (별표 8) 특정내역 구분코드 ····· 379

Contents

요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 세부사항 ····· 403
(건강보험심사평가원 공고 제2024-40호)

Ⅰ. [별표 1] 건강보험 요양급여비용 전자문서(수록 생략) ····· 410

Ⅱ. [별표 2] 전산매체파일 수록사양(수록 생략) ····· 410

Ⅲ. [별표 3] 치식구분 기재 요령 ····· 410

Ⅳ. [별표 4] 약국 직접 조제·투약시 증상분류기호 ····· 412

Ⅴ. [별표 5] 진료코드 ····· 413

Ⅵ. [별표 6] 질병군 요양급여비용 전자문서(수록 생략) ····· 449

Ⅶ. [별표 7] 코드세부내역 ····· 449

요양급여비용 심사청구서·명세서 세부작성요령 (건강보험심사평가원) ····· 455

Ⅰ. 요양급여비용 심사청구서 및 명세서 구분방법 ····· 458

Ⅱ. 요양급여비용 심사청구서 작성요령 ····· 461

Ⅲ. 요양급여비용 명세서 작성요령

1. 일반(공통)사항 ····· 467
   가. 명세서 일반내역 ····· 467
   나. 명세서 상병내역 ····· 488
   다. 명세서 진료내역 ····· 499
   라. 명세서 처방내역 ····· 502
   마. 명세서 특정내역기재란 ····· 505
   바. 기타 ····· 508
2. 진료내역별 사항 ····· 516
   가. 의과 명세서 ····· 516
   나. 치과 명세서 ····· 549
   다. 한방 명세서 ····· 552
   라. 약국 명세서 ····· 563
   마. 보건기관 명세서 ····· 576
3. 첨부자료 ····· 580
4. 보완청구 및 추가청구 요령 ····· 581
5. 보훈국비(감면)환자 진료(조제)분 작성요령 ····· 583
6. 희귀질환자 의료비지원사업에 따른 명세서 작성요령 ····· 604
7. 차상위 본인부담경감대상자 지원사업에 따른 명세서 작성요령 ····· 608
8. 계약의사(협약의료기관 의사)진료 명세서 작성요령 ····· 612

Contents

Ⅳ. 요양병원 요양급여비용 작성요령 ····· 616

Ⅴ. 호스피스, 연명의료중단등결정 요양급여비용 작성요령 ····· 626

Ⅵ. 처방전 작성 예시 ····· 641

Ⅶ. 100분의100본인부담 작성요령 ····· 646

Ⅷ. 외래요양급여비용 본인일부부담금 ····· 654

Ⅸ. 특정내역 구분코드 작성요령 ····· 662

Ⅹ. 질병군 요양급여비용 작성요령 ····· 704

[별첨 참고자료]

1. 확인코드 및 혈명코드(정보통신망 및 전산매체 청구) ····· 748

2. 보건기관 수가 및 외래 본인부담액표 ····· 775

3. 요양급여비용 심사(조정)내역 사유별 코드 ····· 781

4. 심사조정 상세사유 코드 ····· 785

5. 본인부담률변경 사유 코드 ····· 786

6. 요양급여비용 심사보류, 불능 및 반송 사유별 코드 ····· 787

7. 수탁기관 통보 확인결과 통보서 처리 사유별 코드 ····· 813

8. 수술일자 기재 수술 ····· 814

9. 양측으로 구분되는 수술 ····· 818

요양급여비용 청구방법,
심사청구서·명세서서식 및 작성요령

보건복지부 고시 제2024-136호

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

보건복지부 고시 제2024 - 136호

「국민건강보험법 시행규칙」 제19조제3항의 규정에 의한 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」(보건복지부 고시 제2024-132호, 2024.6.28.)을 다음과 같이 개정·발령합니다.

2024년 7월 11일

보 건 복 지 부 장 관

「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」 일부개정

요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 일부를 다음과 같이 개정한다. (이하 고시내용 생략)

부 칙

제1조(시행일) 이 고시는 2024년 7월 17일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2024년 7월 17일 이후 진료(조제)분부터 적용한다.

요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령

제정 2000. 7.18. 고시 제2000- 40호 (2000. 7.18. 시행)
개정 2000. 9. 1. 고시 제2000- 52호 (2000. 9. 1. 시행)
개정 2000.12.30. 고시 제2000- 76호 (2000.12.30. 시행)
개정 2001. 7.16. 고시 제2001- 39호 (2001. 7. 1. 시행)
개정 2001.12.26. 고시 제2001- 71호 (2002. 1. 1. 시행)
개정 2002. 7.29. 고시 제2002- 55호 (2002. 8. 1. 시행)
개정 2002.12.17. 고시 제2002- 83호 (2003. 1. 1. 시행)
개정 2003. 5. 1. 고시 제2003- 26호 (2003. 5. 1. 시행)
개정 2003.12.24. 고시 제2003- 76호 (2004. 1. 1. 시행)
개정 2004. 3.29. 고시 제2004- 22호 (2004. 4. 1. 시행)
개정 2004. 7.14. 고시 제2004- 41호 (2005. 1. 1. 시행)
개정 2004.12.29. 고시 제2004- 87호 (2005. 1. 1. 시행)
개정 2004.12.30. 고시 제2004- 95호 (2005. 1. 1. 시행)
개정 2005. 6.24. 고시 제2005- 45호 (2005.10. 1. 시행)
개정 2005. 8.24. 고시 제2005- 56호 (2005. 9. 1. 시행)
개정 2005.10.13. 고시 제2005- 67호 (2006. 1. 1. 시행)
개정 2005.12.28. 고시 제2005- 96호 (2006. 1. 1. 시행)
개정 2006. 2.22. 고시 제2006- 15호 (2006. 3. 1. 시행)
개정 2006. 5.25. 고시 제2006- 40호 (2006. 6. 1. 시행)
개정 2006.12.29. 고시 제2006-120호 (2007. 7. 1. 시행)
개정 2007. 1.25. 고시 제2007- 5호 (2007. 2. 1. 시행)
개정 2007. 5.23. 고시 제2007- 43호 (2007. 5.23. 시행)
개정 2007. 6.22. 고시 제2007- 51호 (2007. 7. 1. 시행)
개정 2007. 7.25. 고시 제2007- 61호 (2007.10. 1. 시행)
개정 2007. 7.26. 고시 제2007- 64호 (2007. 7.26. 시행)
개정 2007. 8.24. 고시 제2007- 73호 (2008. 1. 1. 시행)
개정 2007.11.21. 고시 제2007-102호 (2008. 1. 1. 시행)
개정 2007.11.23. 고시 제2007-109호 (2008. 4. 1. 시행)
개정 2007.12.26. 고시 제2007-127호 (2008. 1. 1. 시행)
개정 2008. 2.18. 고시 제2008- 14호 (2008. 2.18. 시행)
개정 2008. 2.28. 고시 제2008- 27호 (2008. 2.28. 시행)
개정 2008. 3. 7. 고시 제2008- 3호 (2008. 3. 7. 시행)
개정 2008. 4.23. 고시 제2008- 20호 (2008. 4.23. 시행)

개정 2008. 5.13. 고시 제2008- 36호 (2008. 5.13. 시행)
개정 2008. 5.28. 고시 제2008- 41호 (2008. 5.28. 시행)
개정 2008. 7.16. 고시 제2008- 75호 (2008. 7.16. 시행)
개정 2008. 8.27. 고시 제2008- 93호 (2008. 8.27. 시행)
개정 2008. 9.26. 고시 제2008-109호 (2008.10. 1. 시행)
개정 2008.10.27. 고시 제2008-124호 (2008.10.27. 시행)
개정 2008.11.14. 고시 제2008-132호 (2009. 1. 1. 시행)
개정 2008.12.26. 고시 제2008-170호 (2008.12.26. 시행)
개정 2009. 2. 9. 고시 제2009- 18호 (2009. 2. 9. 시행)
개정 2009. 4. 6. 고시 제2009- 64호 (2009. 4. 6. 시행)
개정 2009. 4.22. 고시 제2009- 72호 (2009. 4.22. 시행)
개정 2009. 5.29. 고시 제2009- 97호 (2009. 5.29. 시행)
개정 2009. 6. 2. 고시 제2009-100호 (2009. 7. 1. 시행)
개정 2009. 7. 2. 고시 제2009-128호 (2009. 7. 2. 시행)
개정 2009. 8. 1. 고시 제2009-136호 (2010. 1. 1. 시행)
개정 2009. 9. 2. 고시 제2009-167호 (2009. 9. 2. 시행)
개정 2009.12.31. 고시 제2009-258호 (2009.12.31. 시행)
개정 2010. 1.27. 고시 제2010- 12호 (2010. 2. 1. 시행)
개정 2010. 4. 6. 고시 제2010- 12호 (2010. 8. 1. 시행)
개정 2010. 4. 9. 고시 제2010- 11호 (2010. 5. 1. 시행)
개정 2010. 6. 8. 고시 제2010- 34호 (2010.10. 1. 시행)
개정 2010. 6.10. 고시 제2010- 37호 (2010. 6.10. 시행)
개정 2010. 7. 2. 고시 제2010- 48호 (2010. 7. 1. 시행)
개정 2010. 8.12. 고시 제2010- 59호 (2010. 8.12. 시행)
개정 2010. 8.16. 고시 제2010- 62호 (2010.10. 1. 시행)
개정 2010.12.20. 고시 제2010-114호 (2010.12.20. 시행)
개정 2011. 1.31. 고시 제2011- 12호 (2011. 1.31. 시행)
개정 2011. 5.23. 고시 제2011- 53호 (2011. 5.23. 시행)
개정 2011. 8. 5. 고시 제2011- 88호 (2011. 8. 5. 시행)
개정 2011.10.27. 고시 제2011-132호 (2012. 4. 1. 시행)
개정 2011.11.25. 고시 제2011-145호 (2011.11.25. 시행)
개정 2012. 1.19. 고시 제2012- 8호 (2012. 1.19. 시행)
개정 2012. 3.27. 고시 제2012- 38호 (2012. 4. 1. 시행)
개정 2012. 6.15. 고시 제2012- 67호 (2012. 7. 1. 시행)
개정 2012. 6.26. 고시 제2012- 74호 (2012. 7. 1. 시행)
개정 2012. 9.14. 고시 제2012-117호 (2012.10. 1. 시행)
개정 2012.12.28. 고시 제2012-178호 (2012.12.31. 시행)
개정 2013. 2. 1. 고시 제2013- 18호 (2013. 2. 1. 시행)

개정 2013. 3.22. 고시 제2013- 51호 (2013. 7. 1. 시행)
개정 2013. 6.19. 고시 제2013- 89호 (2013. 7. 1. 시행)
개정 2013. 6.26. 고시 제2013- 97호 (2013. 7. 1. 시행)
개정 2013. 9.27. 고시 제2013-150호 (2013.10. 1. 시행)
개정 2013.12.13. 고시 제2013-191호 (2013.12.13. 시행)
개정 2014. 1.16. 고시 제2014- 5호 (2014. 2. 1. 시행)
개정 2014. 1.27. 고시 제2014- 14호 (2014. 4. 1. 시행)
개정 2014. 6.10. 고시 제2014- 88호 (2014. 7. 1. 시행)
개정 2014. 6.20. 고시 제2014- 92호 (2014. 9. 1. 시행)
개정 2014. 8.22. 고시 제2014-135호 (2014. 8.22. 시행)
개정 2014. 8.26. 고시 제2014-138호 (2014. 9. 1. 시행)
개정 2014. 8.29. 고시 제2014-146호 (2014. 9. 1. 시행)
개정 2014.10.30. 고시 제2014-192호 (2014.11. 1. 시행)
개정 2014.11.19. 고시 제2014-205호 (2015. 1. 1. 시행)
개정 2014.12.23. 고시 제2014-226호 (2015. 1. 1. 시행)
개정 2014.12.30. 고시 제2014-241호 (2015. 1. 1. 시행)
개정 2015. 1.20. 고시 제2015- 12호 (2015. 3. 1. 시행)
개정 2015. 1.22. 고시 제2015- 14호 (2015. 3. 1. 시행)
개정 2015. 1.30. 고시 제2015- 27호 (2015. 1.30. 시행)
개정 2015. 1.30. 고시 제2015- 29호 (2015. 2. 1. 시행)
개정 2015. 6. 3. 고시 제2015- 89호 (2015. 7.15. 시행)
개정 2015. 6.19. 고시 제2015-101호 (2015. 7. 1. 시행)
개정 2015. 8.27. 고시 제2015-152호 (2015. 9. 1. 시행)
개정 2015. 9.25. 고시 제2015-170호 (2015.10. 1. 시행)
개정 2015.11.27. 고시 제2015-207호 (2016. 3. 1. 시행)
개정 2015.12.22. 고시 제2015-227호 (2016. 1. 1. 시행)
개정 2015.12.29. 고시 제2015-242호 (2016. 1. 1. 시행)
개정 2016. 2.23. 고시 제2016- 29호 (2016. 3. 1. 시행)
개정 2016. 5.11. 고시 제2016- 71호 (2016. 5.15. 시행)
개정 2016. 6.16. 고시 제2016- 93호 (2016. 6.20. 시행)
개정 2016. 6.23. 고시 제2016-102호 (2016. 7. 1. 시행)
개정 2016. 6.28. 고시 제2016-109호 (2016. 7. 1. 시행)
개정 2016. 9.27. 고시 제2016-184호 (2016. 9.23. 시행)
개정 2016. 9.30. 고시 제2016-189호 (2016.10. 1. 시행)
개정 2016.12.30. 고시 제2016-278호 (2017. 1. 1. 시행)
개정 2016.12.30. 고시 제2016-280호 (2017. 1. 1. 시행)
개정 2017. 1.31. 고시 제2017- 16호 (2017. 2. 1. 시행)
개정 2017. 1.31. 고시 제2017- 19호 (2017. 2. 1. 시행)
개정 2017. 3.13. 고시 제2017- 41호 (2017. 3.13. 시행)

개정 2017. 3.21. 고시 제2017- 49호 (2017. 3.23. 시행)
개정 2017. 3.31. 고시 제2017- 63호 (2017. 4. 1. 시행)
개정 2017. 6.19. 고시 제2017- 98호 (2017. 6.19. 시행)
개정 2017. 6.27. 고시 제2017-106호 (2017. 7. 1. 시행)
개정 2017. 9.26. 고시 제2017-172호 (2017.10. 1. 시행)
개정 2017.12.28. 고시 제2017-256호 (2018. 1. 1. 시행)
개정 2018. 1.22. 고시 제2018- 9호 (2018. 1.23. 시행)
개정 2018. 2. 5. 고시 제2018- 24호 (2018. 4. 1. 시행)
개정 2018. 3.29. 고시 제2018- 65호 (2018. 4. 1. 시행)
개정 2018. 4.30. 고시 제2018- 86호 (2018. 9. 1. 시행)
개정 2018. 5.31. 고시 제2018-102호 (2018. 6. 1. 시행)
개정 2018. 6.29. 고시 제2018-136호 (2018. 7. 1. 시행)
개정 2018. 8. 1. 고시 제2018-155호 (2018. 8. 1. 시행)
개정 2018. 8.28. 고시 제2018-179호 (2018. 9. 1. 시행)
개정 2018. 9.27. 고시 제2018-208호 (2018.10. 1. 시행)
개정 2018.10.31. 고시 제2018-236호 (2018.11. 1. 시행)
개정 2018.12.28. 고시 제2018-306호 (2019. 1. 1. 시행)
개정 2018.12.31. 고시 제2018-315호 (2019. 1. 1. 시행)
개정 2019. 2.20. 고시 제2019- 30호 (2019. 3. 1. 시행)
개정 2019. 3.21. 고시 제2019- 49호 (2019. 3.25. 시행)
개정 2019. 4. 2. 고시 제2019- 65호 (2019. 4. 8. 시행)
개정 2019. 4. 5. 고시 제2019- 62호 (2019. 6. 1. 시행)
개정 2019. 6.26. 고시 제2019-124호 (2019. 7. 1. 시행)
개정 2019. 6.27. 고시 제2019-134호 (2019. 7. 1. 시행)
개정 2019. 7. 9. 고시 제2019-150호 (2019. 7.16. 시행)
개정 2019.10.10. 고시 제2019-219호 (2019.10.10. 시행)
개정 2019.12. 3. 고시 제2019-261호 (2019.12. 3. 시행)
개정 2019.12. 4. 고시 제2019-268호 (2020. 1. 1. 시행)
개정 2019.12.26. 고시 제2019-303호 (2020. 1. 1. 시행)
개정 2019.12.31. 고시 제2019-332호 (2020. 3. 1. 시행)
개정 2020. 6. 4. 고시 제2020-116호 (2020. 6. 4. 시행)
개정 2020. 7.10. 고시 제2020-146호 (2020. 7.10. 시행)
개정 2020. 8.28. 고시 제2020-191호 (2020. 9. 1. 시행)
개정 2020. 8.31. 고시 제2020-198호 (2020. 9. 1. 시행)
개정 2020. 9.29. 고시 제2020-222호 (2020.10. 8. 시행)
개정 2020.12.24. 고시 제2020-312호 (2021. 1. 1. 시행)
개정 2020.12.28. 고시 제2020-321호 (2021. 1. 1. 시행)
개정 2021. 1.26. 고시 제2021- 29호 (2021. 1.26. 시행)
개정 2021. 2. 1. 고시 제2021- 31호 (2021. 2. 1. 시행)
개정 2021. 2.25. 고시 제2021- 57호 (2021. 3. 5. 시행)
개정 2021. 3.15. 고시 제2021- 84호 (2021. 5. 1. 시행)

개정 2021. 3.22. 고시 제2021- 85호 (2021. 4. 1. 시행)
개정 2021. 3.30. 고시 제2021- 103호 (2021. 4. 1. 시행)
개정 2021. 4. 1. 고시 제2021- 107호 (2021.10. 1. 시행)
개정 2021. 6.29. 고시 제2021- 185호 (2021. 7. 1. 시행)
개정 2021. 9.28. 고시 제2021- 242호 (2021. 9.28. 시행)
개정 2021.10. 8. 고시 제2021- 256호 (2021.10. 8. 시행)
개정 2021.10.28. 고시 제2021- 267호 (2021.11. 1. 시행)
개정 2021.12. 9. 고시 제2021- 302호 (2022. 1. 1. 시행)
개정 2021.12.10. 고시 제2021- 303호 (2021.12.10. 시행)
개정 2021.12.29. 고시 제2021- 343호 (2022. 1. 1. 시행)
개정 2021.12.31. 고시 제2021- 357호 (2022. 1. 1. 시행)
개정 2022. 1.27. 고시 제2022- 27호 (2022. 2. 1. 시행)
개정 2022. 3.22. 고시 제2022- 67호 (2022. 3.22. 시행)
개정 2022. 5.30. 고시 제2022- 129호 (2022. 6. 1. 시행)
개정 2022. 5.31. 고시 제2022- 135호 (2022. 5.31. 시행)
개정 2022. 7.29. 고시 제2022- 189호 (2022. 8. 1. 시행)
개정 2022.12.21. 고시 제2022- 284호 (2022.12.22. 시행)
개정 2022.12.29. 고시 제2022- 311호 (2023. 1 .1. 시행)
개정 2023.12.29. 고시 제2022- 314호 (2023. 1. 1. 시행)
개정 2023. 1.30. 고시 제2023- 22호 (2023. 2. 1. 시행)
개정 2023. 5.31. 고시 제2023- 103호 (2023. 6. 1. 시행)
개정 2023. 6.23. 고시 제2023- 114호 (2023. 6.28. 시행)
개정 2023. 6.30. 고시 제2023- 122호 (2023. 7. 1. 시행)
개정 2023. 7.17. 고시 제2023- 135호 (2023.10. 1. 시행)
개정 2023. 9.27. 고시 제2023- 183호 (2023.10. 1. 시행)
개정 2023.11. 6. 고시 제2023- 205호 (2024. 1. 1. 시행)
개정 2023.11.21. 고시 제2023- 219호 (2023.12. 1. 시행)
개정 2023.11.28. 고시 제2023- 227호 (2023.12. 1. 시행)
개정 2023.12.11. 고시 제2023- 236호 (2024. 1. 1. 시행)
개정 2023.12.11. 고시 제2023- 238호 (2024. 1. 1. 시행)
개정 2023.12.13. 고시 제2023- 241호 (2024. 1. 1. 시행)
개정 2023.12.13. 고시 제2023- 243호 (2024. 1. 1. 시행)
개정 2023.12.29. 고시 제2023- 294호 (2024. 1. 1. 시행)
개정 2024. 1.31. 고시 제2024- 19호 (2024. 2. 1. 시행)
개정 2024. 3. 8. 고시 제2024- 46호 (2024. 7. 1. 시행)
개정 2024. 5. 31. 고시 제2024- 103호 (2024. 6. 1. 시행)
개정 2024. 6. 27. 고시 제2024- 129호 (2024. 7. 1. 시행)
개정 2024. 6. 28. 고시 제2024- 132호 (2024. 7. 1. 시행)
개정 2024. 7. 11. 고시 제2024- 136호 (2024. 7.17. 시행)

제1편 행위 요양급여비용

제1장 총칙

제1조(목적) 이 요령은 「국민건강보험법 시행규칙」 제19조제3항에 따른 요양급여비용의 청구방법, 요양급여비용 심사청구서·요양급여비용 명세서 및 검체검사공급내역통보서의 서식과 작성요령에 관한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(청구인) 요양급여비용청구인 또는 검체검사공급내역통보인은 해당 요양기관의 대표자(개설자)가 된다.

제3조(정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률의 준용) 요양기관이 요양급여비용을 정보통신망을 이용한 전자문서교환방식(“EDI, 포털서비스, 인터넷 등”을 말한다. 이하 “정보통신망”이라 한다)으로 청구하거나, “검체검사위탁에 관한 기준”에 따른 수탁기관(이하 “수탁기관”이라 한다)이 검체검사공급내역을 정보통신망으로 통보하는 경우 전자문서, 전자서명, 전자문서의 효력, 전자문서의 도달시기, 전자문서 내용의 추정 등은 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」을 준용한다.

제4조(작성방법) 정보통신망으로 요양급여비용을 청구하거나 검체검사공급내역을 통보하는 경우에는 “전자문서 작성요령(별첨 1)”에, 전산매체(디스켓 또는 CD 등을 말한다. 이하 같다)로 청구하는 경우에는 “전산매체 작성요령(별첨 2)”에, 서면으로 청구하는 경우에는 “서면서식 작성요령(별첨 3)”에 각각 의하되 이 요령에서 정하지 않은 세부작성요령은 건강보험심사평가원장이 정할 수 있다.

제2장 요양급여비용 청구방법

제5조(요양급여비용 청구 및 자료제출 매체의 선택) ① 요양기관은 정보통신망, 전산매체 또는 서면 중 한가지의 방법을 선택하여 요양급여비용을 청구한다. 다만, 수탁기관의 검체검사공급내역, 호스피스 요양급여비용은 정보통신망으로 제출한다.

② 요양기관이 정보통신망으로 요양급여비용을 청구하거나 수탁기관이 정보통신망으로 검체검사공급내역을 통보하고자 하는 경우에는 “전산청구(포털, EDI, 전산매체)신청서(별지 제1호서식)” 1부를 건강보험심사평가원(이하 “심사평가원”)에 제출한다. 단, EDI를 이용한 전자문서교환방식(이하 “EDI”)의 경우에는 보건복지부장관이 지정한 전산망관리자의 전산망

이용서비스에 가입한 후 “전산청구(포털, EDI, 전산매체)신청서(별지 제1호서식)” 1부를 심사평가원에 제출한다.

③ 요양기관이 전산매체로 요양급여비용을 청구하고자 하는 경우에는 사전에 “전산청구(포털, EDI, 전산매체)신청서(별지 제1-1호서식)” 1부를 심사평가원에 제출한다.

④ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 요양기관에서 제2항 또는 제3항에 따른 청구방법을 변경하고자 하는 경우에는 사전에 “전산청구(포털, EDI, 전산매체) 변경신청서(별지 제1호의2서식)” 1부를 심사평가원에 제출한다.

⑤ 심사평가원은 제2항, 제3항 또는 제4항에 따른 신청이 접수되면 정보통신망 또는 전산매체 청구기관으로 등록, 변경(해지)한 후 요양기관에 통보한다.

⑥ 원료약, 요양기관 자체 조제(제제)약 및 치료재료 구입내역목록표(이하 “목록표”라 한다)의 제출매체는 다음 각 호와 같다.

1. 정보통신망으로 요양급여비용을 청구하는 요양기관은 정보통신망으로 목록표를 제출한다.
2. 전산매체 또는 서면으로 요양급여비용을 청구하는 요양기관은 서면 또는 정보통신망으로 목록표를 제출한다.
3. 정보통신망 또는 전산매체로 요양급여비용을 청구하는 요양기관이 청구오류에 대한 수정·보완을 요청받은 경우에는 정보통신망으로 목록표를 제출한다.

⑦ 요양병원의 환자평가표는 포털서비스로 제출한다.

⑧ “전산청구(포털, EDI, 전산매체) 신청·변경신청서” 제출 및 결과 등에 대한 통보는 정보통신망을 이용할 수 있다.

제6조(요양급여비용심사청구서 등의 제출) ① 요양기관은 요양급여비용을 청구하고자 하는 때(또는 처방전만을 발행하는 때)에는 요양급여비용심사청구서(이하 “심사청구서”라 한다)에 요양급여비용명세서(이하 “명세서”라 한다)와 기타 필요한 서류를 첨부하여 심사평가원에 제출한다.

② 요양기관은 원료약, 요양기관 자체 조제(제제)약 및 치료재료의 실구입가격을 확인할 수 있는 목록표를 심사평가원에 제출한다.

③ 요양병원은 정액수가 적용 명세서별 환자평가표를 심사평가원에 제출한다.

④ 요양기관 종별, 소재지별 제출처는 다음 각 호와 같다.

1. 상급종합병원, 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원 및 한의과대학부속한방병원은 심사평가원의 본원
2. 종합병원, 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원 및 한의과대학부속한방병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원

및 보건소, 보건지소, 보건진료소(이하 “보건기관”이라 한다), 조산원, 약국, 한국희귀·필수의약품센터의 요양기관 소재지별로 별표 1에 해당되는 심사평가원의 본부

⑤ 수탁기관이 검체검사공급내역을 심사평가원에 통보할 경우에는 검체검사를 의뢰한 요양기관(이하 “위탁기관”이라 한다)의 요양급여비용청구처로 통보한다.

제7조(자료의 전송 등) ① 정보통신망으로 요양급여비용을 청구할 때 전송한 전자문서가 심사평가원에 접수되었는지 여부를 확인하여야 하고, 접수일은 전자문서 전체가 심사평가원에 도달한 날로 한다.

② 정보통신망으로 요양급여비용을 청구하는 요양기관이 청구내역을 소명하기 위한 진료기록부 등 기타 필요한 자료를 제출하고자 할 때에는 화상자료(Image Data) 또는 모사전송(Fax)등을 이용할 수 있으며, 모사전송을 이용할 때에는 해당 자료가 요양급여비용 청구 전에 도달될 수 있도록 한다.

제8조(명세서의 구분 및 작성방법) ① 동일 수진자에 대한 명세서는 제12조제1항에 따라 구분하여 다음 각 호와 같이 작성한다.

1. 입원의 경우 입원진료기간의 요양급여내역을 동일한 명세서에 통합하여 작성한다. 다만, 요양병원형 수가를 적용하는 수진자의 명세서는 정액수가 적용기간과 행위별수가 적용기간(특정기간)의 요양급여내역을 구분하여 각각 작성한다.
2. 외래의 경우 요양급여내역을 방문일자별로 각각 작성한다.
3. 약국(한국희귀·필수의약품센터를 포함한다. 이하 같다)의 처방조제인 경우에는 처방전별로 명세서를 각각 작성하며, 직접조제인 경우에는 방문일자별로 각각 작성한다.

② 제1항 제2호와 제3호에 따른 동일 수진자의 명세서는 연이어 각각 작성한다.

제9조(요양급여비용 청구 및 자료제출 시기) ① 정보통신망으로 요양급여비용을 청구할 경우에 청구시기는 다음 각 호와 같다.

1. 입원진료는 퇴원일이 속한 날의 다음 주 월요일부터 청구할 수 있다. 다만, 월의 말일과 초일이 모두 포함된 주의 요양급여비용을 청구하는 경우에는 이를 월별로 구분하여 청구한다.
2. 외래진료(약국의 경우를 포함한다)는 내원일이 속한 날의 다음 달 초일부터 월별로 청구한다.

② 서면 또는 전산매체로 요양급여비용을 청구하는 경우에는 내원일(입원진료의 경우는 퇴원일)이 속한 다음 달 초일부터 월별로 청구한다.

③ 제8조제1항 제2호 및 제3호에 따라 명세서를 방문일자별(약국의 경우 처방전별)로 작성하는 의료기관의 외래요양급여비용 및 약국약제비는 방문일이 속한 다음 주 월요일부터 주단위로 구분하여 청구할 수 있다. 다만, 월의 말일과 초일이 모두 포함된 주의 요양급여비용을 청구하는 경우에는 이를 월별로 구분하여 청구한다.

④ 30일을 초과하여 입원진료를 하는 경우에는 연계 심사가 가능하도록 다음 각 호의 기재방법에 따라 월단위로 분할 청구할 수 있다. 다만, 의약품관리료의 경우에는 일괄하여 청구한다.

1. 정보통신망과 전산매체의 경우 청구구분란에 분리청구코드, 기청구명세서의 접수번호, 명세서일련번호 및 최초입원개시일을 기재한다.
2. 서면의 경우 명세서 상단에 최초입원개시일을 기재하고, 진료내역 하단의 “특정내역”란에 기청구명세서의 접수번호, 명세서일련번호, 당월요양개시일, 수술명 및 주요진료내용, 월별 요양급여비용총액 1 등을 기재한다.

⑤ 요양기관은 원료약, 요양기관 자체 조제(제제)약 및 치료재료에 대한 구입내역을 명세서 접수전에 제출하여야 한다.

⑥ 수탁기관은 위탁기관에 검사결과를 통보하는 시점에 정보통신망으로 검체검사공급내역을 통보할 수 있다.

⑦ 요양병원의 환자평가표는 해당 진료분의 명세서 접수전에 제출하여야 한다.

⑧「국민건강보험법 시행령」제19조제6항에 따라 본인일부부담금의 총액(법 제44조제2항 및 영 제19조제3항에 따른 금액)이 같은 법 시행령 별표 3에 따라 산정한 본인부담상한액의 최고금액을 넘는 경우에는「의료법」제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(요양병원 중「장애인복지법」제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서「의료법」제3조의2 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 포함하지 아니한다)을 제외하고, 그 초과금액(본인부담상한액을 확인할 수 있는 경우에는 그 초과금액, 이하 “본인부담상한액초과금”이라 한다)에 대하여 심사평가원에 청구한다. 이 경우 본인부담상한액초과금은 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체로부터 받는 의료비 지원금(요양급여비용 명세서에 기재하여야 하는 지원금에 한한다)을 제외하고 청구하여야 하며, 심사평가원은 정보통신망 또는 전산매체 청구기관의 해당 요양급여비용이 청구되는 즉시 그 내용을 확인하여 국민건강보험공단(이하 “공단”이라 한다)에 통보한다. 다만, 외래 진료분은 환자 개인별 누적관리가 가능한 경우 입원 진료분과 동일한 방법으로 청구·통보할 수 있다.

⑨ 제1항제1호, 제2항 및 제4항에도 불구하고 요양병원형 수가를 적용하는 요양급여비용은 청구매체 및 입원기간에 관계없이 월별로 구분하여 진료월 다음달 초일부터 청구한다. 이 경우 명세서 기재방법은 제4항 각 호에 따른다.

제10조(검체검사 위탁 요양급여비용 청구) ① 요양급여비용을 서면으로 청구하는 위탁기관 중 검체검사를 위탁한 건은 반드시 검체검사위탁분에 대하여 입원, 외래로 분철하여야 하며 동일 수진자의 정률 및 정액건 중 어느 한 쪽에 위탁검사가 있을 경우에는 함께 앞뒤로 편철하여 청구한다. 다만, 종합병원의 경우 검체검사 위탁건을 포함하여 진료분야, 입원, 외래로 각각 구분하여 검체검사 위탁건 목록표(별지 제21호서식)를 심사청구서에 첨부하여 청구한다.

② 항산균약제 감수성 검사는 청구시 검사의뢰 접수증을 첨부한다.

③ 장기 또는 골수공여 적합성여부 확인을 위한 조직형검사 및 HLA교차시험은 검사비용 전액을 본인이 부담토록 하고 추후 보험급여 여부를 결정하는 검사임을 검체검사 의뢰지에 반드시 기재하여야 하며, 보험급여로 결정된 때에는 즉시 수탁기관에 통보한다.

제11조(가정간호 요양급여비용 청구) 가정간호를 실시하는 요양기관은 가정간호요양급여에 소요된 비용을 “건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(이하 “상대가치점수표”라 한다) 제1편제2부제1장 기본진료료 4.가정간호 기본방문료” 산정지침에 따라 청구한다.

제12조(심사청구서와 명세서의 구분) ① 심사청구서와 명세서는 진료분야, 입원과 외래, 처방조제와 직접조제로 각각 구분한다.

② 제1항에 따른 진료분야의 구분은 다음 각 호와 같다.

1. 상급종합병원, 종합병원, 치과대학부속치과병원 및 한방병원은 별표 2와 같이 구분한다.
2. 병원(치과대학부속치과병원 및 한방병원 제외), 의원, 보건의료원 등은 의과, 치과 및 한방, 입원과 외래로 구분한다.

③ 전산매체로 요양급여(의료급여)비용을 청구할 때에는 건강보험, 의료급여로 각각의 심사청구서 등을 구분·생성하여 동일한 디스켓 또는 CD 등에 수록하여 제출할 수 있다.

④ 수탁기관의 검체검사공급내역통보서는 위탁기관별로 구분한다.

⑤ 제1항과 제2항에도 불구하고 요양병원 입원 요양급여비용 심사청구서와 명세서는 장기환자와 제외환자로 각각 구분한다.

⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정과 제5조에 따른 요양급여비용의 청구 및 자료제출체계는 별표3과 같다.

제13조(심사청구서와 명세서의 보관) ① 청구인은 심사청구서와 명세서의 사본을 「국민건강보험법 시행규칙」 제58조에서 정한 바에 따라 보관한다.

② 공단 및 심사평가원은 심사청구서와 명세서를 5년간 보관한다. 다만, 조사연구 등을 위하여 필요한 경우에는 공단이사장 및 심사평가원장은 보관기간을 별도로 정할 수 있다.

③ 제2항에 따른 보관기간의 기산일은 심사가 완결된 날이 속하는 연도의 다음 연도 1월 1일로 한다.

제14조(접수) ① 심사평가원은 제5조에 따른 심사청구서 등이 접수된 경우 지체 없이 접수증(별지 제3호서식)을 발급한다.

② 심사청구서 등을 정보통신망으로 접수한 경우에는 심사평가원은 전송된 자료가 제16조에 따른 형식에 적합한지 여부를 확인하여 접수하고 그 결과를 정보통신망으로 해당 요양기관에 통보한다.

제15조(대행청구통지방법) ①「국민건강보험법」제47조제7항에 따라 대행청구단체(이하 "단체"라 한다)로 하여금 요양급여비용을 대행하여 심사청구하게 하고자 하는 요양기관의 대표자는 최초로 대행청구를 하는 때까지 별지 제3호의2서식에 따른 대행청구통지서를 심사평가원에 통지하여야 하며, 통지한 내역에 변동사항이 있는 경우에는 별지 제3호의2서식에 따른 대행청구통지서에 그 내역을 기재하여 지체 없이 심사평가원에 통지하여야 한다.

②「국민건강보험법」제47조제7항에 따라 대행청구업무를 하고자 하는 단체의 장은 대행청구가 이루어지기 전에 단체의 장, 작성자 및 대행청구수수료에 관한 정보(작성자가 단체의 종사자임을 입증할 수 있는 근로계약서 등 서류를 포함한다)를 심사평가원에 통지하여야 하며, 통지한 내역에 변동사항이 있는 경우에는 지체 없이 심사평가원에 통지하여야 한다.

제3장 심사청구서 및 명세서 서식

제16조(전자문서) ① 요양기관과 심사평가원이 요양급여비용 청구와 관련하여 사용할 수 있는 전자문서의 종류는 다음 각 호와 같다.

1. 요양급여비용 심사청구서
2. 요양급여비용 명세서
   ㉮ 의·치과용명세서
   ㉯ 한방용명세서
   ㉰ 보건기관용(보건의료원 제외)명세서
   ㉱ 약국용명세서
   ㉲ 의료급여비용 정액명세서
3. 치료재료 및 약제 구입내역통보서

4. 요양기관 자체 조제·제제약 내역통보서
5. 심사자료 제출내역서
6. 검체검사 공급내역통보서
7. 요양급여(의료급여)비용 심사청구서·명세서 등 접수(반송)증
8. 요양급여비용 심사결과통보서
9. 의료급여비용 심사결과통보서
10. 심사자료 요청내역서
11. 수탁기관 통보확인결과통보서
12. 원외처방약제비 심사결과통보서
13. 원외처방약제비 심사결과(추가)통보서
14. 요양급여비용 정산심사내역서
15. 의료급여비용 정산심사내역서
16. 원외처방약제비 정산심사내역서
17. 이의신청(재심사조정청구, 정산심사)결정서
18. PACS 등 영상자료 제출내역서
19. 환자평가표 파일

② 제1항에서 정한 전자문서의 서식번호는 별표 4와 같다.

③ 제1항에서 정한 전자문서의 구조도(단, EDI만 해당됨)는 심사평가원장이 정하여 공고한 "건강보험 요양급여비용 전자문서"에 따른다.

제17조(전산매체 서식 등) ① 요양기관이 전산매체로 요양급여비용을 청구하고자 하는 경우 사용할 수 있는 서식 및 전산 파일은 다음 각 호와 같다.

1. 청구파일 라벨(별지 제4호서식)
2. 청구서 파일
3. 명세서 파일
4. 요양급여비용 마지막 정보파일(End of File)
5. 심사참고자료 일람표(별지 제5호서식)
6. 원료의약품 구입증빙자료 목록표 (별지 제6호서식)
7. 조제(제제)약 목록표(별지 제7호서식)
8. 치료재료 구입목록표(별지 제8호서식)
9. 요양급여비용 심사청구서(GI01, 별지 제9호, 제9호의2 및 제9호의3서식)

② 제1항제2호부터 제4호까지의 규정에서 정한 전산 파일의 수록사양(File Layout)은 심사평가원장이 정하여 공고한 "전산매체파일 수록사양"에 따른다.

제18조(서면 서식) 요양기관이 서면으로 요양급여비용을 청구하고자 하는 경우 사용할 수 있는 서식은 다음 각 호와 같다.

1. 요양급여비용 심사청구서(GI01, 별지 제9호, 제9호의2 및 제9호의3서식)
2. 요양급여비용 명세서(의과입원)(GI02, 별지 제10호 및 제10호의2서식)
3. 요양급여비용 명세서(의과외래 일자별, 정률 및 정액)(GI03, 별지 제11호, 제11호의2 및 제11호의3서식)
4. 요양급여비용 명세서(치과입원)(GI04, 별지 제12호서식)
5. 요양급여비용 명세서(치과외래 일자별, 정률 및 정액)(GI05, 별지 제13호, 제13호의2 및 제13호의3서식)
6. 요양급여비용 명세서(조산원입원)(GI06, 별지 제14호서식)
7. 요양급여비용 명세서(보건기관입원)(GI07, 별지 제15호서식)
8. 요양급여비용 명세서(보건기관외래: 처방전 미발행 및 발행)(GI08, 별지 제16호 및 제16호의2서식)
9. 요양급여비용 명세서(한방입원)(GI012, 별지 제17호서식)
10. 요양급여비용 명세서(한방외래 일자별, 정률 및 정액)(GI013, 별지 제18호, 제18호의2 및 제18호의3서식)
11. 요양급여비용 명세서(약국직접조제)(GI20, 별지 제19호서식)
12. 요양급여비용 명세서(약국처방조제)(GI21, 별지 제20호서식)
13. 검체검사 위탁건 목록표(별지 제21호서식)
14. 치료재료 구입목록표(별지 제8호서식)

제4장 심사청구서 및 명세서 작성요령

제19조(끝수계산) ① 「국민건강보험법」 제107조와 「국고금관리법」 제47조제1항에 따라 심사청구서와 명세서에 기재하는 금액 중 요양급여비용총액 1, 본인일부부담금, 청구액, 건강보험 100분의100 본인부담금총액 및 100분의100미만 총액, 100분의100미만 본인일부부담금 및 100분의100미만 청구액은 10원 미만의 끝수가 있을 때에는 그 끝수는 계산하지 아니한다. 다만, 「국민건강보험법 시행령」 별표 2와 대통령령 제20190호 「국민건강보험법 시행령」 부칙 제6조에 따라 외래진료 및 약국의 본인일부부담금은 100원 미만의 끝수가 있을 경우 그 끝수는 계산하지 아니한다.

② 제1항에서 정한 금액 이외의 금액은 원 미만을 사사오입한다. 다만, 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 기관은 코드단위 금액을 기재한다.

제20조(한글 전용) 심사청구서, 명세서 및 요양급여비용 청구에 필요한 서류의 기재사항은 한글과 아라비아 숫자로 정확하게 기재한다. 다만, 의학용어 등 특수한 용어가 필요한 경우에는 영문 또는 한문으로 표기할 수 있다.

제21조(증번호) 공단에서 발행한 증번호를 기재한다.

제22조(수진자 성명, 주민등록번호 등) ① 건강보험증과 주민등록상의 주민등록번호가 서로 다른 경우에는 건강보험증에 기재되어 있는 주민등록번호를 기재하되, "특정내역기재란"(서면의 경우 "특정내역")에 그 사실을 표기한다.

② 신생아로서 건강보험증에 등재확인을 받지 못한 경우에는 "수진자 성명"란에 산모이름과 신생아임을 구분할 수 있도록 "아기"를 함께 쓰거나 "이름"을 쓰고, "주민등록번호"란에는 앞부분에 생년월일과 뒷부분은 남아는 "3", 여아는 "4"로 기재한다. 다만, 쌍태아의 경우에는 "주민등록번호"란의 끝자리에 첫째 아이는 "1", 둘째 아이는 "2"를 기재한다.

③ 요양급여를 받은 사람이 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제7조의2에 따라 전산관리번호(이하"전산관리번호"라 한다)를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 성명과 주민등록번호를 대신하여 전산관리번호에 연계된 가명과 전산관리번호를 기재할 수 있다.

제23조(상병명 및 상병분류기호) ① 요양급여비용 청구시 사용하는 상병명 및 상병분류기호는 「한국표준질병·사인분류」에 따라 기재하되, 분류기호가 6단위로 분류되어 있는 경우 6단 분류기호까지 기재하고, 분류기호가 3단위, 4단위 또는 5단위까지만 분류된 경우는 3단, 4단 또는 5단 분류기호를 기재하며, 분류기호란의 앞자리에서부터 기재한다. 다만, 보건복지부장관이 별도의 기재요령을 정하는 경우는 그에 따른다.

② 치과진료의 경우에는 상병의 부위(치식)를 상병명과 함께 기재하되 치식의 구분은 심사평가원장이 정하여 공고한 "치식구분 기재 요령"에 따른다.

③ 약국 직접 조제·투약의 경우에는 심사평가원장이 정하여 공고한 "약국 직접 조제·투약시 증상분류기호"에 따라 기재하며, 처방전조제의 경우에는 처방전에 기재된 "상병분류기호"를 기재한다.

제24조(특정내역 등 기재) 상해외인, 특정기호, 의약분업예외구분코드 등 특정의 진료(조제) 내역 및 청구내역에 대한 추가적 기술사항 등이 있을 경우에는 별표 8. "특정내역 구분코드"에 따라 해당 구분코드 및 내역을 "특정내역기재란"에 기재한다. 다만, 서면청구인 경우의 상해외인, 특정기호, 의약분업예외구분코드는 각 호와 같이 해당

항목란에 각각 기재하고, 그 외 신생아체중 등 특정의 진료(조제)내역 및 청구내역에 대한 추가적 기술사항 등은 “특정내역”란에 기재한다. 또한, 의료기관에서 발행하는 처방전의 ‘본인부담 구분기호’ 란에는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 특정기호, ‘공상 등 구분’, ‘상해외인’ 등 환자부담률 산정과 관련된 환자정보를 함께 기재한다.

1. 상해외인: 가. 「한국표준질병·사인분류」 제20장에 따라 상병의 원인에 해당되는 분류기호 중 영문 첫 자리(V, W, X 또는 Y)만 기재한다.

   나. 특정 입원기간 중 발생한 타 진료분 등 다음에 해당하는 경우 해당 상해외인 코드를 기재한다.

   ① 의과, 치과, 한의과가 개설된 병원급이상 의료기관 및 보건의료원에서 의과(치과, 한의과) 입원기간 중 한의과(의과, 치과) 협의 진료로 별도의 명세서 작성시 C

   ② 고위험임신부, 자연분만 및 제왕절개분만으로 인한 동일 입원기간 중 발생한 타 상병 진료로 별도의 명세서 작성시 D

   ③ 차상위 (장애인) 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자 및 의료급여 수급권자의 정신건강의학과 입원진료 중 다른 진료과목 전문의 진료로 별도로 명세서 작성시 E

   ④ 중증질환자, 희귀질환자 및 중증난치질환자, 결핵질환자 및 잠복결핵감염자가 해당 산정특례 대상 상병(합병증 포함)과 동시에 타 상병 진료로 별도의 명세서를 작성하거나 타 상병 치료에 대한 진료기간 중 해당 산정특례 대상 상병(합병증 포함) 진료로 별도의 명세서 작성시 F

   ⑤ 의료급여 수급권자 및 차상위 (장애인) 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자가 외래에서 의사 진찰 없이 예약된 검사만을 실시하여 그 해당 내역을 별도 명세서로 작성시 H

   ⑥ 희귀질환 지원대상자(공상 등 구분 ‘H’)가 의료비 지원대상(합병증 포함)과 동시에 타 상병 진료로 별도의 명세서를 작성하거나 타 상병 치료에 대한 진료기간 중 지원대상 상병(합병증 포함) 진료로 별도의 명세서 작성시 I

   ⑦ 의료기관에 소속된 계약의사 또는 협약의료기관의 의사가 해당 의료기관이 아닌 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설(「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양기관을 포함)내에서 시설입소자(사회복지시설에서 숙식하는 자를 뜻함)에게 진료 후 원외처방한 경우(약국의 처방조제 포함), 계약의사가 소속된 의료기관(또는 협약의료기관) 및 사회복지시설이 모두 의약분업예외지역에 해당되어 사회복지시설에서 진료 후 의료기관에서 원내조제하거나 한의사가 원내조제한 경우, 의료기관에 소속된 계약의사(또는 협약의료 기관 의사)가 사회복지시설에서 정신질환자를 진료 후 의료기관에서 원내 직접조제·투약한 경우 J

   ⑧ 타법령(산재보험, 자동차보험 등)으로 입원진료 중 동 진료와 무관한 그 외 질병(기왕증 포함)진료로 별도의 명세서 작성시 K

⑨ 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 명세서 작성시 M

⑩ 잠복결핵감염 검진비지원대상이 해당 지원대상 상병과 동시에 타 상병 진료로 별도의 명세서를 작성하거나 타 상병 치료에 대한 진료기간 중 해당 지원대상 상병 진료로 별도의 명세서 작성시 N

⑪ 의료급여정액수가 진료 시 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제23조2에 의한 항목을 실시한 경우의 별도의 명세서 작성시 O

⑫ 여성 청소년 대상 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰·상담사업 지원대상이 해당 지원대상 상병과 동시에 타 상병 진료로 별도의 명세서를 작성하거나 타 상병 치료에 대한 진료기간 중 해당 지원대상 상병 진료로 별도의 명세서 작성시 R

⑬ 장기이식 수혜자가 국민건강보험법 시행령 별표 2 제3호가목4)의 규정에 의거 장기등 기증자의 장기등 적출시 발생한 요양급여비용에 대해 별도 명세서 작성시 S

⑭ 보건복지부장관이 정하는 난임진료 요양급여비용과 동시에 타 상병 등 진료로 별도의 명세서를 작성하거나 타 상병 등 진료기간 중 보건복지부장관이 정하는 난임진료 요양급여비용으로 별도의 명세서 작성시 T

⑮ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」제5조제2항 및 별표 1 제1호 자목에 따른 임상연구 또는 임상시험에 참여하는 환자의 질병이나 부상 등을 위한 진료와 동시에 타 상병 진료로 별도의 명세서 작성시 U

2. 특정기호: 만성신부전증환자, 암환자, 조혈모세포이식대상질환자, 혈우병환자, 장기(간장, 심장, 췌장)이식환자 등 별표 6. “특정기호 코드”에 해당되는 기호를 기재한다.
3. 의약분업 예외 구분코드: 의약분업 예외사항 발생으로 의료기관 또는 보건기관인 요양기관에서 자체 조제·투약하는 경우에는 별표 7. “의약분업 예외 구분코드”에 해당되는 코드를 기재한다.

제25조(진료결과) 명세서상의 최종 진료일의 환자 상태를 다음과 같이 구분하여 해당코드를 기재한다.

1. 명세서상 최종진료일 당시 입원중이거나 계속 내원이 예정된 경우: 계속(1)
2. 다른 요양기관으로 진료를 의뢰한 경우: 이송(2)
3. 당초 의뢰한 요양기관 또는 1단계 요양기관으로 보낸 경우: 회송(3)
4. 요양기관내에서 사망이 확인된 경우: 사망(4)
5. 제2호부터 제4호까지의 규정에 해당되지 않은 퇴원 또는 외래 치료종결인 경우: 퇴원 또는 외래 치료종결(9)

제26조(진료과목 코드) 진료과목은 실제 진료를 받은 진료과목(병원급이상 요양기관) 또는 상병명에 해당되는 진료과목(의원급 요양기관)을 별표 5. “진료과목별 코드”에 따라 기재하되, 진료과목이 2개 이상에 해당되는 경우에는 이를 모두 기재한다.

제27조(진료코드) 요양급여비용 청구시 사용하는 진료코드는 심사평가원장이 정하여 공고한 “진료코드”에 따른다.

제28조(면허종류, 면허번호) ① 명세서 상병내역의 면허종류, 면허번호란에 의과, 치과, 한방, 보건기관(보건소, 보건지소)에서 환자를 진료한 의사, 치과의사, 한의사 1인, 약국 및 한국희귀·필수의약품센터에서 조제 및 투약한 약사 1인을 기재하되, 1인에 대한 세부사항은 다음 각 호와 같다.

1. 입원 및 외래의 경우 주상병명에 대하여 진료한 진료과목의 주된 의사, 치과의사, 한의사
2. 처방조제, 직접조제의 경우 의약품을 조제·투약한 주된 약사

② 다음 각 호에서 정하는 경우 명세서 진료(조제투약)내역에 해당 의료인 등 1인의 면허종류, 면허번호를 기재하여야 한다.

1. 상대가치점수표 제1편제2부제1장 기본진료료 가-1 외래환자 진찰료의 경우 진찰료를 1회 이상 산정하는 경우 각각에 대한 해당 의사, 치과의사, 한의사
2. 상대가치점수표 제1편제2부제6장 마취료 산정지침에 따른 “마취통증의학과 전문의 초빙료”를 산정하는 경우 해당 의사
3. 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(이하 ‘세부사항’이라 한다) 자-765-다, 자-770-다 내시경적 점막하 박리 절제술(ESD)을 산정하는 경우 시술의사
4. 상대가치점수표 제1편제2부제15장 약국 약제비 약-2 조제기본료의 경우 조제기본료를 1회 이상 산정하는 경우 각각에 대한 해당 약사
5. 상대가치점수표 제1편제2부제2장 검사료 제5절 초음파 검사료를 산정하는 경우 해당 의사
6. 상대가치점수표 제1편제2부제6장 마취료 바-1다 감시 하 전신마취를 산정하는 경우 해당 의사
7. 상대가치점수표 제1편제2부제19장 응-2 응급진료 전문의 진찰료 및 응-2-1 권역외상센터 전문의 진찰료를 1회 이상 산정하는 경우 각각에 대한 해당 의사, 치과 의사
8. 권역외상센터에서 중증외상환자에 대해 상대가치점수표 제1편제2부제19장제2절 응급의료행위 및 제3절 권역외상센터 응급의료행위를 산정하는 경우 해당 의사
9. 상대가치점수표 제1편제2부제1장 기본진료료 가-13 가정간호 기본방문료 [방문당]을 산정하는 경우 해당 간호사

10. 상대가치점수표 제1편제2부제7장 이학요법료 사-128 재활사회사업을 산정하는 경우 해당 사회복지사
11. 상대가치점수표 제1편제2부제8장 정신요법료 아-11 정신의학적사회사업을 산정하는 경우 해당 사회복지사
12. 상대가치점수표 제1편제2부제14장 한방 시술 및 처치료 하-71 추나요법을 산정하는 경우 해당 한의사
13. 상대가치점수표 제1편제2부제1장 기본진료료 가8-2 원격협의진찰료를 산정하는 경우 해당 의사, 치과의사, 한의사
14. 상대가치점수표 제4편제3부제1장 완-11 가정형 호스피스 방문료를 산정하는 경우 해당 의사, 간호사, 사회복지사
15. 상대가치점수표 제6편제2부 공공-2 소아진료 정책수가를 산정하는 경우 해당 의사

제29조(요양병원·호스피스 정액명세서 작성요령) 상대가치점수표 제3편제2부 [산정지침] 2. 및 제4편제2부제1장 [산정지침] 5.에 따른 요양병원 및 호스피스 정액수가를 적용하는 명세서에는 정액수가에 포함된 실제 행위별 진료내역을 L항의 해당 각 목에 기재하여야 하며, 요양급여비용에는 산입하지 아니한다.

제30조(전자문서 작성요령) 정보통신망으로 요양급여비용을 청구하거나 검체검사공급내역을 통보할 경우 전자문서의 작성요령은 별첨 1. “전자문서 작성요령”과 같다.

제31조(전산매체 작성요령) 전산매체로 요양급여비용을 청구할 경우 전산매체 작성요령은 별첨 2. “전산매체 작성요령”과 같다.

제32조(서면서식 작성요령) 서면서식으로 요양급여비용을 청구할 경우 서식 기재요령은 별첨 3. “서면서식 작성요령”과 같다.

제2편 질병군 요양급여비용

제1장 총칙

제1조(목적) 이 요령은 「국민건강보험법 시행령」 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 고시하는 질병군에 대하여 「국민건강보험법 시행규칙」 제19조제3항에 따른 요양급여비용의 청구방법, 요양급여비용 심사청구서 및 요양급여비용 명세서의 서식과 작성요령에 관한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(청구인) 질병군 요양급여비용청구인은 해당 요양기관의 대표자(개설자)가 된다.

제3조(정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률의 준용) 요양기관이 질병군 요양급여비용을 정보통신망을 이용한 전자문서교환방식(“EDI, 포털서비스, 인터넷 등”을 말한다. 이하 “정보통신망”이라 한다)으로 청구하는 경우 전자문서, 전자서명, 전자문서의 효력, 전자문서의 도달시기, 전자문서 내용의 추정 등은 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」을 준용한다.

제4조(작성방법) 질병군 요양급여비용을 청구하는 경우에는 “질병군 요양급여비용 전자문서 작성요령(별첨 4)”에 의하되, 이 요령에서 정하지 않은 세부작성요령은 건강보험심사평가원장이 정할 수 있다.

제2장 질병군 요양급여비용 청구방법

제5조(질병군 요양급여비용 청구 및 매체) ① 요양기관은 정보통신망으로 질병군 요양급여비용을 청구하며, 제1편제5조제2항·제5항·제8항에 따라 정보통신망 청구기관으로 등록된 요양기관에 한한다.

② 요양기관이 청구방법을 변경하고자 하는 경우에는 사전에 “전산청구(포털, EDI, 전산매체) 변경신청서(별지 제1호의2서식)”를 심사평가원에 제출한다.

제6조(질병군 요양급여비용 심사청구서 등의 제출) ① 요양기관은 질병군 요양급여비용을 청구하고자 하는 때에는 요양급여비용 심사청구서(이하 “심사청구서”라 한다)에 요양급여비용

명세서(이하 “명세서”라 한다)와 기타 필요한 서류를 첨부하여 심사평가원에 제출한다.

② 요양기관은 원료약, 요양기관 자체 조제(제제)약 및 치료재료의 실구입가격을 확인할 수 있는 목록표를 심사평가원에 제출한다.

③ 요양기관종별, 소재지별 제출처는 제1편제2장제6조의 제4항과 같다.

제7조(질병군 요양급여비용 청구 및 자료제출 시기) ① 정보통신망으로 질병군 요양급여비용을 청구하는 경우에는 퇴원일(입원 30일까지를 질병군으로 적용받은 경우는 입원 30일째 되는 날)이 속한 날의 다음 주 월요일부터 청구할 수 있다.

② 요양기관은 원료약, 요양기관 자체 조제(제제)약 및 치료재료에 대한 구입내역을 명세서 접수전에 제출하여야 한다.

③「국민건강보험법 시행령」제19조제6항에 따라 입원기간 내에 본인일부부담금의 총액(법 제44조제2항 및 영 제19조제3항에 따른 금액)이 같은 법 시행령 별표 3에 따라 산정한 본인부담상한액의 최고금액을 넘는 경우에는 그 초과금액(본인부담상한액을 확인할 수 있는 경우에는 그 초과금액, 이하 “본인부담상한액초과금”이라 한다)에 대하여 심사평가원에 청구한다. 이 경우 본인부담상한액초과금은 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체로부터 받는 의료비 지원금(요양급여비용 명세서에 기재하여야 하는 지원금에 한한다)을 제외하고 청구하여야 하며, 심사평가원은 해당 요양급여비용이 청구되는 즉시 그 내용을 확인하여 공단에 통보한다.

제8조(청구의 원칙) ① 동일인에 대한 입원일부터 퇴원일(입원 30일까지를 질병군으로 적용받은 경우는 입원 30일째 되는 날)까지의 질병군 요양급여비용은 반드시 한 건의 명세서로 청구하여야 하며, 이를 두건 이상으로 분리하여 청구하여서는 아니된다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 경우에는 제1편을 적용한다.

1. 30일을 초과하여 입원진료를 받은 경우 31일째되는 날로부터 발생하는 진료분
2. 질병군 진료 이외의 목적으로 입원하여 입원일수가 6일을 초과한 시점에 질병군 수술이 이루어진 경우 입원일로부터 수술시행일 전일까지의 진료분

제9조(준용규정) 제1편 행위 요양급여비용 제7조, 제13조, 제14조 및 제15조의 규정은 질병군 요양급여비용 청구방법에 관하여 이를 준용한다.

제3장 심사청구서 및 명세서 서식

제10조(전자문서) ① 요양기관과 심사평가원이 질병군 요양급여비용 청구와 관련하여 사용할 수 있는 전자문서의 종류는 다음 각 호와 같다.

1. 요양급여비용 심사청구서
2. 질병군 요양급여비용 명세서
3. 치료재료 및 약제 구입내역통보서
4. 요양기관 자체 조제·제제약 내역통보서
5. 심사자료 제출내역서
6. 요양급여비용 심사청구서·명세서 등 접수(반송)증
7. 요양급여비용 심사결과통보서
8. 심사자료 요청내역서
9. 원외처방약제비 심사결과통보서
10. 원외처방약제비 심사결과(추가)통보서
11. 요양급여비용 정산심사내역서
12. 원외처방약제비 정산심사내역서
13. 이의신청(재심사조정청구, 정산심사)결정서

② 제1항에서 정한 전자문서의 서식번호는 별표 4와 같다.

③ 제1항제2호에서 정한 전자문서의 구조도(단, EDI만 해당됨)는 심사평가원장이 정하여 공고한 “질병군 요양급여비용 전자문서”에 따른다.

④ 제1항제1호, 제3호부터 제13호까지의 규정에서 정한 전자문서의 구조도(단, EDI만 해당됨)는 심사평가원장이 정하여 공고한 “건강보험 요양급여비용 전자문서”에 따른다.

제4장 심사청구서 및 명세서 작성요령

제11조(끝수계산) 「국민건강보험법」 제107조와 「국고금관리법」 제47조제1항에 따라 심사청구서와 명세서에 기재하는 금액 중 요양급여비용총액 1, 본인일부부담금, 청구액, 건강보험 100분의100 본인부담금총액, 100분의100미만 총액, 100분의100미만 본인일부부담금, 100분의100미만 청구액 및 질병군 요양급여비용총액은 10원 미만의 끝수가 있을 때에는 그 끝수는 계산하지 아니한다.

제12조(진단명 및 질병분류기호) 질병군 요양급여비용 청구시 사용하는 진단명과 질병분류기호는 「한국표준질병·사인분류」에 따라 기재하되, 분류기호가 6단위로 분류되어 있는 경우 6단 분류기호까지

기재하고, 분류기호가 3단위, 4단위 또는 5단위까지만 분류된 경우는 3단, 4단 또는 5단 분류기호를 기재하며, 분류기호란의 앞자리부터 기재한다. 다만, 보건복지부장관이 별도의 기재요령을 정하는 경우에는 그에 따른다.

제13조(진료결과) 명세서상의 최종 진료일의 환자 상태를 다음과 같이 구분하여 해당코드를 기재한다.

1. 명세서상 최종진료일 당시 입원중이거나 계속 내원이 예정된 경우: 계속(1)
2. 다른 요양기관으로 진료를 의뢰한 경우: 이송(2)
3. 당초 의뢰한 요양기관 또는 1단계 요양기관으로 보낸 경우: 회송(3)
4. 요양기관내에서 사망이 확인된 경우: 사망(4)
5. 제2호부터 제4호까지의 규정에 해당되지 않은 퇴원 또는 외래 치료종결인 경우: 퇴원 또는 외래 치료종결(9)

제14조(진료코드 등) 질병군 요양급여비용 청구시 사용하는 진료코드는 심사평가원장이 정하여 공고한 “진료코드”를, 질병군번호, 질병군번호 결정을 위하여 사용하는 진료코드 및 질병군 부가코드는 “코드세부내역”을 따른다.

제15조(포괄내역 작성요령) 포괄수가에 포함된 진찰료, 입원료, 투약료, 정신요법료 등 진료내역(이하 “포괄내역”이라 한다)은 질병군 요양급여비용 전자문서 작성요령에 따라 명세서의 L항 해당 각 목에 기재하여야 하며 요양급여비용에 산입하지 아니한다.

제16조(요양급여비용 열외군 행위별 진료내역 작성요령) 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(이하 “상대가치점수표”라 한다) 제2편제1부 질병군 급여 일반원칙 7.에 따른 요양급여비용 열외군 해당 명세서(이하 “요양급여비용 열외군 명세서”라 한다)에 한해 질병군 진료 시 소요된 행위, 약제, 치료재료에 대하여 「국민건강보험법」에서 인정한 행위별수가 산정방식에 따라 해당 항, 목에 진료내역을 기재한다. 다만, 질병군에서 별도 산정 가능한 선별급여와 전액본인부담 및 비급여 대상은 제외하고 기재한다.

제17조(준용규정) 제1편 행위 요양급여비용 제20조, 제21조, 제22조, 제24조, 제26조, 제28조의 규정은 질병군 요양급여비용 심사청구서 및 명세서 작성요령에 관하여 이를 준용한다.

부 칙 (2000. 7. 18.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행하되, 2000년 7월 1일부터 적용한다.

제2조(요양급여비용 청구처에 관한 경과조치) 제6조제3항의 규정에 불구하고 한의원 및 보건의료원(한방과에 한한다)은 2000년 12월 31일까지는 심사평가원의 본원으로 요양급여비용을 청구한다.

제3조(종전의 서면서식 등에 대한 경과조치) EDI 및 디스켓 서식은 2000년 8월 1일부터 사용하여야 되며, 이 기준 시행 이전에 종전의 의료보험법령 등에 의하여 사용하던 서면서식은 2000년 12월 31일까지 사용할 수 있다.

제4조(다른 고시의 폐지) 의료보험진료비(약제비)청구방법 및 진료비(약제비)청구서·명세서서식 작성요령(보건복지부 고시 제2000-15호, 2000.4.1.)은 이를 폐지한다.

부 칙 (2000. 9. 1.)

① **(시행일)** 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

② **(종전 서식에 대한 경과조치)** 종전 제19-1호, 제19-2호, 제20-1호 및 제20-2호 서식은 2000년 9월 30일까지 사용할 수 있다.

부 칙 (2000. 12. 30.)

(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다. 다만, 2001년 6월 30일까지는 종전 고시에 의할 수 있다.

부 칙 (2001. 7. 16.)

(시행일) 이 고시는 2001년 7월 1일부터 시행한다. 다만, 이 고시의 개정에도 불구하고 종전고시에 의한 서식에 대해서는 2001년 12월 31일까지 병용할 수 있다.

부 칙 (2001. 12. 26.)

이 고시는 2002년 1월 1일부터 적용한다.

부 칙 (2002. 7. 29.)

제1조(시행일) 이 고시는 2002년 8월 1일부터 시행한다.

제2조(요양급여비용청구 및 자료제출매체 선택에 관한 특례) ①종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원 및 요양병원은 제5조제1항 단서의 규정에 불구하고 2002년 12월 31일까지는 전산매체를 선택할 수 있다. 이 경우 전산매체청구 인정기간은 인정일이 속한 월의 다음달로부터 2년으로 하며 인정기간이 경과한 경우에는 지체 없이 EDI청구로 전환하여야 한다.

부 칙 (2002. 12. 17.)

① **(시행일)** 이 고시는 2003년 1월 1일부터 시행한다.

② **(서식 사용에 대한 경과조치)** 이 고시의 개정에도 불구하고 종전 고시에 의한 서식에 대해서는 2003년 6월 30일까지 병행하여 사용할 수 있다.

부 칙 (2003. 5. 1.)

이 고시는 2003년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2003. 12. 24.)

이 고시는 2004년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2004. 3. 29.)

이 고시는 2004년 4월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2004. 7. 14.)

제1조(시행일) 이 고시는 2005년 1월 1일부터 시행한다. 다만, 제1편 제8조 제7항 및 제2편 제7조 제3항의 개정규정은 2004년 7월 1일 진료분부터 적용한다.

제2조(명세서의 구분 및 작성방법에 대한 경과조치) 제7조의2 제1항 제2호의 규정에도 불구하고 국립병원, 보험자가 설립 운영하는 병원 및 보건의료원을 제외한 요양기관은 보건복지부장관이 정하는 기간까지 월간 요양급여내역을 본인일부부담금산정방법(정률, 정액)별로 동일명세서에 통합하여 작성 할 수 있다.

부 칙 (2004. 12. 29.)

이 고시는 2005년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2004. 12. 30.)

이 고시는 2005년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2005. 6. 24.)

제1조(시행일) 이 고시는 2005년 10월 1일부터 시행한다. 다만, 보건기관(보건소, 보건지소) 청구방법 및 차등수가(차등지수, 진료일수) 적용기준은 2005년 11월 1일부터 시행한다.

제2조(서면서식 사용에 대한 경과조치) 이 고시의 개정에도 불구하고 보건기관(보건소, 보건지소)을 제외한 의과, 치과, 한방, 약국 등의 서면서식은 종전 고시에 의한 서식을 2005년 12월 31일까지 사용할 수 있다.

부 칙 (2005. 8. 24.)

제1조(시행일) 이 고시는 2005년 9월 1일부터 시행한다.

제2조(서면서식 사용에 대한 경과조치) 이 고시의 개정에도 불구하고 서면서식은 종전 고시에 의한 서식을 2005년 12월 31일까지 사용할 수 있다.

부 칙 (2005. 10. 13.)

이 고시는 2006년 1월 1일부터 시행한다. 다만, 차등수가(차등지수, 진료일수 등) 적용기준은 2005년 11월 1일 진료분, 상해외인 기재방법 변경사항은 2005년 9월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2005. 12. 28.)

이 고시는 2006년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2006. 2. 22.)

제1조(시행일) 이 고시는 2006년 3월 1일 진료분부터 시행한다. 다만, 의약분업 예외 구분코드는 2006년 1월 1일 진료분부터 적용한다.

제2조(특정내역 구분코드 기재에 대한 경과조치) 이 고시의 개정에도 불구하고 2006년 5월 31일까지는 〈별첨 2〉의 신설 구분코드를 기재하지 아니할 수 있다.

부 칙 (2006. 5. 25.)

제1조(시행일) 이 고시는 2006년 6월 1일 진료분부터 시행한다.

제2조(서식사용에 대한 경과조치) 이 고시의 개정에도 불구하고, 2006년 12월 31일까지의 청구분은 종전 서식을 사용할 수 있다.

부 칙 (2006. 12. 29.)

제1조(시행일) 이 고시는 2007년 7월 1일부터 시행한다.

제2조(명세서의 구분 및 작성방법에 대한 경과조치) 제7조의2 제1항 제2호의 개정규정에도 불구하고 국립병원, 보험자가 설립·운영하는 병원 및 보건의료원을 제외한 요양기관 중 의원급 요양기관(의과, 치과, 한방)은 2007년 6월 30일까지, 병원급이상 요양기관은 보건복지부장관이 정하는 기간까지 월간 요양급여내역을 본인일부부담금산정방법(정률, 정액)별로 동일명세서에 통합하여 작성할 수 있다.

부 칙 (2007. 1. 25.)

이 고시는 2007년 2월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2007. 5. 23.)

제1조(시행일) ① 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

② 제1항에 불구하고 별표 6의 Ⅰ.본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 제1조 관련 특정기호 코드 중 개정규정은 2007년 6월 1일부터 시행한다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 개정규정은 2007년 8월 1일부터 시행한다.

1. 별표 8의 제1호에 신설된 MT017란
2. 별표 8의 제2호에 신설된 JT008란
3. 별표 8의 제2호에 신설된 JT009란

제2조(별표 8의 제2호에 신설된 JT009란의 적용례) 별표 8의 제2호에 신설된 JT009란은 2007년 8월 1일부터는 약국처방조제에 대해서만 적용되며, 약국직접조제에 대해서는 2008년 1월 1일부터 적용된다.

제3조(대행청구통지에 관한 경과조치) 이 고시 시행당시 국민건강보험법 제43조제6항 또는 폐지된 「요양급여비용대행청구인정범위등에관한기준(보건복지부 고시 제2002-22호)」에 따른 대행청구 관련 내역의 통지는 이 고시에 따라 통지한 것으로 본다.

부 칙 (2007. 6. 22.)

제1조(시행일) ① 이 고시는 2007년 7월 1일부터 시행한다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 개정규정은 2007년 10월 1일부터 시행한다.

1. 별첨 1의 Ⅰ. 요양기관이 심사평가원에 전송하는 전자문서의 제2호의(1), (3) 및 (5) 중 개정규정
2. 별첨 1의 Ⅱ. 심사평가원이 요양기관에 전송하는 전자문서의 제3호, 제10호 및 제11호 중 개정규정 및 제13호 개정 서식
3. 별첨 2의 Ⅱ. 전산매체의 구성의 제1호나목의(2) 및 (3) 중 개정규정
4. 별첨 3의 Ⅱ. 요양급여비용 명세서(별지 제10호 내지 별지 제20호서식)의 제1호 중 개정규정
5. 별표 4 및 별표 5 중 개정규정
6. 붙임 1 및 붙임 2 중 본문의 개정규정

제2조(사용중인 서식에 관한 경과조치) 부칙 제1조에 따른 개정규정의 시행 당시 종전의 고시에 의하여 사용하던 서식은 2007년 12월 31일까지 이 고시에 의한 서식과 함께 사용할 수 있다.

부 칙 (2007. 7. 25.)

제1조(시행일) 이 고시는 2007년 10월 1일부터 시행한다.

제2조(사용중인 서식 및 특정내역 구분코드에 관한 경과조치) ① 이 고시 시행 당시 종전의 고시에 의하여 사용하던 서식은 2007년 12월 31일까지 이 고시에 의한 서식과 함께 사용할 수 있다.

② 제1항에 따라 종전의 고시에 의하여 사용하던 서식을 사용하는 경우에는 이 고시 시행에도 불구하고 종전의 고시에 의한 별표 8의 제1호 중 MT017란 및 별표 8의 제2호 중 JT008란을 사용하여야 한다.

부 칙 (2007. 7. 26.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시일로부터 시행한다.

제2조(의약분업예외구분코드 적용례) 별표 7. 의약분업 예외 구분코드 개정규정은 2007년 6월 28일 진료분부터 적용한다.

제3조(본인부담상한액에 관한 적용례) 제1편 제8조제7항 및 제2편 제7조제3항의 개정규정 및 별첨 1, 2, 3의 개정규정 중 '본인부담상한액초과금'은 2007년 7월 1일 진료분부터 적용한다.

제4조(본인일부부담금에 관한 적용례) 제1편 제17조제1항의 개정규정 및 별첨 1, 2, 3의 개정규정 중 '정액·정률구분', '본인일부부담금'은 2007년 8월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2007. 8. 24.)

이 고시는 2008년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2007. 11. 21.)

이 고시는 2008년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2007. 11. 23.)

이 고시는 2008년 4월 1일 진료분부터 시행한다.

부 칙 (2007. 12. 26.)

이 고시는 2008년 1월 1일부터 시행한다. 다만, 제1편 제23조제1호 및 별표 8의 개정규정은 2008년 4월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2008. 2. 18.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(신설된 JT011란의 적용례) 별표 8의 제2호에 신설된 JT011란은 2008년 4월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2008. 2. 28.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(차상위본인부담경감대상자 등의 적용례) 이 고시의 개정규정은 2008년 4월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2008. 3. 7.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(특정내역 구분코드의 적용례) 이 고시의 개정규정은 2008년 4월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2008. 4. 23.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행하되, 별표 8 제1호의 MT001란은 2008년 4월 1일 진료분부터 적용한다.

제2조(서식사용에 대한 경과조치) 이 고시의 개정에도 불구하고, 2008년 12월 31일까지의 청구분은 종전 서식을 사용할 수 있다.

부 칙 (2008. 5. 13.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(개정내용의 적용례) 이 고시의 개정내용은 2008년 10월 1일 처방분부터 적용한다.

부 칙 (2008. 5. 28.)

제1조(시행일) ① 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

② 제1항에 불구하고 별표 6의 Ⅰ.「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」제1조 관련 특정기호 코드 중 개정규정은 2008년 6월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2008. 7. 16.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(상해외인 구분코드의 적용례) 이 고시의 개정내용은 2008년 7월 1일 진료분부터 적용한다.

제3조(심사결과 통보 서식의 적용례) 별첨 1의 조정상세사유 개정규정은 2008년 10월 1일부터 적용한다.

부 칙 (2008. 8. 27.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다. 다만, 의료급여 정신과 차등수가제도 도입과 관련한 전자문서 작성요령(별첨 1), 특정내역 구분코드(별표 8), 진료코드(붙임 3) 개정은 2009년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2008. 9. 26.)

제1조(시행일) 이 고시는 2008년 10월 1일부터 시행한다.

제2조(서식사용에 대한 조치) 이 고시의 개정에도 불구하고 2008년 1월 진료분부터 개정된 서식에 의하여 청구할 수 있다.

부 칙 (2008. 10. 27.)

이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

부 칙 (2008. 11. 14.)

이 고시는 2009년 1월 1일 진료분부터 시행한다.

부 칙 (2008. 12. 26.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(특정기호 코드의 적용례) 이 고시의 개정규정은 2009년 1월 1일 진료분부터 적용한다.

제3조(심사평가원이 요양기관에 전송하는 전자문서 서식의 적용례) 이 고시의 개정규정은 2009년 1월 통보분부터 적용한다.

부 칙 (2009. 2. 9.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(차상위 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자 등의 적용례) 이 고시의 개정규정은 2009년 4월 1일 진료분부터 시행한다.

제3조(차상위 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자 등의 서식사용에 대한 경과조치) 이 고시의 개정에도 불구하고 2009년 6월 30일까지의 청구분은 종전서식을 사용할 수 있다.

부 칙 (2009. 4. 6.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(본인부담상한액에 관한 적용례) 이 고시의 개정규정은 2009년 1월 1일 이후 최초로 개시하는 요양급여부터 적용한다.

제3조(본인일부부담금 산정특례의 적용례) 이 고시의 개정규정은 2009년 2월 1일 진료분부터 시행한다.

제4조(특정내역 구분코드의 적용례) 이 고시의 개정규정은 2009년 4월 1일 진료분부터 시행한다.

부 칙 (2009. 4. 22.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(개정내용의 적용례) 이 고시의 개정내용은 2009년 6월 1일 처방분부터 적용한다.

부 칙 (2009. 5. 29.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(본인일부부담금에 관한 적용례) 이 고시의 개정규정은 2009년 7월 1일 진료분부터 적용한다.

제3조(본인일부부담금 산정특례에 관한 적용례) 이 고시의 개정규정은 2009년 7월 1일 진료분부터 시행한다. 다만, 별표 6의 산정특례대상질환 추가사항은 2009년 5월 20일 진료분부터 시행한다.

제4조(특정내역 구분코드의 적용례) 별표 8. 제1호의 MT001란의 사회복지시설 촉탁의 진료는 2009년 6월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2009. 6. 2.)

제1조(시행일) 이 고시는 2009년 7월 1일 진료분부터 시행한다.

부 칙 (2009. 7. 2.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(특정내역 구분코드의 적용례) 이 고시의 개정규정은 2009년 6월 1일 진료분부터 적용한다.

제3조(본인일부부담금에 관한 적용례) 이 고시의 개정규정은 2009년 7월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2009. 8. 1.)

이 고시는 2010년 1월 1일 진료분부터 시행한다.

부 칙 (2009. 9. 2.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(한국표준질병·사인분류(한방) 및 한약제제 코드 개선에 관한 적용례) 이 고시의 개정규정은 2010년 1월 1일 진료분부터 시행한다.

제3조(서면서식의 적용례) 이 고시의 개정규정은 2010년 1월 1일 청구분부터 적용한다.

부 칙 (2009. 12. 31.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(심사평가원이 요양기관에 전송하는 전자문서 서식의 적용례) 이 고시의 개정규정은 2010년 1월 통보분부터 적용한다.

제3조(본인일부부담 산정특례 적용례) 이 고시의 개정규정은 2010년 1월 1일 진료분부터 시행한다.

제4조(재검토기한) 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정」(대통령 훈령 제248호)에 따라 이 고시 발령 후의 법령이나 현실여건의 변화 등을 검토하여 이 고시의 폐지, 개정 등의 조치를 하여야 하는 기한은 2015년 12월 31일까지로 한다.

부 칙 (2010. 1. 27.)

이 고시는 2010년 2월 1일 진료분부터 시행한다.

부 칙 (2010. 4. 6.)

제1조(시행일) 이 고시는 2010년 8월 1일부터 시행한다.

제2조(서식 사용에 대한 조치) 이 고시의 개정에도 불구하고 2010년 1월 1일 진료분부터 개정된 서식에 의하여 청구할 수 있다.

부 칙 (2010. 4. 9.)

제1조(시행일) 이 고시는 2010년 5월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2010. 6. 8.)

이 고시는 2010년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2010. 6. 10.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(차등수가 적용기준, 특정내역 구분코드 및 질병군 요양급여비용에 관한 적용례) 이 고시의 개정규정은 2010년 7월 1일 진료분부터 시행한다.

부 칙 (2010. 7. 2.)

이 고시는 2010년 7월 1일 진료분부터 시행한다.

부 칙 (2010. 8. 12.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(긴급복지 의료지원대상자 등의 적용례) 이 고시의 개정규정은 2011년 1월 1일 진료분부터 시행한다.

제3조(상병분류기호에 관한 적용례) 이 고시의 개정규정은 2011년 1월 1일 진료분부터 시행한다.

제4조(정산심사내역서, 이의신청결정서 등에 관한 적용례) 이 고시의 개정규정은 2011년 2월 1일 통보분부터 시행한다.

부 칙 (2010. 8. 16.)

이 고시는 2010년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2010. 12. 20.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(요양급여비용 정보통신망 청구에 관한 적용례) 이 고시의 개정규정은 2011년 6월 29일부터 시행한다.

제3조(특정기호코드 및 특정내역 구분코드의 적용례) 별표 6 및 별표 8의 제1호의 MS007란, MS008란 및 MT028란은 2011년 1월 1일 진료분부터 시행한다.

제4조(명세서의 단가란 적용례) 별첨 1 제2호(1)의 3)명세서 진료내역, 같은 호(2)의 3)명세서 진료내역, 같은 호(3)의 3)명세서 진료내역, 같은 호(4)의 3)명세서 조제투약내역, 같은 호(5)의 3)명세서 진료내역, 별첨 2 Ⅱ. 전산매체의 구성의 제1호나목(4)의 2)명세서 진료내역(의치과 및 한방), 같은 목(5)의 3)명세서 진료내역(보건진료소를 제외한 보건기관 및 정신과 정액), 같은 목(6)의 2) 명세서 조제내역(약국) 중 단가란에 대한 개정규정은 2010년 10월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2011. 1. 31.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(결핵환자 의료비지원에 관한 적용례) 이 고시의 개정규정은 2011년 4월 1일 진료분부터 시행한다.

제3조(특정내역 구분코드의 적용례) 별표 8 제1호의 MT001란의 타법령(산재, 자보 등)으로 입원진료 중 그 외 질병(기왕증 포함)진료는 2011년 4월 1일 청구분부터 시행한다.

부 칙 (2011. 5. 23.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(1회 투약량 등의 자릿수 및 특정내역 기재형식 적용례) 다음 각 호의 개정규정은 2011년 10월 1일 청구분부터 시행한다.

1. 별첨 1의 I. 요양기관이 심사평가원에 전송하는 전자문서의 제1호, 제2호(1), (4), (5)의 3) 및 4), 제2호(3)의 4), 제7호(1), (3) 중 개정규정
2. 별첨 1의 Ⅱ. 심사평가원이 요양기관에 전송하는 전자문서의 제2호(1), 제2호(3), 제2호(6), 제3호(1), 제3호(3), 제3호(6), 제6호(1), 제6호(3), 제7호(1), 제7호(4), 제8호(1), 제8호(4), 제9호(1), 제9호(4), 제10호(1), 제10호(4), 제11호(1) 및 제11호(4) 중 개정규정
3. 별첨 2의 Ⅱ. 전산매체의 구성의 제1호나목(2), 제1호(4)의 2), 제1호(5)의 2) 및 3), 제1호(6)의 2) 중 개정규정
4. 별첨 3의 Ⅱ. 요양급여비용 명세서의 제6호차목 중 개정규정
5. 별표 8의 제1호 MT007, MT025, MT031, MT998 및 별표 8의 제2호 JT007란 중 개정규정

제3조(명세서의 구분 및 작성방법에 대한 경과조치) 「건강보험요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령(보건복지부 고시 제2006-120호(2006.12.29.)」 부칙

제2조에서 보건복지부장관이 정하는 기간 및 보건진료소의 월간 요양급여내역을 본인일부부담금산정방법(정률, 정액)별로 동일명세서에 통합하여 작성할 수 있는 기간은 2011년 12월 31일까지로 한다.

부 칙 (2011. 8. 5.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(향정신성 약물 장기처방(조제) 관련 특정내역 구분코드 적용례) 별표 8의 제2호에 신설된 JT014란은 2011년 9월 1일 청구분부터 적용한다.

제3조(특수재료 항·목 신설, 본인일부부담금 산정특례 및 특정내역 구분코드에 관한 적용례) 다음 각 호의 개정규정은 2011년 10월 1일 진료분부터 적용한다.

1. 별지 제11호, 제11-1호 및 제11-2호 개정서식
2. 별첨 1의 요양기관이 심사평가원에 전송하는 전자문서의 제2호(1)의 3) 중 개정규정
3. 별첨 1의 Ⅱ. 심사평가원이 요양기관에 전송하는 전자문서의 제2호(2), 제9호(3) 중 개정규정
4. 별첨 2의 Ⅱ. 전산매체의 구성의 제1호나목(4)의 2) 중 개정규정
5. 별첨 3의 Ⅱ. 요양급여비용 명세서의 제2호아목, 제6호 자목과 파목 및 제7호 마목과 바목 중 개정규정
6. 별표 6의 Ⅴ. 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 제6조 관련 특정기호 코드 신설
7. 별표 8의 제3호에 신설된 CT002란

부 칙 (2011. 10. 27.)

제1조(시행일) 이 고시는 2012년 4월 1일 청구분부터 시행한다.

제2조(특정내역 구분코드의 적용례) ① 별표 8 제1호에 신설된 MT033란은 2011년 11월 1일 진료분부터 2012년 3월31일 진료분까지 적용한다.

② 별표 8 제2호에 신설된 JT015란은 2011년 11월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2011. 11. 25.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(유효기간) 별표 5의 개정규정은 2013년 12월 31일까지 효력을 가진다.

제3조(청구단위구분 등의 항목설명란의 적용례) 다음 각 호의 개정규정은 2012년 1월 1일 청구분부터 시행한다.

1. 별첨 1의 Ⅰ. 요양기관이 심사평가원에 전송하는 전자문서의 제1호, 제2호(1), (2), (3), (4), (5)의 1), 2), 3) 및 4), 제2호(1), (3), (4), (5)의 5) 중 '청구단위구분', '명세서일련번호', '내원일', '내원일자, 당월요양개시일'의 개정규정
2. 별첨 2의 Ⅱ. 전산매체의 구성의 제1호나목(2), 제1호나목(3), 제1호나목(4)의 1), 제1호나목(5)의 1) 중 '청구단위구분', '당월 요양개시일(내원일자)(조제투약일자)', '내원일'의 개정규정
3. 별첨 3의 Ⅰ. 요양급여비용 심사청구서의 제2호 중 개정규정
4. 별첨 3의 Ⅱ. 요양급여비용 명세서의 제1호 나목, 다목, 라목, 차목, 타목, 제4호 바목, 사목의 개정규정
5. 별첨 4의 Ⅰ. 요양기관이 심사평가원에 전송하는 전자문서의 제2호(1), (2), (3), (4) 중 '명세서일련번호'의 개정규정

제4조(특정내역 구분코드의 적용례) 별표 8. 제2호에 신설된 JT017란은 2012년 1월 1일 진료분부터 적용한다.

제5조(건강보험(의료급여) 100분의100 본인부담총액의 MODE 및 항번호의 항목설명란의 적용례) 별첨 1의 Ⅰ. 요양기관이 심사평가원에 전송하는 전자문서의 제2호(1)의 1), 3) 중 '건강보험(의료급여) 100분의100 본인부담금총액', '항번호'의 개정규정은 2012년 4월 1일 청구분부터 시행한다.

부 칙 (2012. 1. 19.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(국민건강보험법 시행령 제22조제1항제3호 개정 관련 의약품 시장형 실거래가에 관한 청구방법 적용례)

① 다음 각 호의 개정규정은 2012년 2월 1일 진료분부터 적용한다.

1. 별지 제3호 개정서식
2. 별첨 1의 요양기관이 심사평가원에 전송하는 전자문서의 제1호 중 '청구구분'의 개정규정
3. 별첨 1의 요양기관이 심사평가원에 전송하는 전자문서의 제2호(1), (4) 및 (5)의 1), 3) 중 '코드', '접수번호', '명세서일련번호', '요양급여비용총액', '금액', '변경일', '본인일부부담금' 및 '정신과행위별총액' 항목설명란의 개정규정
4. 별첨 1의 Ⅱ. 심사평가원이 요양기관에 전송하는 전자문서의 제1호의 (2) 중 '청구구분'의 개정규정

5. 별첨 2의 Ⅱ. 전산매체의 구성의 제1호가목(1)의 2), 제1호나목(2), 제1호나목(4)의 1), 2), 제1호나목(5)의 1), 3) 및 제1호나목(6)의 1), 2) 중 '청구구분', '요양급여비용총액', '접수번호', '명세서일련번호', '코드', '금액', '변경일자', '정신과행위별총액' 및 '본인일부부담금' 항목설명란의 개정규정
6. 별첨 3의 Ⅱ. 요양급여비용 명세서의 제2호 아목, 제6호 자목, 제7호 마목 및 제8호 마목의 개정규정

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

1. 별지 제10호, 제10-1호, 제11호, 제11-1호, 제11-2호, 제12호, 제13호, 제13-1호, 제13-2호, 제19호 및 제20호 중 '상한가', '약제상한차액', '약제상한차액총액', '수진자요양급여비용총액' 및 '약제상한차액조정' 기재란
2. 별첨 1의 요양기관이 심사평가원에 전송하는 전자문서의 제2호(1), (4) 및 (5)의 1), 3) 중 '상한가', '약제상한차액', '약제상한차액총액' 및 '수진자요양급여비용총액'란
3. 별첨 1의 Ⅱ. 심사평가원이 요양기관에 전송하는 전자문서의 제2호, 제3호, 제8호 및 제9호의 (2), (3), (4) 중 '상한가', '약제상한차액총액', '수진자요양급여비용총액', '수진자의료급여비용총액', '약제상한차액인정금액', '약제상한차액조정금액', '약제상한차액총액 합계', '수진자요양급여비용총액 합계', '수진자의료급여비용총액 합계', '약제상한차액조정금액 합계', 및 '정산심사결과 약제상한차액인정(또는 조정)금액 합계'란
4. 별첨 2의 Ⅱ. 전산매체의 구성의 제1호나목(4)의 1), 2), 제1호나목(5)의 1), 3) 및 제1호나목(6)의 1), 2) 중 '상한가', '약제상한차액', '약제상한차액총액' 및 '수진자요양급여비용총액'란
5. 별첨 3의 Ⅱ. 요양급여비용 명세서의 제8호 다목과 라목

부 칙 (2012. 3. 27.)

이 고시는 2012년 4월 1일 청구분부터 시행한다. 다만, 별표 8. 제2호에 신설된 JT018란은 2012년 4월 1일 진료분부터 시행한다.

부 칙 (2012. 6. 15.)

제1조(시행일) 이 고시는 2012년 7월 1일 진료분부터 시행한다.

부 칙 (2012. 6. 26.)

제1조(시행일) 이 고시는 2012년 7월 1일부터 시행한다.

제2조(노숙인 1종에 관한 적용례) 의료급여 1종 수급권자 자격을 부여받은 노숙인의 경우 2012년 6월 8일 진료분부터 적용하며, 의료급여수가의 기준 및 일반기준에서 정하고 있는 의료급여비용명세서 작성요령에 따라 노숙인 등에 대해 '10'으로 기재한 경우는 'N'으로 기재한 것으로 본다.

부 칙 (2012. 9. 14.)

제1조(시행일) 이 고시는 2012년 10월 1일부터 시행한다.

제2조(보훈환자 본인부담금 변경에 관한 적용례) 다음 각 호의 개정규정은 2013년 1월 1일 청구분(2012년 7월 1일 이후 진료분)부터 적용한다.

1. 별지 제9-1호, 제9-2호, 제9-3호, 제10호, 제10-1호, 제11호, 제11-1호, 제11-2호, 제12호, 제13호, 제13-1호, 제13-2호, 제15호, 제16-1호, 제16-2호, 제17호, 제18호, 제18-1호, 제18-2호 및 제20호의 "보훈 본인일부부담금"란
2. 별첨 1과 별첨 4의 Ⅰ. 요양기관이 심사평가원에 전송하는 전자문서의 제1호의 '청구서서식버전', '명세서서식버전', '보훈 본인일부부담금' 및 MODE의 개정규정
3. 별첨 1의 Ⅰ. 요양기관이 심사평가원에 전송하는 전자문서의 제2호(1), (2), (3), (4), (5)의 1)과 3) 중 '보훈청구액', '건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액', '보훈 본인일부부담금', '항번호', '공상 등 구분' 및 MODE의 개정규정
4. 별첨 1의 Ⅱ. 심사평가원이 요양기관에 전송하는 전자문서의 제2호와 제3호의 (1), (2) 및 (4), 제6호, 제7호, 제8호, 제9호, 제10호의 (1), (2), 및 (3) 중 '서식번호', '보훈 본인부담환급금', '보훈 본인추가부담금', '보훈 본인일부부담금', '공란', '보훈 본인일부부담금 합계', '보훈 본인부담환급금 합계', '보훈 본인추가부담금 합계', '보훈 본인부담환급(또는 추가부담금)' 및 MODE의 개정규정
5. 별첨 2의 Ⅱ. 전산매체의 구성의 제1호나목(2)와 제1호나목(4), (5), (6)의 1) 중 '수록사양번호', '보훈 본인일부부담금', '보훈청구액' 및 '공상 등 구분'의 개정규정
6. 별첨 3의 Ⅰ. 요양급여비용 심사청구서의 제4호와 제6호의 개정규정
7. 별첨 3의 Ⅱ. 요양급여비용 명세서의 제8호의 카목, 거목과 제9호의 나목의 개정규정
8. 별첨 4의 Ⅰ. 요양기관이 심사평가원에 전송하는 전자문서의 제2호(1)의 '보훈 청구액'과 '보훈 본인일부부담금'의 개정규정
9. 별첨 5의 Ⅱ. 전산매체의 구성의 제2호나목과 다목의 '수록사양번호', '보훈 본인일부부담금' 및 '보훈청구액'의 개정규정

10. 붙임 1, 2, 6 및 7 중 본문의 개정규정
11. 별표 8 제1호에 신설된 MT038란

제3조(서식 사용에 관한 적용례) 이의신청(재심사조정청구, 정산심사)결정서는 2013년 1월 1일부터 적용한다.

부 칙 (2012. 12. 28.)

제1조(시행일) 이 고시는 2012년 12월 31일부터 시행한다.

부 칙 (2013. 2. 1.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

부 칙 (2013. 3. 22.)

이 고시는 2013년 7월 1일 진료(조제)분부터 시행한다.

부 칙 (2013. 6. 19.)

이 고시는 2013년 7월 1일 진료분부터 시행한다.

부 칙 (2013. 6. 26.)

제1조(시행일) 이 고시는 2013년 7월 1일 청구분부터 시행한다. 다만, 별표 8의 제1호에 신설된 MT041란은 2013년 7월 1일 진료분부터 적용한다.

제2조(본인부담금 발생횟수 관련 적용례) 다음 각 호의 개정규정은 2013년 9월 1일 청구분부터 적용한다.

1. 별지 제11호, 제11-1호, 제11-2호, 제13호, 제13-1호, 제13-2호, 제18호, 제18-1호 및 제18-2호의 “본인부담금 발생횟수”란
2. 별첨 3의 Ⅱ. 요양급여비용 명세서의 제1호의 아목의 개정규정
3. 별표 8의 제1호에 삭제된 MT029란 및 신설된 MT040란

제3조(입원명령결핵 지원 관련 적용례) 다음 각 호의 개정규정은 2013년 9월 1일 진료(조제)분부터 적용한다.

1. 별첨 1의 Ⅰ. 요양기관이 심사평가원에 전송하는 전자문서의 제2호 (1), (4)의 1)의 개정규정
2. 별첨 2의 Ⅱ. 전산매체의 구성의 제1호나목(4), (6)의 1)의 개정규정
3. 별첨 3의 Ⅱ. 요양급여비용 명세서의 제8호의 바목과 파목의 개정규정
4. 별표 6의 Ⅶ. 기타의 특정기호 코드 신설

부 칙 (2013. 9. 27.)

이 고시는 2013년 10월 1일 진료(조제)분부터 시행한다. 다만, 별표 8 제1호에 신설된 MT042란은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-137호, 2013.9.12.)」에 따른 2013년 10월 1일 청구분부터 적용한다.

부 칙 (2013. 12. 13.)

이 고시는 2014년 1월 1일 이후 최초로 개시하는 요양급여부터 적용한다. 다만, 별표 8의 개정규정은 고시한 날부터 시행한다.

부 칙 (2014. 1. 16.)

이 고시는 2014년 2월 1일 진료(조제)분부터 시행한다.

부 칙 (2014. 1. 27.)

이 고시는 2014년 4월 1일 진료(조제)분부터 시행한다.

부 칙 (2014. 6. 10.)

제1조(시행일) 이 고시는 2014년 7월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시는 이 고시 시행 후 최초로 실시하는 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2014. 6. 20.)

제1조(시행일) 이 고시는 2014년 9월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시는 이 고시 시행 후 최초로 실시하는 진료(조제)분부터 적용한다.

부 칙 (2014. 8. 22.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다. 다만, 별첨 1의 개정규정 중 심사평가원이 요양기관에 전송하는 전자문서 서식에 관한 부분과 붙임 6의 개정규정 중 질병군 요양급여비용 서식에 관한 부분은 2014년 10월 1일부터 시행한다.

제2조(서식의 적용례) ① 별첨 1의 개정 규정 중 심사평가원이 요양기관에 전송하는 전자문서 서식에 관한 부분은 부칙 제1조 단서에 따른 시행일 이후 최초로 행해지는 통보분부터 적용한다.

② 붙임 6의 개정 규정 중 질병군 요양급여비용 서식에 관한 부분은 2014년 9월 1일 이후 진료분으로 부칙 제1조 단서에 따른 시행일 이후 최초로 행해지는 청구분부터 적용한다.

부 칙 (2014. 8. 26.)

이 고시는 2014년 9월 1일 진료분부터 시행한다.

부 칙 (2014. 8. 29.)

제1조(시행일) 이 고시는 2014년 9월 1일 진료(조제)분부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시는 이 고시 시행일부터 최초로 실시하는 진료(조제)분부터 적용한다.

부 칙 (2014. 10. 30.)

제1조(시행일) 이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시는 2014년 11월 1일 이후 최초의 청구분부터 적용한다.

부 칙 (2014. 11. 19.)

제1조(시행일) 이 고시는 2015년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2014년 7월 1일 이후의 진료(조제)분으로서 2015년 1월 1일 이후 최초로 청구한 의료급여비용부터 적용한다.

부 칙 (2014. 12. 23.)

제1조(시행일) 이 고시는 2015년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(잠복결핵감염 검진비지원에 관한 적용례) 제24조 별첨 1 내지 3, 별표 6 및 별표 8 제1호 명일련 단위 중 MT001란의 개정규정은 2015년 1월 1일 이후 진료분부터 적용한다.

제3조(특정내역 구분코드의 적용례) ① 별표 8 제1호명일련 단위 중 MT043란의 개정규정은 2015년 1월 1일 이후 진료(조제)분부터 적용한다.

② 별표 8 제1호 명일련 단위 중 MT038란의 개정규정은 2015년 1월 1일 이후 청구하는 2014년 7월 9일 이후 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2014. 12. 30.)

제1조(시행일) 이 고시는 2015년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 별표 8 제1호 명일련 단위 중 MT007란의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초로 실시하는 진료분부터 적용하며, MT045란의 개정규정은 2014년 12월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2015. 1. 20.)

이 고시는 2015년 3월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2015. 1. 22.)

제1조(시행일) 이 고시는 2015년 3월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초 요양급여비용 청구분부터 적용한다.

부 칙 (2015. 1. 30.)

제1조(시행일) 이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시는 이 고시 시행 후 최초로 실시하는 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2015. 1. 30.)

제1조(시행일) 이 고시는 2015년 2월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2015. 6. 3.)

제1조(시행일) 이 고시는 2015년 7월 15일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초로 실시하는 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2015. 6. 19.)

제1조(시행일) 이 고시는 2015년 7월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초 진료(조제)분부터 적용한다.

부 칙 (2015. 8. 27.)

제1조(시행일) 이 고시는 2015년 9월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시는 이 고시 시행 후 최초로 실시하는 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2015. 9. 25.)

제1조(시행일) 이 고시는 2015년 10월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초로 실시하는 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2015. 11. 27.)

제1조(시행일) 이 고시는 2015년 12월 1일부터 시행한다. 다만 별표 6 Ⅳ.「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」제5조 관련 특정기호 코드 구분6 및 7의 개정규정은 2016년 3월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초 진료(조제)분부터 적용한다.

제3조(재검토기한) 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정」(대통령 훈령 제334호)에 따라 이 고시 발령 후의 법령이나 현실여건의 변화 등을 검토하여 이 고시의 폐지, 개정 등의 조치를 하여야 하는 기한은 2018년 12월 31일까지로 한다.

부 칙 (2015. 12. 22.)

제1조(시행일) 이 고시는 2016년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2015. 12. 29.)

제1조(시행일) 이 고시는 2016년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2016. 2. 23.)

제1조(시행일) 이 고시는 2016년 3월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초 요양급여비용 청구분부터 적용한다.

부 칙 (2016. 5. 11.)

제1조(시행일) 이 고시는 2016년 5월 15일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행 후 실시하는 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2016. 6. 16.)

제1조(시행일) 이 고시는 2016년 6월 20일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초로 실시하는 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2016. 6. 23.)

제1조(시행일) 이 고시는 2016년 7월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초로 실시하는 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2016. 6. 28.)

제1조(시행일) 이 고시는 2016년 7월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초로 실시하는 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2016. 9. 27.)

제1조(시행일) 이 고시는 2016년 10월 1일부터 시행한다. 다만, 별표 6 Ⅷ. 제12호란의 개정규정은 2016년 9월 23일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초의 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2016. 9. 30.)

이 고시는 2016년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2016. 12. 30.)

제1조(시행일) 이 고시는 2017년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초로 실시하는 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2016. 12. 30.)

제1조(시행일) 이 고시는 2017년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(요양급여비용 청구처의 적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초 요양급여비용 청구분부터 적용한다.

제3조(특정기호 코드, 특정내역 구분코드의 적용례) 이 고시의 개정규정 중 특정기호 코드, 특정내역 구분코드에 관한 사항에 대하여는 이 고시 시행 후 최초 진료(조제)분부터 적용한다.

부 칙 (2017. 1. 31.)

제1조(시행일) 이 고시는 2017년 2월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초로 실시하는 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2017. 1. 31.)

제1조(시행일) 이 고시는 2017년 2월 1일부터 시행한다.

제2조(조산원 서식사용의 적용례) (별지 제14호서식)의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초 요양급여비용 청구분부터 적용한다.

제3조(특정기호 코드의 적용례) 특정기호코드에 관한 개정규정은 이 고시 시행 후 최초 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2017. 3. 13.)

제1조(시행일) 이 고시는 2017년 3월 13일부터 시행한다.

부 칙 (2017. 3. 21.)

이 고시는 2017년 3월 23일부터 시행한다.

부 칙 (2017. 3. 31.)

제1조(시행일) 이 고시는 2017년 4월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초로 실시하는 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2017. 6. 19.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날 부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정 중 다음 각 호의 사항은 2017년 6월1일 이후 최초로 실시하는 진료분 부터 적용한다.

1. 별표6 Ⅳ.3호 구분란의 장기이식환자의 경우
2. 별표6 Ⅳ.5호 구분란의 도.중증약물난치성 뇌전증
3. 별표6 Ⅳ.5호 구분란의 르.중증보통건선
4. 별표6 Ⅳ.5호 구분란의 크.가족샘종폴립증
5. 별표8 제1호 MT028란의 산정특례 대상 세부상병명

부 칙 (2017. 6. 27.)

제1조(시행일) 이 고시는 2017년 7월 1일부터 시행한다.

제2조(요양급여비용 청구처의 적용례) 다음 각 호의 개정규정은 2017년 7월 1일 청구분부터 적용한다.

1. 제1편제6조제4항제1호 및 제2호
2. 별첨 1의 Ⅰ.제6호(1)
3. 별첨 1의 Ⅱ.제1호(1), 제2호(1), 제3호(1), 제5호(1), 제6호(1), 제7호(1), 제8호(1), 제9호(1), 제10호(1), 제11호(1)
4. 별표 1, 별표 3

제3조(뇌사장기기증자 및 보훈감면환자 관련 적용례) 다음 각 호의 개정규정은 2017년 7월 1일 진료분부터 적용한다.

1. 제1편제24조제1호나목
2. 별지 제9-1호서식, 별지 제9-2호서식, 별지 제9-3호서식
3. 별첨 1의 Ⅰ.제1호, 제2호(1) 1), 제2호(4) 1), 제2호(5) 1), 별첨 2의 Ⅱ. 제1호나(2), 제1호나(6)1), 별첨 3의 Ⅰ.제6호, Ⅱ.제8호라목, 마목, 및 자목, 별첨 4
4. 별표 6, 별표 8

제4조(청구실명제 관련 적용례) 다음 각 호의 개정규정은 2017년 9월 1일 진료분부터 적용한다.

1. 제1편제28조제2항제9호, 제10호 및 제11호
2. 별첨 1의 Ⅰ.제2호(1) 3), 제2호(2) 3), 제2호(5) 3)
3. 별첨 2의 Ⅱ.제1호나(4) 2), 제1호나(5) 3), 별첨 3의 Ⅱ.제2호거목

제5조 (재검토 기한) 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정」(대통령훈령 제334호)에 따라

이 고시에 대하여 2017년 7월 1일을 기준으로 매 3년이 되는 시점(매 3년째의 6월 30일까지를 말한다)마다 법령이나 현실여건의 변화 등을 검토하여 이 고시의 폐지, 개정 등의 조치를 하여야 한다.

부 칙 (2017. 9. 26.)

제1조(시행일) 이 고시는 2017년 10월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2017년 10월 1일 진료(조제)분부터 적용한다.

부 칙 (2017. 12. 28.)

제1조(시행일) 이 고시는 2018년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초로 실시하는 청구분부터 적용한다. 다만, 별표 8 제1호 명일련 단위 중 MT007란의 개정규정은 2018년 1월 1일 이후 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2018. 1.22.)

제1조(시행일) 이 고시는 2018년 1월 23일부터 시행한다.

제2조(특정기호 코드의 적용례) 이 고시의 개정규정은 2018년 1월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2018. 2. 5.)

이 고시는 2018년 4월 1일 진료(조제)분부터 시행한다.

부 칙 (2018. 3. 29.)

제1조(시행일) 이 고시는 2018년 4월 1일부터 시행한다.

제2조(공상 등 구분과 보훈청구액에 관한 적용례) 별지 제20호 서식, 별첨 1 내지 별첨 3의 개정규정은 2018년 1월 1일 이후 진료분부터 적용한다.

제3조(특정내역 구분코드의 적용례) ① 별표 8 제1호 명일련 단위 중 MT007란의 개정규정은 2018년 4월 1일 이후 진료분부터 적용한다.

② 별표 8 제1호 명일련 단위 중 MT038란의 개정규정은 2018년 4월 1일 이후 청구하는 2018년 1월 1일 이후 진료분부터 적용한다.

③ 별표 8 제1호 명일련 단위 중 MT043란의 개정규정은 2018년 1월 26일 이후 진료(조제)분부터 적용한다.

부 칙 (2018. 4. 30.)

제1조(시행일) 이 고시는 2018년 9월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초로 실시하는 진료(조제)분부터 적용한다. 다만, 제1편 제24조 및 별표 8 1.명일련 단위 MT001, MT053란은 2018년 5월 1일 이후 청구분부터 시행한다.

부 칙 (2018. 5. 31.)

제1조(시행일) 이 고시는 2018년 6월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2018년 6월 1일 이후 진료분 부터 적용한다.

부 칙 (2018. 6. 29.)

제1조(시행일) 이 고시는 2018년 7월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2018년 7월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2018. 8. 1.)

제1조(시행일) 이 고시는 2018년 8월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2018년 8월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2018. 8. 28.)

제1조(시행일) 이 고시는 2018년 9월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2018년 9월 1일 이후 진료(조제)분부터 적용한다.

부 칙 (2018. 9. 27.)

제1조(시행일) 이 고시는 2018년 10월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) ① 별첨 1의 Ⅱ. 심사평가원이 요양기관에 전송하는 전자문서의담당부, 심사위원 항목 개정규정은 2018년 10월 1일 이후 최초로 실시하는 통보분부터 적용한다.

② 별표 8의 제2호의 JT020란의 개정규정은 2018년 11월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2018. 10. 31.)

제1조(시행일) 이 고시는 2018년 11월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정 규정은 2018년 11월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2018. 12. 28.)

제1조(시행일) 이 고시는 2019년 1월 1일 부터 시행한다.

제2조(본인부담상한액초과금 관련 개정에 관한 적용례) 다음 각 호의 개정규정은 2019년 2월 1일 이후 청구분부터 적용한다.

1. 별첨 1의 Ⅰ. 제2호(1) 1), (2) 1)의 '본인일부부담금', '본인부담상한액초과금', '지원금' 개정규정
2. 별첨 2의 Ⅱ. 제1호나목(4) 1)의 '본인일부부담금', '지원금', '본인부담상한액초과금' 개정규정
3. 별첨 3의 Ⅱ. 제8호 라목, 바목, 카목의 '본인일부부담금', '본인부담상한액초과금', '지원금' 개정규정
4. 별첨 4의 Ⅰ. 제2호(1)의 '본인일부부담금', '본인부담상한액초과금', '지원금' 개정규정
5. 별첨 5의 Ⅱ. 제2호다목의 '본인일부부담금', '본인부담상한액초과금', '지원금' 개정규정

제3조(약국을 제외한 "단가" 및 "조정금액" 항목의 MODE 개정에 관한 적용례) 다음 각 호의 개정규정은 2019년 2월 1일 이후 청구분부터 적용한다.

1. 별첨 1의 Ⅰ. 제1호의 '청구서서식버전', '명세서서식버전', Ⅱ. 제2호(1), 제3호(1), 제8호(1), 제9호(1)의 '서식버전'
2. 별첨 1의 Ⅰ. 제2호(1) 3), (2) 3), (5) 3)의 '단가' MODE
3. 별첨 1의 Ⅱ. 제2호(3), (8), 제3호(3), (7), 제8호(4), (6), 제9호(4), (6)의 '단가' 및 '조정금액' MODE
4. 별첨 4의 Ⅰ. 제1호의 '청구서서식버전', '명세서서식버전', 제2호(5)의 '단가' MODE

제4조(약국 “본인부담상한액초과금” 항목 신설 및 “단가”, “조정금액” 항목의 MODE 개정에 관한 적용례) 다음 각 호의 개정규정은 2019년 5월 1일 이후 청구분부터 적용한다.

1. 별지 제9-2호 및 제19호, 제20호서식의 ‘본인부담상한액초과금(총액)’란
2. 별첨 1의 Ⅰ. 제1호의 ‘청구서서식버전’, ‘명세서서식버전’, Ⅱ. 제2호(1), 제3호(1), 제8호(1), 제9호(1)의 ‘서식버전’
3. 별첨 1의 Ⅰ. 제2호(4) 1)의 ‘본인일부부담금’, ‘본인부담상한액초과금’, ‘지원금’ 개정규정과 제2호(4) 3)의 ‘단가’ MODE
4. 별첨 2의 Ⅱ. 제1호나(2)의 ‘수록사양번호’, 제1호나(6) 1)의 ‘본인일부부담금’, ‘지원금’, ‘본인부담상한액초과금’ 개정규정
5. 별첨 3의 Ⅰ. 제6호의 ‘본인부담상한액초과금총액(약국)’ 항목

부 칙 (2018. 12. 31.)

제1조(시행일) 이 고시는 2019년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2019년 1월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2019. 2. 20.)

제1조(시행일) 이 고시는 2019년 3월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2019년 3월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2019. 3. 21.)

제1조(시행일) 이 고시는 2019년 3월 25일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2019년 3월 25일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2019. 4. 2.)

제1조(시행일) 이 고시는 2019년 4월 8일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2019년 4월 8일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2019. 4. 5.)

제1조(시행일) 이 고시는 2019년 6월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초로 실시하는 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2019. 6. 26.)

제1조(시행일) 이 고시는 2019년 7월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2019년 8월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2019. 6. 27.)

제1조(시행일) 이 고시는 2019년 7월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초로 실시하는 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2019. 7. 9.)

제1조(시행일) 이 고시는 2019년 7월 16일부터 시행한다. 다만, 요양병원의 행위별 진료내역 및 환자평가표, 체내출혈 정보 관련 개정에 관한 사항은 2019년 11월 1일부터 시행한다.

제2조(영문성명 관련 개정에 관한 적용례) 다음 각 호의 개정규정은 2019년 7월 16일부터 적용한다.

1. 별첨 1의 Ⅰ. 제1호와 제2호(1) 1), (2) 1), (3) 1), (4) 1), (5) 1) 및 제3호(1), 제4호(1), 제5호(1), 제6호(1), (2), (3), 제7호(1), (2), 제8호의 항목 중 ‘청구인’, ‘작성자성명’, ‘가입자(세대주)성명’, ‘수진자성명’, ‘세대주성명’, ‘담당자’, ‘통보인’, ‘작성자’, ‘환자성명’ 항목설명란 개정규정
2. 별첨 1의 Ⅱ. 제2호(1), (2), 제3호(1), (2), 제5호(3), 제6호(1), (3), 제7호(2), (3), 제8호(2), (3), 제9호(2), (3), 제10호(2), (3), 제11호(1), (2), (3)의 항목 중 ‘담당부, 심사위원’, ‘담당자’, ‘수진자성명’, ‘세대주성명’, ‘정산담당자’, ‘가입자성명’, ‘요양기관명칭’ 항목설명란 개정규정
3. 별첨 2의 Ⅱ. 제1호나목(2), 제1호나목(4) 1), 제1호나목(5) 1), 제1호나목(6) 1)의 항목 중 ‘청구인’, ‘작성자 성명’, ‘가입자(세대주)성명’, ‘수진자성명’ 항목설명란 개정규정
4. 별첨 3의 Ⅰ. 제10호의 ‘청구인’, 제11호의 ‘작성자’ 항목 개정규정
5. 별첨 4의 Ⅰ. 제1호와 제2호(1)의 항목 중 ‘청구인’, ‘작성자성명’, ‘가입자성명’,

‘수진자성명’ 항목설명란 개정규정

6. 별첨 5의 Ⅱ. 제2호나목의 ‘청구인’, ‘작성자성명’, 제2호다목의 ‘가입자(세대주)성명’, ‘수진자성명’ 항목설명란

제3조(요양병원의 행위별 진료내역 및 환자평가표, 체내출혈 정보 관련 개정에 관한 적용례) 다음 각 호의 개정규정은 2019년 11월 1일 이후 진료분부터 적용한다.

1. 제1편제4장제29조, 제30조, 제31조, 제32조의 개정규정
2. 별첨 1의 Ⅰ. 제8호의 ‘환자성명’을 제외한 항목 신설 및 삭제 등에 따른 ‘서식버전’ 등 개정규정
3. 별첨 2의 Ⅱ. 제1호나목(4) 2)의 ‘진료내역’의 항목설명란 개정규정
4. 별표 8의 제1호에 신설된 MT058란

부 칙 (2019. 10. 10.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정 규정은 2019년 9월 26일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2019. 12. 3.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정 규정은 2019년 11월 22일 진료(조제)분부터 적용한다.

부 칙 (2019. 12. 4.)

제1조(시행일) 이 고시는 2020년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정 규정은 2020년 1월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2019. 12. 26.)

제1조(시행일) 이 고시는 2020년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(조산아 및 저체중 출생아의 외래진료와 가정전문간호사 방문일수 관련 개정에 관한 적용례) 다음 각 호의 개정규정은 2020년 1월 1일 이후 최초로 실시하는 진료분부터 적용한다.

1. 별표 6의 Ⅷ. 기타 특정기호 코드중 F016 대상란
2. 별표 8의 제1호의 MT062란, 제 2호의 JS015란

제3조(질병군 특정내역 관련 개정에 관한 적용례) 별표 8의 제1호의 MT007, MT042, MT060란의 개정규정은 요양개시일이 2020년 1월 1일 이후인 진료분부터 적용한다.

제4조(요양병원 입원 중 진료의뢰에 관한 적용례) 별표 8의 제1호의 MT063란의 개정규정은 2020년 1월 1일 이후 최초로 실시하는 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2019. 12. 31.)

제1조(시행일) 이 고시는 2020년 3월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 별표8의 개정 규정은 이 고시 시행 후의 진료(조제)분부터 적용한다.

부 칙 (2020. 6. 4.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정 규정은 2020년 5월 26일 진료(조제)분부터 적용한다.

부 칙 (2020. 7. 10.)

제1조(시행일) 이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

제2조(면허종류, 면허번호의 적용례) 제1편제28조제2항제13호의 개정규정은 2020년 8월 1일 진료분부터 적용한다.

제3조(특정내역 구분코드의 적용례) ① 별표 8 제1호 명일련 단위 중 MT043란의 개정규정은 2020년 1월 4일 이후 진료분부터 적용한다.

② 별표 8 제1호 명일련 단위 중 MT064는 2020년 8월 1일 청구분부터 적용한다.

③ 별표 8 제2호 진료(조제)내역 줄번호(확장번호) 단위 및 처방내역 줄번호(확장번호) 단위 JT026은 2020년 8월 1일 진료분부터 적용한다.

제4조(재검토 기한) 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정」(대통령훈령 제394호)에 따라 이 고시에 대하여 2020년 7월 1일을 기준으로 매 3년이 되는 시점(매 3년째의 6월 30일까지를 말한다)마다 법령이나 현실여건의 변화 등을 검토하여 이 고시의 폐지, 개정 등의 조치를 하여야 한다.

부 칙 (2020. 8. 28.)

이 고시는 2020년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2020. 8. 31.)

제1조(시행일) 이 고시는 2020년 9월 1일부터 시행한다.
제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2020년 9월 1일 요양개시일부터 적용한다.

부 칙 (2020. 9. 29.)

제1조(시행일) 이 고시는 2020년 10월 8일부터 시행한다.
제2조(적용례) ① 별표 6의 Ⅷ. 기타의 구분 23란, 별표 8의 제1호 명일련 단위의 MT065란 및 MT066란의 개정 규정은 2020년 10월 8일 이후 최초로 실시하는 진료분부터 적용한다.
② 별표 8의 제1호 명일련 단위 MT007란의 개정 규정은 2020년 10월 8일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2020. 12. 24.)

이 고시는 2021년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2020. 12. 28.)

이 고시는 2021년 1월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2021. 1. 26.)

제1조(시행일) 이 고시는 발령일부터 시행한다.
제2조(적용례) 별표 8의 제1호 명일련 단위 MT007란의 개정 규정은 2021년 1월 25일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2021. 2. 1.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.
제2조(적용례) 이 고시의 개정 규정은 2021년 1월 25일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2021. 2. 25.)

이 고시는 2021년 3월 5일부터 시행한다. 다만, 별표 8 제2호 개정규정은 2021년 3월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2021. 3. 15.)

제1조(시행일) 이 고시는 2021년 5월 1일부터 시행한다.
제2조(적용례) 이 고시의 개정 규정은 2021년 5월 1일 이후 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2021. 3. 22.)

제1조(시행일) 이 고시는 2021년 4월 1일부터 시행한다.
제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행 후 최초로 실시하는 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2021. 3. 30.)

제1조(시행일) 이 고시는 2021년 4월 1일부터 시행한다.
제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2021년 4월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2021. 4. 1.)

제1조(시행일) 이 고시는 2021년 10월 1일부터 시행한다.
제2조(적용례) 이 고시의 개정 규정은 2021년 10월 1일 청구분 부터 적용한다. 다만, 별첨 4의 Ⅰ. 요양기관이 심사평가원에 전송하는 전자문서 제2호(1) 중 '포괄수가'의 규정은 요양개시일이 2021년 10월 1일 이후인 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2021. 6. 29.)

제1조(시행일) 이 고시는 2021년 7월 1일부터 시행한다.
제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2021년 7월 1일 이후 진료(조제)분부터 적용한다.

부 칙 (2021. 9. 28.)

이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

부 칙 (2021. 10. 8.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.
제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2021년 10월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2021. 10. 28.)

제1조(시행일) 이 고시는 2021년 11월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2021년 11월 1일 진료(조제)분부터 적용한다.

부 칙 (2021. 12. 9.)

제1조(시행일) 이 고시는 2022년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2022년 1월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2021. 12. 10.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정 규정은 2021년 12월 7일 진료(조제)분부터 적용한다.

부 칙 (2021. 12. 29.)

제1조(시행일) 이 고시는 2022년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2022년 1월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2021. 12. 31.)

제1조(시행일) 이 고시는 2022년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2022년 1월1일 요양개시일부터 적용한다.

부 칙 (2022. 1. 27.)

제1조(시행일) 이 고시는 2022년 2월 1일부터 시행한다. 다만, 별표 6의 특정기호 개정에 관한 사항은 2022년 3월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) ① 별표 6의 Ⅵ. 구분 1란의 개정 규정은 2022년 3월 1일 처방(조제)분부터 적용한다.

② 별표 8의 제2호 JT036란의 신설 규정은 2022년 2월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2022. 3. 22.)

제1조(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 고시한 날 진료(조제)분부터 적용한다.

부 칙 (2022. 5. 30.)

제1조(시행일) 이 고시는 2022년 6월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 별첨 3의 Ⅱ. 제3호 사목이 적용되는 요양급여를 이 고시 시행 전에 실시한 경우에도 적용한다.

제3조(서식 개정에 대한 경과조치) 부칙 제1조에도 불구하고, 부칙 제2조에 따른 요양급여를 실시하지 않는 경우에는 2022년 12월 31일까지 종전 규정에 따른 서식을 사용할 수 있다.

부 칙 (2022. 5. 31.)

제1조(시행일) 이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 연명의료결정법 시행규칙(2022. 4. 14. 보건복지부령 제880호로 개정된 것을 말한다)에 따라 2022년 4월 14일 이후의 호스피스대상환자 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2022. 7. 29.)

제1조(시행일) 이 고시는 2022년 8월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정내용은 2022년 8월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2022. 12. 21.)

제1조(시행일) 이 고시는 2022년 12월 22일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정내용은 2022년 12월 22일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2022. 12. 29.)

제1조(시행일) 이 고시는 2023년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정내용은 2023년 1월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2022. 12. 29.)

제1조(시행일) 이 고시는 2023년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(특정내역 구분코드의 적용례) ① 별표 8 제1호 명일련 단위 중 MT043란 및 MT064란의 개정규정은 2022년 10월 29일 진료(조제)분부터 적용한다.

② 별표 8 제1호 명일련 단위 중 MT045란의 개정규정은 2023년 1월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2023. 1. 30.)

제1조(시행일) 이 고시는 2023년 2월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) ① 이 고시의 개정 규정은 이 고시 시행 후 최초 요양급여비용 청구분부터 적용한다.

② 별표8 제1호 명일련 단위 중 MT064란의 개정 규정은 2023년 1월 진료분부터 적용한다.

③ 별표8 제1호 명일련 단위 중 MT036란의 개정 규정은 2023년 3월 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2023. 5. 31.)

제1조(시행일) 이 고시는 2023년 6월 1일부터 시행한다.

제2조(의료급여 관련 개정에 관한 적용례) 다음 각 호의 개정규정은 2023년 10월 1일 진료분부터 적용한다.

1. 별첨 1의 Ⅰ. 제1호의 '청구서서식버전', '명세서서식버전'
2. 별첨 1의 Ⅰ. 제2호(5) 1)에 신설된 '의료급여비용총액2', '의료급여 100분의100본인부담금총액'란

제3조(진료과목의 적용례) 진료과목의 개정규정은 국민건강보험법 시행규칙(2022. 11. 22. 보건복지부령 제918호로 개정된 것을 말한다)에 따라 2022년 11월 22일 진료분부터 적용한다.

제4조(재검토 기한) 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정」(대통령훈령 제431호)에 따라 이 고시에 대하여 2023년 7월 1일을 기준으로 매 3년이 되는 시점(매 3년째의 6월 30일까지를 말한다)마다 법령이나 현실여건의 변화 등을 검토하여 이 고시의 폐지, 개정 등의 조치를 하여야 한다.

부 칙 (2023. 6. 23.)

제1조(시행일) 이 고시는 2023년 6월 28일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정 규정은 2023년 6월 28일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2023. 6. 30.)

제1조(시행일) 이 고시는 2023년 7월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2023년 7월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2023. 7. 17.)

제1조(시행일) 이 고시는 2023년 10월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2023년 10월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2023. 9. 27.)

제1조(시행일) 이 고시는 2023년 10월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2023년 10월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2023. 11. 6.)

제1조(시행일) 이 고시는 2024년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행일 이후 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2023. 11. 21.)

제1조(시행일) 이 고시는 2023년 12월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2023년 12월 1일 진료(조제)분부터 적용한다.

부 칙 (2023. 11. 28.)

제1조(시행일) 이 고시는 2023년 12월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2023년 12월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2023. 12. 11.)

제1조(시행일) 이 고시는 2024년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2024년 1월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2023. 12. 11.)

제1조(시행일) 이 고시는 2024년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2024년 1월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2023. 12. 13.)

제1조(시행일) 이 고시는 2024년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2024년 1월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2023. 12. 13.)

제1조(시행일) 이 고시는 2024년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행일 이후 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2023. 12. 29.)

제1조(시행일) 이 고시는 2024년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(일반적 적용례) 이 고시의 개정규정은 이 고시 시행일 이후 진료(조제)분부터 적용한다.

제3조(청구처의 적용례) 다음 각 호의 개정 규정은 이 고시 시행일 이후 최초로 행해지는 요양급여비용 청구분부터 적용한다.

1. 제1편제6조제4항제2호
2. 별첨 1의 Ⅰ. 제6호(1), Ⅱ. 제1호(1), 제2호(1), 제3호(1), 제5호(1), 제6호(1), 제7호(1), 제8호(1), 제9호(1), 제10호(1), 제11호(1)
3. 별표 1, 별표 3

제4조(조산원의 적용례) 부칙 제2조에도 불구하고, 별첨 3의 Ⅱ. 제3호 사목 중 구분코드 '04', '05'의 개정 규정은 이 고시 시행 전에 실시한 경우에도 적용한다.

부 칙 (2024. 1. 31.)

제1조(시행일) 이 고시는 2024년 2월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2024년 2월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2024. 3. 8.)

제1조(시행일) 이 고시는 2024년 7월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2024년 7월 1일 이후 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2024. 5. 31.)

제1조(시행일) 이 고시는 2024년 6월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2024년 6월 1일 이후 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2024. 6. 27.)

제1조(시행일) 이 고시는 2024년 7월 1일부터 시행한다. 다만, 위기 임신 및 보호출산 관련 개정에 관한 사항은 2024년 7월 19일부터 시행한다.

제2조(청구처의 적용례) 다음 각 호의 개정 규정은 2024년 7월 1일 이후 최초로 행해지는 요양급여비용 청구분부터 적용한다.

1. 별첨 1의 Ⅰ. 제6호(1), Ⅱ. 제1호(1), 제2호(1), 제3호(1), 제5호(1), 제6호(1), 제7호(1), 제8호(1), 제9호(1), 제10호(1), 제11호(1)
2. 별표 1

제3조(위기 임신 및 보호출산 관련 개정에 관한 적용례) 다음 각 호의 개정 규정은 2024년 7월 19일 진료(조제)분부터 적용한다.

1. 제1편제21조, 제22조제1항 및 제3항
2. 별첨 1의 Ⅰ. 제2호(1) 1), (2) 1), (3) 1), (4) 1), (5) 1), 제6호(2), (3), 제7호(2), 제8호
3. 별첨 1의 Ⅱ. 제2호(2), 제3호(2), 제5호(3), 제6호(3), 제7호(3), 제8호(3), 제9호(3), 제10호(3), 제11호(3)
4. 별첨 2의 Ⅱ. 제1호나목(4) 1), (5) 1), (6) 1)
5. 별첨 4의 Ⅰ. 제2호(1)

부 칙 (2024. 6. 28.)

제1조(시행일) 이 고시는 2024년 7월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2024년 7월 1일 이후 진료분부터 적용한다.

부 칙 (2024. 7. 11.)

제1조(시행일) 이 고시는 2024년 7월 17일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2024년 7월 17일 이후 진료(조제)분부터 적용한다.

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령 [별지 제1호서식]

전산청구(포털, EDI, 전산매체) 신청서

1. 요양기관현황 및 청구 관련 사항

요양기관 명칭		요양기관기호	
대표자 성명			
요양기관 주소	(우편번호)	전화번호	
신 청 구 분 * 해당란에 ∨표기	요양급여비용( ), 질병군 요양급여비용( ), 검체검사공급내역( ), 의료급여정액비용( )		
청 구 방 법 * 해당란에 ∨표기	포털( ), 〔 EDI 청구방식 VAN( ), WEB( ) 〕, 전산매체( )		
청구희망 청구년월		수발신 식별자 (KT가 부여) * EDI 청구기관만 기재	

2. 프로그램 관련 사항

가. 의원급·보건기관·약국

형 태 * 해당란에 ∨표기	①상용패키지 ( ) ②외주개발 ( ) ③자체개발 ( )
공급업체명	
소프트웨어명	

나. 병원급 이상

구분		의과	치과	한방	질병군	정신건강의학과정액	혈액투석정액
①상용패키지	공급업체명						
	소프트웨어명						
②외주개발	공급업체명						
	소프트웨어명						
③자체개발							

요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 제1편 제5조 제2항, 제3항에 따라 정보통신망, 전산매체로 요양급여비용을 청구하기 위해 신청합니다.

년 월 일

신청인 요양기관

대 표 자(원장) (인)

건강보험심사평가원장 귀하

210㎜×297㎜(일반용지60g/㎡(재활용품))

전산청구(포털, EDI, 전산매체) 변경 신청서

1. 요양기관현황

요양기관 명칭		요양기관기호	
대표자 성명			
요양기관 주소	(우편번호)	전화번호	
신 청 구 분 * 해당란에 ∨표기	요양급여비용( ), 질병군 요양급여비용( ), 검체검사공급내역( ), 의료급여정액비용( )		

2. 프로그램 변경 관련사항

가. 의원급·보건기관·약국

구분		변경전	변경후
①	공급업체명		
상용패키지	소프트웨어명		
②	공급업체명		
외주개발	소프트웨어명		
③자체개발(∨표기)			
④심평원 제공 ※ 질병군 요양급여비용 청구기관만 해당됨			
해지(변경)년월		년 월 청구분부터	년 월 청구분부터

나. 병원급 이상

구분		변경전						변경후					
		의과	치과	한방	질병군	정신건강의학과정액	혈액투석정액	의과	치과	한방	질병군	정신건강의학과정액	혈액투석정액
①	공급업체명												
상용패키지	소프트웨어명												
②	공급업체명												
외주개발	소프트웨어명												
③자체개발													
④심평원 제공													
해지(변경)년월		년 월 청구분부터						년 월 청구분부터					

위와 같이 변경사항을 신청하고자 합니다.

년 월 일

신청인 요양기관

대 표 자(원장) (인)

건강보험심사평가원장 귀하

210㎜×297㎜(일반용지60g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령 [별지 제3호서식]

요양급여비용 심사청구서 · 명세서 접수증

요양기관기호:　　요양기관명:

접수번호	진료 년월	보험자 구 분	청구 구분	청구 건수	청구금액	접수번호	진료 년월	보험자 구 분	청구 구분	청구 건수	청구금액

주) 1. 보험자 구분란은 4=국민건강보험공단, 5=의료급여, 7=보훈(상이처, 무자격자)
2. 청구구분란은 0=원청구, 1=보완청구, 2=추가청구

귀하께서 제출하신 요양급여비용심사청구서와 명세서를 상기와 같이 접수하였음을 알려드립니다.

년　　월　　일

건강보험심사평가원장　　직인

210㎜×297㎜(일반용지60g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령 [별지 제3호의2서식]

대 행 청 구 통 지 서

통 지 구 분	□ 신규 □ 변경 □ 해지		
요양기관명칭		요양기관기호	
소 재 지		전 화 번 호	
대 표 자			
대행청구단체명		전 화 번 호	
변 동·해 지 사 항			

주: 해지통지의 경우에는 "변동·해지 사항" 란에 대행청구단체와의 계약해지일자를 기재

「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」 제1편 제15조에 따라 요양급여비용 대행청구와 관련하여 위와 같이 통지합니다.

년 월 일

신청인(요양기관 대표자) (서면 또는 날인)

건강보험심사평가원장 귀하

210㎜×297㎜(일반용지60g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령 [별지 제4호서식]

청구파일 라벨

□ 디스켓

요양기관명칭		요양기관 기 호		보험자종별구분	
진 료 형 태	입원, 외래	*접 수 번 호		*접 수 일 자	
한 글 종 류		기 록 밀 도		진 료 월	년 월분
파일일련번호	0F	파 일 명		전 화 번 호	

169㎜×44㎜(일반용지 60/㎡(재활용품))

□ CD

87㎜×87㎜(일반용지 60/㎡(재활용품))

심사참고자료 일람표

요 양 기 관 명 칭:
요 양 기 관 기 호:
전 화 번 호:
보 험 자 종별구분:
접 수 번 호: 년 월 진료분

심사참고자료종류	건 수	명 세 서 일 련 번 호
처 방 전		
검 사 결 과 지		
진 료 소 견 서		
기 타		

첨부: 심사참고자료(사본) 매

(190㎜ x 268㎜ 신문용지 50g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령 [별지 제6호서식]

원료의약품 구입증빙자료 목록표

요양기관	기 호				
	명 칭			작성자	(인)
	TEL			확인자	(인)

코 드	구 입 내 용							비 고
	품 명	규격 / 단위	수입업소명/ 제조회사명	구입년월일	구입량	구입가	청구단가	

첨부: 구입증빙자료(사본) 매

(190㎜ x 268㎜ 신문용지 50g/㎡(재활용품))

조제 · 제제약 목록표

요양기관	기 호			
	명 칭		작성자	(인)
	TEL		확인자	(인)

조제(제제) 약품명	사용약품내용						용법용량
	코 드	약 품 명	규격 / 단위	단위당가격	분 량	분량당가격	
규 격 / 단 위							
조제(제제) 약 품 코 드 (건강보험심사 평가원이 기재)							
청 구 가							효능·효과
구 분							비고
제제약( ) 조제약( )							

주) 제제약 및 조제약 구분에는 해당란에 V로 표시

(190㎜ x 268㎜ 신문용지 50g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령 [별지 제8호서식]

처료재료 구입목록표

요양기관	기 호				
	명 칭			작성자	(인)
	T E L			확인자	(인)

코 드	구 입 내 용						구입처 (상호 & 납세번호)	제조회사	비 고
	품 명	규 격	구입년월일	수 량	구 입 가	단 가			

첨부: 구입증빙자료(사본) 매

(190㎜ x 268㎜ 신문용지 50g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령 [별지 제9호서식]

서식번호	G	I	0	1	(년 월분) **요양급여비용심사청구서**	보험자 종별 구분		※접수번호	

요양기관	①기 호		②명칭		③전화번호		④청구단위 구분	
	⑤소재지				⑥우편번호			
	작성자	⑦성명	(서명 또는 날인)		대행청구단체	⑨기호		
		⑧생년월일				⑩명칭		

구 분			⑪건수	⑫요양급여비용총액 1	⑬본인일부부담금	⑲지원금	⑳장애인의료비	⑭청구액	⑮차등수가 청구액	⑯본인부담상한액초과금 총액	⑰요양급여비용총액 2, 진료비총액	⑱보훈 청구액	㉑건강보험 100분의100 본인부담금 총액	㉒보훈 본인일부 부담금	㉓100분의 100미만 총액	㉔100분의 100미만 본인일부 부담금	㉕100분의 100미만 청구액	㉖100분의 100미만 보훈 청구액
의과	입원	1																
	외래	2																
치과	입원	3																
	외래	4																
한방	입원	5																
	외래	6																
조산		7																
DRG		10																

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	한방

차등수가 적용기준	차등지수								진료일수						
		.											.		

□「국민건강보험법 시행규칙」제19조제1항에 따라 요양급여비용의 심사를 청구합니다.
□「한국보훈복지의료공단법 시행령」제17조의2에 따라 진료비용의 심사를 청구합니다.

청구일자: 년 월 일

청 구 인: (서명 또는 날인)

□ 건강보험심사평가원장 귀하
□ 국민건강보험공단이사장 귀하
□ 한국보훈복지의료공단이사장 귀하

※ 첨 부: 요양급여비용명세서 매
전산매체 ( ) 매
처 방 전 매

주: 1. ※란은 건강보험심사평가원이 기재합니다.
2. 상급종합병원, 종합병원, 치과대학부속치과병원 및 한방병원 요양급여비용명세서의 진료분야별 분리 청구시 해당 진료분야 구분란에 표시(○)하여야 합니다.
3. 보험자 종별 구분: 건강보험 진료분은 기재하지 않으며, 보훈위탁진료 요양기관의 "보훈 국비환자(상이처, 무자격자)" 입원·외래진료분인 경우에만 "7"을 기재합니다.
4. '진료비총액', '보훈청구액', '보훈 본인일부부담금' 및 '100분의100미만 보훈청구액'은 보훈병원 또는 보훈위탁진료 요양기관의 '보훈국비(감면)환자' 진료분인 경우에 한하여 기재합니다.

(190㎜ x 268㎜ 신문용지 50g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령 [별지 제9호의2서식]

서식번호	G	I	0	1	(년 월분) **요양급여비용심사청구서**	보험자 종별 구분		※접수번호	

요양기관	①기 호		②명칭		③ 전화번호		④청구단위구분	
	⑤소재지				⑥ 우편번호			
	작성자 ⑦성명	(서명 또는 날인)			대행청구단 체 ⑨기호			
	⑧생년월일				⑩명칭			

구 분			⑪건수	⑫요양급여 비용총액 1	⑬본인 일부 부담금	⑱ 지원금	⑭ 청구액	⑮차등 수가 청구액	㉕본인 부담상한액 초과금총액	⑯요양급여 비용총액 2, 진료비총액	⑰보훈 청구액	⑲건강보험 100분의100 본인부담금 총액	⑳보훈 본인일부 부담금	㉑100분의 100미만 총액	㉒100분의 100미만 본인일부 부담금	㉓100분의 100미만 청구액	㉔100분의 100미만 보훈 청구액
약국	처방 조제	8															
	직접 조제	9															

	차등수가 적용기준	차등지수										조제일수							
			.												.				

□「국민건강보험법 시행규칙」제19조제1항에 따라 요양급여비용의 심사를 청구합니다.

□「한국보훈복지의료공단법 시행령」제17조의2에 따라 진료비용의 심사를 청구합니다.

청구일자: 년 월 일

청 구 인: (서명 또는 날인)

□ 건강보험심사평가원장 귀하

□ 국민건강보험공단이사장 귀하

□ 한국보훈복지의료공단이사장 귀하

※ 첨 부: 요양급여(의료급여)비용명세서 매
처 방 전 매

주: 1. ※ 란은 접수기관에서 기재합니다.
2. 보험자 종별 구분: 건강보험 조제분은 기재하지 않으며, 보훈위탁진료 요양기관에서 발행한 처방전에 따른 "보훈 국비환자(상이처, 무자격자)" 의 처방 조제분인 경우에만 "7" 을 기재합니다.
3. '진료비총액', '보훈청구액', '보훈 본인일부부담금' 및 '100분의100미만 보훈청구액' 은 보훈위탁진료 요양기관에서 발행한 처방전에 따른 보훈 국비(감면)환자' 또는 보훈병원에서 발행한 처방전에 따른 '보훈감면환자' 처방 조제분인 경우에 한하여 기재합니다.

(190㎜ x 268㎜ 신문용지 50g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령 [별지 제9호의3서식]

서식번호	G	I	0	1	(년 월분) **요양병원 요양급여비용심사청구서**	보험자 종별 구분		※접수번호	

요양기관	①기 호		②명칭		③전화번호		④청구단위구분	
	⑤소재지				⑥우편번호			
	작성자	⑦성명	(서명 또는 날인)		대행청구 단 체	⑨기호		
		⑧생년월일				⑩명칭		

구 분				⑪건수	⑫요양급여 비용총액 1	⑬본인 일부 부담금	⑲지원금	⑳장애인 의료비	⑭청구액	⑯본인 부담상한액 초과금총액	⑰요양급여 비용총액 2, 진료비총액	⑱보훈 청구액	㉑건강보험 100분의 100본인 부담금총액	㉒보훈 본인일부 부담금	㉓100분의 100미만 총액	㉔100분의 100미만 본인일부 부담금	㉕100분의 100미만 청구액	㉖100분의 100미만 보훈 청구액
의과	입원	장기환자	11															
		제외환자	1															
	외래		2															
치과	입원		3															
	외래		4															
한방	입원		5															
	외래		6															

□ 「국민건강보험법 시행규칙」 제19조제1항에 따라 요양급여비용의 심사를 청구합니다.

□ 「한국보훈복지의료공단법 시행령」 제17조의2에 따라 진료비용의 심사를 청구합니다.

첨 부: 요양급여비용명세서 매

전산매체 ( ) 매

처 방 전 매

청구일자: 년 월 일

청 구 인: (서명 또는 날인)

□ 건강보험심사평가원장 귀하

□ 국민건강보험공단이사장 귀하

□ 한국보훈복지의료공단이사장 귀하

주: 1. ※란은 건강보험심사평가원이 기재합니다.

2. 보험자 종별 구분: 건강보험 진료분은 기재하지 않으며, 보훈위탁진료 요양기관의 "보훈 국비환자(상이처, 무자격자)" 입원·외래 진료분인 경우에만 "7"을 기재합니다.

3. '진료비총액', '보훈청구액', '보훈 본인일부부담금' 및 '100분의100미만 보훈청구액'은 '보훈병원 또는 보훈위탁진료 요양기관의 '보훈국비(감면)환자' 진료분인 경우에 한하여 기재합니다.

(190㎜ x 268㎜ 신문용지 50g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령 [별지 제10호서식]

의과
입원

서식번호	G	I	0	2	**요양급여비용명세서**	요양기관
등록번호					증번호	기호	
가입자성명					공상 등 구분	명칭	
수진자성명					주민등록번호 -		

상병명	분류기호	수술	진료과목	상해외인	특정기호	면허종류	면허번호	당월요양개시일 / 최초입원개시일	당월요양급여일수 (투약일수포함)	진료결과
	.								일	
	.								일	
	.								일	

입원일수	일	기본진료, 약제, 특정재료 등(Ⅰ)	진료행위(Ⅱ)	처방전 발급번호			처방일수	
				점검번호				

구분			기본진료, 약제, 특정재료 등(Ⅰ)	진료행위(Ⅱ)	약품코드 (일반명 또는 제품명 코드)	약품명 (일반명 또는 제품명)		1회투약량	1일투여횟수	총투약일수	본인부담률 구분코드		
1. 진찰료 (외래관리료 포함)	①초 진	회	원	야간,공휴 회	코 드	분류 (예외구분코드)	단가	1회투약량	1일투여량 또는 실시횟수	총투여일수 또는 실시횟수	금액	면허종류	면허번호
	②재 진	회	원	야간,공휴 회									
	③의약품관리료		원										
	④응급 및 회송료		원										
2. 입원료	①일 반	일	원										
	②8세 미만의 소아	일	원										
	③중환자실	일	원										
	④격리병실	일	원										
	⑤신생아	일	원										
	⑥기 타	일	원										
	⑦기본식대		원										
	⑧가산식대		원										
3. 투약료 및 처방전	①내 복	일분	원	원									
	②외 용	일분	원	원									
	③처방전	회	원										
	④기 타	일분	원	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										
	②치 료	종	원	원									
S. 특수장비	①CT	회	원										
	②MRI	회	원										
	③PET	회	원										
A. 100분의50 본인부담	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
B. 100분의80 본인부담	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
D. 100분의30 본인부담	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
E. 100분의90 본인부담	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
U. 건강보험 100분의 100본인부담	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원	특정내역								
V. 보훈 등 100분의100 본인부담	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
W. 비급여	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원	수술 코드								

특수장비총액	원	19. 청구액	원	※심사내역	구 분	코 드	조 정	Ⅰ.Ⅱ
보훈 등 100분의100본인부담금총액	원	20. 본인부담상한액초과금	원					
비급여총액	원	21. 요양급여비용총액 2, 진료비총액	원					
11. 소계	원 원	22. 보훈청구액	원					
12. 가산율	% 원	23. 건강보험 100분의100본인부담금총액	원					
15. 요양급여비용총액 1	원	24. 보훈본인일부부담금	원					
16. 본인일부부담금	원	25. 100분의100미만 총액	원					감Ⅰ
17. 지원금	원	26. 100분의100미만 본인일부부담금	원					감Ⅱ
18. 장애인의료비	원	27. 100분의100미만 청구액	원					증Ⅰ
일련번호	※심사조정	28. 100분의100미만 보훈청구액	원		계			증Ⅱ

190㎜×320㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령 [별지 제10호의2서식]

의과
입원

요양급여비용명세서

서식번호	G	I	0	2
등록번호				
가입자성명				
수진자성명				

증번호	
공상 등 구분	
주민등록번호	-

요양기관	
기호	
명칭	

상병명	분류기호	수술	진료과목	상해외인	특정기호	면허종류	면허번호	당월요양개시일 / 최초입원개시일	당월요양급여일수 (투약일수포함)	진료결과
	.								일	
	.								일	
	.								일	

입원일수	일	기본진료, 약제, 특정재료 등(Ⅰ)	진료행위(Ⅱ)	처방전 발급번호		처방일수	
				점검번호			

구분			기본진료, 약제, 특정재료 등(Ⅰ)	진료행위(Ⅱ)	약품코드 (일반명 또는 제품명 코드)	약품명 (일반명 또는 제품명)		1회투약량	1일투여횟수	총투약일수	본인부담률 구분코드		
1. 진찰료 (외래관리료 포함)	①초 진	회	원	야간,공휴 회	코 드	분류 (예외구분코드)	단가	1회투약량	1일투여량 또는 실시횟수	총투여일수 또는 실시횟수	금액	면허종류	면허번호
	②재 진	회	원	야간,공휴 회									
	③의약품관리료		원										
	④응급 및 회송료		원										
2. 입원료	①일 반	일	원										
	②8세 미만의 소아	일	원										
	③중환자실	일	원										
	④격리병실	일	원										
	⑤신생아	일	원										
	⑥기 타	일	원										
	⑦기본식대		원										
	⑧가산식대		원										
3. 투약료 및 처방전	①내 복	일분	원	원									
	②외 용	일분	원										
	③처방전	회	원										
	④기 타	일분	원	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	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	원									
10.영상진단 및 방사선 치료료	①진 단	종	원	원									
	②치 료	종	원	원									
L. 장기요양	①	일	원										
S. 특수장비	①CT	회	원										
	②MRI	회	원										
	③PET	회	원										
A. 100분의50 본인부담	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
B. 100분의80 본인부담	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
D. 100분의30 본인부담	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
E. 100분의90 본인부담	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
U. 건강보험 100분의 100본인부담	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원	특정내역								
V. 보훈 등 100분의100 본인부담	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
W. 비급여	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원	수술 코드								

특수장비총액		원	19. 청구액	원		구 분	코 드	조 정	Ⅰ.Ⅱ
보훈 등 100분의100본인부담금총액		원	20. 본인부담상한액초과금	원					
비급여총액		원	21. 요양급여비용총액 2, 진료비총액	원	※				
11. 소계		원 원	22. 보훈청구액	원	심				
12. 가산율	%	원	23. 건강보험 100분의100본인부담금총액	원	사				
15. 요양급여비용총액 1		원	24. 보훈본인일부부담금	원	내				감Ⅰ
16. 본인일부부담금		원	25. 100분의100미만 총액	원	역				감Ⅱ
17. 지원금		원	26. 100분의100미만 본인일부부담금	원					증Ⅰ
18. 장애인의료비		원	27. 100분의100미만 청구액	원					증Ⅱ
일련번호		※심사조정	28. 100분의100미만 보훈청구액	원		계			

[요양병원 정액]

190㎜×320㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령 [별지 제11호서식]

의과
외래

서식번호	G	I	0	3

요양급여비용명세서

등록번호		증번호	
가입자성명		공상 등 구분	
수진자성명		주민등록번호	-

요양기관	
기호	
명칭	

상병명	분류기호	수술	진료과목	상해외인	특정기호	면허종류	면허번호	내원일자	요양급여일수 (원내투약일수포함)	진료결과
	.								일	
	.								일	
	.								일	

구분		기본진료, 약제, 특정재료 등(Ⅰ)	진료행위(Ⅱ)	처방전 발급번호		처방일수		본인부담금 발생횟수		직접조제 횟수	
				점검번호							
1. 진찰료 (외래관리료 포함)	①초 진 회	원	야간,공휴	약품코드 (일반명 또는 제품명 코드)	약품명 (일반명 또는 제품명)		1회투약량	1일투여횟수	총투약일수	본인부담률 구분코드		
	②재 진 회	원	야간,공휴	코드	분류 (예외구분코드)	단가	1회투약량	1일투여량 또는 실시횟수	총투여일수 또는 실시횟수	금액	면허종류	면허번호
	③의약품관리료	원										
	④응급 및 회송료	원										
	⑤가정간호기본방문료	원										
	⑥만성질환관리료 회	원										
3. 투약료 및 처방전	①내 복 일분	원	원									
	②외 용 일분	원	원									
	③처방전 회	원										
	④기 타 일분	원	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 방사선치료료	①진 단 종	원										
	②치 료 종	원	원									
S. 특수장비	①CT 회	원										
	②MRI 회	원										
	③PET 회	원										
T. 특수재료 및 관련 행위료	①치료재료	원										
	②진료행위	원	원									
A. 100분의50 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
B. 100분의80 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
D. 100분의30 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
E. 100분의90 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
U. 건강보험 100분의 100본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원	특정내역								
V. 보훈 등 100분의100 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
W. 비급여	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원	수술 코드								

투약료총액	원	17. 지원금	원	※심사내역	구분	코드	조정	Ⅰ.Ⅱ		
특수장비총액	원	18. 장애인의료비	원							
특수재료 및 관련 행위료 총액	원	19. 청구액	원							
보훈 등 100분의100본인부담금총액	원	20. 본인부담상한액초과금	원							
비급여총액	원	21. 요양급여비용총액 2, 진료비총액	원							
11. 소계	원	22. 보훈청구액	원							
12. 가산율	%	23. 건강보험 100분의100본인부담금총액	원					감Ⅰ		
15. 요양급여비용총액 1	원	24. 보훈본인일부부담금	원					감Ⅱ		
16. 본인일부부담금	원	25. 100분의100미만 총액	원					증Ⅰ		
일련번호		26. 100분의100미만 본인일부부담금	원					증Ⅱ		
수진자 일련번호	-	※심사조정		27. 100분의100미만 청구액	원		계			
				28. 100분의100미만 보훈청구액	원					

[일 자 별]

190㎜×320㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령 [별지 제11호의2서식]

의과
외래

요양급여비용명세서

서식번호	G	I	0	3
등록번호				
가입자성명				
수진자성명				

증번호	
공상 등 구분	
주민등록번호	-

요양기관

기호	
명칭	

상병명	분류기호	수술	진료과목	상해외인	특정기호	면허종류	면허번호	당월요양개시일	당월요양급여일수 (원내투약일수포함)	진료결과
	.								일	
	.								일	
	.								일	

총내원일수 [ ] 일 내원일 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

처방전 발급번호		처방일수		본인부담금 발생횟수		직접 조제 횟수	
점검번호							

구분		기본진료 약제,특정 재료(Ⅰ)	진료행위 (Ⅱ)	약품코드 (일반명 또는 제품명 코드)	약품명 (일반명 또는 제품명)		1회투약량	1일투여횟수	총투약일수	본인부담률 구분코드		
	①초 진 회	원	야간,공휴 회									
1. 진찰료 (외래관리료 포함)	②재 진 회	원	야간,공휴 회	코드	분류 (예외구분코드)	단가	1회투약량	1일투여량 또는 실시횟수	총투여일수 또는 실시횟수	금액	면허 종류	면허 번호
	③의약품관리료 ④응급 및 회송료 ⑤가정간호기본방문료	원 원 원										
	⑥만성질환관리료 회	원										
3. 투약료 및 처방전	①내 복 일분	원	원									
	②외 용 일분	원	원									
	③처방전 회	원										
	④기 타 일분	원	원									
4. 주사료	①피하 또는 근육내 일 ②정맥내 회 ③수액제 회 ④기 타 회 ⑤특정 재료 ⑥수 혈 회	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									
S. 특수장비	①CT 회	원	원									
	②MRI 회	원	원									
	③PET 회	원	원									
T. 특수재료 및 관련 행위료	①치료재료 ②진료행위	원 원	원									
A. 100분의50 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
B. 100분의80 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
D. 100분의30 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
E. 100분의90 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
U. 건강보험 100분의100본인부담	①의약품 ②치료재료 ③진료행위	원 원 원	원 원 원	특정내역								
V. 보훈 등 100분의100 본인부담	①의약품 ②치료재료 ③진료행위	원 원 원	원 원 원									
W. 비급여	①의약품 ②치료재료 ③진료행위	원 원 원	원 원 원	수술 코드								

투약료총액	원	18. 장애인의료비	원
특수장비총액	원	19. 청구액	원
특수재료 및 관련 행위료 총액	원	20. 본인부담상한액초과금	원
보훈 등 100분의100본인부담금총액	원	21. 요양급여비용총액 2, 진료비총액	원
비급여 총액	원	22. 보훈청구액	원
11. 소계	원	23. 건강보험 100분의100본인부담금총액	원
12. 가산율	%	24. 보훈본인일부부담금	원
15. 요양급여비용총액 1	원	25. 100분의100미만 총액	원
16. 본인일부부담금	원	26. 100분의100미만 본인일부부담금	원
17. 지원금	원	27. 100분의100미만 청구액	원
일련번호	※심사조정	28. 100분의100미만 보훈청구액	원

※ 심사내역

구분	코드	조정	Ⅰ.Ⅱ
			감Ⅰ
			감Ⅱ
			증Ⅰ
			증Ⅱ
계			

[정 률]

190㎜×320㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령 [별지 제11호의3서식]

의과
외래

서식번호	G	I	0	3	**요양급여비용명세서**		요양기관 기호	
등록번호					증번호			
가입자성명					공상 등 구분		요양기관 명칭	
수진자성명					주민등록번호	-		

상병명	분류기호	수술	진료과목	상해외인	특정기호	면허종류	면허번호	당월요양개시일	당월요양급여일수 (원내투약일수포함)	진료결과
	.								일	
	.								일	
	.								일	

총내원일수	일	내원일	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

구분		기본진료 약제,특정 재료(Ⅰ)	진료행위 (Ⅱ)	처방전 발급번호		처방일수		본인부담금 발생횟수		직접 조제 횟수	
				점검번호							
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,공휴 회	코드	분류 (예외구분코드)	단가	1회투약량	1일투여량 또는 실시횟수	총투여일수 또는 실시횟수	금액	면허 종류 / 면허 번호
	③의약품관리료	원									
	④응급 및 회송료	원									
	⑤가정간호기본방문료	원									
	⑥만성질환관리료 회	원									
3. 투약료 및 처방전	①내 복 일분	원	원								
	②외 용 일분	원	원								
	③처방전 회	원									
	④기 타 일분	원	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									
	②위탁검사관리	원									
	③위탁검사 종	원	원								
10.영상진단 및 방사선치료료	①진 단 종	원	원								
	②치 료 종	원	원								
S. 특수장비	①CT 회	원	원								
	②MRI 회	원	원								
	③PET 회	원	원								
T. 특수재료 및 관련 행위료	①치료재료	원									
	②진료행위	원	원								
A. 100분의50 본인부담	①의약품	원	원								
	②치료재료	원	원								
	③진료행위	원	원								
B. 100분의80 본인부담	①의약품	원	원								
	②치료재료	원	원								
	③진료행위	원	원								
D. 100분의30 본인부담	①의약품	원	원								
	②치료재료	원	원								
	③진료행위	원	원								
E. 100분의90 본인부담	①의약품	원	원								
	②치료재료	원	원								
	③진료행위	원	원								
U. 건강보험 100분의 100본인부담	①의약품	원	원								
	②치료재료	원	원								
	③진료행위	원	원								
V. 보훈 등 100분의100 본인부담	①의약품	원	원								
	②치료재료	원	원								
	③진료행위	원	원								
W. 비급여	①의약품	원	원								
	②치료재료	원	원								
	③진료행위	원	원								

특정내역	
수술 코드	

투약료총액	원	18. 장애인의료비	원	※ 심사내역	구분	코드	조정	Ⅰ.Ⅱ
특수장비총액	원	19. 청구액	원					
특수재료 및 관련 행위료 총액	원	20. 본인부담상한액초과금	원					
보훈 등 100분의100본인부담금총액	원	21. 요양급여비용총액 2, 진료비총액	원					
비급여총액	원	22. 보훈청구액	원					
11. 소계	원	23. 건강보험 100분의100본인부담금총액	원					
12. 가산율	% 원	24. 보훈본인일부부담금	원					감Ⅰ
15. 요양급여비용총액 1	원	25. 100분의100미만 총액	원					감Ⅱ
16. 본인일부부담금	원	26. 100분의100미만 본인일부부담금	원					증Ⅰ
17. 지원금	원	27. 100분의100미만 청구액	원					증Ⅱ
일련번호	※심사조정	28. 100분의100미만 보훈청구액	원		계			

[정 액]

190㎜×320㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령 [별지 제12호서식]

치과
입원

서식번호	G	I	0	4

요양급여비용명세서

등록번호		증번호		요양기관 기호	
가입자성명		공상 등 구분		요양기관 명칭	
수진자성명		주민등록번호	-		

상병명	분류기호	수술	진료과목	상해외인	특정기호	면허종류	면허번호	당월요양개시일 / 최초입원개시일	당월요양급여일수 (투약일수포함)	진료결과
	.								일	
	.								일	
	.								일	

입원일수	일	기본진료, 약제, 특정재료 등(Ⅰ)	진료행위(Ⅱ)	처방전 발급번호		처방일수	
구분				점검번호			

구분			기본진료, 약제, 특정재료 등(Ⅰ)	진료행위(Ⅱ)	약품코드 (일반명 또는 제품명 코드)	약품명 (일반명 또는 제품명)		1회투약량	1일투여횟수	총투약일수	본인부담률 구분코드		
1. 진찰료 (외래관리료 포함)	①초 진	회	원	야간,공휴 회									
	②재 진	회	원	야간,공휴 회	코드	분류 (예외구분코드)	단가	1회투약량	1일투여량 또는 실시횟수	총투여일수 또는 실시횟수	금액	면허종류	면허번호
	③의약품관리료		원										
	④응급 및 회송료		원										
2. 입원료	①일 반	일	원										
	②기 타	일	원										
	③기본식대		원										
	④가산식대		원										
3. 투약료 및 처방전	①내 복	일분	원	원									
	②외 용	일분	원	원									
	③처방전	회	원										
	④기 타	일분	원	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									
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										
	②MRI	회	원										
	③PET	회	원										
A. 100분의50 본인부담	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
B. 100분의80 본인부담	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
D. 100분의30 본인부담	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
E. 100분의90 본인부담	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
U. 건강보험 100분의 100본인부담	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원	특정내역								
V. 보훈 등 100분의100 본인부담	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
W. 비급여	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원	수술 코드								

특수장비총액	원	19. 청구액	원	※ 심사내역	구분	코드	조정	Ⅰ.Ⅱ
보훈 등 100분의100본인부담금총액	원	20. 본인부담상한액초과금	원					
비급여총액	원	21. 요양급여비용총액 2, 진료비총액	원					
11. 소계	원 원	22. 보훈청구액	원					
12. 가산율	% 원	23. 건강보험 100분의100본인부담금총액	원					
15. 요양급여비용총액 1	원	24. 보훈본인일부부담금	원					감Ⅰ
16. 본인일부부담금	원	25. 100분의100미만 총액	원					감Ⅱ
17. 지원금	원	26. 100분의100미만 본인일부부담금	원					증Ⅰ
18. 장애인의료비	원	27. 100분의100미만 청구액	원					증Ⅱ
일련번호	※ 심사조정	28. 100분의100미만 보훈청구액	원		계			

190㎜×320㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령 [별지 제13호서식]

치과
외래

서식번호	G	I	0	5
등록번호				
가입자성명				
수진자성명				

요양급여비용명세서

증번호	
공상 등 구분	
주민등록번호	-

요양기관	
기호	
명칭	

상병명	분류기호	수술	진료과목	상해외인	특정기호	명절중복	멸혈번호	내원일자	요양급여일수 (원내투약일수포함)	진료결과
	.								일	
	.								일	
	.								일	

처방전 발급번호		처방일수		본인부담금 발생횟수		직접조제 횟수	
점검번호							

구분		기본진료, 약제, 특정재료 등(Ⅰ)	진료행위(Ⅱ)	약품코드 (일반명 또는 제품명 코드)	약품명 (일반명 또는 제품명)		1회투약량	1일투여횟수	총투약일수	본인부담률 구분코드		
			야간,공휴	코드	분류 (예외부분코드)	단가	1회투약량	1일투여량 또는 1일실시횟수	총투여일수 또는 실시횟수	금액	멸혈중복	멸혈번호
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. 투약료 및 처방전	①내 복 일부 ②외 용 일분	원 원	원 원									
	③처방전 회	원	원									
	④기 타 일분	원	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 / 즉발근종 / 근관와동 / 근관성형	원	원									
	발×수 / 근세척 / 근×충 / 근관확대	원	원									
	치면세마 / 치근활택술 / 후 처 치 / 내소염	원	원									
	치석제거 / 치주소파 / 치은방리 / 치은절제	원	원									
	치주처치 / 교합조정 / 러버댐 / 응급근관	원	원									
	층전용연마 / 신불착 / 보철물제거 / 치아진정	원	원									
	발육치 / 전 / 구 / 낭 / 맹	원	원									
	충 와 1면 / 캄 2면 / 전 4면 / 봉 1면 / 체 2면 / 4면 / 완 1면 / 충 2면 / 4면	원	원									
	기 타	원	원									
9. 검사료	①자체검사 종 ②위탁검사관리 ③위탁검사 종	원 원 원	원									
10. 영상진단 및 방사선치료료	①진 단 종 ②치 료 종	원 원	원									
S. 특수장비	①CT 회	원										
	②MRI 회	원										
	③PET 회	원										
A. 100분의50 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
B. 100분의80 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
D. 100분의30 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
E. 100분의90 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
U. 건강보험 100분의 100본인부담	①의약품 ②치료재료 ③진료행위	원 원 원	원 원 원	특정내역								
V. 보훈 등 100분의100 본인부담	①의약품 ②치료재료 ③진료행위	원 원 원	원 원 원									
W. 비급여	①의약품 ②치료재료 ③진료행위	원 원 원	원 원 원	수술 코드								

투약료총액	원	18. 장애인의료비	원	※ 심사내역	구분	코드	조정	Ⅰ,Ⅱ
특수장비총액	원	19. 청구액	원					
보훈 등 100분의100본인부담금총액	원	20. 본인부담상한액초과금	원					
비급여총액	원	21. 요양급여비용총액 2, 진료비총액	원					
11. 소계	원 원	22. 보훈청구액	원					
12. 가산율	% 원	23. 건강보험 100분의100본인부담금총액	원					
15. 요양급여비용총액 1	원	24. 보훈본인일부부담금	원					감Ⅰ
16. 본인일부부담금	원	25. 100분의100미만 총액	원					감Ⅱ
17. 지원금	원	26. 100분의100미만 본인일부부담금	원					증Ⅰ
일련번호	※심사조정	27. 100분의100미만 청구액	원					증Ⅱ
수진자 일련번호 -		28. 100분의100미만 보훈청구액	원		계			

[일 자 별]

190㎜×320㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령 [별지 제13호의2서식]

치과
외래

요양급여비용명세서

서식번호	G	I	0	5
등록번호				
가입자성명				
수진자성명				

증번호	
공상 등 구분	
주민등록번호	-

요양기관	
기호	
명칭	

상병명	분류기호	수술	진료과목	상해외인	특정기호	면허종류	면허번호	당월요양개시일	당월요양급여일수 (원내투약횟수포함)	진료결과
	.								일	
	.								일	
	.								일	

총내원일수 ( ) 일 내원일 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

처방전 발급번호 / 점검번호 / 처방일수 / 본인부담금 발생횟수 / 직전 조제 횟수

구분		기본진료약제, 특정재료(Ⅰ)	진료행위(Ⅱ)	약품코드 (일반명 또는 제품명 코드)	약품명 (일반명 또는 제품명)		1회투약량	1일투여횟수	총투약일수	본인부담률 구분코드		
				코드	분류 (예외부분코드)	단가	1회투약량	1일투여량 또는 실시횟수	총투여일수 실시횟수	금액	면허종류	면허번호
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. 투약료 및 처방전	①내 복 일분	원	원									
	②외 용 일분	원	원									
	③처방전 회	원	원									
	④기 타 일분	원	원									
4. 주사료	①피하 또는 근육내 일회	원	원									
	②정 맥 내 일회	원	원									
	③수 액 제 회	원	원									
	④기 타 회	원	원									
	⑤특정 재료 회	원	원									
	⑥수 혈 회	원	원									
5. 마취료	① 회	원	원									
8. 처치 및 수술료	보통 × / 복조 × / 즉처 × / 지각과민 ×	원	원									
	치수절단 × / 즉발근층 × × / 근관와동 × / 근관성형 ×	원	원									
	발수 × / 근세척 × / 근 × 증 / 근관확대 ×	원	원									
	치면세마 × / 치근활택술 × / 후처치 × × × × / 내소염 × × × ×	원	원									
	치석제거 × / 치주소파 × / 치은박리 × × / 치은절제 ×	원	원									
	치주처치 × × / 교합조정 × / 러버댐 × / 응급근관 ×	원	원									
	층전물연마 × / 신부착 × / 보철물제거 × × / 치아진정 ×	원	원									
	발유치 × 전 × 구 × 난 × 매 ×××	원	원									
	층 전 아 말 감 전 1면 × 2면 × 3면 × 4면 × / 봉 합 레 진 1면 × 2면 × 3면 × 4면 × / 와 동 형 성 1면 × 2면 × 3면 × 4면 ×	원	원									
	기 타	원	원									
9. 검사료	①장체검사 종 ②임상검사관리 종 ③위내시경 종	원 원 원	원									
10. 영상진단 및 방사선치료료	①진 단 종 ②치 료 종	원 원	원									
S. 특수장비	①CT 회	원	원									
	②MRI 회	원	원									
	③PET 회	원	원									
A. 100분의50 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
B. 100분의80 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
D. 100분의30 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
E. 100분의90 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
U. 건강보험 100분의100 100분의30 본인부담	①의약품 ②치료재료 ③진료행위	원 원 원	원 원 원	특정내역								
V. 보훈 등 100분의100 본인부담	①의약품 ②치료재료 ③진료행위	원 원 원	원 원 원									
W. 비급여	①의약품 ②치료재료 ③진료행위	원 원 원	원 원 원	수술 코드								

투약료총액	원	19. 청구액	원	※심사내역	구분	코드	조정	Ⅰ.Ⅱ
특수장비총액	원	20. 본인부담상한액초과금	원					
보훈 등 100분의100본인부담금총액	원	21. 요양급여비용총액 2, 진료비총액	원					
비급여총액	원	22. 보훈청구액	원					
11. 소계	원	23. 건강보험 100분의100본인부담금총액	원					
12. 가산율 %	원	24. 보훈본인일부부담금	원					
15. 요양급여비용총액 1	원	25. 100분의100미만 총액	원					감Ⅰ
16. 본인일부부담금	원	26. 100분의100미만 본인일부부담금	원					감Ⅱ
17. 지원금	원	27. 100분의100미만 청구액	원					증Ⅰ
18. 장애인의료비	원	28. 100분의100미만 보훈청구액	원					증Ⅱ
일련번호	※심사조정				계			

[정 률]

190㎜×320㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령 [별지 제13호의3서식]

치과
외래

서식번호	G	I	0	5
등록번호				
가입자성명				
수진자성명				

요양급여비용명세서

증번호	
공상 등 구분	
주민등록번호	-

요양기관	
기호	
명칭	

상병명	분류기호	수술	진료내역	상해외인	특정기호	명절본인부담	면허번호	당월요양개시일	당월요양급여일수 (외래투약료일수포함)	진료결과
	.								일	
	.								일	
	.								일	

총내원일수		일	내원일	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

처방전 발급번호		처방일수		본인부담금 발생횟수		직접 조제횟수	
점검번호							

구분		기본진료약제, 특정재료(Ⅰ)	진료행위(Ⅱ)	약품코드 (일반명 또는 제품명 코드)	약품명 (일반명 또는 제품명)		1회투약량	1일투여횟수	총투약일수	본인부담률 구분코드		
			야간,공휴	코드	분류 (예외구분코드)	단가	1회투약량	1일투약량 또는 실시횟수	총투여일수 또는 실시횟수	금액	면허 종류	면허 번호
1. 진찰료 (외래관리료 포함)	①초 진 회	원	야간,공휴 회									
	②재 진 회	원	야간,공휴 회									
	③의약품관리료	원										
	④응급 및 회송료	원										
3. 투약료 및 처방전	①내 복 일분	원	원									
	②외 용 일분	원	원									
	③처방전 회	원										
	④기 타 일분	원	원									
4. 주사료	①피하 또는 근육내 일	원	원									
	②정 맥 내 일	원	원									
	③수 액 제 회	원	원									
	④기 타 회	원	원									
	⑤특정 재료	원										
	⑥수 혈 회	원	원									
5. 마취료	① 회	원	원									
8. 처치 및 수술료	보통 / 복조 / 즉처 / 지각과민	원	원									
	치수절단 / 즉발근충 / 근관와동 / 근관성형	원	원									
	발수 / 근세척 / 근충 / 근관확대	원	원									
	치면세마 / 치근활택술 / 후처치 / 내소염	원	원									
	치석제거 / 치주소파 / 치은발리 / 치은절제	원	원									
	치주처치 / 교합조정 / 러빙댑 / 응급근관	원	원									
	충전물연마 / 신부착 / 보철물제거 / 치아진정	원	원									
	발육치 전 / 구 / 낭 / 매	원	원									
	충전 와동 1면 2면 3면 4면 / 복합레진 1면 2면 3면 4면 / 와동형성 1면 2면 3면	원	원									
	기 타	원	원									
9. 검사료	①자체검사 종	원	원									
	②위탁검사관리	원										
	③위탁검사 종	원	원									
10. 영상진단 및 방사선 치료료	①진 단 촬영	원	원									
	②치 료 촬영	원	원									
S. 특수장비	①CT 회	원	원									
	②MRI 회	원	원									
	③PET 회	원	원									
A. 100분의50 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
B. 100분의80 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
D. 100분의30 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
E. 100분의90 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
U. 건강보험 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	수술 코드								
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									

투약료총액	원	19. 청구액	원
특수장비총액	원	20. 본인부담상한액초과금	원
보훈 등 100분의100본인부담금총액	원	21. 요양급여비용총액 2, 진료비총액	원
비급여총액	원	22. 보훈청구액	원
11. 소계	원	23. 건강보험 100분의100본인부담금총액	원
12. 가산율	%	24. 보훈본인일부부담금	원
15. 요양급여비용총액 1	원	25. 100분의100미만 총액	원
16. 본인일부부담금	원	26. 100분의100미만 본인일부부담금	원
17. 지원금	원	27. 100분의100미만 청구액	원
18. 장애인의료비	원	28. 100분의100미만 보훈청구액	원
일련번호	※심사조정		

※ 심사내역

구분	코드	조정	Ⅰ,Ⅱ
			감Ⅰ
			감Ⅱ
			증Ⅰ
			증Ⅱ
계			

[정 액]

190㎜×320㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령 [별지 제14호서식]

서식번호	GI06	**조 산 원 요 양 급 여 비 용 명 세 서**	요양기관	
진료형태	입원		기 호	
			명 칭	

일련번호	증번호	공상 등 구분	가입자(세대주) 성명	수 진 자		당월요양개 시 일	입원일수	당월요양급여일수(투약일수 포함)	조산구분	시간	가산구분	다태아 여 부	요양급여비용							※ 심사내역	
				성명	주민등록번호								식대		요양급여비용총액 1	본인일부 부 담 금	장애인 의료비	청구액	요양급여비용총액 2	건강보험 100분의 100본인 부담금 총액	증	감
													기본	가산								
특정항목														합계								

주: 1. ※ 란은 건강보험심사평가원이 기재
2. '조산구분' 란은 초산 ①, 경산 ②, 골반위만출술 ③, 자궁내장치 ④로 기재
3. '시간' 란은 주간 ①, 18시~09시(22시~06시 제외) 또는 공휴일 ②, 22시~06시 ③으로 기재
4. '가산구분' 란은 고위험 분만 ①, 분만취약지 분만 ②, 고위험 분만과 분만취약지 분만 동시적용 ③으로 기재
5. '다태아 여부' 란은 쌍태아 ②, 삼태아 ③ 등으로 기재
6. '식대(기본)' 란은 기본식사종류(일반식, 치료식, 멸균식, 분유, 산모식, 경관영양 유동식)에 따른 총액, '식대(가산)' 란에는 식사가산종류(영양사, 조리사, 치료식 영양관리료, 직영)에 따른 총액을 기재
7. '특정항목' 란은 보건복지부장관이 인정하는 항목 및 상대가치점수표 제6편제1부 산정하는 경우 해당 구분코드를 기재하며, 코드가 여러 개인 경우는 '/' 로 구분하여 기재(예: 04/05)
분만지역정책수가 '04', 분만안전정책수가 '05'

320mm × 190mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령 [별지 제15호서식]

서식번호	GI07	**보 건 기 관 요 양 급 여 비 용 명 세 서**	요양기관	
진료형태	입원		기 호	
			명 칭	

일련번호	증번호	가입자(세대주) 성명	공상 등 구분	수진자		상병		진료과	면허종류	면허번호	당월요양개시일	입원일수	당월요양급여일수(투약일수 포함)	요양급여비용										※ 심사내역	
				성명	주민등록번호	상병명	분류기호							보훈 등 100분의 100본인부담금 총액	비급여 총액	요양급여비용 총액 1	본인일부부담금	지원금	청구액	요양급여비용 총액 2, 진료비 총액	보훈 청구액	건강보험 100분의 100본인부담금 총액	보훈 본인일부부담금	증	감

진 료 내 역 (의 약 품)							진 료 내 역 (의 약 품)						
코 드	분 류	단 가	1일 투여횟수 또는 실시횟수	총 투여일수 또는 실시횟수	금 액	급여구분	코 드	분 류	단 가	1일 투여횟수 또는 실시횟수	총 투여일수 또는 실시횟수	금 액	급여구분

주: 1. ※ 란은 건강보험심사평가원이 기재합니다.
2. 진료과란은 의과①, 치과②, 조산③, 의과(피임시술)④, 물리치료⑤의 순으로 기재하되, 각 진료과목별 소계를 분류하여야 합니다.
3. 보건기관에서 18시 ~ 09시 또는 공휴일에 조산하여 소정금액의 50%를 가산하는 경우에는 조산시각 또는 공휴일임을 "상병명" 란에 기재하여야 합니다.
4. 치과의 경우 상병명은 임상진단명을 기재하되 상병 부위(치식)를 기재합니다.
5. 보훈위탁진료 보건기관의 보훈 국비환자 진료분인 경우 급여구분란에 보훈 등 100분의100본인부담 진료내역(의약품)은 'V', 비급여 진료내역(의약품)은 'W'를 기재합니다.

320㎜ × 190㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 [별지 제16호서식]

서식번호	G108	보 건 기 관 요 양 급 여 비 용 명 세 서	요양기관	
진료형태	외래		기 호	
			명 칭	

일련번호	증번호	가입자(세대주) 성 명	공상 등 구분	수진자		상병		진료과	면허종류	면허번호	당월 요양 개시일	방문 횟수	진찰 횟수	투약 일수	물리치료 일수	예외구분코드	당월 요양급여 일수(원내 투약 일수 포함)	요양급여비용										※ 심사내역	
				성명	주민등록번호	상병명	분류기호											보훈 등 100분의 100본인 부담금 총액	비급여 총액	요양급여 비용 총액 1	본인 일부 부담금	지원금	청구액	요양급여 비용총액 2, 진료비총액	보훈 청구액	건강보험 100분의 100본인 부담금 총액	보훈 본인일부 부담금	증	감

진 료 내 역 (의 약 품)							진 료 내 역 (의 약 품)						
코 드	분 류	단 가	1일 투여횟수 또는 실시횟수	총 투여일수 또는 실시횟수	금 액	급여구분	코 드	분 류	단 가	1일 투여횟수 또는 실시횟수	총 투여일수 또는 실시횟수	금 액	급여구분

주: 1. ※ 란은 건강보험심사평가원이 기재합니다.
2. 진료과란은 의과①, 치과②, 조산③, 의과(피임시술)④, 물리치료⑤, 한방시술단독⑦, 한방투약단독⑧, 한방시술과, 투약병행⑨의 순으로 기재하되, 각 진료과목별 소계를 분류하여야 합니다.
3. 치과의 경우 상병명은 임상진단명을 기재하되, 상병 부위(치식)를 기재합니다.
4. 같은 진료과이고 본인부담금 산정방법이 같은 경우에는 한 줄에 통합하여 작성합니다.
5. 보건진료소는 진료내역(의약품)을 기재하지 않습니다.
6. 보훈위탁진료 보건기관의 보훈 국비환자 진료분인 경우 급여구분란에 보훈 등 100분의100본인부담 진료내역(의약품)은 'V', 비급여 진료내역(의약품)은 'W'를 기재합니다.

320㎜ × 190㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 [별지 제16호의2서식]

서식번호	G108	보 건 기 관 요 양 급 여 비 용 명 세 서	요양기관
진료형태	외래		기 호
			명 칭

일련번호	증번호	가입자(세대주) 성 명	공상 등 구분	수진자		상병		진료과	면허종류	면허번호	당월요양개시일	방문횟수	진찰횟수	투약일수	물리치료일수	예외구분코드	원외처방			당월요양급여일수(원내투약일수포함)	요양급여비용										※ 심사내역	
				성명	주민등록번호	상병명	분류기호										처방전발급횟수	처방전발급번호 / 점검번호	총처방일수		보훈 등 100분의100본인부담금 총액	비급여 총액	요양급여비용 총액 1	본인일부부담금	지원금	청구액	요양급여비용 총액 2, 진료비 총액	보훈 청구액	건강보험 100분의100본인부담금 총액	보훈 본인일부부담금	증	감

원 외 처 방 내 역 및 진 료 내 역 (의 약 품)

처방전발급번호	약품코드(일반명 또는 제품명코드)	약품명(일반명 또는 제품명)	1회투약량	1일투여횟수	총투약일수	본인부담률구분코드	
	코 드	분 류	단 가	1일 투여횟수 또는 실시횟수	총 투여일수 또는 실시횟수	금 액	급여구분

원 외 처 방 내 역 및 진 료 내 역 (의 약 품)

처방전발급번호	약품코드(일반명 또는 제품명코드)	약품명(일반명 또는 제품명)	1회투약량	1일투여횟수	총투약일수	본인부담률구분코드	
	코 드	분 류	단 가	1일 투여횟수 또는 실시횟수	총 투여일수 또는 실시횟수	금 액	급여구분

주: 1. ※ 란은 건강보험심사평가원이 기재합니다.
2. 진료과란은 의과①, 치과②, 조산③, 의과(피임시술)④, 물리치료⑤, 한방시술단독⑦, 한방투약단독⑧, 한방시술과투약병행⑨의 순으로 기재합니다.
3. 치과의 경우 상병명은 임상진단명을 기재하되 상병 부위(치식)를 기재합니다.
4. 같은 진료과이고 본인부담금 산정방법이 같은 경우에는 한 줄에 통합하여 작성합니다.
5. 원외처방내역은 "처방전 교부번호"를 기재한 순서대로 각각 구분하여 처방전교부번호, 코드, 약품명, 1회투약량, 1일투여횟수, 총투약일수, 본인부담률구분코드를 기재합니다.
6. 본인부담률구분코드는 요양급여 중 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제4호 및 제6호에 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
7. 보훈위탁진료 보건기관의 보훈 국비환자 진료분인 경우 급여구분란에 보훈 등 100분의100본인부담 진료내역(의약품)은 'V', 비급여 진료내역(의약품)은 'W'를 기재합니다.

320㎜ × 190㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령 [별지 제17호서식]

한방
입원

서 식 번 호	G	I	0	12
등록번호				
가 입 자 성 명				
수 진 자 성 명				

요양급여비용명세서

증번호	
공상 등 구분	
주민등록번호	-

요 양 기 관	
기 호	
명 칭	

상 병 명	한방상병 분류기호	진료과목	특정기호	상해외인	면허 종류	면허 번호	당월요양개시일 / 최초입원개시일	당월요양급여일수 (투약일수포함)	진료결과
	.	.						일	
	.							일	
	.							일	

처 방 명		
입 원 일 수		일

구 분			기본진료, 약제 등(Ⅰ)	진료행위(Ⅱ)	분 류	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								
	②8세 미만의 소아	일	원								
	③중환자실	일	원								
	④기본식대		원								
	⑤가산식대		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	원							
5. 검사료	①양도락검사	회		원							
	②맥전도검사	회		원							
	③경락기능검사	회		원							
	④기타	회		원							
A. 100분의50 본인부담	①의약품		원	원							
	②치료재료		원	원							
	③진료행위		원	원							
B. 100분의80 본인부담	①의약품		원	원							
	②치료재료		원	원							
	③진료행위		원	원							
D. 100분의30 본인부담	①의약품		원	원							
	②치료재료		원	원							
	③진료행위		원	원							
E. 100분의90 본인부담	①의약품		원	원							
	②치료재료		원	원							
	③진료행위		원	원							
U. 건강보험 100분의100본인부담	①의약품		원	원							
	②치료재료		원	원							
	③진료행위		원	원							
V. 보훈 등 100분의100본인 부담	①의약품		원	원							
	②치료재료		원	원							
	③진료행위		원	원							
W. 비급여	①의약품		원	원	특정내역						
	②치료재료		원	원							
	③진료행위		원	원							

보훈 등 100분의100본인부담금총액	원	18. 본인부담상한액초과금	원	※심사내역	구 분 / 코 드 / 조 정 / Ⅰ,Ⅱ
비급여총액	원	19. 요양급여비용총액 2, 진료비총액	원		
11. 소계	원 원	20. 보훈청구액	원		
12. 가산율	% 원	21. 건강보험 100분의100본인부담금총액	원		
13. 요양급여비용총액 1	원	22. 보훈본인일부부담금	원		
14. 본인일부부담금	원	23. 100분의100미만 총액	원		
15. 지원금	원	24. 100분의100미만 본인일부부담금	원		감Ⅰ
16. 장애인의료비	원	25. 100분의100미만 청구액	원		감Ⅱ
17. 청구액	원	26. 100분의100미만 보훈청구액	원		증Ⅰ
일련번호	※심사조정				증Ⅱ
					계

190㎜×320㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령 [별지 제18호서식]

한방
외래

서식번호	G	I	0	13	**요양급여비용명세서**		요양기관 기호	
등록번호					증번호		요양기관 명칭	
가입자 성명					공상 등 구분			
수진자 성명					주민등록번호	-		

상병명	한방상병 분류기호	진료과목	특정기호	상해외인	면허종류	면허번호	내원일자	요양급여일수 (원내투약일수 포함)	본인부담금 발생횟수	직접 조제 횟수	진료 결과
	.							일			
	.							일			
	.							일			

처방명

구분		기본진료, 약제 등(Ⅰ)	진료행위(Ⅱ)	분류	단가	1일투여량 또는 실시횟수	총투여일수 또는 실시횟수	금액	면허종류	면허번호
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								
	②처방조제·복약지도료 일분		원							
4. 시술료 및 처치료	①침술 회		원							
	②구술 회		원							
	③부향술 회		원							
	④처치료 회		원							
	⑤기 타 회	원	원							
5. 검사료	①양도락검사 회		원							
	②맥전도검사 회		원							
	③경락기능검사 회		원							
	④기타 회		원							
A. 100분의50 본인부담	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원							
	③진료행위	원	원							
B. 100분의80 본인부담	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원							
	③진료행위	원	원							
D. 100분의30 본인부담	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원							
	③진료행위	원	원							
E. 100분의90 본인부담	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원							
	③진료행위	원	원							
U. 건강보험 100분의100본인부담	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원							
	③진료행위	원	원							
V. 보훈 등 100분의100본인부담	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원							
	③진료행위	원	원							
W. 비급여	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원	특정내역						
	③진료행위	원	원							

보훈 등 100분의100본인부담금총액	원			18. 본인부담상한액초과금	원		구분	코드	조정	Ⅰ.Ⅱ
비급여총액	원			19. 요양급여비용총액 2, 진료비총액	원					
11. 소계	원		원	20. 보훈청구액	원					
12. 가산율		%	원	21. 건강보험 100분의100본인부담금총액	원	※				
13. 요양급여비용총액 1	원			22. 보훈본인일부부담금	원	심				
14. 본인일부부담금	원			23. 100분의100미만 총액	원	사				
15. 지원금	원			24. 100분의100미만 본인일부부담금	원	내				감Ⅰ
16. 장애인의료비	원			25. 100분의100미만 청구액	원	역				감Ⅱ
17. 청구액	원			26. 100분의100미만 보훈청구액	원					증Ⅰ
일련번호		※심사조정								증Ⅱ
수진자 일련번호	-						계			

[일 자 별]

190mm×320mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령 [별지 제18호의2서식]

한방
외래

서 식 번 호	G	I	0	13
등록번호				
가 입 자 성 명				
수 진 자 성 명				

요양급여비용명세서

증번호	
공상 등 구분	
주민등록번호	-

요 양 기 관	
기 호	
명 칭	

상 병 명	한방상병 분류기호	진료과목	특정기호	상해외인	면허 종류	면허 번호	당월요양개시일	당월 요양급여일수 (원내투약일수포함)	본인부담금 발생횟수	직접 조제 횟수	진료 결과
	.							일			
	.							일			
	.							일			

처 방 명	

총 내원일수		일	내원일	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

구 분			기본진료, 약제 (Ⅰ)	진료행위 (Ⅱ)	분 류	단가	1일투여량 또는 실시횟수	총투여일수 또는 실시횟수	금 액	면허 종류	면허 번호
1. 진찰료 (외래관리료 포함)	①초진	회	원	야간,공휴 회							
	②재진	회	원	야간,공휴 회							
	③기타		원								
	④가정간호기본방문료		원								
3. 투약료	①내복약	일분	원								
	②처방·조제·복약지도료	일분		원							
4.시술료 및 처치료	①침술	회		원							
	②구술	회		원							
	③부항술	회		원							
	④처치료	회		원							
	⑤기 타	회		원							
5. 검사료	①양도락검사	회		원							
	②맥전도검사	회		원							
	③경락기능검사	회		원							
	④기타	회		원							
A. 100분의50 본인부담	①의약품		원	원							
	②치료재료		원	원							
	③진료행위		원	원							
B. 100분의80 본인부담	①의약품		원	원							
	②치료재료		원	원							
	③진료행위		원	원							
D. 100분의30 본인부담	①의약품		원	원							
	②치료재료		원	원							
	③진료행위		원	원							
E. 100분의90 본인부담	①의약품		원	원							
	②치료재료		원	원							
	③진료행위		원	원							
U. 건강보험 100분의100본인부담	①의약품		원	원							
	②치료재료		원	원							
	③진료행위		원	원							
V. 보훈 등 100분의100본인부담	①의약품		원	원							
	②치료재료		원	원							
	③진료행위		원	원							
W. 비급여	①의약품		원	원							
	②치료재료		원	원	특정내역						
	③진료행위		원	원							

보훈 등 100분의100본인부담금총액	원	18. 본인부담상한액초과금	원	※심사내역	구 분 / 코 드 / 조 정 / Ⅰ.Ⅱ
비급여총액	원	19. 요양급여비용총액 2, 진료비총액	원		
11. 소계	원 원	20. 보훈청구액	원		
12. 가산율	% 원	21. 건강보험 100분의100본인부담금총액	원		
13. 요양급여비용총액 1	원	22. 보훈본인일부부담금	원		
14. 본인일부부담금	원	23. 100분의100미만 총액	원		
15. 지원금	원	24. 100분의100미만 본인일부부담금	원		감Ⅰ
16. 장애인의료비	원	25. 100분의100미만 청구액	원		감Ⅱ
17. 청구액	원	26. 100분의100미만 보훈청구액	원		증Ⅰ
일련번호	※심사조정				증Ⅱ
					계

[정 률]

190㎜×320㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령 [별지 제18호의3서식]

한방
외래

서 식 번 호	G	I	0	13
등록번호				
가 입 자 성 명				
수 진 자 성 명				

요양급여비용명세서

증번호	
공상 등 구분	
주민등록번호	-

요 양 기 관	
기 호	
명 칭	

상 병 명	한방상병 분류기호	진료과목	특정기호	상해외인	면허 종류	면허 번호	당월요양 개시일	당월요양급여 일수 (원내투약일수 포함)	본인부담금 발생횟수	직접 조제 횟수	진료 결과
	.							일			
	.							일			
	.							일			

처 방 명	

총 내원일수		일	내원일	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

구 분		기본진료, 약제 (I)	진료행위 (II)	분 류	단가	1일투여량 또는 실시횟수	총투여일수 또는 실시횟수	금 액	면허 종류	면허 번호
1. 진찰료 (외래관리료 포함)	①초진 회	원	야간,공휴 회							
	②재진 회	원	야간,공휴 회							
	③기타	원								
	④가정간호기본방문료	원								
3. 투약료	①내복약 일분	원								
	②처방·조제·복약지도료 일분		원							
4.시술료 및 처치료	①침술 회		원							
	②구술 회		원							
	③부항술 회		원							
	④처치료 회		원							
	⑤기 타 회		원							
5. 검사료	①양도락검사 회		원							
	②맥전도검사 회		원							
	③경락기능검사 회		원							
	④기타 회		원							
A. 100분의50 본인부담	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원							
	③진료행위	원	원							
B. 100분의80 본인부담	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원							
	③진료행위	원	원							
D. 100분의30 본인부담	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원							
	③진료행위	원	원							
E. 100분의90 본인부담	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원							
	③진료행위	원	원							
U. 건강보험 100분의100본인부담	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원							
	③진료행위	원	원							
V. 보훈 등 100분의100본인부담	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원							
	③진료행위	원	원							
W. 비급여	①의약품	원	원							
	②치료재료	원	원	특정내역						
	③진료행위	원	원							

보훈 등 100분의100본인부담금 총액	원	18. 본인부담상한액초과금	원	※심사내역	구 분 / 코 드 / 조 정 / I.II
비급여총액	원	19. 요양급여비용총액 2, 진료비총액	원		
11. 소계	원	20. 보훈청구액	원		
12. 가산율	% 원	21. 건강보험 100분의100본인부담금총액	원		
13. 요양급여비용총액 1	원	22. 보훈본인일부부담금	원		
14. 본인일부부담금	원	23. 100분의100미만 총액	원		
15. 지원금	원	24. 100분의100미만 본인일부부담금	원		감 I
16. 장애인의료비	원	25. 100분의100미만 청구액	원		감 II
17. 청구액	원	26. 100분의100미만 보훈청구액	원		증 I
일련번호	※심사조정				증 II
					계

[정 률]

190㎜×320㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령 [별지 제19호서식]

약국
직접
조제

서 식 번 호	G	I	2	0	요양급여비용명세서		요 양 기 관	
가 입 자 성 명 (세 대 주 성 명)					증번호		기 호	
수 진 자 성 명					주민등록번호	-	명 칭	

증상분류기호			면허종류	면허번호	조제투약일	요양급여일수 (투약일수포함)
						일

증 상 :

조 제 투 약 내 역

약 품 명	단가	1회 투약량 (1항 해당)	1일 투약횟수 또는 실시횟수	총 투약일수 또는 실시횟수	금액(원)	면허종류	면허번호

특정내역

구 분	금 액	※ 심 사 내 역							
1. 약가	원	구분	코드	조정금액	Ⅰ.Ⅱ	구분	코드	조정금액	Ⅰ.Ⅱ
2. 조제료 등	원								
3. 의약품관리료	원								
6. 요양급여비용총액 1	원								
7. 본인일부부담금	원								
8. 청구액	원								
9. 본인부담상한액초과금	원								
10. 요양급여비용총액 2, 진료비총액	원								
11. 건강보험 100분의100본인부담금총액	원								
12. 100분의50 본인부담	원								
13. 100분의80 본인부담	원				감Ⅰ				감Ⅰ
14. 100분의30 본인부담	원				감Ⅱ				감Ⅱ
15. 100분의90 본인부담	원								
16. 100분의100미만 총액	원				증Ⅰ				증Ⅰ
17. 100분의100미만 본인일부부담금	원								
18. 100분의100미만 청구액	원				증Ⅱ				증Ⅱ
일련번호		※심사조정		계			계		
수진자 일련번호	-								

주 : ※란은 건강보험심사평가원이 기재합니다.

190㎜×320㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

■ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령 [별지 제20호서식]

약국
처방
조제

서식번호	G	I	2	1	**요양급여비용명세서** □건강보험 □보훈공단		요양기관	
등록번호							기호	
가입자 성명 (세대주 성명)					증번호		명칭	
수진자 성명					공상등 구분			
					주민등록번호	-		

상병분류기호	특정기호	면허종류	면허번호	처방전발급기관기호	처방전발급번호	사용기간	조제투약일	투약일수	비고
								일	

구분		약가(Ⅰ)	조제료등(Ⅱ)
1. 약제비	①내복 일분	원	원
	②외용 일분	원	원
	③주사료 일분	원	
	④약국관리료 조제기본료, 복약지도료 등		원
	⑤소 계(①~④)		원
	⑥의약품관리료		원
A. 100분의50 본인부담	①내복 일분	원	원
	②외용 일분	원	원
	③주사료 일분	원	원
	④소 계(①~③)		원
B. 100분의80 본인부담	①내복 일분	원	원
	②외용 일분	원	원
	③주사료 일분	원	원
	④소 계(①~③)		원
D. 100분의30 본인부담	①내복 일분	원	원
	②외용 일분	원	원
	③주사료 일분	원	원
	④소 계(①~③)		원
E. 100분의90 본인부담	①내복 일분	원	원
	②외용 일분	원	원
	③주사료 일분	원	원
	④소 계(①~③)		원
U. 건강보험 100분의100본인부담	①내복 일분	원	원
	②외용 일분	원	원
	③주사료 일분	원	원
	④소 계(①~③)		원
V. 보훈 등 100분의100 본인부담 약제비	①내복 일분	원	원
	②외용 일분	원	원
	③주사료 일분	원	원
	④소 계(①~③)		원
W. 비급여 약제비	①내복 일분	원	원
	②외용 일분	원	원
	③주사료 일분	원	원
	④약국관리료 기본조제기술료, 복약지도료		원
	⑤소 계(①~④)		원
	⑥의약품관리료		원

조제투약내역

코드	약품명	조제구분	단가	1회 투약량 (1항 해당)	1일 투약회수 또는 실시회수	총 투약일수 또는 실시회수	금액(원)	면허종류	면허번호

처방내역

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

특정내역

보훈 등 100분의100 본인부담 약제비 총액	원
비급여 약제비 총액	원
2. 소계	원 원
5. 요양급여비용총액 1	원
6. 본인일부부담금	원
7. 지원금	원
8. 청구액	원
9. 본인부담상한액초과금	원
10. 요양급여비용총액 2, 진료비총액	원
11. 보훈청구액	원
12. 건강보험 100분의100본인부담금총액	원
13. 보훈본인일부부담금	원
14. 100분의100미만 총액	원
15. 100분의100미만 본인일부부담금	원
16. 100분의100미만 청구액	원
17. 100분의100미만 보훈청구액	원

일련번호		※ 심사조정	
수진자 일련번호	-		

※ 심사내역

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

주 : 1. ※란은 심사기관에서 기재합니다.

2. 공상 등 구분란은 해당번호(공상:1, 보훈감면환자(30%):3, 보훈국비환자(건강보험):4, 보훈감면환자(50%):5, 보훈감면환자(60%):6, 보훈감면환자(90%):J, 보훈국비환자(상이처, 무자격자):7,
군인가족 등:8, 군인 등의 군요양기관이용시:9)를 기재합니다.

3. 조제투약내역의 조제구분란은 해당번호(대체:1, 수정:2, 변경:3, 저가대체:4, 성분처방:5, 저가대체 가산금:9)를 기재합니다.

4. 본인부담률구분코드는 요양급여 중 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 처방 약제의 본인이 부담할 비용의 부담률에 부여된 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.

190㎜×320㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

검체검사 위탁건 목록표

연 번	명세서 일련번호	수진자성명	주민등록번호	수 탁 기 관		코 드	검 사 명	일 투	총 투	비 고
				명칭	기관기호					

요양급여비용 심사청구서·명세서 서식 규격

연번	서 식 명	서식 번호	활자 색채	용지의 크기		서식 실제크기		인쇄의 면	지질 및 정량		서식매수
				수작업 용 지 (㎜)	전산용지 (inch)	수작업 용 지 (㎜)	전산용지 (inch)		수작업 용 지	전산 용지	
1	요양급여비용 심사청구서	GI01	녹색	190×268		170×220		단면	신문 용지		3매
2	요양급여비용 명세서 (의과 입원)	GI02	남색	190×320	10×14	170×280	9×12	단면	일반 용지	전산 용지	2매
3	요양급여비용 명세서 (의과 외래)	GI03	녹색	190×320	10×14	170×280	9×12	단면	일반 용지	전산 용지	3매 (일자별, 정률, 정액)
4	요양급여비용 명세서 (치과 입원)	GI04	흑색	190×320	10×14	170×280	9×12	단면	일반 용지	전산 용지	1매
5	요양급여비용 명세서 (치과 외래)	GI05	갈색	190×320	10×14	170×280	9×12	단면	일반 용지	전산 용지	3매 (일자별, 정률, 정액)
6	요양급여비용 명세서 (조산원 입원)	GI06	흑색	320×190	14×10	280×170	13×8	단면	일반 용지	전산 용지	1매
7	요양급여비용 명세서 (보건기관 입원)	GI07	흑색	320×190	14×10	280×170	13×8	단면	일반 용지	전산 용지	1매
8	요양급여비용 명세서 (보건기관 외래)	GI08	흑색	320×190	14×10	280×170	13×8	단면	일반 용지	전산 용지	2매
9	요양급여비용 명세서 (한방 입원)	GI012	흑색	190×320	10×14	170×280	9×12	단면	일반 용지	전산 용지	1매
10	요양급여비용 명세서 (한방 외래)	GI013	흑색	190×320	10×14	170×280	9×12	단면	일반 용지	전산 용지	3매 (일자별, 정률, 정액)
11	요양급여비용 명세서 (약국 직접조제)	GI20	녹색	190×320	10×14	170×280	9×12	단면	일반 용지	전산 용지	1매
12	요양급여비용 명세서 (약국 처방조제)	GI21	남색	190×320	10×14	170×280	9×12	단면	일반 용지	전산 용지	1매

(별첨 1)

전자문서 작성요령(제1편 제4조 및 제30조 관련)

Ⅰ. 요양기관이 심사평가원에 전송하는 전자문서

1. 요양급여비용(의료급여비용) 심사청구서

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구서서식버전	an(3)	1	'092'
명세서서식버전	an(3)	4	'092'
청구번호	an(10)	7	요양급여비용 심사청구시 요양기관에서 부여하는 번호로서 '진료년월'과 해당 진료월에 발생된 청구서의 개수를 '일련번호'로 연이어 기재 ■ 유형: CCYYMM+일련번호 CCYYMM: 진료년월(6자리) 일련번호: 해당 진료년월에 발생한 청구서의 일련번호(4자리)
서식번호	an(4)	17	■ 서식번호 H010: 건강보험 요양급여비용 심사청구서 H011: 의료급여비용 심사청구서
요양기관(의료급여기관)기호	an(8)	21	요양기관(의료급여기관)기호를 기재
수신기관	an(1)	29	■ "1"로 기재한다
보험자종별구분(의료급여진료구분)	an(1)	30	건강보험의 경우 보험자종별구분, 의료급여는 의료급여진료구분을 기재 ■ 보험자종별구분 4: 건강보험 7: 보훈위탁진료 요양기관의 상이처·무자격자 또는 보훈병원의 국비일반(상이처·무자격자), 국비보험(급여) 2차 ■ 의료급여진료구분 1: 1차 진료 2: 2차 진료(3차 포함)
청구구분	an(1)	31	요양기관이 당초 청구한 명세서 중 심사불능 건에 대해서는 심사불능 사유를 확인하여 보완 청구할 수 있으며, 요양기관이 기 청구하여 심사 지급된 명세서 중 진료내역의 일부가 당초 청구에서 누락된 경우는 누락된 내역을 추가청구 할 수 있다. 이 경우 청구구분란에 반드시 "보완청구", "추가청구" 구분자를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			■ 청구구분 1: 보완청구 2: 추가청구
청구단위구분	an(1)	32	제8조제1항제2호 및 제3호에 따라 외래 또는 약국의 요양급여비용을 주단위로 구분 청구하거나, 월단위로 청구하는 경우 해당 구분자를 기재 ■ 구분 1~6: 해당 주단위 0: 월단위 통합청구
진료구분	an(1)	33	■ 진료구분 1: 의과 2: 치과 5: 의료급여정액 7: 보건기관 8: 약국 9: 한방
진료분야구분	an(1)	34	상급종합병원, 종합병원, 치과대학부속치과병원 및 한방병원의 요양급여비용 명세서는 구분하여 기재 ■ 진료분야 구분 1: 내과분야 2: 외과분야 3: 산·소아청소년과분야 4: 안·이비인후과분야 5: 피부·비뇨의학과분야 6: 치과 9: 한의과
진료형태	an(1)	35	■ 진료형태 1: 의과입원, 보건기관입원 2: 의과외래, 보건기관외래 3: 치과입원, 의료급여정신건강의학과정액 입원 4: 치과외래, 의료급여정신건강의학과정액 외래 (의료급여정신건강의학과 정액외래는 2017.3.12. 진료분까지 해당) 5: 의료급여정신건강의학과정액 낮병동 6: 약국처방조제 7: 약국직접조제 8: 한방입원 9: 한방외래 A: 요양병원 장기환자입원(의과) B: 호스피스 정액 입원(의과) C: 가정형 호스피스 외래(의과) D: 권역외상센터 입원 E: 권역외상센터 외래 H: 의료급여혈액투석정액 외래

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
진료년월	an(6)	36	입원의 경우 퇴원일이 속한 월을 진료 년 월로 기재 ■ 유형: CCYYMM
건수	n(6)	42	요양급여비용 명세서의 청구건수를 합하여 기재
요양급여비용총액 1	n(12)	48	요양급여비용 명세서의 요양급여비용총액 1을 합하여 기재
본인일부부담금	n(12)	60	요양급여비용 명세서의 본인일부부담금을 합하여 기재
본인부담상한액 초과금총액	n(12)	72	요양급여비용 명세서의 본인부담상한액초과금을 합하여 기재
청구액	n(12)	84	요양급여비용 명세서의 청구액을 합하여 기재
지원금	n(12)	96	요양급여비용 명세서의 지원금을 합하여 기재
장애인의료비	n(12)	108	- 의료급여의 경우 의료급여 2종 장애인 의료급여비용명세서의 장애인의료비를 합하여 기재 - 건강보험의 경우 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감 대상자 요양급여비용 명세서의 장애인의료비를 합하여 기재
요양급여비용총액 2, 진료비총액	n(12)	120	- 요양급여비용총액 2: 요양급여비용 명세서의 요양급여비용총액 2를 합하여 기재 - 진료비총액: 보훈국비환자의 경우 요양급여비용 명세서의 진료비 총액을 합하여 기재
보훈청구액	n(12)	132	다음의 보훈국비(감면)환자일 경우에 한하여 요양급여비용 명세서의 보훈청구액을 합하여 기재 - 보훈위탁진료 요양기관(동일한 기관에서 발행한 처방전에 따라 조제하는 약국)의 보훈국비·감면환자 진료분(처방조제분)인 경우 - 보훈병원(동일한 기관에서 발행한 처방전에 따라 조제하는 약국)의 보훈감면환자 진료분(처방조제분)인 경우 - 보훈병원의 국비일반(상이처, 무자격자), 국비보험(급여) 2차 명세서인 경우
건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액	n(12)	144	요양급여비용 명세서의 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금 총액을 합하여 기재
보훈 본인일부부담금	n(12)	156	요양급여비용 명세서의 보훈 본인일부부담금을 합하여 기재
100분의100미만 총액	n(12)	168	요양급여비용 명세서의 100분의100미만 총액을 합하여 기재
100분의100미만 본인일부부담금	n(12)	180	요양급여비용 명세서의 100분의100미만 본인일부부담금을 합하여 기재
100분의100미만 청구액	n(12)	192	요양급여비용 명세서의 100분의100미만 청구액을 합하여 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
100분의100미만 보훈청구액	n(12)	204	요양급여비용 명세서의 100분의100미만 보훈청구액을 합하여 기재
차등수가적용구분			
진료(조제)일수	n(4.2)	216	- 1개월 또는 1주일동안 의사(약사)별 실제 진료(조제)한 일수[차등수가 미적용 진료(조제)일 제외]의 합을 기재하되, 소수점 첫째자리에서 절사하여 기재 ※ 단, 주 3일이상이면서 20시간이상 근무하는 격일제, 시간제 근무자는 1개월(주단위청구의 경우 1주일) 동안 재직한 일수의 1/2로 산정(소수점이하 4사5입)하되, 최대 월15일(주단위청구의 경우 주3일)을 초과할 수 없음 - 이 경우 별표 8. 특정내역 구분코드의 해당 특정내역(MT008) 기재형식에 따라 첫번째 명세서에 의사(약사)별 진료(조제)일수를 기재
의사(약사)수	n(2.2)	222	(사용유보)
차등지수	n(1.7)	226	상대가치점수표 제1부 일반원칙 Ⅲ.차등수가. 다항에 따라 월단위 또는 주단위로 산정된 차등지수를 소수점 여덟째 자리에서 4사5입하여 기재하며, 1일 평균 진찰횟수(약사의 경우는 조제횟수)는 총 진찰(조제)횟수[차등수가 미적용 진찰료(조제료 등) 제외]에서 의사, 치과의사, 한의사, 약사가 진료(조제)한 총 일수로 나누어 계산하되, 소수점 첫째자리에서 절사하여 산정
차등수가청구액	n(12)	234	차등수가청구액은 각각의 명세서별로 진찰료[약국은 조제료, 약국관리료, 조제기본료, 복약지도료(이하 “조제료 등”이라 한다)]를 차등 산정한 청구액을 합하여 기재 단, 차등수가 미적용 진찰료(조제료 등) 제외 ■ 의원(치과의원, 한의원, 보건의료원) 차등수가청구액 = [청구액 - {진찰료(차등수가 미적용 진찰료 제외) × (1-차등지수)}] ■ 약국 차등수가청구액 = [청구액 - {조제료 등(차등수가 미적용 조제료 등 제외) × (1-차등지수)}]
청구일자	an(8)	246	청구일자를 아래 유형(8자리)으로 기재 ■ 청구일자: CCYYMMDD
청구인	an(20)	254	요양기관 대표자(개설자)의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
작성자성명	an(20)	274	요양급여비용청구명세서 작성자 또는 2인 이상이 공동으로 작성한 경우 작성책임자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재 다만, 대행청구단체로 하여금 심사청구하게 하는 경우에는 대행청구단체의 작성자 또는 2인 이상이 공동으로 작성한 경우 작성책임자의 성명을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
작성자생년월일	an(13)	294	요양급여비용청구명세서 작성자 또는 2인 이상이 공동으로 작성한 경우 작성책임자의 생년월일을 기재 다만, 대행청구단체로 하여금 심사청구하게 하는 경우에는 대행청구단체의 작성자 또는 2인 이상이 공동으로 작성한 경우 작성책임자의 생년월일을 기재
검사승인번호	an(35)	307	심사평가원에서 검사 인증한 프로그램의 승인번호를 기재
대행청구단체 기호	an(5)	342	의약단체에서 심사청구를 대행하는 경우 대행청구단체의 기호(5자리)를 기재 이 경우 기호는 제15조제2항에 따라 대행청구통지를 받은 심사평가원장이 부여한 기호를 말한다.
참조란	an(1750)	347	추가기술사항을 기재

2. 요양급여비용(의료급여비용) 명세서

(1) 의·치과

1) 명세서 일반내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(요양급여비용 심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	요양급여비용 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
내역구분	an(1)	16	■ A: 일반내역
서식번호	an(4)	17	■ 서식번호 H020: 건강보험 의과 입원 요양급여비용 명세서 H120: 건강보험 의과 입원 요양급여비용 명세서(요양병원 장기 환자) H021: 건강보험 의과 외래 요양급여비용 명세서 H022: 건강보험 치과 입원 요양급여비용 명세서 H023: 건강보험 치과 외래 요양급여비용 명세서 H030: 의료급여 의과 입원 명세서 H130: 의료급여 의과 입원 명세서(요양병원 장기 환자) H031: 의료급여 의과 외래 명세서 H032: 의료급여 치과 입원 명세서 H033: 의료급여 치과 외래 명세서
요양기관(의료급여기관)기호	an(8)	21	(요양급여비용 심사청구서와 동일)
보장기관기호	an(11)	29	의료급여를 받는 수급권자의 관할 시·군·구 기호를 기재
의료급여종별구분	an(1)	40	의료급여종별 구분 기재 ■ 의료급여종별구분 1: 1종 2: 2종 4: 행려 6: 2종 장애인의 2차의료급여 8: 2종 장애인의 1차의료급여 N: 노숙인 1종

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
공상 등 구분	an(1)	41	■ 공상 등 구분 0: 무 1: 공상 4: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자(건강보험 또는 의료급여 수급권자) 7: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자(상이처, 무자격자) 8: 군인가족, 예비역장군 및 대령, 창군 및 6·25참전요원의 군 요양기관 이용시 9: 군인, 군무원의 군 요양기관 이용시 B: 보훈병원의 국비일반(상이처, 무자격자) 또는 국비보험(급여) 1차 C: 차상위 희귀질환·중증난치질환 또는 중증질환 본인부담경감대상자 D: 보훈병원의 국비보험(급여) 2차 E: 차상위 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자 F: 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자 G: 긴급복지 의료지원대상자 H: 희귀질환 지원대상자
정액·정률구분	an(1)	42	- 읍·면 소재 병원 및 종합병원의 건강보험 외래 요양급여비용 명세서를 월단위로 통합하여 작성하는 경우 정액, 정률 여부를 기재(2007.7.31. 진료분까지 해당) 0: 정액 9: 정률 - 요양병원 장기환자 입원요양급여비용 명세서의 경우 정액수가 적용과 행위별수가 적용(특정기간) 여부를 기재 1: 정액수가 적용 2: 행위별수가 적용(특정기간)
청구구분			보완청구, 추가청구(진료내역 일부 누락분 추가청구), 입원 요양급여비용 분리청구 시 구분코드를 기재
코드	an(1)	43	1: 보완청구 2: 추가청구 3: 분리청구
접수번호	an(7)	44	보완청구, 추가청구, 입원 요양급여비용 분리청구의 경우 당초 청구한 명세서의 접수번호를 기재. 단, 보훈병원 국비보험(급여) 2차명세서의 경우 1차명세서 접수번호를 기재
명세서일련번호	an(5)	51	보완청구, 추가청구, 입원 요양급여비용 분리청구의 경우 당초 청구한 명세서의 일련번호를 기재. 단, 보훈병원 국비보험(급여) 2차명세서의 경우 1차명세서 일련번호를 기재
사유코드	an(2)	56	보완청구의 경우 당초 청구한 명세서의 심사불능 사유를 기재
최초입원개시일	an(8)	58	입원 요양급여비용 분리청구의 경우 최초입원개시일을 기재 ■ 유형: CCYYMMDD

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
가입자(세대주) 성명	an(20)	66	건강보험의 경우 가입자 성명, 의료급여는 세대주 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호에 연계된 가명을 기재
증번호 (보장시설 및 노숙인시설기호)	an(20)	86	건강보험은 증번호를 기재하고, 보장시설에 입소해 있는 의료급여환자 또는 노숙인 의료급여환자가 진료를 받은 경우 보장기관(시·군·구)에서 부여한 보장시설기호 또는 노숙인시설기호를 기재
수진자성명	an(20)	106	수진자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호에 연계된 가명을 기재
수진자 주민등록번호	an(13)	126	수진자의 주민등록번호를 기재하되 생년월일 다음의 “-”는 기재 생략 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호를 기재
요양급여일수	n(3)	139	해당 요양급여비용 명세서에서 요양급여를 받은 실 일수를 기재하되, 입원 또는 내원일수에 원내투약일수를 산입하여 기재. 이때 내원 또는 입원일수와 투약일수가 중복될 때에는 1일로 계산함
입원일수, 총내원일수	n(3)	142	입원 또는 내원하여 진료를 받은 실 일수를 기재
공란	an(31)	145	
입원경로	an(2)	176	병원급이상 입원 환자의 경우 요양기관 도착경로와 입원경로를 조합하여 기재 ■ 도착경로 1: 타요양기관경유 2: 응급구조대후송 3: 기타 ■ 입원경로 1: 응급실 2: 외래
진료결과	an(1)	178	요양급여비용 명세서상 최종 진료일의 환자상태를 구분하여 기재 ■ 진료결과 1: 계속 2: 이송 3: 회송 4: 사망 9: 퇴원 또는 외래 치료종결
요양급여비용총액 1	n(10)	179	기본 진료료, 약제 등 요양기관 종별가산율이 적용되지 않는 요양급여비용, 요양기관 종별가산율이 적용되는 진료행위료와 가산금액을 모두 합하여 총 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재하되, 100분의100미만 총액, 100분의100본인부담 및 비급여를 제외한 총 금액을 기재 단, 보훈병원의 국비일반(상이처, 무자격자) 또는 국비보험(급여) 2차명세서의 경우 보훈병원 의료수가를 적용한 총 금액 및 가산금액을 모두 합하여 기재 (※ 국비가산적용 이전 금액임)

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
본인일부부담금	n(10)	189	- 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 3에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)을 기재 - 본인일부부담금은 100원 미만 절사한 금액으로 기재하되, 입원진료의 경우에는 10원 미만 절사한 금액으로 기재(단, 상급종합병원, 종합병원, 병원, 치과병원 및 요양병원의 2009.6.30. 이전 진료분 까지는 10원 미만 절사한 금액으로 기재) · 본인부담정액제에 해당하는 경우는 정액 본인일부부담금을 기재 · 「국민건강보험법 시행령」 제19조에 따른 본인부담상한액초과금이 발생한 경우는 실제 본인이 부담하는 금액과 본인부담상한액초과금을 합하여 기재 · 희귀질환 지원대상자의 경우는 '희귀질환자 의료비지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 포함하여 기재 · 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자의 경우는 「국민건강보험법 시행령」 별표 2에 따른 본인부담액 중 '장애인복지사업'에서 지원하는 장애인의료비를 제외한 금액을 기재 · 긴급복지 의료지원대상자가 본인부담상한액초과금이 발생한 경우는 실제 본인이 부담하는 금액, '긴급지원사업'에서 지원하는 지원금 및 본인부담상한액초과금을 합하여 기재(건강보험 100분의100본인부담금 제외) · 잠복결핵감염 검진비지원대상은 '잠복결핵감염 검진비지원사업'에서 지원하는 지원금을 기재(건강보험 100분의100본인부담금 제외) · 보훈병원 또는 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비(감면)환자인 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 기재하고, 보훈병원 국비보험(급여) 2차명세서의 경우 1차명세서 심결 본인일부부담금을 기재 · 자립준비청년 의료비 지원대상자의 경우는 '자립준비청년 의료비 지원사업'에 따른 본인일부부담금을 기재
본인부담상한액 초과금	n(10)	199	「국민건강보험법 시행령」 제19조제6항에 따라 입원기간 내에 본인일부부담금의 총액(법 제44조제2항 및 영 제19조제3항에 따른 금액)이 같은 법 시행령 별표 3에 따라 산정한 본인부담상한액의 최고금액을 넘는 경우에는 그 초과금액(본인부담상한액을 확인할 수 있는 경우에는 그 초과금액)을 기재하며, 입원건의 분리 또는 추가청구시에는 원청구와 연계하여 초과한 금액을 기재. 이 경우 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체로부터 받는 의료비 지원금(요양급여비용 명세서에 기재하여야 하는 지원금에 한한다)을 제외하고 본인부담상한액초과금을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구액	n(10)	209	- 요양급여비용총액 1에서 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 3에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재 · 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자의 경우는 요양급여비용총액 1에서 본인일부부담금과 장애인의료비를 제외한 금액을 기재 · 보훈병원 보훈감면환자인 경우 요양급여비용총액 1에서 본인일부부담금과 보훈청구액을 제외한 금액을 기재 · 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 중 상이처, 무자격자인 경우 '0'으로 기재하고, 보훈병원 국비보험(급여) 2차명세서의 경우 1차명세서 심결보험자부담금을 기재 · 자립준비청년 의료비 지원대상자의 경우는 요양급여비용총액 1에서 '자립준비청년 의료비 지원사업'에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재
지원금	n(10)	219	- 희귀질환 지원대상자의 경우 '희귀질환자 의료비지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 기재 - 긴급복지 의료지원대상자의 경우 '긴급지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 기재 - 잠복결핵감염 검진비지원대상은 '잠복결핵감염 검진비지원사업'에서 지원하는 금액을 10원 미만 절사하여 기재
장애인의료비	n(10)	229	- 의료급여의 경우 의료급여 2종 장애인 1차 진료 및 2차 진료의 경우 해당 금액을 기재 - 건강보험의 경우 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자의 경우 해당 금액을 기재
대불금	n(10)	239	2종 의료급여 수급권자의 입원진료의 경우 대불금 신청시만 기재
요양급여비용총액 2, 진료비총액	n(10)	249	- 요양급여비용총액 2: 요양급여비용총액 1과 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액을 합하여 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재 - 진료비 총액: 다음의 보훈국비환자인 경우에 한하여 기재 · 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 진료분인 경우 비급여와 요양급여비용 [건강보험 (의료급여)100분의100본인부담금총액, 보훈 등 100분의100본인부담 포함]을 모두 합한 총 금액을 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재 · 보훈병원의 국비일반(상이처, 무자격자) 또는 국비보험(급여) 2차명세서의 경우 보훈병원 의료수가를 적용한 총 금액을 기재하되, 국비가산 금액을 합하여 10원 미만 절사한 금액을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
보훈청구액	n(10)	259	- 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 또는 보훈병원 국비일반(상이처, 무자격자) 명세서의 경우 진료비총액에서 본인일부부담금, 청구액, 보훈 본인일부부담금 및 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액을 제외한 금액을 기재 - 보훈병원 국비보험(급여) 2차명세서의 경우 진료비총액에서 1차명세서 심결 공단부담금, 본인일부부담금, 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액 및 보훈 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재 - 보훈병원의 보훈감면환자 진료분인 경우 요양급여비용총액 1에서 본인일부부담금과 청구액을 제외한 금액을 기재 - 보훈위탁진료 요양기관의 보훈감면환자인 경우 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 3에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)에서 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재
공란	n(10)	269	
공란	n(10)	279	
건강보험(의료급여) 100분의100 본인부담금총액	n(10)	289	건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금을 합하여 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재 다만, 보훈병원 국비보험(급여) 1차명세서의 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 금액을 기재하고 2차명세서의 경우 1차명세서 심결 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액을 기재
보훈 본인일부부담금	n(10)	299	다음의 보훈국비환자인 경우에 한하여 기재 - 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 또는 보훈 병원 국비일반(무자격자) 명세서의 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 보훈 등 100분의 100본인부담액과 비급여를 합한 금액의 해당 본인일부부담금을 기재 - 보훈 본인일부부담금은 100원 미만 절사한 금액으로 기재하되, 입원진료의 경우에는 10원 미만 절사한 금액으로 기재 단, 보훈병원의 국비보험(급여) 2차 명세서의 경우 비급여항을 합한 금액의 해당 본인일부부담금을 기재
100분의100미만 총액	n(10)	309	A항, B항, D항 및 E항의 치료재료, 약제 등 요양기관 종별가산율이 적용되지 않은 요양급여비용, 요양기관 종별가산율이 적용되는 진료행위와 가산금액을 합하여 총 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			단, 보훈병원의 국비일반(상이처, 무자격자) 또는 국비보험 2차 명세서의 경우 보훈병원 의료수가를 적용한 총 금액 및 가산금액을 모두 합하여 기재 (※ 국비가산적용 이전 금액임)
100분의100미만 본인일부부담금	n(10)	319	- 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조에 따른 본인일부부담금을 기재하되 10원 미만 절사한 금액을 기재 - 「국민건강보험법 시행령」 별표2 제5호의2에 따른 본인일부부담금을 기재하되 10원미만 절사한 금액을 기재 · 보훈병원 또는 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비(감면) 환자인 경우 「국가보훈대상자의 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 100분의 100미만 본인일부부담금을 기재하고, 보훈병원 국비보험 2차 명세서의 경우 1차명세서 심결 100분의 100미만 본인일부부담금을 기재
100분의100미만 청구액	n(10)	329	- 100분의100미만 총액에서 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재 - 100분의100미만 총액에서 「국민건강보험법 시행령」별표2 제5호의2에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재 · 보훈병원 보훈감면환자인 경우 100분의100미만 총액에서 100분의100미만 본인일부부담금과 100분의100미만 보훈청구액을 제외한 금액을 기재 · 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 중 상이처, 무자격자인 경우 '0'으로 기재하며, 보훈병원 국비보험 2차명세서의 경우 1차명세서 심결보험자부담금을 기재
100분의100미만 보훈청구액	n(10)	339	- 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비(감면)환자 또는 보훈병원 국비일반(상이처, 무자격자) 및 보훈감면환자 명세서의 경우 100분의100미만 총액에서 100분의100미만 본인일부부담금 및 100분의100미만 청구액을 제외한 금액을 기재 - 보훈병원 국비보험 2차명세서의 경우 100분의100미만 총액에서 1차명세서 심결 100분의100미만 본인일부부담금 및 100분의 100미만 청구액을 제외한 금액을 기재

2) 명세서 상병내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(요양급여비용 심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	요양급여비용 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
내역구분	an(1)	16	■ B: 상병내역
상병분류구분	an(1)	17	- 각 상병분류기호별 주부상병, 배제된 상병을 구분하는 구분자로서 상병분류기호별로 반드시 해당 구분자를 기재 - 구분코드 '1'(주상병)은 '상병분류기호' 첫 번째 자리(제1단)의 상병에만 기재 ■ 구분코드 1: 주상병(진료기간 중 치료나 검사 등에 대한 환자의 요구가 가장 컸던 상병) 2: 부상병(진료기간 중 주상병과 함께 있었거나 발생된 상병으로 환자 진료에 영향을 주었던 상병) 3: 배제된 상병(최종상병이 확진된 경우 이전에 고려하였지만 배제된 상병)
상병분류기호	an(6)	18	- 통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호를 주상병, 부상병, 배제된 상병순으로 기재하되, 주상병은 반드시 첫번째 자리(제1단)에만 기재하고, 부상병, 배제된 상병은 각각 2개 이상인 경우 중요도 순으로 각각 기재 - 영문자는 반드시 대문자로 기재하고 ' · ' 또는 '*', '†' 등 특수기호는 기재 생략
진료과목	an(2)	24	진료를 받은 진료과목(병원급이상) 또는 상병명에 해당하는 진료과목(의원급)을 기재하되, 진료과목이 2개 이상에 해당되는 경우 상병별로 모두 기재하며, 진료과목별 코드는 (별표5)와 같이 한다.
내과 세부전문과목	an(2)	26	- 내과 진료과목 중 '세부전문의 제도인증 규정(대한의학회)'에 따라 인증받은 세부전문과목을 운영하고 있는 종합병원, 상급종합병원의 경우 진료를 받은 세부전문과목을 기재하되, 세부전문과목이 2개 이상인 경우 상병별로 모두 기재 - 세부전문과목 코드는 (별표5)를 참조
내원일자, 당월요양개시일	an(8)	28	- 내원일자: 외래 요양급여비용 명세서의 경우 진료일자를 기재 - 당월요양개시일: 입원 요양급여비용 명세서의 경우 요양기관에 해당 상병 진료를 위하여 그 달에 최초 입원한 년·월·일을 기재. 단, 입원요양급여비용 분리청구시 해당 요양급여비용명세서의 최초 진료일자를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
면허종류	an(1)	36	주상병명에 대하여 진료한 진료과목의 주된 의사의 해당 면허종류 구분자를 기재 ■ 면허종류 1: 의사 2: 치과의사
면허번호	an(10)	37	주상병명에 대하여 진료한 진료과목의 주된 의사의 면허번호를 기재
치식구분			치식번호를 우상, 좌상, 우하, 좌하 순으로 일렬로 위치한 뒤 상병명과 관련된 치식번호를 (치식구분 기재 요령)과 같이 기재
우상	an(8)	47	우측 윗부분의 치아
좌상	an(8)	55	좌측 윗부분의 치아
우하	an(8)	63	우측 아랫부분의 치아
좌하	an(8)	71	좌측 아랫부분의 치아

3) 명세서 진료내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(요양급여비용 심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	요양급여비용 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
내역구분	an(1)	16	■ C: 진료내역
항번호	an(2)	17	“진찰료”항부터 “비급여”항까지 20개 항에 부여된 번호를 기재 01: 진찰료 02: 입원료 03: 투약료 04: 주사료 05: 마취료 06: 이학요법료 07: 정신요법료 08: 처치 및 수술료 09: 검사료 10: 영상진단 및 방사선치료료 L: 요양병원·호스피스 정액 S: 특수장비 T: 특수재료 및 관련 행위료

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			A: 100분의50 본인부담 B: 100분의80 본인부담 D: 100분의30 본인부담 E: 100분의90 본인부담 U: 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담 V: 보훈 등 100분의100본인부담 W: 비급여 ※ V항은 다음의 경우에 한하여 기재 - 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 진료분 - 보훈병원의 국비일반(상이처, 무자격자) 또는 국비보험(급여) 2차 명세서 ※ W항은 다음의 경우에 한하여 기재 - 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 진료분 - 보훈병원의 국비일반(무자격자) 또는 국비보험(급여) 2차 명세서(「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 제5조제1항 단서의 일부본인부담대상 전상군경등에 해당하는 경우)
목번호	an(2)	19	20개 항의 소분류 단위로 부여된 번호 기재 ■ 목번호 분류 예시 - 진찰료 01: 초진 02: 재진 03: 응급 및 회송료 등 - 입원료 01: 일반 02: 8세 미만의 소아 03: 중환자실 04: 격리병실 10: 기본식대 11: 가산식대 12: (사용유보) 13: (사용유보) 99: 기타입원료 - 투약료 01: 내복약 02: 외용약 03: 처방전 99: 기타 - 주사료 01: 주사 99: 기타 - 마취료 01: 마취 - 이학요법료 01: 이학요법료 - 정신요법료 01: 정신요법료

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			- 처치 및 수술료 01: 처치 및 수술, (치과)보통처치외 처치항목 02: (치과)절개 외 수술항목 03: 캐스트 99: 치과기타 - 검사 01: 자체검사 02: 위탁검사 - 영상진단 및 방사선치료료 01: 진단 02: 치료 - 요양병원·호스피스 정액 01: 요양병원 정액수가 02: 호스피스 정액수가 81: 진찰료 82: 입원료 83: 투약료 84: 주사료 85: 마취료 86: 이학요법료 87: 정신요법료 88: 처치 및 수술료 89: 검사료 90: 영상진단 및 방사선치료료 91: 특수장비 92: 100분의 100본인부담 93: 비급여 94: 기타 - 특수장비 01: CT진단 02: MRI진단 03: PET진단 04: (사용유보) 05: (사용유보) - 특수재료 및 관련 행위료 01: 치료재료 02: 진료행위 - 100분의50 본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 100분의80 본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 100분의30 본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 100분의90 본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 보훈 등 100분의100본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 비급여 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
줄번호	n(4)	21	진료코드에 일련번호를 4자리 숫자로 부여하되 항, 목 순으로 연이어 부여 기재 ■ 유형 (101번째 줄번호인 경우 다음과 같이 기재) - 0101
코드구분	an(1)	25	코드를 구분하는 구분자로서, 코드를 기재할 경우는 반드시 해당 구분자를 기재 ■ 코드구분 1: 수가(상대가치점수표에 수록된 코드) 2: 준용수가 3: 보험등재약(“약제 급여 목록 및 급여 상한금액표”에 수록된 코드) 4: 원료약, 요양기관 자체 조제(제제)약 8: 치료재료
코드	an(9)	26	진료수가, 보험등재약, 원료약, 조제 · 제제약, 치료재료를 기재하며, 코드에 대한 세부내역은 “진료코드” 참조
단가	n(10.2)	35	- 상대가치점수표상의 점수에 점수당 단가를 곱하여 10원 미만은 4사5입한 금액을 기재 - 약가, 치료재료, 원료약 등의 경우는 「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 따른 단가를 원미만은 4사5입하여 기재하되, 단가가 1원 미만인 경우 1원으로 기재 - 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따른 단가를 기재
1일투여량, 투여(실시)횟수	n(5.2)	47	1일 실시횟수(소수 셋째자리에서 4사5입하여 소수 둘째자리까지 기재)를 기재(의약품의 경우는 1일 투여횟수를 기재) 단, 위탁검사의 경우 위탁검사관리료를 반영하여 1.1을 기재하며, 위탁진료, 개방병원진료 및 시설 등의 공동이용 진료시에는 실시(수탁)한 기관의 종별가산율을 적용하여 기재
총투여일수, 실시횟수	n(3)	54	총 투여일수 또는 실시횟수를 기재 단, 수탁기관에 위탁한 진료(검사)료 산정시에는 총 실시횟수(1일 진료(검사)실시횟수×총 실시일수)를 기재
1회투약량	n(5.4)	57	1회투약량(소수 다섯째자리에서 4사5입하여 소수 넷째자리까지 기재)을 기재(의약품인 경우만 해당)
금액	n(10)	66	단가×1회투약량×1일투여량(투여(실시)횟수)×총투여일수(실시횟수)를 계산한 후 원미만은 4사5입하여 기재
공란	n(10)	76	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
공란	n(10)	86	
변경일	an(8)	96	다음의(당월요양개시일 이후에 신설되거나 단가가 변경된) 경우, 변경(또는 신설)된 단가의 최초 투여(실시)일자를 기재 ■ 당월요양개시일 이후에 단가가 변경된 경우 - 수가 등의 고시가가 변경 고시된 경우 - 실구입가 인정품목(치료재료, 조제·제제약 등)을 요양개시일 이후에 구입(조제)하여 사용한 경우 - 보건복지부에서 실구입가 인정품목 중 가격을 기준단가 범위 내 실구입가로 인정하도록 별도 고시한 품목의 기준단가 기준이 변경된 경우 ■ 당월요양개시일 이후에 코드가 신설된 경우 - 수가 항목이 신설되거나 의약품이 신규 등재된 경우, 보험등재의약품을 최초 구입 사용한 경우 등 ■ 유형: CCYYMMDD
면허종류	an(1)	104	실제 환자를 진료한 의사 및 실시한 간호사 등의 아래 면허종류(단, 사회복지사는 자격종류)를 기재 ■ 면허종류 1: 의사 2: 치과의사 6: 간호사 7: 사회복지사
면허번호	an(100)	105	실제 환자를 진료한 의사 및 실시한 간호사 등의 면허번호(단, 사회복지사는 자격번호)를 기재 ■ 유형(2개 이상의 면허번호는 다음과 같이 기재) 12345/67890/54321.....
치식구분			치과의 경우 검사, 마취, 처치 및 수술의 해당 치식번호를 '치식구분 기재 요령'과 같이 기재
우상	an(8)	205	우측 윗부분의 치아
좌상	an(8)	213	좌측 윗부분의 치아
우하	an(8)	221	우측 아랫부분의 치아
좌하	an(8)	229	좌측 아랫부분의 치아

4) 명세서 처방내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(요양급여비용 심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	요양급여비용 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
내역구분	an(1)	16	■ D: 처방내역
처방내역			처방전을 발급한 경우에 기재
처방전발급번호	an(13)	17	요양기관에서 부여하는 번호로서 처방전 발급일과 처방전 발급 순서에 따른 일련번호를 연이어 기재 ■ 유형: CCYYMMDD + (일련번호) CCYYMMDD: 처방전발급 년·월·일(8자리) 일련번호: 처방전발급 년·월·일에 발생한 처방전의 일련번호(5자리)
처방일수	n(3)	30	해당 처방전에 따라 조제투약하도록 처방한 일수를 기재
반복조제횟수	n(2)	33	(사용유보)
줄번호	n(4)	35	처방전발급번호별로 처방약품의 일련번호를 4자리 숫자로 연이어 부여 기재 ■ 유형 (3번째 줄번호인 경우 다음과 같이 기재) - 0003
코드구분	an(1)	39	처방약품의 코드를 구분하는 구분자로서, 코드를 기재할 경우는 반드시 해당 구분자를 기재 ■ 코드구분 3: 보험등재약 4: 원료약 5: 보험등재약의 일반명
코드	an(9)	40	처방약품의 보험등재약 또는 일반명 코드, 원료약 코드를 기재하며 코드에 대한 세부내역은 “진료코드” 참조
1회투약량	n(5.4)	49	1회투약량(소수 다섯째자리에서 4사5입하여 소수 넷째자리까지 기재)을 기재
1일투여횟수	n(2)	58	1일 투여횟수를 기재
총투약일수	n(3)	60	총 투약일수를 기재
본인부담률 구분코드	an(1)	63	요양급여 중 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 약제를 처방한 경우 본인이 부담할 비용의 부담률에 부여된 해당 구분코드를 기재 ■ 구분코드 A: 100분의50 본인부담 B: 100분의80 본인부담

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			D: 100분의30 본인부담 E: 100분의90 본인부담 U: 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담 V: 보훈 등 100분의100본인부담 W: 비급여

5) 명세서 특정내역기재란

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(요양급여비용 심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	요양급여비용 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
내역구분	an(1)	16	■ E: 특정내역기재란
특정내역기재란			원내투약일수, 특정기호, 100/100내역 등을 기재
발생단위구분	an(1)	17	특정내역 발생 단위별로 해당 구분자를 기재 1: 명세서단위 2: 줄번호단위 3: 처방내역 줄번호단위 4: 처방내역단위
처방전발급번호	n(13)	18	처방내역 줄번호단위 또는 처방내역단위로 특정내역을 기재할 경우 해당 처방전발급번호를 기재
줄번호	n(4)	31	진료내역 또는 처방내역의 줄번호단위로 특정내역을 기재할 경우에 해당 줄번호를 4자리 숫자로 기재(단, 명세서단위의 특정내역인 경우에는 기재하지 않음)
특정내역구분	an(5)	35	해당 내역의 구분코드를 특정내역구분란에 기재하고 그에 해당되는 기술사항을 특정내역란에 기재하되, 세부구분코드는 별표 8. “특정내역 구분코드”를 참조
특정내역	an(700)	40	

(2) 한방

1) 명세서 일반내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(요양급여비용 심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	요양급여비용 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
서식번호	an(4)	16	■ 서식번호 K020: 건강보험 한방 입원 요양급여비용 명세서 K021: 건강보험 한방 외래 요양급여비용 명세서 K030: 의료급여 한방 입원 명세서 K031: 의료급여 한방 외래 명세서
요양기관(의료급여기관)기호	an(8)	20	(요양급여비용 심사청구서와 동일)
보장기관기호	an(11)	28	의료급여를 받는 수급권자의 관할 시·군·구 기호를 기재
의료급여종별구분	an(1)	39	의료급여종별 구분 기재 ■ 의료급여종별구분 1: 1종 2: 2종 4: 행려 6: 2종 장애인의 2차의료급여 8: 2종 장애인의 1차의료급여 N: 노숙인 1종
공상 등 구분	an(1)	40	■ 공상 등 구분하여 기재 0: 무 1: 공상 4: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자(건강보험 또는 의료급여 수급권자) 7: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자(상이처, 무자격자) 8: 군인가족, 예비역장군 및 대령, 창군 및 6·25참전요원의 군 요양기관 이용시 9: 군인, 군무원의 군 요양기관 이용시 C: 차상위 희귀질환·중증난치질환 또는 중증질환 본인부담경감대상자 E: 차상위 만성질환18세미만 본인부담 경감대상자 F: 차상위 장애인 만성질환18세미만 본인부담경감대상자 G: 긴급복지 의료지원대상자 H: 희귀질환 지원대상자

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정액·정률구분	an(1)	41	읍·면 소재 한방병원의 건강보험 외래 요양급여비용 명세서를 월단위로 통합하여 작성하는 경우 정액, 정률 여부를 기재 (2007.7.31. 진료분까지 해당) ■ 정액, 정률구분 0: 정액 9: 정률
청구구분			보완청구, 추가청구(진료내역 일부 누락분 추가청구), 입원 요양급여비용 분리청구시 구분코드를 기재
코드	an(1)	42	1: 보완청구 2: 추가청구 3: 분리청구
접수번호	an(7)	43	보완청구, 추가청구, 입원요양급여비용 분리청구의 경우 당초 청구한 명세서의 접수번호를 기재
명세서일련번호	an(5)	50	보완청구, 추가청구, 입원 요양급여비용 분리청구의 경우 당초 청구한 명세서의 일련번호를 기재
사유코드	an(2)	55	보완청구의 경우 당초 청구한 명세서의 심사불능 사유를 기재
최초입원개시일	an(8)	57	입원 요양급여비용 분리청구의 경우 최초 입원개시일을 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
가입자(세대주) 성명	an(20)	65	건강보험의 경우 가입자 성명, 의료급여는 세대주 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호에 연계된 가명을 기재
증번호 (보장시설 및 노숙인시설기호)	an(20)	85	건강보험은 증번호를 기재하고, 보장시설에 입소해 있는 의료급여환자 또는 노숙인 의료급여환자가 진료를 받은 경우 보장기관(시·군·구)에서 부여한 보장시설기호 또는 노숙인시설기호를 기재
수진자성명	an(20)	105	수진자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호에 연계된 가명을 기재
수진자 주민등록번호	an(13)	125	수진자의 주민등록번호를 기재하되 생년월일 다음의 "-"는 기재 생략 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호를 기재
요양급여일수	n(3)	138	해당 요양급여비용 명세서에서 요양급여를 받은 실 일수를 기재하되, 입원 또는 내원일수에 원내투약일수를 산입하여 기재. 이때 내원 또는 입원일수와 투약일수가 중복될 때에는 1일로 계산함
입원일수, 총내원일수	n(3)	141	입원 또는 내원하여 진료를 받은 실 일수를 기재
공란	an(31)	144	
진료결과	an(1)	175	요양급여비용 명세서상 최종 진료일의 환자상태를 구분하여 기재 ■ 진료결과 1: 계속 2: 이송 3: 회송 4: 사망 9: 퇴원 또는 외래 치료종결

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
요양급여비용총액 1	n(10)	176	기본진료료, 약제 등 요양기관 종별가산율이 적용되지 않는 요양급여비용, 요양기관 종별가산율이 적용되는 진료행위료와 가산금액을 모두 합하여 총 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재. 단, 100분의100미만 총액, 100분의100본인부담 및 비급여를 제외한 총 금액을 기재
본인일부부담금	n(10)	186	- 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 3에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)을 기재 - 본인일부부담금은 100원 미만 절사한 금액으로 기재하되, 입원진료의 경우에는 10원 미만 절사한 금액으로 기재(단, 상급종합병원, 종합병원, 병원, 치과병원 및 요양병원의 2009.6.30. 이전 진료분 까지는 10원 미만 절사한 금액으로 기재) · 본인부담정액제에 해당하는 경우는 정액 본인일부부담금을 기재 · 「국민건강보험법 시행령」 제19조에 따른 본인부담상한액초과금이 발생한 경우는 실제 본인이 부담하는 금액과 본인부담상한액초과금을 합하여 기재 · 희귀질환 지원대상자의 경우는 '희귀질환자 의료비지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 포함하여 기재 · 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자의 경우는 「국민건강보험법 시행령」 별표 2에 따른 본인부담액 중 '장애인 복지사업'에서 지원하는 장애인의료비를 제외한 금액을 기재 · 긴급복지 의료지원대상자가 본인부담상한액초과금이 발생한 경우는 실제 본인이 부담하는 금액, '긴급지원사업'에서 지원하는 지원금 및 본인부담상한액초과금을 합하여 기재(건강보험 100분의100본인부담금 제외) · 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비(감면)환자인 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 기재 · 자립준비청년 의료비 지원대상자의 경우는 '자립준비청년 의료비 지원사업'에 따른 본인일부부담금을 기재
본인부담상한액 초과금	n(10)	196	「국민건강보험법 시행령」 제19조제6항에 따라 입원기간 내에 본인일부부담금의 총액(법 제44조제2항 및 영 제19조제3항에 따른 금액)이 같은 법 시행령 별표 3에 따라 산정한 본인부담상한액의 최고금액을 넘는 경우에는 그 초과금액(본인부담상한액을 확인할 수 있는 경우에는 그 초과금액)을 기재하며, 입원건의 분리 또는 추가청구 시에는 원청구와 연계하여 초과한 금액을 기재. 이 경우 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체로부터 받는 의료비 지원금(요양급여비용 명세서에 기재하여야 하는 지원금에 한한다)을 제외하고 본인부담상한액초과금을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구액	n(10)	206	- 요양급여비용총액 1에서 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 3에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재 · 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자의 경우는 요양급여비용총액 1에서 본인일부부담금과 장애인 의료비를 제외한 금액을 기재 · 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 중 상이처, 무자격자인 경우 '0' 으로 기재 · 자립준비청년 의료비 지원대상자의 경우는 요양급여비용총액 1에서 '자립준비청년 의료비 지원사업'에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재
지원금	n(10)	216	- 희귀질환 지원대상자의 경우 '희귀질환자 의료비지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 기재 - 긴급복지 의료지원대상자의 경우 '긴급지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 기재
장애인의료비	n(10)	226	- 의료급여의 경우 의료급여 2종 장애인 1차 진료 및 2차 진료의 경우 해당 금액을 기재 - 건강보험의 경우 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자의 경우 해당 금액을 기재
대불금	n(10)	236	2종 의료급여 수급권자의 입원진료의 경우 대불금 신청시만 기재
요양급여비용총액 2, 진료비총액	n(10)	246	- 요양급여비용총액 2: 요양급여비용총액 1과 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금 총액을 합하여 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재 - 진료비 총액: 다음의 보훈국비환자인 경우에 한하여 기재 · 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 진료분인 경우 비급여와 요양급여비용[건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액, 보훈 등 100분의100본인부담 포함]을 모두 합하여 총 금액을 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재
보훈청구액	n(10)	256	- 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자인 경우 진료비총액에서 본인일부부담금, 청구액, 보훈 본인일부부담금 및 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액을 제외한 금액을 기재 - 보훈위탁진료 요양기관의 보훈감면환자인 경우 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 3에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)에서 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
건강보험(의료급여) 100분의100 본인부담금총액	n(10)	266	건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금을 합하여 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재
보훈 본인일부부담금	n(10)	276	다음의 보훈국비환자인 경우에 한하여 기재 - 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 명세서의 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 보훈 등 100분의100본인부담액과 비급여를 합한 금액의 해당 본인일부부담금을 기재 - 보훈 본인일부부담금은 100원 미만 절사한 금액으로 기재하되, 입원진료의 경우에는 10원 미만 절사한 금액으로 기재
100분의100미만 총액	n(10)	286	A항, B항, D항 및 E항의 치료재료, 약제 등 요양기관 종별가산율이 적용되지 않은 요양급여비용, 요양기관 종별가산율이 적용되는 진료행위와 가산금액을 합하여 총 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재
100분의100미만 본인일부부담금	n(10)	296	- 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조에 따른 본인일부부담금을 기재하되 10원 미만 절사한 금액을 기재 - 「국민건강보험법 시행령」별표2 제5호의2에 따른 본인일부부담금을 기재하되 10원미만 절사한 금액을 기재 · 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비(감면)환자인 경우 「국가보훈대상자의 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 100분의100미만 본인일부부담금을 기재
100분의100미만 청구액	n(10)	306	- 100분의100미만 총액에서 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재 - 100분의100미만 총액에서 「국민건강보험법 시행령」별표2 제5호의2에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재 · 단, 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 중 상이처, 무자격자인 경우 '0'으로 기재
100분의100미만 보훈청구액	n(10)	316	보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비(감면)환자인 경우 100분의100미만 총액에서 100분의100미만 본인일부부담금 및 100분의100미만 청구액을 제외한 금액을 기재

2) 명세서 상병내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(요양급여비용 심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	요양급여비용 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
상병분류구분	an(1)	16	- 각 상병분류기호별 주·부상병, 배제된 상병을 구분하는 구분자로서 상병분류기호별로 반드시 해당 구분자를 기재 - 구분코드 '1'(주상병)은 '상병분류기호' 첫번째 자리(제1단)의 상병에만 기재 ■ 구분코드 1: 주상병(진료기간 중 치료나 검사 등에 대한 환자의 요구가 가장 컸던 상병) 2: 부상병(진료기간 중 주상병과 함께 있었거나 발생된 상병으로 환자 진료에 영향을 주었던 상병) 3: 배제된 상병(최종상병이 확진된 경우 이전에 고려하였지만 배제된 상병)
상병분류기호	an(6)	17	- 통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호를 주상병, 부상병, 배제된 상병순으로 기재하되, 주상병은 반드시 첫 번째 자리(제1단)에만 기재하고, 부상병, 배제된 상병은 각각 2개 이상인 경우 중요도 순으로 각각 기재 - 영문자는 반드시 대문자로 기재하고 '·' 또는 '*', '†' 등 특수기호는 기재 생략
진료과목	an(2)	23	진료를 받은 진료과목(병원급이상) 또는 상병명에 해당하는 진료과목(의원급)을 기재하되, 진료과목이 2개 이상에 해당되는 경우 상병별로 모두 기재하며, 진료과목별 코드는 "별표 5"와 같이 한다.
내원일자, 당월요양개시일	an(8)	25	- 내원일자: 외래 요양급여비용 명세서의 경우 진료일자를 기재 - 당월요양개시일: 입원 요양급여비용 명세서의 경우 요양기관에 해당 상병 진료를 위하여 그 달에 최초 입원한 년·월·일을 기재. 단, 입원요양급여비용 분리청구시 해당 요양급여비용 명세서의 최초 진료일자를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
면허종류	an(1)	33	주상병명에 대하여 진료한 진료과목의 주된 의사의 해당 면허종류 구분자를 기재 ■ 면허종류 3: 한의사
면허번호	an(10)	34	주상병명에 대하여 진료한 진료과목의 주된 의사의 면허번호를 기재

3) 명세서 진료내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(요양급여비용 심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	요양급여비용 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
항번호	an(2)	16	“진찰료”항부터 “비급여”항까지 12개 항에 부여된 번호 기재 01: 진찰료 02: 입원료 03: 투약료 04: 시술 및 처치료 05: 검사료 A: 100분의50 본인부담 B: 100분의80 본인부담 D: 100분의30 본인부담 E: 100분의90 본인부담 U: 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담 V: 보훈 등 100분의100본인부담 W: 비급여 ※ V항, W항: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 진료분에 한하여 기재
목번호	an(2)	18	12개 항의 소분류 단위로 부여된 번호 기재 ■ 목번호 분류 예시 - 진찰료 01: 초진 02: 재진 99: 기타 - 입원료

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			01: 일반 02: 8세 미만의 소아 03: 중환자실 04: 기본식대 05: 안치료 11: 가산식대 12: (사용유보) 13: (사용유보) 99: 기타 - 투약료 01: 내복약 02: 조제·복약지도료 99: 기타 - 시술 및 처치료 01: 침술 02: 구술 03: 부항술 04: 처치료 99: 기타 - 검사료 01: 검사료 - 100분의50 본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 100분의80 본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 100분의30 본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 100분의90 본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 보훈 등 100분의100본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 비급여 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위
줄번호	n(4)	20	진료코드에 일련번호를 4자리 숫자로 부여하되 항, 목 순으로 연이어 부여 기재 ■ 유형 (3번째 줄번호인 경우 다음과 같이 기재) - 0003
코드구분	an(1)	24	코드를 구분하는 구분자로서, 코드를 기재할 경우는 반드시 해당 구분자를 기재 ■ 코드구분 A: 수가(상대가치점수표에 수록된 코드) B: 준용수가 C: 약가 H: 치료재료

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
코드	an(9)	25	진료수가, 준용, 약가, 치료재료를 기재하며, 코드에 대한 세부내역은 “진료코드” 참조
단가	n(10.2)	34	- 상대가치점수표상의 점수에 점수당 단가를 곱하여 10원 미만은 4사5입한 금액을 기재 - 약가, 치료재료, 원료약 등의 경우는 「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 따른 단가를 원미만은 4사5입하여 기재하되, 단가가 1원 미만인 경우 1원으로 기재 - 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따른 단가를 기재
1일투여량, 투여(실시)횟수	n(5.2)	46	1일 투여량(소수 셋째자리에서 4사5입하여 소수 둘째자리까지 기재) 또는 투여(실시)횟수를 기재 개방병원진료 및 시설 등의 공동이용 진료시에는 실시(수탁)한 기관의 종별가산율을 적용하여 기재
총투여일수, 실시횟수	n(3)	53	총 투여일수 또는 실시횟수를 기재
금액	n(10)	56	단가×1일 투여량×총 투여일수(실시횟수)를 계산한 후 원미만은 4사5입하여 기재. 기준처방에 대하여 감미한 경우는 해당 단미제에 ‘-’ 금액으로 기재
가감 등 구분	an(10)	66	기준처방에 단미제를 가감하는 경우나 임의처방의 경우 처방 및 단미제 코드에 다음의 유형으로 해당코드 기재 ■ 유형 - 기준처방: B######### - 가미제: A######### - 감미제: S######### - 임의처방 및 임의처방에 사용한 단미제: H######### (#########은 한약제제 코드와 동일한 9자리)
변경일	an(8)	76	다음의(당월요양개시일 이후에 신설되거나 단가가 변경된) 경우 변경(신설)된 단가의 최초 투여(실시)일자를 기재 ■ 당월요양개시일 이후에 단가가 변경된 경우 - 수가 등의 고시가가 변경 고시된 경우 - 보건복지부에서 실구입가 인정품목 중 가격을 기준단가 범위내 실구입가로 인정하도록 별도 고시한 품목의 기준단가 기준이 변경된 경우 ■ 당월요양개시일 이후에 신설된 경우 - 수가 항목이 신설되거나 의약품이 신규 등재된 경우 등 ■ 유형: CCYYMMDD

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
면허종류	an(1)	84	실제 환자를 진료한 의사 및 실시한 간호사 등의 아래 면허종류(단, 사회복지사는 자격종류)를 기재 ■ 면허종류 3: 한의사 6: 간호사 7: 사회복지사
면허번호	an(100)	85	실제 환자를 진료한 의사 및 실시한 간호사 등의 면허번호(단, 사회복지사는 자격번호)를 기재 ■ 유형(2개 이상의 면허번호는 다음과 같이 기재) 12345/67890/54321.....

4) 명세서 특정내역기재란

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(요양급여비용 심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	요양급여비용 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
특정내역기재란			원내투약일수, 특정기호, 100/100내역 등을 기재
발생단위구분	an(1)	16	특정내역 발생 단위별로 해당 구분자를 기재 1: 명세서단위 2: 줄번호단위
줄번호	n(4)	17	진료내역의 줄번호단위로 특정내역을 기재할 경우에 해당 줄번호를 4자리 숫자로 기재 단, 명세서단위의 특정내역인 경우에는 기재하지 않음
특정내역구분	an(5)	21	해당 내역의 구분코드를 특정내역 구분란에 기재하고 그에 해당되는 기술사항을 특정내역란에 기재하되, 세부구분코드는 별표 8. “특정내역 구분코드”를 참조
특정내역	an(700)	26	

(3) 보건기관(보건의료원제외)

1) 명세서 일반내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(요양급여비용 심사청구서의 항목설명 참조)
서식번호	an(4)	11	■ 서식번호 H050: 건강보험 보건기관 입원 요양급여비용 명세서 H051: 건강보험 보건기관 외래 요양급여비용 명세서 H054: 의료급여 보건기관 입원명세서 H055: 의료급여 보건기관 외래명세서
요양기관(의료급여기관)기호	an(8)	15	(요양급여비용 심사청구서와 동일)
명세서일련번호	an(5)	23	요양급여비용 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
가입자(세대주) 성명	an(20)	28	건강보험의 경우 가입자 성명, 의료급여는 세대주 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호에 연계된 가명을 기재
증번호 (보장시설 및 노숙인시설기호)	an(20)	48	건강보험은 증번호를 기재하고, 보장시설에 입소해 있는 의료급여환자 또는 노숙인 의료급여환자가 진료를 받은 경우 보장기관(시·군구)에서 부여한 보장시설기호 또는 노숙인시설기호를 기재
수진자성명	an(20)	68	수진자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호에 연계된 가명을 기재
수진자 주민등록번호	an(13)	88	수진자의 주민등록번호를 기재하되 생년월일 다음의 “-”는 기재 생략 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호를 기재
진료과	an(1)	101	진료를 받은 진료과를 기재하되, 진료과목별 코드는 “별표 5”와 같이 한다

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
보장기관기호	an(11)	102	의료급여를 받는 수급권자의 관할 시·군·구 기호를 기재
의료급여종별구분	an(1)	113	의료급여종별 구분 기재 ■ 의료급여종별구분 1: 1종 2: 2종 4: 행려 6: 2종 장애인의 2차의료급여 8: 2종 장애인의 1차의료급여 N: 노숙인 1종
공상 등 구분	an(1)	114	■ 공상 등 구분하여 기재 0: 무 1: 공상 4: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자(건강보험 또는 의료급여 수급권자) 7: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자(상이처, 무자격자) 8: 군인가족, 예비역장군 및 대령, 창군 및 6·25참전요원의 군 요양기관 이용시 9: 군인, 군무원의 군 요양기관 이용시 C: 차상위 희귀질환·중증난치질환 또는 중증질환 본인부담경감대상자 E: 차상위 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자 F: 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자 G: 긴급복지 의료지원대상자 H: 희귀질환 지원대상자
청구구분			보완청구, 추가청구(진료내역 일부 누락분 추가청구), 입원 요양급여비용 분리청구시 구분코드를 기재
코드	an(1)	115	1: 보완청구 2: 추가청구 3: 분리청구
접수번호	an(7)	116	보완청구, 추가청구, 입원 요양급여비용 분리청구의 경우 당초 청구한 명세서의 접수번호를 기재
명세서일련번호	an(5)	123	보완청구, 추가청구, 입원 요양급여비용 분리청구의 경우 당초 청구한 명세서의 일련번호를 기재
사유코드	an(2)	128	보완청구의 경우 당초 청구한 명세서의 심사불능 사유를 기재
최초입원개시일	an(8)	130	입원 요양급여비용 분리청구의 경우 최초 입원개시일을 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
내원일자, 당월요양개시일	an(8)	138	- 내원일자: 외래 요양급여비용 명세서의 경우 진료일자를 기재 - 당월요양개시일: 입원 요양급여비용 명세서의 경우 요양기관에 해당 상병 진료를 위하여 그 달에 최초 입원한 년·월·일을 기재.

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			단, 입원요양급여비용 분리청구시 해당 요양급여비용 명세서의 최초 진료일자를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
요양급여일수 (투약일수포함)	n(3)	146	해당 요양급여비용 명세서에서 요양급여를 받은 실 일수를 기재하되, 입원 또는 내원일수에 원내투약일수를 산입하여 기재. 이때 내원 또는 입원일수와 투약일수가 중복될 때에는 1일로 계산
입원일수, 내원(방문)횟수	n(3)	149	입원일수 또는 총 방문횟수를 기재
진찰횟수	n(2)	152	내원(방문)하여 실제 진찰이 이루어진 횟수를 기재
투약일수	n(3)	154	내원(방문)하여 보건기관 내 조제 투약하는 경우의 실 투약일수를 기재
물리치료일수	n(3)	157	방문하여 물리치료를 받은 실 일수를 기재
야간·공휴구분	an(1)	160	야간(18-09시) 또는 공휴일에 조산시 기재 ■ 야간, 공휴 구분 1: 야간 2: 공휴
다태아구분	an(1)	161	다태아 조산시 기재 ■ 다태아 구분 2: 2태아 3: 3태아
실구입가	n(10)	162	피임시술 재료 또는 항독소교상제의 경우 “약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준”에 따른 단가를 수록
재료 및 약제 품목구분	an(1)	172	치료재료 및 약제의 품목 구분 ■ 품목구분 1: 피임시술재료 2: 항독소교상제
요양급여비용총액 1	n(10)	173	요양급여비용총액 1을 기재 단, 100분의100 본인부담 및 비급여를 제외한 총 금액을 기재
본인일부부담금	n(10)	183	- 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 3에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)을 기재 - 본인일부부담금은 100원 미만 절사한 금액으로 기재하되, 입원진료의 경우에는 10원 미만 절사한 금액으로 기재(단, 보건진료소의 2009.6.30. 이전 진료분 까지는 10원 미만 절사한 금액으로 기재) · 요양급여비용총액 1이 본인부담정액제에 해당하는 경우는 방문당 본인일부부담금을 기재 · 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비(감면)환자인 경우 「국가보훈대상자1 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구액	n(10)	193	- 요양급여비용총액 1에서 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 3에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재 · 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 중 상이처, 무자격자인 경우에는 '0'으로 기재
지원금	n(10)	203	- 희귀질환 지원대상자의 경우 '희귀질환자 의료비지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용(본인일부부담금)을 기재 - 긴급복지 의료지원대상자의 경우 '긴급지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 기재
요양급여비용총액 2, 진료비총액	n(10)	213	- 요양급여비용총액 2: 요양급여비용총액 1과 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액을 합하여 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재 - 진료비총액: 다음의 보훈국비환자인 경우에 한하여 기재 · 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 진료분인 경우 비급여와 요양급여비용[건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액, 보훈 등 100분의100본인부담 포함]을 모두 합하여 총 금액을 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재
보훈청구액	n(10)	223	- 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자인 경우 진료비총액에서 본인일부부담금, 청구액, 보훈 본인일부부담금 및 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액을 제외한 금액을 기재 - 보훈위탁진료 요양기관의 보훈감면환자인 경우 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 3에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)에서 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재
건강보험(의료급여) 100분의100 본인부담금총액	n(10)	233	건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금을 합하여 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재
보훈 본인일부부담금	n(10)	243	다음의 보훈국비환자인 경우에 한하여 기재 - 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 명세서의 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 보훈 등 100분의100본인부담액과 비급여를 합한 금액의 해당 본인일부부담금을 기재 - 보훈 본인일부부담금은 100원 미만 절사한 금액으로 기재하되, 입원진료의 경우에는 10원 미만 절사한 금액으로 기재

2) 명세서 상병내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(요양급여비용 심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	요양급여비용 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
상병분류구분	an(1)	16	- 각 상병분류기호별 주·부상병, 배제된 상병을 구분하는 구분자로서 상병분류기호별로 반드시 해당 구분자를 기재 - 구분코드 '1'(주상병)은 '상병분류기호' 첫 번째 자리(제1단)의 상병에만 기재 ■ 구분코드 1: 주상병(진료기간 중 치료나 검사 등에 대한 환자의 요구가 가장 컸던 상병) 2: 부상병(진료기간 중 주상병과 함께 있었거나 발생된 상병으로 환자 진료에 영향을 주었던 상병) 3: 배제된 상병(최종상병이 확진된 경우 이전에 고려하였지만 배제된 상병)
상병분류기호	an(6)	17	- 통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호를 주상병, 부상병, 배제된 상병 순으로 기재하되, 주상병은 반드시 첫 번째 자리(제1단)에만 기재하고, 부상병, 배제된 상병은 각각 2개 이상인 경우 중요도 순으로 각각 기재 - 영문자는 반드시 대문자로 기재하고 ' · ' 또는 '*', '†' 등 특수기호는 기재 생략
면허종류	an(1)	23	주상병명에 대하여 진료한 진료과목의 주된 의사의 해당 면허종류 구분자를 기재 ■ 면허종류 1: 의사 2: 치과의사 3: 한의사
면허번호	an(10)	24	주상병명에 대하여 진료한 진료과목의 주된 의사의 면허번호를 기재
치식구분			치식번호를 우상, 좌상, 우하, 좌하 순으로 일렬로 위치한 뒤 상병명과 관련된 치식번호를 '치식구분 기재 요령'과 같이 기재
우상	an(8)	34	우측 윗부분의 치아
좌상	an(8)	42	좌측 윗부분의 치아

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
우하	an(8)	50	우측 아랫부분의 치아
좌하	an(8)	58	좌측 아랫부분의 치아

3) 명세서 진료내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(요양급여비용 심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	요양급여비용 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
진료내역(의약품)			보건기관(보건진료소 제외)에서 의약분업 예외사항 발생으로 원내 조제·투약시 해당 의약품내역을 기재 단, 보훈위탁지정 보건기관에서 보훈 국비환자를 진료한 경우에는 100분의100본인부담, 비급여 의약품 및 진료내역도 기재
항번호	an(2)	16	각 항(11개)에 부여된 번호를 기재 03: 투약료 04: 주사료 05: 마취료 06: 이학요법료 08: 처치 및 수술료 09: 검사료 10: 영상진단 및 방사선치료료 S: 특수장비 U: 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담 V: 보훈 등 100분의100본인부담 W: 비급여 ※ V항, W항: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 진료분에 한하여 기재
목번호	an(2)	18	11개 항의 소분류 단위로 부여된 번호 기재 ■ 목번호 분류 예시 - 투약료 01: 내복약 02: 외용약 - 주사료 01: 주사

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			- 마취료 01: 마취에 사용한 의약품 - 이학요법료 01: 이학요법에 사용한 의약품 - 처치 및 수술료 01: 처치 및 수술에 사용한 의약품 - 검사료 01: 검사에 사용한 의약품 - 영상진단 및 방사선치료료 01: 진단 및 치료에 사용한 의약품 - 특수장비 01: CT진단에 사용한 의약품 02: MRI진단에 사용한 의약품 03: PET진단에 사용한 의약품 04: (사용유보) 05: (사용유보) - 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 보훈 등 100분의100본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 비급여 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위
줄번호	n(4)	20	원내조제·투약 의약품의 일련번호를 4자리 숫자로 연이어 부여 기재 ■ 유형(3번째 줄번호인 경우 다음과 같이 기재) - 0003
코드구분	an(1)	24	해당 의약품 등을 구분하는 구분코드를 기재 단, 1, 2, 8은 V, W항의 100분의100본인부담, 비급여 진료내역인 경우에만 기재 ■ 코드구분 1: 수가(상대가치점수표에 수록된 코드) 2: 준용수가 3: 보험등재약 4: 원료약, 조제(제제)약 8: 치료재료

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
코드	an(9)	25	보험등재약, 원료약, 조제(제제)약 등의 코드를 기재하며, 코드에 대한 세부내역은 “진료코드” 참조
단가	n(8.2)	34	약가, 원료약 등의 경우는 “약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준”에 따른 단가를 원미만은 4사5입하여 기재하되, 단가가 1원 미만인 경우 1원으로 기재 단, 진료행위인 경우는 상대가치점수표상의 점수에 점수당 단가를 곱하여 10원 미만은 4사5입한 금액을 기재
1일 투여량, 투여횟수	n(5.2)	44	1일 투여량(소수 셋째자리에서 4사5입하여 소수 둘째자리까지 기재) 또는 투여횟수를 기재 단, 진료행위인 경우는 1일 실시횟수를 기재
총투여일수	n(3)	51	총 투여일수를 기재 단, 진료행위인 경우는 총 실시일수를 기재
금액	n(10)	54	단가×1일 투여량(투여횟수)×총 투여일수를 계산한 후 원미만은 4사5입하여 기재

4) 명세서 처방내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(요양급여비용 심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	요양급여비용 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
처방내역 처방전발급번호	an(13)	16	보건기관에서 부여하는 번호로서 처방전발급일과 처방전 발급 순서에 따른 일련번호를 연이어 기재 ■ 유형: CCYYMMDD + (일련번호) CCYYMMDD: 처방전발급 년·월·일(8자리) 일련번호: 해당 처방전발급 년·월·일에 발생한 처방전의 일련번호(5자리)

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
처방일수	n(3)	29	해당 처방전에 따라 조제투약 하도록 처방한 일수를 기재
반복조제횟수	an(4)	32	(사용유보)
줄번호	n(4)	36	처방전발급번호별로 처방약품의 일련번호를 4자리숫자로 연이어 부여 기재 ■ 유형 (3번째 줄번호인 경우 다음과 같이 기재) - 0003
코드구분	an(1)	40	처방약품의 코드를 구분하는 구분자로서, 코드를 기재 할 경우는 반드시 해당 구분자를 기재 ■ 코드구분 3: 보험등재약 4: 원료약 5: 보험등재약의 일반명
코드	an(9)	41	처방약품의 보험등재약 또는 일반명 코드, 원료약 코드를 기재하며 코드에 대한 세부내역은 “진료코드” 참조
1회투약량	n(5.4)	50	1회투약량(소수 다섯째자리에서 4사5입하여 소수 넷째자리까지 기재)을 기재
1일투여횟수	n(2)	59	1일 투여횟수를 기재
총투약일수	n(3)	61	총 투약일수를 기재
본인부담률 구분코드	an(1)	64	요양급여 중「국민건강보험법 시행령」별표 2 제4호 및 제6호에 따른 약제를 처방한 경우 본인이 부담할 비용의 부담률에 부여된 해당 구분코드를 기재 ■ 구분코드 A: 100분의50 본인부담 B: 100분의80 본인부담 D: 100분의30 본인부담 E: 100분의90 본인부담 U: 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담 V: 보훈 등 100분의100본인부담 W: 비급여

5) 명세서 특정내역기재란

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(요양급여비용 심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	요양급여비용 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			■유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
특정내역기재란			의약분업예외구분코드, 추가사항 등을 기재
발생단위구분	an(1)	16	특정내역 발생 단위별로 해당 구분자를 기재 1: 명세서단위 2: 줄번호단위 3: 처방내역 줄번호단위 4: 처방내역단위
처방전발급번호	an(13)	17	처방내역 줄번호단위 또는 처방내역단위로 특정내역을 기재할 경우 해당 처방전발급번호를 기재
줄번호	n(4)	30	진료내역(의약품) 또는 처방내역의 줄번호단위로 특정내역을 기재할 경우에 해당 줄번호를 4자리 숫자로 기재(단, 명세서단위의 특정내역인 경우에는 기재하지 않음)
특정내역구분	an(5)	34	해당 내역의 구분코드를 특정내역 구분란에 기재하고 그에 해당되는 기술사항을 특정내역란에 기재하되, 세부구분코드는 별표 8. “특정내역 구분코드” 참조
특정내역	an(700)	39	

(4) 약국

1) 명세서 일반내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(요양급여비용 심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	요양급여비용 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
서식번호	an(4)	16	■ 서식번호 H024: 건강보험 처방조제 요양급여비용 명세서 H124: 의료급여 처방조제 약제비명세서 H025: 건강보험 직접조제 요양급여비용 명세서 H125: 의료급여 직접조제 약제비명세서
요양기관(의료급여기관)기호	an(8)	20	(요양급여비용 심사청구서와 동일)
보장기관기호	an(11)	28	의료급여를 받는 수급권자의 관할 시·군·구 기호를 기재
의료급여종별구분	an(1)	39	의료급여종별 구분 기재 ■ 의료급여종별구분 1: 1종 2: 2종 4: 행려 8: 2종 장애인의 1차의료급여 N: 노숙인 1종
공상 등 구분	an(1)	40	처방조제시 수진자의 요양급여비용이 공상 또는 보훈대상자의 요양급여비용에 해당하는 경우 ■ 공상 등 구분하여 기재 0: 무 1: 공상 3: 보훈감면환자(30%) 4: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자(건강보험 또는 의료급여 수급권자) 단, 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 제9조 단서의 일부본인부담대상 전상군경등에 해당하는 경우 5: 보훈감면환자(50%) 6: 보훈감면환자(60%) 7: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자(상이처, 무자격자)

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			8: 군인가족, 예비역장군 및 대령, 창군 및 6·25참전요원의 군 요양기관이용시 9: 군인, 군무원의 군 요양기관이용시 C: 차상위 희귀질환·중증난치질환 또는 중증질환 본인부담 경감대상자 E: 차상위 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자 F: 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자 G: 긴급복지 의료지원대상자 H: 희귀질환 지원대상자 J: 보훈감면환자(90%)
청구구분			보완청구, 추가청구(조제내역 일부누락분 추가청구) 요양급여비용 명세서의 경우 구분코드를 기재
코드	an(1)	41	1: 보완청구 2: 추가청구
접수번호	an(7)	42	보완청구, 추가청구의 경우 당초 청구한 요양급여비용 명세서의 접수번호를 기재
명세서일련번호	an(5)	49	보완청구, 추가청구의 경우 당초 청구한 요양급여비용 명세서의 일련번호를 기재
사유코드	an(2)	54	보완청구의 경우 당초 청구한 명세서의 심사불능 사유를 기재
가입자(세대주) 성명	an(20)	56	건강보험의 경우 가입자 성명, 의료급여는 세대주 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호에 연계된 가명을 기재
증번호 (보장시설 및 노숙인시설기호)	an(20)	76	건강보험은 증번호를 기재하고, 보장시설에 입소해 있는 의료급여환자 또는 노숙인 의료급여환자가 진료를 받은 경우 보장기관(시·군·구)에서 부여한 보장시설기호 또는 노숙인시설기호를 기재
수진자성명	an(20)	96	수진자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호에 연계된 가명을 기재
수진자 주민등록번호	an(13)	116	수진자의 주민등록번호를 13자리로 기재하되 생년월일 다음의 "-"는 기재생략 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호를 기재
처방전 발급기관기호	an(8)	129	"처방전"을 발행한 요양기관기호를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
조제투약일자	an(8)	137	처방조제시 해당 “처방전”으로 조제 투약한 년·월·일 또는 직접 조제시 해당 약국에 그 증상에 대한 투약을 위하여 내방한 년·월·일을 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
요양급여일수 (투약일수)	n(3)	145	해당 요양급여비용 명세서에서 조제투약을 받은 실 일수와 내방일을 포함하여 기재하되, 내방일과 투약일이 중복될 때에는 1일로 계산함
요양급여비용총액 1	n(10)	148	약가와 조제료 등을 합산한 금액에서 10원 미만 절사하여 기재 단, 100분의100미만 총액, 100분의100본인부담 및 비급여를 제외한 총 금액을 기재
본인일부부담금	n(10)	158	- 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 4에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)을 기재 - 본인일부부담금은 100원 미만 절사한 금액으로 기재 · 본인부담정액제에 해당하는 경우는 정액 본인일부부담금을 기재 · 「국민건강보험법 시행령」 제19조에 따른 본인부담상한액초과금이 발생한 경우는 실제 본인이 부담하는 금액과 본인부담상한액초과금을 합하여 기재 · 희귀질환 지원대상자의 경우는 ‘희귀질환자 의료비지원사업’에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 기재 · 긴급복지 의료지원대상자가 본인부담상한액초과금이 발생한 경우는 실제 본인이 부담하는 금액, ‘긴급지원사업’에서 지원하는 지원금 및 본인부담상한액초과금을 합하여 기재(건강보험 100분의100본인부담금 제외) · 보훈병원에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈감면 환자인 경우 요양급여비용총액 1에서 보훈청구액을 제외한 금액을 기준으로 본인일부부담금을 산출하여 기재 · 보훈위탁진료 요양기관에서 발행한 처방전에 따라 조제하는 보훈국비(감면)환자인 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 기재 · 자립준비청년 의료비 지원대상자의 경우는 ‘자립준비청년 의료비 지원사업’에 따른 본인일부부담금을 기재
본인부담상한액 초과금	n(10)	168	「국민건강보험법 시행령」 제19조제6항에 따라 본인일부부담금의 총액(법 제44조제2항 및 영 제19조제3항에 따른 금액)이 같은 법 시행령 별표 3에 따라 산정한 본인부담상한액의 최고금액을 넘는 경우에는 그 초과금액(본인부담상한액을 확인할 수 있는 경우에는 그 초과금액)을 기재하며, 분리 또는 추가청구시에는

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			원청구와 연계하여 초과한 금액을 기재. 이 경우 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체로부터 받는 의료비 지원금(요양급여비용 명세서에 기재하여야 하는 지원금에 한한다)을 제외하고 본인부담상한액초과금을 기재
청구액	n(10)	178	- 요양급여비용총액 1에서 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 4에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재 · 보훈병원에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈감면환자인 경우 요양급여비용총액 1에서 본인일부부담금과 보훈청구액을 제외한 금액을 기재 · 보훈위탁진료 요양기관에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈국비환자인 경우 '0'으로 기재 · 자립준비청년 의료비 지원대상자의 경우는 요양급여비용총액 1에서 '자립준비청년 의료비 지원사업'에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재
지원금	n(10)	188	- 희귀질환 지원대상자의 경우 '희귀질환자 의료비지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 기재 - 긴급복지 의료지원대상의 경우 '긴급지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 기재
요양급여비용총액 2, 진료비총액	n(10)	198	- 요양급여비용총액 2: 요양급여비용총액 1과 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금 총액을 합하여 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재 - 진료비 총액: 다음의 보훈국비환자인 경우에 한하여 기재 · 보훈위탁진료 요양기관에서 발행한 처방전에 따라 조제하는 보훈국비환자 조제분인 경우 비급여와 요양급여비용[건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액, 보훈 등 100분의100 본인부담 포함]을 모두 합하여 총 금액을 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재
보훈청구액	n(10)	208	- 보훈위탁진료 요양기관에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈국비환자인 경우 진료비총액에서 본인일부부담금, 청구액, 보훈 본인일부부담금 및 건강보험(의료급여) 100분의100 본인부담금총액을 제외한 금액을 기재 - 보훈병원에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈감면환자인 경우 요양급여비용총액 1에서 국가부담(30%, 50%, 60%, 90%)에 해당하는 금액을 기재 - 보훈위탁진료 요양기관에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈감면환자인 경우 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 4에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)에서

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재
공란	n(10)	218	
공란	n(10)	228	
건강보험(의료급여) 100분의100 본인부담금총액	n(10)	238	건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금을 합하여 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재
보훈 본인일부부담금	n(10)	248	다음의 보훈국비환자인 경우에 한하여 기재 - 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 명세서의 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 보훈 등 100분의100본인부담액과 비급여를 합한 금액의 해당 본인일부부담금을 기재하되, 100원 미만 절사한 금액을 기재
100분의100미만 총액	n(10)	258	A항, B항, D항 및 E항의 약가를 합산한 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재
100분의100미만 본인일부부담금	n(10)	268	- 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조에 따른 본인일부부담금을 기재하되 10원 미만 절사한 금액을 기재 · 보훈위탁진료 요양기관에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈국비(감면)환자인 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 100분의100미만 본인일부부담금을 기재 · 보훈병원에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈감면환자인 경우 100분의100미만 총액에서 100분의100미만 보훈청구액을 제외한 금액을 기준으로 100분의100미만 본인일부부담금을 산출하여 기재
100분의100미만 청구액	n(10)	278	- 100분의100미만 총액에서 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재 · 보훈병원에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈감면환자인 경우 100분의100미만 총액에서 100분의100미만 본인일부부담금과 100분의100미만 보훈청구액을 제외한 금액을 기재 · 보훈위탁진료 요양기관에서 발행한 처방전에 따라 조제하는 보훈국비환자인 경우 '0'으로 기재
100분의100미만 보훈청구액	n(10)	288	- 보훈위탁진료 요양기관에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈국비(감면)환자인 경우 100분의100미만 총액에서 100분의100미만 본인일부부담금 및 100분의100미만 청구액을 제외한 금액을 기재 - 보훈병원에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈감면환자인 경우 100분의100미만 총액에서 국가부담(30%, 50%, 60%, 90%)에 해당하는 금액을 기재

2) 명세서 상병내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(요양급여비용 심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	요양급여비용 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
상병분류기호 (증상분류기호)	an(6)	16	"처방전"의 상병분류기호를 기재하되 통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호를 기재하며, 영문자는 반드시 대문자로 기재하고 ' · ' 또는 '*', '†' 등 특수기호는 기재 생략 직접조제시는 "약국 직접조제·투약시 증상분류기호"에 따라 대분류기호와 소분류기호를 연결하여 3단으로 기재
면허종류	an(1)	22	의약품을 조제·투약한 주된 약사의 해당 면허종류 구분자를 기재 ■ 면허종류 4: 약사 5: 한약사
면허번호	an(10)	23	의약품을 조제·투약한 주된 약사의 면허번호를 기재

3) 명세서 조제투약내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(요양급여비용 심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	요양급여비용 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
항번호	an(2)	16	조제투약시 "약가"항부터 "비급여 약가"항까지 9개 항에 부여된 번호 기재 01: 약가 02: 조제료 등 A: 100분의50 본인부담 B: 100분의80 본인부담

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			D: 100분의30 본인부담 E: 100분의90 본인부담 U: 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담 약가 V: 보훈 등 100분의100 본인부담 약가 W: 비급여 약가 ※ V항, W항: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 진료분에 한하여 기재
목번호	an(2)	18	조제투약시 각 약가항의 소분류 단위로 부여된 번호 기재 ■ 약가 01: 내복약 02: 외용 03: 주사 ■ 조제료 등 01: 조제료 등 ■ 100분의50 본인부담 01: 내복약 02: 외용 03: 주사 ■ 100분의80 본인부담 01: 내복약 02: 외용 03: 주사 ■ 100분의30 본인부담 01: 내복약 02: 외용 03: 주사 ■ 100분의90 본인부담 01: 내복약 02: 외용 03: 주사 ■ 건강보험(의료급여) 100분의100 본인부담 약가 01: 내복약 02: 외용 03: 주사 ■ 보훈 등 100분의100 본인부담 약가 01:내복약 02: 외용 03: 주사 ■ 비급여 약가 01: 내복약 02: 외용 03: 주사
줄번호	n(4)	20	조제투약내역에 일련번호를 4자리 숫자로 순차적으로 부여하며 줄번호는 동일 약제비 명세서에서 중복되지 않아야 함 ■ 유형(10번째 줄번호인 경우 다음과 같이 기재) - 0010
코드구분	an(1)	24	코드를 구분하는 구분자로서, 코드를 기재할 경우는 반드시 해당 구분자를 기재 ■ 코드구분 1: 수가 3: 보험등재약 4: 원료약
코드	an(9)	25	약국조제료, 보험등재약, 원료약의 코드를 기재하며, 코드에 대한 세부내역은 “진료코드” 참조

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
단가	n(10.2)	34	- 상대가치점수표상의 점수에 점수당 단가를 곱하여 10원 미만은 4사5입한 금액을 기재 - 약가, 치료재료, 원료약 등의 경우는 「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 따른 단가를 원미만은 4사5입하여 기재하되, 단가가 1원 미만인 경우 1원으로 기재 - 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따른 단가를 기재
1일 투약량, 투약(실시)횟수	n(5.2)	46	1일 실시횟수(소수 셋째자리에서 4사5입하여 소수 둘째자리까지 기재)를 기재(의약품의 경우는 1일 투약횟수를 기재)
총투약일수 (실시횟수)	n(3)	53	총 투약일수(실시횟수)를 기재
1회투약량	n(5.4)	56	1회투약량(소수 다섯째자리에서 4사5입하여 소수 넷째자리까지 기재)을 기재(의약품인 경우만 해당)
금액	n(10)	65	단가×1회투약량×1일 투여량(투여(실시)횟수)×총 투여일수(실시횟수)를 계산한 후 원미만은 4사5입하여 기재
공란	n(10)	75	
공란	n(10)	85	
조제구분	an(1)	95	처방전에 따른 조제투약시 처방전의 대체, 변경, 수정 또는 성분처방인 경우 해당 구분자를 기재 1: 대체 2: 수정 3: 변경 4: 저가대체 5: 성분처방 9: 저가대체 가산금
면허종류	an(1)	96	실제 의약품을 조제·투약한 약사의 해당 면허종류 구분자를 기재 ■ 면허종류 4: 약사 5: 한약사
면허번호	an(100)	97	실제 의약품을 조제·투약한 약사의 면허번호를 기재 ■ 유형(2개 이상의 면허번호는 다음과 같이 기재) 12345/67890/54321.....

4) 명세서 처방내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(요양급여비용 심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	요양급여비용 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
처방전발급번호	an(13)	16	“처방전”의 발급번호 기재
사용기간	n(3)	29	“처방전”의 사용기간 기재
반복조제횟수	an(4)	32	(사용유보)
처방내역 사항			처방조제시 대체, 수정, 변경, 저가대체, 성분처방으로 처방전의 약제와 조제 내역이 상이한 경우 해당 처방전의 약제내역을 모두 기재
줄번호	n(4)	36	처방약품의 일련번호를 4자리 숫자로 연이어 부여 기재 ■ 유형(3번째 줄번호인 경우 다음과 같이 기재) - 0003
코드구분	an(1)	40	코드를 구분하는 구분자로서, 코드를 기재할 경우는 반드시 해당 구분자를 기재 ■ 코드구분 3: 보험등재약 4: 원료약 5: 보험등재약의 일반명
코드	an(9)	41	처방약품의 보험등재약 또는 일반명 코드, 원료약 코드를 기재하며 코드에 대한 세부내역은 “진료코드” 참조
1회투약량	n(5.4)	50	“처방전”의 1회투약량(소수 다섯째자리에서 4사5입하여 소수 넷째자리까지 기재)을 기재
1일투여횟수	n(2)	59	“처방전”의 1일 투여횟수를 기재
총투약일수	n(3)	61	“처방전”의 총 투약일수를 기재
본인부담률 구분코드	an(1)	64	요양급여 중「국민건강보험법 시행령」별표 2 제4호 및 제6호에 따른 약제를 처방한 경우 본인이 부담할 비용의 부담률에 부여된 해당 구분코드를 기재 ■ 구분코드 A: 100분의50 본인부담 B: 100분의80 본인부담 D: 100분의30 본인부담 E: 100분의90 본인부담 U: 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담 V: 보훈 등 100분의100본인부담 W: 비급여

5) 명세서 특정내역기재란

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(요양급여비용 심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	요양급여비용 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
특정내역기재란			특정기호, 100/100내역 등을 기재
발생단위구분	an(1)	16	특정내역 발생 단위별로 해당 구분자를 기재 1: 명세서단위 2: 줄번호단위 3: 처방내역 줄번호단위
처방전발급번호	an(13)	17	처방내역 줄번호단위로 특정내역을 기재할 경우 해당 처방전발급번호를 기재
줄번호	n(4)	30	조제내역 또는 처방내역의 줄번호단위로 특정내역을 기재할 경우에 해당 줄번호를 4자리 숫자로 기재 (단, 명세서단위의 특정내역인 경우에는 기재하지 않음)
특정내역구분	an(5)	34	해당 내역의 구분코드를 특정내역 구분란에 기재하고 그에 해당되는 기술사항을 특정내역란에 기재하되, 세부구분코드는 별표 8. “특정내역 구분코드”를 참조
특정내역	an(700)	39	

(5) 의료급여비용정액명세서

1) 명세서 일반내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(의료급여비용심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	의료급여 정액진료비 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
서식번호	an(4)	16	■ 서식번호 H040: 의료급여 정신건강의학과정액 입원 명세서 H041: 의료급여 정신건강의학과정액 외래 명세서 (2017.3.12. 진료분까지 해당) H042: 의료급여 정신건강의학과정액 낮병동 명세서 H043: 의료급여 혈액투석정액 외래 명세서
의료급여기관기호	an(8)	20	(의료급여비용심사청구서와 동일)
보장기관기호	an(8)	28	의료급여를 받는 수급권자의 관할 시·군·구 기호를 기재
의료급여종별구분	an(1)	36	의료급여종별 구분 기재 ■ 의료급여종별 구분 1: 1종 2: 2종 4: 행려 6: 2종 장애인의 2차의료급여 8: 2종 장애인의 1차의료급여 N: 노숙인 1종
공상 등 구분	an(1)	37	0: 무 4: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자(의료급여 수급권자) B: 보훈병원의 국비급여 1차
청구구분 코드	an(1)	38	보완청구, 추가청구(진료내역 일부 누락분 추가청구)와 입원 진료비 분리청구 시 구분코드 기재 1: 보완청구 2: 추가청구 3: 분리청구

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
접수번호	an(7)	39	보완청구, 추가청구, 분리청구 시 당초 청구한 명세서의 접수번호를 기재
명세서일련번호	an(5)	46	보완청구, 추가청구, 분리청구 시 당초 청구한 명세서의 명세서 일련번호를 기재
사유코드	an(2)	51	보완청구의 경우 당초 청구한 명세서의 심사불능 사유를 기재
최초입원개시일	an(8)	53	입원진료비 분리청구의 경우 최초 입원개시일을 기재
당월진료개시일	an(8)	61	의료급여기관에 그 상병을 위하여 그 달에 최초 내원한 년·월·일을 기재 단, 수급권자의 의료급여비용명세서가 동일 청구서에서 의료급여 종별 변경 등으로 명세서가 분리되는 경우에는 해당 의료급여 비용명세서의 최초 진료일자를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
세대주성명	an(20)	69	의료급여증에 기재된 세대주 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호에 연계된 가명을 기재
보장시설 및 노숙인시설기호	an(20)	89	보장시설에 입소해 있는 의료급여환자 또는 노숙인 의료급여환자가 진료를 받은 경우 보장기관(시·군·구)에서 부여한 보장시설기호 또는 노숙인시설기호를 기재
수진자성명	an(20)	109	의료급여증에 기재된 수진자 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호에 연계된 가명을 기재
수진자 주민등록번호	an(13)	129	수진자 주민등록번호를 기재하되 생년월일 다음의 “-”는 기재 생략 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호를 기재
당월의료급여일수	n(3)	142	해당 상병으로 해당 월에 의료급여를 받은 실 일수를 기재하되, 입원 또는 내원일수에 해당하는 투약일수(원내투약일수)를 산입하여 산정, 이때 내원 또는 투약일수가 중복될 때에는 1일로 계산
입원일수, 총내원일수	n(3)	145	입원 또는 내원하여 진료를 받은 실 일수를 기재. 단, 의료급여 종별 변경 등으로 명세서가 분리되는 경우에는 해당 명세서에서의 실 진료일수를 기재
공란	an(31)	148	
입원경로	an(2)	179	병원급이상 입원환자의 경우 의료급여기관 도착경로와 입원경로를 조합하여 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			■ 도착경로 1: 타 요양기관 경유 2: 응급구조대후송 3: 기타 ■ 입원경로 1: 응급실 2: 외래
진료결과	an(1)	181	의료급여비용명세서상 최종 진료일의 환자상태를 구분하여 기재 1: 계속 2: 이송 3: 회송 4: 사망 9: 퇴원 또는 외래 치료종결
적용수가구분	an(1)	182	「의료수가의 기준 및 일반기준」에 따른 누적입원일수의 기간별 수가에 해당하는 구분코드 및 외박을 한 경우 기재 (2008.12.31. 진료분까지 해당) ■ 적용수가구분코드 1: 1~180일 (2017.3.12. 진료분까지 해당) 2: 181~360일 3: 361일이상 4: 1~90일 5: 91~180일 7: 외박수가
보호자	an(1)	183	정신질환자가 직접 내원하지 않고 보호자등이 내원·상담 후 약제 또는 처방전을 수령 또는 발급받은 경우 구분자 '9'를 기재 (2008.12.31. 진료분까지 해당)
투약일수	n(3)	184	원내 직접조제·투약한 총 조제투약일수를 기재 (2008.12.31. 진료분까지 해당)
총처방일수	n(3)	187	처방전 당 처방일수의 합을 기재(2008.12.31. 진료분까지 해당)
의료급여비용총액 1	n(10)	190	X항 또는 Z항의 의료급여정액수가 및 보건복지부장관이 정하여 고시하는 별도 산정항목 금액을 합한 총금액을 기재(10원 미만 절사) 단, 100분의100 본인부담 및 비급여를 제외한 총 금액을 기재
본인일부부담금	n(10)	200	「의료급여법 시행령」 별표에 따른 본인일부부담금에서 10원 미만 절사한 금액으로 기재 - 의료급여비용총액 1이 본인부담정액제에 해당하는 경우는 정액 본인일부부담금을 기재 - 보훈국비환자 또는 보훈감면환자의 경우에는 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 본인일부부담금을 기재
청구액	n(10)	210	의료급여비용총액 1에서 「의료급여법 시행령」 별표에 따른 본인일부부담금 및 장애인의료비를 제외한 금액을 기재 단, 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 중 상이처, 무자격자인 경우에는 '0'으로 기재하고, 보훈병원 보훈감면환자의 경우 의료급여비용총액 1에서 본인일부부담금과 보훈청구액을 제외한 금액을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
장애인의료비	n(10)	220	의료급여 2종 장애인 1차진료 및 2차진료의 경우에만 기재
대불금	n(10)	230	2종 의료급여 수급권자의 입원진료의 경우 대불금 신청시의 경우에만 기재
비급여총액	n(10)	240	보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 진료분인 경우 비급여 금액을 모두 합한 총 금액 기재(2008.12.31. 진료분까지 해당)
의료급여비용총액 2, 진료비총액	n(10)	250	- 의료급여비용총액 2: 의료급여비용총액 1과 의료급여 100분의 100본인부담금총액을 합하여 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재 - 진료비총액: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 진료분인 경우 비급여와 의료급여비용을 모두 합하여 총 금액을 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재
보훈청구액	n(10)	260	보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 진료분인 경우 진료비총액에서 본인일부부담금, 청구액 및 보훈 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재 보훈병원의 보훈감면환자 진료분인 경우 의료급여비용총액 1에서 본인일부부담금과 청구액을 제외한 금액을 기재
의료급여정액수가 행위별총액	n(10)	270	의료급여정액수가(X항, Z항)에 포함된 약제, 치료재료 등 의료급여기관 종별가산율이 적용되지 않는 의료급여비용, 의료급여기관 종별가산율이 적용되는 진료행위와 가산금액을 모두 합하여 총 금액을 기재(10원 미만 절사) 단, 보훈 등 100분의100본인부담 및 비급여를 제외한 총 금액을 기재
공란	n(10)	280	
보훈 본인일부부담금	n(10)	290	다음의 보훈국비환자인 경우에 한하여 기재 - 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 명세서의 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 비급여를 합한 금액의 해당 본인일부부담금을 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재
의료급여 100분의100 본인부담금총액	n(10)	300	의료급여 100분의100본인부담금을 합하여 기재하되, 10원미만 절사한 금액을 기재

2) 명세서 상병내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(의료급여비용심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	의료급여 정액진료비 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
상병분류구분	an(1)	16	- 각 상병분류기호별 주부상병, 배제된 상병을 구분하는 구분자로서 상병분류기호별로 반드시 해당 구분자를 기재 - 구분코드 '1'(주상병)은 '상병분류기호' 첫 번째 자리(제1단)의 상병에만 기재 ■ 구분코드 1: 주상병(진료기간 중 치료나 검사 등에 대한 환자의 요구가 가장 컸던 상병) 2: 부상병(진료기간 중 주상병과 함께 있었거나 발생된 상병으로 환자 진료에 영향을 주었던 상병) 3: 배제된 상병(최종상병이 확진된 경우 이전에 고려하였지만 배제된 상병)
상병분류기호	an(6)	17	- 통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호를 주상병, 부상병, 배제된 상병순으로 기재하되, 주상병은 반드시 첫번째 자리(제1단)에만 기재하고, 부상병, 배제된 상병은 각각 2개 이상인 경우 중요도 순으로 각각 기재 - 영문자는 반드시 대문자로 기재하고 ' · ' 또는 '*', '†' 등 특수기호는 기재 생략
진료과목	an(2)	23	진료를 받은 진료과목(병원급이상) 또는 상병명에 해당하는 진료과목(의원급)을 기재하되, 진료과목이 2개 이상에 해당하는 경우 상병별로 모두 기재하며, 진료과목별 코드는 (별표 5)와 같이 한다.
면허종류	an(1)	25	주상병명에 대하여 진료한 진료과목의 주된 의사의 해당 면허종류 구분자를 기재 ■ 면허종류 1: 의사
면허번호	an(10)	26	주상병명에 대하여 진료한 진료과목의 주된 의사의 면허번호를 기재

3) 명세서 진료내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(의료급여비용심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	의료급여 정액진료비 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
항번호	an(2)	16	"진찰료"항부터 "비급여"항까지 16개항에 부여된 번호를 기재하되, 의료급여 수가기준 제1장제7조와 제9조 및 11조까지의 의료급여정액수가(혈액투석정액수가, 정신질환정액수가 등)는 Z항, X항에 기재하며, 정액수가에 포함된 수가 등에 대해 진찰료항부터 의료급여100분의100본인부담항까지 각 해당 번호를 기재 01: 진찰료 02: 입원료 03: 투약료 04: 주사료 05: 마취료 06: 이학요법료 07: 정신요법료 08: 처치 및 수술료 09: 검사료 10: 영상진단 및 방사선 치료료 S: 특수장비 U: 의료급여 100분의100본인부담 V: 보훈 등 100분의100본인부담 W: 비급여 X: 정신건강의학과정액 Z: 혈액투석정액 ※ V항, W항은 보훈 국비환자 진료분에 한하여 기재
목번호	an(2)	18	16개 항의 소분류 단위로 부여된 번호 기재 ■ 목번호 분류 예시 - 진찰료 01: 초진 02: 재진 03: 응급 및 회송료 등 - 입원료 01: 일반 02: 8세 미만의 소아 03: 중환자실 04: 격리병실 10: 기본식대 11: (사용유보) 12: (사용유보) 13: (사용유보)

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			- 투약료 01: 내복약 02: 외용약 03: 처방전 99: 기타 - 주사료 01: 주사 99: 기타 - 마취료 01: 마취 - 이학요법료 01: 이학요법료 - 정신요법료 01: 정신요법료 - 처치 및 수술료 01: 처치 및 수술 02: (사용유보) 03: 캐스트 99: (사용유보) - 검사 01: 자체검사 02: 위탁검사 - 영상진단 및 방사선치료료 01: 진단 02: 치료 - 특수장비 01: CT진단 02: MRI진단 03: PET진단 04: (사용유보) 05: (사용유보) - 의료급여 100분의100본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 보훈 등 100분의100본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 비급여 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 정신건강의학과정액 01: 의료급여 정신질환 정액수가 (외래는 2017.3.12. 진료분까지 해당, 낮병동, 입원, 외박수가) 02: 투약 1일당 정액수가(2017.3.12. 진료분까지 해당) 03: 퇴원약제(2019.5.31. 진료분까지 해당) 81: 진찰료 82: 입원료 83: 투약료

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			84: 주사료 85: 마취료 86: 이학요법료 87: 정신요법료 88: 처치 및 수술료 89: 검사료 90: 영상진단 및 방사선치료료 91: 특수장비 92: 100분의100본인부담 93: 비급여 94: 기타 - 혈액투석정액(외래) 01: 의료급여 혈액투석정액수가 81: 진찰료 82: 입원료 83: 투약료 84: 주사료 85: 마취료 86: 이학요법료 87: 정신요법료 88: 처치 및 수술료 89: 검사료 90: 영상진단 및 방사선치료료 91: 특수장비 92: 100분의100본인부담 93: 비급여 94: 기타
줄번호	n(4)	20	진료코드에 일련번호를 4자리숫자로 부여하되 항, 목 순으로 연이어 부여 기재 ■ 유형(2번째 줄번호인 경우 다음과 같이 기재) - 0002
코드구분	an(1)	24	코드를 구분하는 구분자로서, 코드를 기재할 경우는 반드시 해당 구분자를 기재 ■ 코드구분 1: 수가(상대가치점수표 및 의료급여수가의 기준 및 일반기준에 수록된 코드) 2: 준용수가 3: 보험등재약(“약제 급여 목록 및 급여 상한금액표”에 수록된 코드) 4: 원료약, 요양기관 자체 조제(제제)약 8: 치료재료
코드	an(9)	25	진료수가, 보험등재약, 원료약, 조제·제제약, 치료재료를 기재하며, 코드에 대한 세부내역은 “진료코드” 참조
단가	n(10.2)	34	상대가치점수표상의 점수에 점수당 단가를 곱하여 10원 미만은 4사5입한 금액을 기재 단, 의료급여수가의 기준 및 일반기준에서 별도로 정하는 의료급여비용은 해당 급여비용을 기재하고, 약가, 치료재료, 원료약 등의 경우는 “약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준”에 따른 단가를 원미만은 4사5입하여 기재하되, 단가가 1원 미만인 경우 1원으로 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
1일 투여량, 투여(실시)횟수	n(5.2)	46	1일 실시횟수(소수 셋째자리에서 4사5입하여 소수 둘째자리까지 기재)를 기재(의약품의 경우는 1일 투여횟수를 기재) 단, 위탁검사의 경우 위탁검사관리료를 반영하여 1.1을 기재하며, 위탁진료, 개방병원 진료 및 시설 등의 공동이용 진료시에는 실시(수탁)한 기관의 종별가산율을 적용하여 기재
총투여일수, 실시횟수	n(3)	53	총 투여일수 또는 실시횟수를 기재 단, 수탁기관에 위탁한 진료(검사)료 산정시에는 총 실시횟수(1일 진료(검사)실시횟수×총실시일수)를 기재
1회투약량	n(5.4)	56	1회투약량(소수 다섯째자리에서 4사5입하여 소수 넷째자리까지 기재)을 기재(의약품인 경우만 해당)
금액	n(10)	65	단가×1회투약량×1일 투여량(투여(실시)횟수)×총 투여일수(실시횟수)를 계산한 후 원미만은 4사5입하여 기재
공란	n(10)	75	
공란	n(10)	85	
변경일	an(8)	95	다음의(당월요양개시일 이후에 신설되거나 단가가 변경된) 경우, 변경(또는 신설된) 단가의 최초 투여(실시)일자를 기재 ■ 당월요양개시일 이후에 단가가 변경된 경우 - 수가 등의 고시가가 변경 고시된 경우 - 실구입가 인정품목(치료재료, 조제·제제약 등)을 요양개시일 이후에 구입(조제)하여 사용한 경우 - 보건복지부에서 실구입가 인정품목 중 가격을 기준단가 범위내 실구입가로 인정하도록 별도 고시한 품목의 기준단가 기준이 변경된 경우 ■ 당월요양개시일 이후에 코드가 신설된 경우 - 수가 항목이 신설되거나 의약품이 신규 등재된 경우, 보험등재의약품을 최초 구입 사용한 경우 등 ■ 유형: CCYYMMDD
면허종류	an(1)	103	실제 환자를 진료한 의사 및 실시한 간호사 등의 아래 면허종류(단, 사회복지사는 자격종류)를 기재 ■ 면허종류 1: 의사 6: 간호사 7: 사회복지사
면허번호	an(100)	104	실제 환자를 진료한 의사 및 실시한 간호사 등의 면허번호(단, 사회복지사는 자격번호)를 기재 ■ 유형(2개 이상의 면허번호는 다음과 같이 기재) 12345/67890/54321.....

4) 명세서 처방내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(의료급여비용심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	의료급여 정액진료비 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
처방내역			처방전을 발급한 경우에 발급일자 순으로 기재
처방전발급번호	an(13)	16	의료급여기관에서 부여하는 번호로서 처방전발급일과 처방전 발급 순서에 따른 일련번호를 연이어 기재 ■ 유형: CCYYMMDD + (일련번호) CCYYMMDD: 처방전발급 년·월·일(8자리) 일련번호: 해당 처방전발급 년·월·일에 발생한 처방전의 일련번호(5자리)
처방일수	n(3)	29	해당 처방전에 따라 조제투약 하도록 처방한 일수를 기재
반복조제횟수	n(2)	32	(사용유보)
줄번호	n(4)	34	처방전발급번호별로 처방약품의 일련번호를 4자리 숫자로 연이어 부여 기재 ■ 유형(3번째 줄번호인 경우 다음과 같이 기재) - 0003
코드구분	an(1)	38	처방약품의 코드를 구분하는 구분자로서 코드를 기재 할 경우는 반드시 해당 구분자를 기재 ■ 코드구분 3: 보험등재약 4: 원료약 5: 보험등재약의 일반명
코드	an(9)	39	처방약품의 보험등재약 또는 일반명코드, 원료약 코드를 기재하며 코드에 대한 세부내역은 “진료코드” 참조
1회투약량	n(5.4)	48	1회투약량(소수 다섯째자리에서 4사5입하여 소수 넷째자리까지 기재)을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
1일투여횟수	n(2)	57	1일 투여횟수를 기재
총투약일수	n(3)	59	총 투약일수를 기재
본인부담률 구분코드	an(1)	62	요양급여 중「국민건강보험법 시행령」별표 2 제4호 및 제6호에 따른 약제를 처방한 경우 본인이 부담할 비용의 부담률에 부여된 해당 구분코드를 기재 ■ 구분코드 A: 100분의50 본인부담 B: 100분의80 본인부담 D: 100분의30 본인부담 E: 100분의90 본인부담 U: 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담 V: 보훈 등 100분의100본인부담 W: 비급여

5) 명세서 특정내역기재란

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(의료급여비용심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	의료급여 정액진료비 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
특정내역기재란			원내투약일수, 특정기호, 100/100내역 등을 기재
발생단위구분	an(1)	16	특정내역 발생단위별로 해당 구분자를 기재 1: 명세서단위 2: 줄번호단위 3: 처방내역 줄번호단위 4: 처방내역단위
처방전발급번호	an(13)	17	처방내역 줄번호단위 또는 처방내역단위로 특정내역을 기재할 경우 해당 처방전 발급번호를 기재
줄번호	n(4)	30	진료내역 또는 처방내역의 줄번호단위로 특정내역을 기재할

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			경우에 해당 줄번호를 4자리 숫자로 기재 (단, 명세서단위의 특정내역인 경우에는 기재하지 않음)
특정내역구분	an(5)	34	해당 내역의 구분코드를 특정내역 구분란에 기재하고 그에 해당되는 기술사항을 특정내역란에 기재하되, 세부구분코드는 별표 8. “특정내역 구분코드”를 참조
특정내역	an(700)	39	

3. 치료재료 및 약제 구입내역통보서

(1) 치료재료 및 약제 구입내역통보서1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
신청번호	an(12)	1	치료재료 및 원료약 구입내역을 심사평가원에 통보 시 요양기관에서 부여하는 번호로서 통보 년·월·일과 통보일에 발생한 구입내역통보서의 개수를 일련번호로 기재 ■ 유형: CCYYMMDD+일련번호 CCYYMMDD: 통보 년·월·일(8자리) 일련번호: 통보서의 일련번호(4자리)
서식번호	an(4)	13	■ 서식번호 H060: 치료재료 및 약제 구입내역통보서
요양기관기호	an(8)	17	요양기관기호를 기재
담당자	an(20)	25	요양기관의 치료재료 및 약제 구입내역통보서 담당자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
총건수	n(4)	45	치료재료, 원료약 통보품목의 총 건수(줄번호수)를 기재
참조란	an(1750)	49	추가 기술사항 기재

(2) 치료재료 및 약제 구입내역통보서2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
신청번호	an(12)	1	치료재료 및 원료약 구입내역을 심사평가원에 통보 시 요양기관에서 부여하는 번호로서 통보 년·월·일과 통보일에 발생한 구입내역통보서의 개수를 일련번호로 기재 ■ 유형: CCYYMMDD+일련번호 CCYYMMDD: 통보 년·월·일(8자리) 일련번호: 통보서의 일련번호(4자리)
통보서구분	an(1)	13	통보하는 품목의 구분 기재 ■ 통보서 구분 A: 치료재료 B: 원료약
줄번호	n(3)	14	통보품목별 일련번호를 3자리 숫자로 기재하되 001부터 연이어 기재
코드	an(8)	17	치료재료, 원료약 등 통보품목에 대한 코드 기재
품명/제조회사명/수입업소명	an(140)	25	치료재료, 원료약 등의 품명과 제조회사 또는 수입업소명을 함께 기재
규격	an(140)	165	치료재료, 원료약의 규격을 숫자로 기재
단위	an(70)	305	원료약의 단위를 문자로 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
구입기관 사업장등록번호	an(17)	375	치료재료, 원료약 구입처의 사업장등록번호를 기재
구입기관 상호명	an(35)	392	치료재료, 원료약 구입처의 상호명을 기재
선납품/2년 경과 계속 사용구분	an(1)	427	응급 또는 기타사유로 세금계산서 없이 거래명세서로 물품 구입시는 선납품에 대한 코드를 기재하며, 치료재료를 구입일로부터 추가 구입없이 2년경과 계속 사용시는 2년경과 계속 사용을 구분 기재하여 만료 1개월 전에 통보 ■ 선납품/2년경과 계속 사용구분 B: 선납품 2: 2년경과 계속 사용
구입일자	an(8)	428	치료재료, 원료약의 구입 년·월·일을 아래 유형으로 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
구입량	n(7)	436	치료재료, 원료약의 구입량을 기재. 이 경우 SET(PACKAGE, BOX) 품목은 반드시 개별 단가 산출이 가능하도록 SET내의 수량 기재
구입가	n(10)	443	치료재료, 원료약의 구입총량에 대한 구입가 기재(부가가치세 포함)
개당 단가	n(10)	453	치료재료, 원료약의 규격, 단위당 개별단가(구입가/구입량) 기재

(3) 치료재료 및 약제 구입내역통보서3

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
신청번호	an(12)	1	치료재료 및 원료약 구입내역을 심사평가원에 통보시 요양기관에서 부여하는 번호로서 통보년·월·일과 통보일에 발생한 구입내역통보서의 개수를 일련번호로 기재 ■ 유형: CCYYMMDD+일련번호 CCYYMMDD: 통보 년·월·일(8자리) 일련번호: 통보서의 일련번호(4자리)
통보서구분	an(1)	13	통보하는 품목의 구분 기재 ■ 통보서 구분 A: 치료재료 B: 원료약
줄번호	n(3)	14	통보품목별 일련번호를 3자리 숫자로 기재하되 001부터 연이어 기재
수진자 주민등록번호	an(13)	17	(미사용)
수진자성명	an(20)	30	(미사용)
사용일자	an(8)	50	(미사용)

4. 요양기관 자체 조제·제제약 내역통보서

(1) 요양기관 자체 조제·제제약 내역통보서1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
신청번호	an(12)	1	요양기관의 자체 조제 · 제제약 내역을 심사평가원에 통보시 요양기관에서 부여하는 번호로서 통보 년·월·일과 통보일에 발생한 조제 · 제제약 내역통보서의 개수를 일련번호로 기재 ■ 유형: CCYYMMDD+일련번호 CCYYMMDD: 통보 년·월·일(8자리) 일련번호: 통보서의 일련번호(4자리)
서식번호	an(4)	13	■ 서식번호 H070: 요양기관 자체 조제 · 제제약 내역 통보서
요양기관기호	an(8)	17	요양기관기호를 기재
담당자	an(20)	25	요양기관의 자체 조제 · 제제약 내역통보서 담당자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
총건수	n(4)	45	조제 · 제제약 통보품목의 총 건수(줄번호수)를 기재
참조란	an(1750)	49	추가 기술사항 기재

(2) 요양기관 자체 조제·제제약 내역통보서2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
신청번호	an(12)	1	요양기관의 자체 조제 · 제제약 내역을 심사평가원에 통보시 요양기관에서 부여하는 번호로서 통보 년·월일과 통보일에 발생한 조제 · 제제약 내역통보서의 개수를 일련번호로 기재 ■ 유형: CCYYMMDD+일련번호 CCYYMMDD: 통보 년·월·일(8자리) 일련번호: 통보서의 일련번호(4자리)
줄번호	n(3)	13	통보 품목별로 일련번호를 3자리숫자로 연이어 기재
조제/제제구분	an(1)	16	조제 · 제제약의 조제 · 제제구분을 코드로 기재 ■ 조제/제제구분 1: 조제 2: 제제
투여형태	an(1)	17	조제 · 제제약의 투약형태를 코드로 기재 ■ 투여형태 1: 내복약 2: 주사약 3: 외용약
주요 효능군	an(50)	18	조제 · 제제약의 주요 효능군 약효 분류번호를 기재
코드	an(8)	68	조제 · 제제약 코드를 기재. 단, 요양기관 자체 조제 · 제제약에 대한 신규코드를 의뢰하는 경우에는 기재 생략
품명	an(140)	76	조제 · 제제약 품명의 명칭을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
시·도·군·구청 신고일	an(8)	216	제제약의 경우 시·도·군·구청 신고증상의 일자를 아래 유형으로 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
청구가	n(10)	224	조제·제제약의 청구가 기재(사용약품의 분량당 가격을 모두 합한 금액을 전체 분량으로 나누어 규격 단위당 가격을 원미만 4사5입하여 기재)
규격	an(140)	234	조제·제제약의 규격을 숫자로 기재
단위	an(70)	374	조제·제제약의 단위를 문자로 기재
가격적용일	an(8)	444	조제·제제약의 청구가 적용일자를 아래 유형으로 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
조제·제제약 효능 및 효과	an(350)	452	조제·제제약의 효능 및 효과를 평문(Free Text)으로 기재
조제·제제약 용법 및 용량	an(350)	802	조제·제제약의 용법 및 용량을 평문(Free Text)으로 기재

(3) 요양기관 자체 조제·제제약 내역통보서3

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
신청번호	an(12)	1	요양기관의 자체 조제·제제약 내역을 심사평가원에 통보시 요양기관에서 부여하는 번호로서 통보 년·월·일과 통보일에 발생한 조제·제제 약 내역통보서의 개수를 일련번호로 기재 ■ 유형: CCYYMMDD+일련번호 CCYYMMDD: 통보 년·월·일(8자리) 일련번호: 통보서의 일련번호(4자리)
줄번호	n(3)	13	통보 품목별로 일련번호를 3자리숫자로 연이어 기재
구입기관 사업장등록번호	an(17)	16	조제·제제시 사용한 의약품의 수입업소 또는 제조회사의 사업장 등록번호를 기재
구입기관 상호명	an(35)	33	조제·제제시 사용한 의약품의 수입업소 또는 제조회사의 상호명을 기재
사용약품 코드구분	an(3)	68	조제·제제 시 사용한 약품의 코드구분을 기재 ■ 코드구분 3: 보험등재약 4: 원료약, 요양기관 자체 조제·제제약
사용약품코드	an(9)	71	사용 약품의 코드를 기재
사용약품명	an(140)	80	사용 약품명을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
사용약품규격	an(140)	220	사용 약품의 규격을 숫자로 기재
사용약품단위	an(70)	360	사용 약품의 단위를 문자로 기재
사용약품 구입일자	an(8)	430	사용약품의 구입일자를 기재. 단, 사용약품이 보험등재약일 경우는 조제 · 제제 당시 가중평균가 적용일자를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
사용약품 단위당가격	n(8.2)	438	사용약품의 규격/단위당 가격(분기별 가중평균가격)을 기재. 단, 사용약품이 원료약일 경우는 단위당 가격(원료약구입가/원료약구입량)이 소수인 경우 소수 셋째자리에서 4사5입하여 소수 둘째자리까지 기재
사용약품분량	n(7.2)	448	사용약품의 사용분량을 “분량”과 “분량당 단위”로 구분하여 기재하되 분량은 숫자로 분량당 단위는 문자로 기재
사용약품 분량당단위	an(3)	457	
사용약품 분량당가격	n(7.2)	460	사용약품의 “단위당 가격”에 “분량”을 곱하여 기재

5. 심사자료 제출내역서

(1) 심사자료 제출내역서1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
신청번호	an(12)	1	심사자료를 심사평가원에 제출시 요양기관에서 부여하는 번호로서 제출 년·월·일과 제출일에 발생한 제출내역서의 개수를 일련번호로 기재 ■ 유형: CCYYMMDD + 일련번호 CCYYMMDD: 제출 년·월·일(8자리) 일련번호: 심사자료 제출내역서의 일련번호(4자리)
서식번호	an(4)	13	■ 서식번호 H061: 심사자료 제출내역서
요양기관기호	an(8)	17	요양기관기호를 기재
담당자	an(20)	25	요양기관의 구입통보 심사자료 제출내역서 담당자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
총건수	n(4)	45	심사자료 제출 총건수를 기재
화상자료총매수	n(4)	49	첨부된 화상자료 총 매수를 기재
참조란	an(1750)	53	추가 기술사항 기재

(2) 심사자료 제출내역서2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
신청번호	an(12)	1	심사자료를 심사평가원에 제출시 요양기관에서 부여하는 번호로서 제출 년·월·일과 제출일에 발생한 제출내역서의 개수를 일련번호로 기재 ■ 유형: CCYYMMDD + 일련번호 CCYYMMDD: 제출 년·월·일(8자리) 일련번호: 심사자료 제출내역서의 일련번호(4자리)
심사자료 요청내역서 통보번호	an(12)	13	“심사자료 요청내역서”에 기재된 통보번호를 기재 ■ 통보번호: CCYYMMDD + 일련번호
통보서 구분	an(1)	25	“심사자료 요청내역서”에 기재된 통보서 구분코드를 기재 A: 치료재료 B: 원료약 C: 조제·제제약
통보서신청번호	an(12)	26	“심사자료 요청내역서”에 기재된 통보서 신청번호를 기재 ■ 신청번호: CCYYMMDD + 일련번호
줄번호	n(3)	38	“심사자료 요청내역서”에 기재된 줄번호를 기재
통보품목코드	an(8)	41	“심사자료 요청내역서”에 기재된 구입통보품목 코드를 기재
통보품목	an(140)	49	“심사자료 요청내역서”에 기재된 구입통보품목 명칭을 기재
화상자료매수	n(4)	189	줄번호별 화상자료 매수를 기재
심사자료 내역	an(35)	193	심사자료 구분이 “기타”에 해당되는 경우 그 내역을 평문으로 기재

(3) 심사자료 제출내역서3

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
신청번호	an(12)	1	심사자료를 심사평가원에 제출시 요양기관에서 부여하는 번호로서 제출 년·월·일과 제출일에 발생한 제출내역서의 개수를 일련번호로 기재 ■ 유형: CCYYMMDD + 일련번호 CCYYMMDD: 제출 년·월·일(8자리) 일련번호: 심사자료 제출내역서의 일련번호(4자리)
심사자료 요청내역서 통보번호	an(12)	13	"심사자료 요청내역서"에 기재된 통보번호를 기재 ■ 통보번호: CCYYMMDD + 일련번호
통보서 구분	an(1)	25	"심사자료 요청내역서"에 기재된 통보서 구분코드를 기재 A: 치료재료 B: 원료약 C: 조제·제제약
통보서신청번호	an(12)	26	"심사자료 요청내역서"에 기재된 통보서 신청번호를 기재 ■ 신청번호: CCYYMMDD + 일련번호
줄번호	n(3)	38	"심사자료 요청내역서"에 기재된 줄번호를 기재
심사자료 구분	an(3)	41	심사자료의 구분코드를 기재하며, 심사자료를 영상자료(IMAGE DATA)로 첨부하는 경우에는 해당 자료의 파일명을 기재 ■ 심사자료 구분 7B1: 세금계산서 7B2: 거래명세표 7B3: 수입면장 7BE: 기타
심사자료파일명	an(70)	44	심사자료를 영상자료(IMAGE DATA)로 첨부하는 경우에는 심사자료 구분에서 선택한 자료의 파일명을 기재

6. 검체검사 공급내역통보서

(1) 검체검사 공급내역통보서1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식버전	an(3)	1	'082'
통보번호	an(12)	4	공급내역통보시 수탁기관에서 부여하는 번호로서 통보 년·월·일과 통보일에 발생한 통보서의 개수를 일련번호로 기재 ■ 유형: CCYYMMDD + 일련번호(4자리) CCYYMMDD: 년·월·일 일련번호: 통보서의 일련번호(4자리)
서식번호	an(4)	16	■ 서식번호 L020: 검체검사 공급내역 통보서
수탁기관기호	an(8)	20	수탁기관의 검사기관기호를 기재
위탁기관기호	an(8)	28	검체검사를 위탁한 요양기관기호를 기재
통보인	an(20)	36	수탁기관 대표자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
작성자	an(20)	56	검체검사 공급내역통보서의 작성자 성명을 한글 또는 영문으로 기재
본부	an(2)	76	검체검사를 위탁한 요양기관의 해당 요양급여비용 청구 심사평가원 본원·본부 구분 기재 ■ 구분 00: 본원 01: 서울본부 02: 부산본부 03: 대구경북본부 04: 광주전남본부 05: 대전충청본부 06: 경기남부본부 07: 울산경남본부 08: 경기북부본부 09: 전북본부 10: 인천본부 11: 강원본부 12: 제주본부
작성자생년월일	an(13)	78	검체검사 공급내역통보서 작성자의 생년월일을 기재
총건수	n(5)	91	검체검사 공급내역통보 건수 합계를 기재
참조란	an(1750)	96	추가 기술사항 기재

(2) 검체검사 공급내역통보서2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
통보번호	an(12)	1	공급내역통보시 수탁기관에서 부여하는 번호로서 통보 년·월·일과 통보일에 발생한 통보서의 개수를 일련번호로 기재 ■ 유형: CCYYMMDD + 일련번호(4자리) CCYYMMDD: 년·월·일 일련번호: 통보서의 일련번호(4자리)

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
통보서일련번호	an(5)	13	검체검사 공급내역통보서의 수진자별 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 ■ 유형(50번째 수진자인 경우 다음과 같이 기재) - 00050
수진자성명	an(20)	18	수진자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호에 연계된 가명을 기재
수진자 주민등록번호	an(13)	38	수진자의 주민등록번호를 기재하되 생년월일 다음의 "-"는 기재 생략 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호를 기재
상병분류기호	an(6)	51	검사의뢰서상의 주소 또는 임상진단명을 기재하되 통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호를 주된 상병 순으로 기재하며 영문자는 반드시 대문자로 기재하고 ' · ' 또는 '*', '†' 등 특수기호는 기재 생략
진료과목	an(2)	57	검사의뢰서상의 진료과목을 기재하되 진료과목이 2개 이상에 해당되는 경우 상병별로 모두 기재

(3) 검체검사 공급내역통보서3

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
통보번호	an(12)	1	공급내역통보시 수탁기관에서 부여하는 번호로서 통보 년·월·일과 통보일에 발생한 통보서의 개수를 일련번호로 기재 ■ 유형: CCYYMMDD + 일련번호(4자리) CCYYMMDD: 년·월·일 일련번호: 통보서의 일련번호(4자리)
통보서일련번호	an(5)	13	검체검사 공급내역통보서의 수진자별 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 ■ 유형(50번째 수진자인 경우 다음과 같이 기재) - 00050
수진자성명	an(20)	18	수진자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호에 연계된 가명을 기재
수진자 주민등록번호	an(13)	38	수진자의 주민등록번호를 기재하되 생년월일 다음의 "-"는 기재 생략 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
줄번호	n(3)	51	한 일련번호 내에서 검사코드 기재순서에 따라 연이어 부여 기재
코드구분	an(1)	54	코드를 구분하는 구분자로서, 코드를 기재할 경우는 반드시 해당 구분자를 기재 ■ 코드구분 1: 수가(상대가치점수표에 수록된 코드) 2: 준용수가 8: 치료재료
코드	an(9)	55	진료수가, 준용, 치료재료 코드를 기재하며, 코드에 대한 세부내역은 “진료코드” 참조
준용명	an(140)	64	“상대가치점수표”에 분류되지 않은 항목을 “상대가치점수표” 상의 비슷한 검사로 준용하여 ‘JJJJJJ’코드로 청구하는 경우 “준용명”란에 실제 검사명과 검사료 산출식을 평문(Free Text)으로 기재
검체	an(70)	204	검사를 위해 채취한 가검물 종류를 기재
검사의뢰일	an(8)	274	위탁기관에서 검체검사를 의뢰한 검사의뢰서상의 날짜를 아래 유형으로 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
결과통보일	an(8)	282	수탁기관이 위탁기관에 검사결과를 통보한 검사결과지상의 날짜를 아래 유형으로 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
1일실시횟수	n(5.4)	290	1일 실시횟수를 기재
총실시횟수	n(3)	299	총 실시일수를 기재
비고	an(350)	302	줄번호별 추가 기술사항이 있는 경우 내역을 평문으로 기재

7. PACS 등 영상자료 제출내역서

(1) PACS 등 영상자료 제출내역서1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식버전	an(3)	1	'081'
제출번호	an(12)	4	영상자료를 심사평가원에 제출시 요양기관에서 부여하는 번호로서 제출 년·월·일과 제출일에 발생한 제출내역서의 개수를 일련번호로 기재 ■ 유형: CCYYMMDD + 일련번호(4자리)
서식번호	an(4)	16	■ 서식번호 H090: PACS 등 영상자료 제출내역서
자료구분	an(2)	20	■ 자료구분 01: 영상자료 02: 이의신청(재심사조정청구) 영상자료
요양기관기호	an(8)	22	요양기관기호를 기재
담당자	an(20)	30	요양기관의 PACS 등 영상자료 제출내역서 담당자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
총건수	n(4)	50	제출한 파일(PACS 등 영상자료 제출내역서2) 총건수를 기재

(2) PACS 등 영상자료 제출내역서2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
제출번호	an(12)	1	영상자료를 심사평가원에 제출시 요양기관에서 부여하는 번호로서 제출 년·월·일과 제출일에 발생한 제출내역서의 개수를 일련번호로 기재 ■ 유형: CCYYMMDD + 일련번호(4자리)
제출일련번호	n(4)	13	영상자료 제출내역서의 개수를 일련번호 4자리 숫자로 기재
접수번호	an(7)	17	영상자료 제출시 당초 청구한 명세서의 접수번호를 기재
청구번호	an(10)	24	영상자료 제출시 당초 청구한 청구서의 청구번호를 기재
명세서일련번호	an(5)	34	영상자료 제출시 당초 청구한 명세서의 일련번호를 기재
수진자성명	an(20)	39	영상자료 제출시 당초 청구한 명세서의 수진자 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호에 연계된 가명을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
수진자 주민등록번호	an(13)	59	영상자료 제출시 당초 청구한 명세서의 수진자 주민등록번호를 기재 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호를 기재
당월요양개시일	an(8)	72	영상자료 제출시 당초 청구한 명세서의 당월요양개시일을 기재
보험자종별구분	an(1)	80	영상자료 제출시 당초 청구한 명세서의 보험자종별구분 기재
진료분야구분	an(2)	81	영상자료 제출시 당초 청구한 명세서의 진료분야구분 기재
심사구분	an(1)	83	1: 1차심사 2: 2차심사 3: 3차심사 …
참조란	an(2000)	84	판독결과 등 추가 기술사항 기재

(3) PACS 등 영상자료 제출내역서3

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
제출번호	an(12)	1	영상자료를 심사평가원에 제출시 요양기관에서 부여하는 번호로서 제출 년·월·일과 제출일에 발생한 제출내역서의 개수를 일련번호로 기재 ■ 유형: CCYYMMDD+일련번호(4자리)
제출일련번호	n(4)	13	영상자료 제출내역서의 개수를 일련번호 4자리 숫자로 기재
파일명	an(100)	17	심사평가원에 제출시 요양기관에서 부여하는 화일명으로서 제출 년·월·일과 제출일에 발생한 제출내역서의 개수와 파일 일련번호를 기재 ■ 유형: 요양기관기호 + CCYYMMDD + 제출일련번호 + 파일일련번호 + '.' + 확장자

8. 환자평가표 파일 (2024.7.1. 진료분부터 적용)

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식버전	an(3)	1	'092'
A. 일반사항			
0. 요양기호	an(8)	4	요양기관기호 기재
1. 환자성명	an(12)	12	수진자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호에 연계된 가명을 기재
2. 주민등록번호	an(13)	24	수진자의 주민등록번호를 기재하되 생년월일 다음의 "-"는 기재 생략 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호를 기재
3. 입원일	an(8)	37	이번 입원의 최초 입원일을 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
4. 요양개시일	an(8)	45	해당 요양급여비용 명세서의 요양개시일을 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
5. 평가구분	an(1)	53	다음에 해당하는 번호를 기재 1: 입원 평가 2: 계속 입원 중인 환자 평가 3: 이전 환자평가표를 적용하는 경우
6. 작성일	an(8)	54	환자평가표 작성일을 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
7. 입원 직전 있던 곳	an(1)	62	입원 직전 있던 곳에 해당하는 번호를 기재 ('5. 평가구분'이 '1'인 경우에만 기재) 1: 집에 거주 (재가장기요양서비스/가정간호/방문간호를 받으면서) 2: 집에 거주 (재가장기요양서비스/가정간호/방문간호를 받지 않으면서) 3: 요양시설/그룹홈 4: 급성기병원 5: 요양병원

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			6: 정신병원/정신시설 7: 기타
8. 교육수준	an(1)	63	교육 정도에 해당하는 번호를 기재 ('5. 평가구분'이 '1'인 경우에만 기재) 1: 무학 2: 초졸(퇴) 3: 중졸(퇴) 4: 고졸(퇴) 5: 대졸(퇴) 이상 6: 확인 불가
9. 혈압			
- 수축기혈압	n(3)	64	수축기 혈압과 이완기 혈압을 각각 기재 (단위: mmHg, 혈압측정이 불가능한 경우 999/999로 기재)
- 이완기혈압	n(3)	67	
10. 건강생활습관			a~d의 건강생활습관에 해당하는 번호를 기재 ('5. 평가구분'이 '1'인 경우에만 기재)
a. 담배	an(1)	70	- 담배를 피우는지 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
b. 술	an(1)	71	- 술을 자주 마시는지 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
c. 운동	an(1)	72	- 주 4일 이상, 한번에 30분 이상 운동 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
d. 식사	an(1)	73	- 하루 세끼 식사를 꼬박꼬박 챙겨 먹는지 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
11. 장기요양등급 및 신청	an(1)	74	장기요양등급 및 신청에 해당하는 번호를 기재 ('5. 평가구분'이 '1'인 경우에만 기재) 1: 해당사항 없음 2: 미신청 3: 신청 중 4: 신청하였으나 인정 못 받음 5: 등급 내 자 6: 등급 외 자
12. 장기요양등급 및 이용 서비스			장기요양등급 및 이용 서비스에 해당하는 번호를 기재 ('5. 평가구분'이 '1'인 경우, '11. 장기요양등급 및 신청'이 '5'인 경우에만 기재)

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
a. 등급	an(1)	75	- 장기요양등급에 대해 해당하는 번호를 기재 1: 1등급 2: 2등급 3: 3등급 4: 4~5등급 5: 인지지원등급 6: 확인 불가
b. 이용 서비스			- (1)~(8) 서비스를 이용 중이거나 이용하였으면 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재
(1) 주·야간보호	an(1)	76	
(2) 방문요양	an(1)	77	
(3) 방문간호	an(1)	78	
(4) 방문목욕	an(1)	79	
(5) 단기보호	an(1)	80	
(6) 복지용구 구입 및 대여	an(1)	81	
(7) 시설입소	an(1)	82	
(8) 기타	an(1)	83	
13. 장기요양서비스 이용 의향	an(1)	84	장기요양서비스를 받고 싶은 의향 여부를 기재 ('5. 평가구분'이 '1'인 경우, '11. 장기요양등급 및 신청'이 '2' 또는 '4'인 경우에만 기재) 0: 아니오 1: 예
14. 사회환경 선별조사			지난 1년 동안의 상황을 종합하여 해당하는 번호를 기재 ('5. 평가구분'이 '1'인 경우에만 기재)
a. 응답거부	an(1)	85	- 아래 b~g에 대하여 응답을 거부하면 '1', 응답하면 '0'을 기재
b. 식사준비, 간병 등	an(1)	86	- 식사준비, 간병 등의 도움을 줄 수 있는 사람이 없는지 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
c. 전기·수도 등	an(1)	87	- 전기·수도 등 공과금 미납으로 서비스 중단 고지를 받은 적이 있는지 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
d. 거주지	an(1)	88	- 안정적으로 거주할 집이 없어 노숙 등을 한 적이 있는지 여부를 기재 0: 아니오 1: 예

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
e. 병원비, 주거비 등	an(1)	89	- 병원비, 월세 등 주거비, 난방비 등 비용 지불이 어려운 적이 있는지 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
f. 교통수단	an(1)	90	- 교통수단 부족으로 진료, 복지관 등 외출이 어려웠던 적이 있는지 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
g. 긴급도움	an(1)	91	- 먹을 것이 없거나 학대를 받는 등 긴급하게 도움이 필요한 적이 있는지 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
B. 의식상태			
1. 혼수	an(1)	92	혼수 상태 여부를 기재 0: 아니오 1: 예 ※ 혼수상태가 '1'인 경우 'D. 신체기능'으로 넘어감
2. 섬망	an(1)	93	섬망에 대해 다음에 해당하는 번호를 기재 0: 섬망의 증상이 전혀 나타나지 않음 1: 섬망의 증상이 있으나, 지난 7일 이전에 발생함 2: 섬망의 증상이 있으나, 지난 7일 이내에 발생하였거나 악화되고 있음
C. 인지기능			
1. 단기기억력	an(1)	94	단기기억력에 대해 다음에 해당하는 번호를 기재 0: 정상 1: 이상 있음 2: 확인 불가
2. 인식기술	an(1)	95	일상 생활사에 관한 의사결정을 할 수 있는 인식기술에 대해 다음에 해당하는 번호를 기재 0: 스스로 일관성 있고 합리적인 의사결정을 함 1: 새로운 상황에서만 의사결정의 어려움이 있음 2: 인식기술이 다소 손상됨 3: 인식기술이 심하게 손상됨

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
3. 이해시키는 능력	an(1)	96	이해시키는 능력에 대해 다음에 해당하는 번호를 기재 0: 이해시킴 1: 대부분 이해시킴 2: 가끔 이해시킴 3: 거의/전혀 이해시키지 못함
4. 의사표현	an(1)	97	말로 의사표현을 할 수 있는지 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
5. 행동심리증상의 빈도			a~n 각 행동심리증상의 빈도에 대해 다음에 해당하는 번호를 기재 0: 없음 1: 가끔 2: 자주 3: 매우 자주
a. 망상	an(1)	98	
b. 환각	an(1)	99	
c. 초조/공격성	an(1)	100	
d. 우울/낙담	an(1)	101	
e. 불안	an(1)	102	
f. 들뜬 기분/다행감	an(1)	103	
g. 무감동/무관심	an(1)	104	
h. 탈억제	an(1)	105	
i. 과민/불안정	an(1)	106	
j. 이상 운동증상 또는 반복적 행동	an(1)	107	
k. 수면/야간행동	an(1)	108	
l. 식욕/식습관의 변화	an(1)	109	
m. 케어에 대한 저항	an(1)	110	
n. 배회	an(1)	111	
6. K-MMSE(또는 MMSE-K) 검사			
a. 실시여부	an(1)	112	- 평가표 작성일로부터 지난 6개월 이내 K-MMSE(또는 MMSE-K) 검사 실시 여부를 기재 0: 아니오 1: 예

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
b-1. 점수 b-2. 검사일	n(2) an(8)	113 115	- 'a. 실시여부'가 '1'인 경우 점수와 검사일(CCYYMMDD)을 각각 기재
7. 치매 척도 검사			
a. CDR 실시여부	an(1)	123	- CDR(Clinical Dementia Rating) 검사 실시 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
b-1. 점수 b-2. 검사일	n(1.1) an(8)	124 126	- 'a. CDR 실시여부'가 '1'인 경우 점수와 검사일(CCYYMMDD)을 각각 기재
c. GDS 실시여부	an(1)	134	- GDS(Global Deterioration Scale) 검사 실시 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
d-1. 점수 d-2. 검사일	n(1) an(8)	135 136	- 'c. GDS 실시여부'가 '1'인 경우 점수와 검사일(CCYYMMDD)을 각각 기재
D. 신체기능			1~10은 일상생활수행능력(Activities of Daily Living, ADL)에 대하여 각 항목별 해당하는 번호를 기재
1. 옷벗고 입기	an(1)	144	옷벗고 입기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재 0: 완전자립 1: 감독필요 2: 약간의 도움 3: 상당한 도움 4: 전적인 도움 8: 행위 발생안함
2. 세수하기	an(1)	145	세수하기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재 0: 완전자립 1: 감독필요 2: 약간의 도움 3: 상당한 도움 4: 전적인 도움 8: 행위 발생안함
3. 양치질하기	an(1)	146	양치질하기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재 0: 완전자립 1: 감독필요 2: 약간의 도움 3: 상당한 도움 4: 전적인 도움 8: 행위 발생안함
4. 목욕하기	an(1)	147	목욕하기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재 0: 완전자립 1: 감독필요 2: 약간의 도움 3: 상당한 도움 4: 전적인 도움 8: 행위 발생안함
5. 식사하기	an(1)	148	식사하기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재 0: 완전자립 1: 감독필요 2: 약간의 도움 3: 상당한 도움 4: 전적인 도움 8: 행위 발생안함

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
6. 체위변경하기	an(1)	149	체위변경하기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재 0: 완전자립 1: 감독필요 2: 약간의 도움 3: 상당한 도움 4: 전적인 도움 8: 행위 발생안함
7. 일어나 앉기	an(1)	150	일어나 앉기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재 0: 완전자립 1: 감독필요 2: 약간의 도움 3: 상당한 도움 4: 전적인 도움 8: 행위 발생안함
8. 옮겨앉기	an(1)	151	옮겨앉기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재 0: 완전자립 1: 감독필요 2: 약간의 도움 3: 상당한 도움 4: 전적인 도움 8: 행위 발생안함
9. 방밖으로 나오기	an(1)	152	방밖으로 나오기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재 0: 완전자립 1: 감독필요 2: 약간의 도움 3: 상당한 도움 4: 전적인 도움 8: 행위 발생안함
10. 화장실 사용하기	an(1)	153	화장실 사용하기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재 0: 완전자립 1: 감독필요 2: 약간의 도움 3: 상당한 도움 4: 전적인 도움 8: 행위 발생안함
11. 와상상태	an(1)	154	와상상태 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
E. 배설기능			
1. 대변조절	an(1)	155	대변조절 상태에 대해 다음에 해당하는 번호를 기재 0. 조절할 수 있음 1. 가끔 실금함 2. 자주 실금함 3. 조절 못함
2. 소변조절	an(1)	156	소변조절 상태에 대해 다음에 해당하는 번호를 기재 0. 조절할 수 있음 1. 가끔 실금함 2. 자주 실금함 3. 조절 못함
3. 배변조절 기구 및 프로그램			
a. 일정하게 짜여진 배뇨계획	n(1)	157	- a~f 배변조절 기구 및 프로그램을 환자에게 실시하면 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
b. 방광 훈련 프로그램	n(1)	158	
c. 규칙적 도뇨	n(1)	159	
d. 외부(콘돔형) 카테터	n(1)	160	
e. 패드, 팬티형 기저귀	n(1)	161	
f. 인공루	n(1)	162	
g. 유치도뇨관 삽입	n(1)	163	- 유치도뇨관 삽입이 1일 이상 발생한 경우 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재
g-1-1. 삽입일자	an(8)	164	- 'g. 유치도뇨관 삽입'이 '1'인 경우 삽입, 제거일자(CCYYMMDD)를 기재
g-1-2. 제거일자	an(8)	172	
g-2-1. 삽입일자	an(8)	180	
g-2-2. 제거일자	an(8)	188	
g-3-1. 삽입일자	an(8)	196	
g-3-2. 제거일자	an(8)	204	
g-4-1. 삽입일자	an(8)	212	
g-4-2. 제거일자	an(8)	220	
g-5-1. 삽입일자	an(8)	228	
g-5-2. 제거일자	an(8)	236	
g-6-1. 삽입일자	an(8)	244	
g-6-2. 제거일자	an(8)	252	
g-7-1. 삽입일자	an(8)	260	
g-7-2. 제거일자	an(8)	268	
g-8-1. 삽입일자	an(8)	276	
g-8-2. 제거일자	an(8)	284	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
g-9-1. 삽입일자	an(8)	292	
g-9-2. 제거일자	an(8)	300	
g-10-1. 삽입일자	an(8)	308	
g-10-2. 제거일자	an(8)	316	
g-11. 삽입기간 (g-1~g-10을 제외한 삽입기간)	an(2)	324	- 위 g-1~g-10을 제외한 삽입기간이 존재할 경우 삽입일수를 모두 합산하여 기재
h. 해당사항 없음	n(1)	326	- 위 a~g 모두에 해당사항이 없으면 '1', 하나라도 해당하면 '0'을 기재
4. 배뇨일지			
a. 배뇨일지 작성 여부	an(1)	327	- 배뇨일지 작성 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
b. 배뇨일지 작성일수	n(2)	328	- 'a. 배뇨일지 작성 여부'가'1'인 경우 배뇨일지 작성일수를 기재
F. 질병진단			
1. 질병			
a. 당뇨	n(1)	330	- a~aa 각 질병에 해당하면 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재
(1)ⓐ 혈당검사 실시여부	an(1)	331	- 'a. 당뇨'가 '1'인 경우 1일 3회 이상 혈당검사 매일 실시 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
ⓑ-1 공복시 혈당	n(3)	332	- '(1)ⓐ 혈당검사 실시여부'가 '1'인 경우 가장 최근의 '공복시 혈당'이나 '식후2시간 혈당' 검사 결과(단위: mg/dl)를 기재
ⓑ-2 식후2시간 혈당	n(3)	335	
(2)ⓐ HbA1c검사 실시여부	an(1)	338	- 'a. 당뇨'가 '1'인 경우 최근 3개월 이내 헤모글로빈A1c (HbA1c) 검사 실시 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
ⓑ-1 HbA1c	n(2.1)	339	- '(2)ⓐ HbA1c검사 실시여부'가 '1'인 경우 헤모글로빈 A1c(HbA1c) 검사 결과(단위: %)와 검사일(CCYYMMDD)을 각각 기재
ⓑ-2 검사일	an(8)	342	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
b. 고혈압	n(1)	350	
c. 요로감염	n(1)	351	
d. 말초혈관질환	n(1)	352	
e. 하지마비	n(1)	353	
f. 사지마비	n(1)	354	
g. 편마비	n(1)	355	
h. 뇌성마비	n(1)	356	
i. 뇌혈관질환	n(1)	357	
j. 파킨슨병(G20)	n(1)	358	
k. 척수손상	n(1)	359	
l. 중증근무력증 및 기타 근신경장애 (G70)	n(1)	360	
m. 근육의 원발성 장애(G71)	n(1)	361	
n. 다발경화증 (G35)	n(1)	362	
o. 헌팅톤병(G10)	n(1)	363	
p. 유전성 운동실조 (G11)	n(1)	364	
q. 척수성 근위축 및 관련 증후군 (G12)	n(1)	365	
r. 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축 (G13)	n(1)	366	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
s. 진행성 핵상 안근마비[스틸-리차드슨-올스제위스키](G23.1)	n(1)	367	
t. 중추신경계통의 비정형바이러스 감염(A81)	n(1)	368	
u. 아급성 괴사성 뇌병증[리이](G31.81)	n(1)	369	
v. 후천성면역결핍증(B20~B24, Z21)	n(1)	370	
w. 치매	n(1)	371	
x. 고지혈증	n(1)	372	
y. 심부전	n(1)	373	
z. 만성폐색성폐질환	n(1)	374	
aa. 천식	n(1)	375	
ab. 해당사항 없음	n(1)	376	- 위 a~aa 모두에 해당사항이 없으면 '1', 하나라도 해당하면 '0'을 기재
2. 영양관련 장애			
a. 콰시오르코르(E40)	n(1)	377	- a~g 각 질병에 해당하면 '1' 그렇지 않으면 '0'을 기재
b. 영양성 소모증(E41)	n(1)	378	
c. 소모성 콰시오르코르(E42)	n(1)	379	
d. 상세불명의 중증 단백질-에너지 영양실조(E43)	n(1)	380	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
e. 중등도 및 경도의 단백질-에너지 영양실조(E44)	n(1)	381	
f. 단백질-에너지 영양실조로 인한 발육지연(E45)	n(1)	382	
g. 상세불명의 단백질-에너지 영양실조(E46)	n(1)	383	
h. 해당사항 없음	n(1)	384	- 위 a~g 모두에 해당사항이 없으면 '1', 하나라도 해당하면 '0'을 기재
G. 건강상태			
1. 문제상황			
a. 열	n(1)	385	- a~e 각 문제상황에 해당하면 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재
(1) 체온	n(2.1)	386	- 'a. 열'이 '1'인 경우 체온 측정결과(단위: ℃)를 기재
(2) 검사와 처치	n(1)	389	- 'a. 열'이 '1'인 경우 발열 원인을 찾는 검사와 처치 시행 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
(3) 발열 일수	n(2)	390	- 'a. 열'이 '1'인 경우 발열 일수를 기재
b. 탈수	n(1)	392	
c. 구토	n(1)	393	
d. 수술 3개월 이내 루 관리	n(1)	394	
e. 출혈·감염 등의 문제로 인한 루 관리	n(1)	395	
f. 해당사항 없음	n(1)	396	- 위 a~e 모두에 해당사항이 없으면 '1', 하나라도 해당하면 '0'을 기재
2. 통증			
a. 통증 발생 빈도	an(1)	397	- 통증 발생 빈도에 대해 다음의 해당하는 번호를 기재 0: 통증 없음 1: 통증이 있으나 매일은 아님 2: 매일 통증이 있음

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
b. 통증 강도			- ‘a. 통증 발생 빈도’가 ‘1’ 또는 ‘2’인 경우 VAS, NRS, FPS 중 하나를 기재
(1) 시각 통증 등급	n(2)	398	- VAS(Visual Analogue Scale) 해당 점수를 기재
(2) 숫자 통증 등급	n(2)	400	- NRS(Numeric Rating Scale) 해당 점수를 기재
(3) 얼굴 통증 등급	n(1)	402	- FPS(Faces Pain Scale) 해당 단계를 기재
c. 통증 치료 여부			
(1) 통증관련 치료	an(1)	403	- 통증 관련 치료 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
(2) 암성통증 치료	an(1)	404	- 암성통증 치료 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
3. 낙상여부			
a. 30일 이내 낙상	an(1)	405	- 지난 30일 이내에 낙상 여부를 기재 0: 아니오 1: 예 2: 확인 불가
b. 31~180일 사이에 낙상	an(1)	406	- 지난 31일에서 180일 사이에 낙상 여부를 기재 0: 아니오 1: 예 2: 확인 불가
4. 말기질환	an(1)	407	말기질환 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
H. 구강 및 영양상태			
1. 삼키기	an(1)	408	물이나 음식을 삼키기가 어려운지 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
2-1. 체중			
a. 측정여부	an(1)	409	- 환자평가표 작성기간에 체중 측정 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
b-1. 체중	n(3.1)	410	- ‘2-1. a. 측정여부’가 ‘1’인 경우 체중을 Kg단위로 기재(소수 둘째자리에서 4사5입)하고 측정일(CCYYMMDD)을 기재
b-2. 측정일	an(8)	414	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
2-2. 체중감소	an(1)	422	체중 감소 여부를 기재 0: 아니오 1: 예 2: 확인 불가
2-3. 키(신장)			
a. 측정여부	an(1)	423	- 키 측정 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
b-1. 키	n(3.1)	424	- '2-3. a. 측정여부'가 '1'인 경우 키를 cm단위로 기재(소수 둘째자리에서 4사5입)하고 측정일(CCYYMMDD)을 기재
b-2. 측정일	an(8)	428	
3. 영양섭취 방법			
a. 정맥영양	an(1)	436	- 정맥영양 실시 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
b. 경관영양			
(1) 실시여부	an(1)	437	- 경관영양 실시 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
(2) 실시일수	n(2)	438	- 'b.(1) 실시여부'가 '1'인 경우 경관영양을 실시한 일수를 기재
4. 정맥 또는 경관을 통한 섭취			'3a. 정맥영양' 또는 '3b.(1) 실시여부'가 '1'인 경우에 기재
a. 칼로리	an(1)	440	- 지난 6일 동안 정맥 또는 경관으로 섭취한 칼로리의 비율(1일 평균) 0: 없음 1: 1~25% 2: 26~50% 3: 51~75% 4: 76~100%
b. 수분량	an(1)	441	- 지난 6일 동안 정맥 또는 경관으로 섭취한 수분량(1일 평균) 0: 없음 1: 1~500㎖ 2:501~1000㎖ 3: 1001~1500㎖ 4: 1501~2000㎖ 5: 2001㎖ 이상

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
I. 피부상태			
1. 피부궤양의 수			
a-1. 1단계(욕창(압박성 궤양))	n(2)	442	- 각 단계에 해당하는 '욕창(압박성 궤양)'의 개수를 기재 (없는 경우 '00'으로 기재)
a-2. 2단계(욕창(압박성 궤양))	n(2)	444	
a-3. 3단계(욕창(압박성 궤양))	n(2)	446	
a-4. 4단계(욕창(압박성 궤양))	n(2)	448	
b-1. 1단계(울혈성 또는 허혈성 궤양 등)	n(2)	450	- 각 단계에 해당하는 '울혈성 또는 허혈성 궤양 등'의 개수를 기재(없는 경우 '00'으로 기재)
b-2. 2단계(울혈성 또는 허혈성 궤양 등)	n(2)	452	
b-3. 3단계(울혈성 또는 허혈성 궤양 등)	n(2)	454	
b-4. 4단계(울혈성 또는 허혈성 궤양 등)	n(2)	456	
2. 새로 발생한 욕창(압박성 궤양)			
a. 발생유무	an(1)	458	- 이전 평가 이후 새로 발생한 욕창(압박성 궤양) 유무를 기재 0: 없음 1: 있음
b. 발생일	an(8)	459	- 'a. 발생유무'가 '1'인 경우 그 발생일(CCYYMMDD)을 기재
3. 욕창(압박성 궤양) 과거력	an(1)	467	지난 1년 사이의 욕창(압박성 궤양) 과거력에 대해 다음에 해당하는 번호를 기재 0: 없음 1: 있음 2: 확인 불가

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
4. 피부의 기타문제			
a. 2도 이상의 화상	n(1)	468	- a~d 각 피부의 기타문제에 해당하면 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재
b. 개방성 피부병변	n(1)	469	
c. 수술 창상	n(1)	470	
d. 발의 감염	n(1)	471	
e. 해당사항 없음	n(1)	472	- 위 a~d 모두에 해당사항이 없으면 '1', 하나라도 해당하면 '0'을 기재
5. 피부문제에 대한 처치			
a. 압력을 줄여주는 도구 사용	n(1)	473	- a~g 각 피부에 대한 처치를 실시하였으면 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재
b. 체위변경	n(1)	474	
c. 피부문제를 해결하기 위한 영양공급	n(1)	475	
d. 피부궤양 드레싱	n(1)	476	
- 드레싱 부위:			
발	n(1)	477	- 'd. 피부궤양 드레싱'이 '1'인 경우 각 드레싱 부위에 해당하면 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재
발 이외	n(1)	478	
e. 피부궤양 이외의 드레싱	n(1)	479	
- 드레싱 부위:			
발	n(1)	480	- 'e. 피부궤양 이외의 드레싱'이 '1'인 경우 각 드레싱 부위에 해당하면 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재
발 이외	n(1)	481	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
f. 수술창상 치료	n(1)	482	
g. 화상관련 처치	n(1)	483	
h. 해당사항 없음	n(1)	484	- 위 a~g 모두에 해당사항이 없으면 '1', 하나라도 해당하면 '0'을 기재
J. 투약			
1. 인슐린 주사제 투여 일수	an(1)	485	인슐린 주사제 투여 일수에 해당하는 번호를 기재 0: 투여되지 않았거나, 투여되었지만 매일은 아님 1: 매일 1회 투여됨 2: 매일 2회 이상 투여됨
2. 행동심리증상에 대한 약물 치료 여부	an(1)	486	망상, 환각, 초조·공격성, 탈억제, 케어에 대한 저항, 배회에 대한 약물 치료 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
3. 치매관련 약제 투여 여부	an(1)	487	치매관련 약제 투여 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
4. 복용한 의약품 수	an(1)	488	지난 7일 동안 매일 복용한 의약품 수를 기재(제품명 기준) 0: 없음 1: 5개 미만 2: 5개 ~ 9개 3: 10개 ~ 14개 4: 15개 이상
K. 특수처치 및 전문재활치료			
1. 특수처치			
a. 정맥주사에 의한 투약	n(1)	489	- a~j 각 특수처치를 실시했으면 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재
(1) 정맥주사 투여일수	n(2)	490	- 'a. 정맥주사에 의한 투약'이 '1'인 경우 정맥주사 투여일수를 기재
b. 배뇨관련 루 관리	n(1)	492	
c. 배변관련 루 관리	n(1)	493	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
d. 영양관련 루 관리	n(1)	494	
e. 산소요법	n(1)	495	
(1) (산소투여 전) 산소포화도	n(3.1)	496	- 'e. 산소요법'이 '1'인 경우 (산소투여 전) 산소포화도(SaO_2 또는 SpO_2, 단위: %)를 기재
(2) 산소투여일수	n(2)	500	- 'e. 산소요법'이 '1'인 경우 산소투여일수를 기재
f. 하기도 증기흡입치료	n(1)	502	
g. 흡인	n(1)	503	
h. 기관절개관 관리	n(1)	504	
i. 인공호흡기	n(1)	505	
i-1. 개인용	n(1)	506	- 'i. 인공호흡기'가 '1'인 경우 사용하는 인공호흡기가 개인용 또는 병원용이면 '1', 아니면 '0'을 기재
i-2. 병원용	n(1)	507	
j. 중심정맥영양	n(1)	508	
k. 해당사항 없음	n(1)	509	- 위 a~j 모두에 해당사항이 없으면 '1', 하나라도 해당하면 '0'을 기재
2. 전문재활치료 실시일수	n(1)	510	지난 7일 동안 전문재활치료를 실시한 날 수를 기재 (실시한 날이 없는 경우에는 '0'을 기재)
L. 작성자			
1. 의사	an(12)	511	환자평가표를 작성한 의사 및 간호사의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
2. 간호사	an(12)	523	
CRLF	an(2)	535	CRLF

Ⅱ. 심사평가원이 요양기관에 전송하는 전자문서

1. 건강보험 요양급여비용(의료급여비용) 심사청구서·명세서 등 접수(반송)증

(1) 건강보험 요양급여비용(의료급여비용) 심사청구서·명세서 등 접수(반송)증1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식구분	an(3)	1	'062'
신청구분	an(1)	4	요양기관에서 청구한 신청구분 기재 ■ 신청구분 0: 접수시 변환오류반송 1: 요양급여비용 청구서
접수일자	an(8)	5	심사평가원에서 접수한 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
서식번호	an(4)	13	■ 서식번호 F010: 요양급여비용 심사청구서·명세서 등 접수(반송)증
요양기관(의료급여기관)기호	an(8)	17	요양기관기호 또는 의료급여의 경우 의료급여기관기호 기재
본부	an(2)	25	요양급여비용 심사청구서를 접수한 심사평가원 해당 본원·본부 구분 기재 ■ 구분 00: 본원 01: 서울본부 02: 부산본부 03: 대구경북본부 04: 광주전남본부 05: 대전충청본부 06: 경기남부본부 07: 울산경남본부 08: 경기북부본부 09: 전북본부 10: 인천본부 11: 강원본부 12: 제주본부
참조란	an (3500)	27	- 추가 기술사항 기재 - 심사평가원에서 부여한 요양병원 환자평가표 접수번호 기재

(2) 건강보험 요양급여비용(의료급여비용) 심사청구서·명세서 등 접수(반송)증2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
신청구분	an(1)	1	요양기관에서 청구한 신청구분 기재 ■ 신청구분 0: 접수시 변환오류반송 1: 요양급여비용 청구서

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
접수일자	an(8)	2	심사평가원에서 접수한 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
구분	an(3)	10	요양급여비용 심사청구서 등의 접수, 반송여부를 구분 ■ 구분 7AT: 접수 7ET: 반송
접수번호	an(7)	13	심사평가원에서 부여한 접수번호 기재
보험자종별구분	an(1)	20	요양급여비용 심사청구서상의 보험자종별구분 기재 ■ 구분 4: 건강보험 5: 의료급여 7: 보훈위탁진료 요양기관의 상이처·무자격자 또는 보훈병원의 국비일반(상이처·무자격자), 국비보험(급여) 2차
청구/신청번호 (통보번호)	an(12)	21	요양급여비용 심사청구서에 기재된 청구번호 기재. 검체검사 공급내역통보서의 통보번호 또는 구입내역통보서의 신청번호 기재
위탁기관기호	an(8)	33	검체검사를 위탁한 요양기관기호 기재
접수구분	an(1)	41	심사평가원에 접수된 청구서, 통보서 등을 구분 기재 ■ 구분 1: DRG청구서 2: 요양급여비용 심사청구서 3: 검체검사 공급내역통보서 4: 구입내역통보서 등을 구분 5: PACS 6: 의료급여정액 8: 요양병원 장기환자 9: 요양병원 환자평가표
건수	n(6)	42	접수 또는 반송되는 요양급여비용 심사청구서 등의 총 건수 기재
청구액	n(12)	48	접수 또는 반송되는 요양급여비용 심사청구서의 청구액 기재
진료년월	an(6)	60	요양급여비용 심사청구서상의 진료년월 기재 ■ 유형: CCYYMM
청구구분	an(1)	66	요양급여비용 심사청구서상의 청구구분을 기재 ■ 구분 0: 원청구 1: 보완청구 2: 추가청구

(3) 건강보험 요양급여비용(의료급여비용) 심사청구서·명세서 등 접수(반송)증3

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
신청구분	an(1)	1	요양기관에서 청구한 신청구분 기재 ■ 신청구분 0: 접수시 변환오류반송 1: 요양급여비용 청구서
접수일자	an(8)	2	심사평가원에서 접수한 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
청구/신청번호 (통보번호)	an(12)	10	요양급여비용 심사청구서에 기재된 청구번호 기재. 검체검사 공급내역통보서의 통보번호 또는 구입내역통보서의 신청번호 기재
반송사유			
명세서일련번호	an(5)	22	반송되는 요양급여비용 심사청구서 등의 반송사유 해당 명세서 일련번호 기재
사유코드	an(70)	27	심사평가원에서 반송하는 사유코드를 기재
비고	an(35)	97	추가 기술사항 기재

2. 요양급여비용 심사결과통보서

(1) 요양급여비용 심사결과통보서1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식버전	an(3)	1	'091'
심사차수	an(8)	4	심사결과 통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
서식번호	an(4)	12	■ 서식번호 F020: 요양급여비용 심사결과통보서
통보일자	an(8)	16	심사평가원에서 요양급여비용 심사결과통보서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
요양기관기호	an(8)	24	요양급여비용 심사청구서의 요양기관기호 기재
본부	an(2)	32	요양급여비용 심사청구서를 접수한 심사평가원 해당 본원·본부 구분 기재 ■ 구분 00: 본원 01: 서울본부 02: 부산본부 03: 대구경북본부 04: 광주전남본부 05: 대전충청본부 06: 경기남부본부 07: 울산경남본부 08: 경기북부본부 09: 전북본부 10: 인천본부 11: 강원본부 12: 제주본부
접수번호	an(7)	34	심사평가원에서 요양급여비용 청구명세서 접수시 부여하는 번호 기재
묶음번호	an(5)	41	청구명세서 전산 처리를 위하여 심사차수 단위의 접수번호별로 부여되는 일련번호
청구서일련번호	an(3)	46	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
청구번호	an(10)	49	요양급여비용 심사청구서에 기재된 번호를 기재
진료기간	an(16)	59	요양급여비용 심사청구서의 "진료년월" 시작일자와 종료일자를 아래 유형으로 기재 ■ 유형: CCYYMMDDCCYYMMDD
보험자종별구분	an(1)	75	요양급여비용 심사청구서상의 보험자종별구분 기재 4: 건강보험 7: 보훈위탁진료 요양기관의 상이처·무자격자 또는 보훈병원의 국비일반(상이처·무자격자), 국비보험(급여) 2차
통보자	an(35)	76	심사결과통보자인 건강보험심사평가원장 기재
담당부, 심사위원	an(35)	111	심사담당부명, 심사담당조 및 심사위원의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
담당자	an(35)	146	심사담당자 성명을 한글 또는 영문으로 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
전화번호	an(20)	181	심사담당자 전화번호 기재
참조란	an(1750)	201	추가 기술사항 기재

(2) 요양급여비용 심사결과통보서2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사차수	an(8)	1	심사결과 통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
접수번호	an(7)	9	심사평가원에서 요양급여비용 청구명세서 접수 시 부여하는 번호 기재
묶음번호	an(5)	16	청구명세서 전산 처리를 위하여 심사차수 단위의 접수번호별로 부여되는 일련번호
청구서일련번호	an(3)	21	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
청구번호	an(10)	24	요양급여비용 심사청구서에 기재된 번호를 기재
명세서일련번호	an(5)	34	요양급여비용 명세서상의 일련번호 기재
수진자성명	an(20)	39	요양급여비용 명세서의 수진자 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호와 연계된 가명을 기재한 경우 수진자 성명을 대신하여 가명을 기재
공란	an(11)	59	
본인부담환급금	n(10)	70	수진자(별도의 지원사업에서 지원해 주는 대상자의 경우 해당 '사업비')에게 환급해 주어야 하는 환급금 기재
보훈 본인부담환급금	n(10)	80	보훈 국비환자의 경우 보훈 본인일부부담금 중 수진자에게 환급해 주어야 하는 환급금 기재
100분의100미만 본인부담환급금	n(10)	90	100분의100미만 본인일부부담금 중 수진자에게 환급해 주어야 하는 환급금 기재
상계환급금	n(10)	100	수진자(별도의 지원사업에서 지원해 주는 대상자의 경우 해당 '사업비')에게 환급해 주어야 하는 최종 환급금 기재
본인추가부담금	n(10)	110	수진자(별도의 지원사업에서 지원해 주는 대상자의 경우 사업비 또는 수진자)가 추가 부담해야 될 금액 기재
보훈 본인추가부담금	n(10)	120	보훈 국비환자의 경우 보훈 본인일부부담금 중 수진자가 추가 부담해야 될 금액 기재
100분의100미만 본인추가부담금	n(10)	130	100분의100미만 본인일부부담금 중 수진자가 추가 부담해야 될 금액 기재
상계추가부담금	n(10)	140	수진자(별도의 지원사업에서 지원해 주는 대상자의 경우 사업비 또는 수진자)가 추가 부담해야 될 최종 금액 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
진료형태	an(2)	150	요양급여비용 명세서상의 진료형태를 기재
공상 등 구분	an(1)	152	요양급여비용 명세서의 공상 등 구분을 기재. 단, 심사평가원에서 공상 등 구분의 변경이 있는 경우 심사결정 공상 등 구분을 기재
증번호	an(20)	153	요양급여비용 명세서상의 증번호 기재
초진료	n(10)	173	■ 의·치과, 한방: 외래 요양급여비용 명세서의 초진료. 단, 심사평가원에서 초진료의 변경이 있는 경우 심사결정 초진료 기재
재진료	n(10)	183	■ 의·치과, 한방: 외래 요양급여비용 명세서의 재진료. 단, 심사평가원에서 재진료의 변경이 있는 경우 심사결정 재진료 기재
청구사항			
요양급여비용총액 1	n(10)	193	요양급여비용 명세서에 청구된 요양급여비용총액 1 기재
본인부담금	n(10)	203	요양급여비용 명세서에 청구된 본인일부부담금 기재
특수장비총액	n(10)	213	요양급여비용 명세서에 청구된 특수장비총액 기재
특수재료 및 관련 행위료 총액	n(10)	223	요양급여비용 명세서에 청구된 특수재료 및 관련 행위료 총액 기재
장애인의료비	n(10)	233	요양급여비용 명세서에 청구된 장애인의료비 기재
청구액	n(10)	243	요양급여비용 명세서에 청구된 청구액 기재
지원금	n(10)	253	요양급여비용 명세서에 청구된 지원금 기재
본인부담 상한액초과금	n(10)	263	요양급여비용 명세서에 청구된 본인부담상한액 초과금을 기재
요양급여비용총액 2, 진료비총액	n(10)	273	- 요양급여비용총액 2: 요양급여비용 명세서에 청구된 요양급여비용총액 2 기재 - 진료비총액: 보훈국비환자의 경우 요양급여비용 명세서에 청구된 진료비총액 기재
보훈 등 100분의100 본인부담총액	n(10)	283	요양급여비용 명세서에 청구된 보훈 등 100분의100 본인부담총액 기재
비급여총액	n(10)	293	요양급여비용 명세서에 청구된 비급여총액 기재
보훈청구액	n(10)	303	요양급여비용 명세서에 청구된 보훈청구액 기재
공란	n(10)	313	
공란	n(10)	323	
건강보험 100분의100 본인부담금총액	n(10)	333	요양급여비용 명세서에 청구된 건강보험 100분의100 본인부담금총액 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
보훈 본인일부부담금	n(10)	343	요양급여비용 명세서에 청구된 보훈 본인일부부담금 기재
100분의100미만 총액	n(10)	353	요양급여비용 명세서에 청구된 100분의100미만 총액 기재
100분의100미만 본인일부부담금	n(10)	363	요양급여비용 명세서에 청구된 100분의100미만 본인일부부담금 기재
100분의100미만 청구액	n(10)	373	요양급여비용 명세서에 청구된 100분의100미만 청구액 기재
100분의100미만 보훈청구액	n(10)	383	요양급여비용 명세서에 청구된 100분의100미만 보훈청구액 기재
심사결정사항			
정액·정률 구분	an(1)	393	심사결정 정액, 정률 등 구분을 기재 0: 정액 9: 정률 1: 정액수가 적용 2: 행위별수가 적용(특정기간)
요양급여비용총액 1	n(10)	394	심사결과 수진자 본인이 부담해야 될 금액과 보험자가 부담해야 될 금액을 합한 요양급여비용총액 1을 기재
본인일부부담액	n(10)	404	심사결과 수진자 본인이 부담해야 될 금액 기재
보험자부담금	n(10)	414	심사결과 보험자가 부담해야 될 금액 기재(단, 100분의100미만 청구액 제외)
위탁검사직접지급금	n(10)	424	심사결과 위탁검사로 수탁기관에 직접 지급하는 금액 기재
심사결정액	n(10)	434	심사결과 보험자부담금과 100분의100미만 청구액에서 본인부담환급금, 100분의100미만 본인부담환급금 및 국고끝수금을 제외한 금액 기재
특수재료 및 관련 행위료 총액	n(10)	444	심사결과 특수재료 및 관련 행위료 총액 기재
장애인의료비	n(10)	454	심사결과 장애인의료비 기재
조정소계 Ⅰ	n(10)	464	(사용유보)
조정소계 Ⅱ	n(10)	474	(사용유보)
지원금	n(10)	484	심사결과 지원금 기재
본인부담 상한액초과금	n(10)	494	심사결과 보험자가 부담해야 될 본인부담상한액 초과금을 기재
요양급여비용총액 2, 진료비총액	n(10)	504	- 요양급여비용총액 2: 심사결과 수진자 본인이 부담해야 될 금액과 보험자가 부담해야 될 금액을 합한 요양급여비용총액 2를 기재 - 진료비총액: 보훈국비환자의 경우 심사결과 수진자 본인이 부담해야 될 금액과 보험자가 부담해야 될 금액을 합한 진료비총액을 기재
보훈부담금	n(10)	514	심사결과 보훈공단이 부담해야 될 금액 기재(단, 100분의100미만 보훈청구액 제외)

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
보훈심사결정액	n(10)	524	심사결과 보훈부담금과 100분의 100미만 보훈청구액에서 국고끝수금을 제외한 금액 기재
공란	n(10)	534	
공란	n(10)	544	
건강보험 100분의100 본인부담금총액	n(10)	554	심사결과 건강보험 100분의100본인부담금총액 기재
보훈 본인일부부담금	n(10)	564	심사결과 수진자 본인이 부담해야 될 보훈 본인일부부담금 기재
100분의100미만 총액	n(10)	574	심사결과 100분의100미만 총액 기재
100분의100미만 본인일부부담금	n(10)	584	심사결과 100분의100미만 본인일부부담금 기재
100분의100미만 청구액	n(10)	594	심사결과 100분의100미만 청구액 기재
100분의100미만 보훈청구액	n(10)	604	심사결과 100분의100미만 보훈청구액 기재
초진횟수	n(2)	614	요양급여비용 명세서의 초진진찰 횟수. 단, 심사평가원에서 초진횟수의 변경이 있는 경우 심사결정횟수를 기재
초진가산횟수 (1일분 투약횟수)	n(2)	616	■ 의·치과, 한방: 요양급여비용 명세서의 초진횟수 중 야간, 공휴가산횟수. 단, 심사평가원에서 초진진찰료의 야간, 공휴가산횟수의 변경이 있는 경우 심사결정횟수 기재 ■ 약국: 1일분 직접조제 시 투약횟수 기재
재진횟수 (2일분 투약횟수)	n(2)	618	■ 의·치과, 한방: 요양급여비용 명세서의 재진횟수. 단, 심사평가원에서 재진횟수의 변경이 있는 경우 심사결정횟수 기재 ■ 약국: 2일분 직접조제 시 투약 횟수 기재 ■ 보건기관: 요양급여비용 명세서의 진찰횟수 기재
재진가산횟수 (3일분이상 투약횟수)	n(2)	620	■ 의·치과, 한방: 요양급여비용 명세서의 재진횟수 중 야간, 공휴가산횟수. 단, 심사평가원에서 재진진찰료의 야간, 공휴가산횟수의 변경이 있는 경우 심사결정횟수 기재 ■ 약국: 3일분이상 직접조제 시 투약횟수 기재
입원일수(내원일수)	n(3)	622	요양급여비용 명세서의 입원 또는 내원일수. 단, 심사평가원에서 입원 또는 내원일수의 변경이 있는 경우 심사결정일수 기재
요양급여일수	n(3)	625	요양급여비용 명세서의 요양급여일수. 단, 심사평가원에서 요양급여일수의 변경이 있는 경우 심사결정 요양급여일수 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
처방횟수	n(3)	628	■ 의·치과: 요양급여비용 명세서의 원외처방전 발행 횟수. 단, 심사평가원에서 원외처방전 발행횟수의 변경이 있는 경우 심사결정횟수 기재
요양개시일	an(8)	631	■ 의·치과, 한방: 요양급여비용 명세서의 당월요양개시일 또는 내원일자기재 ■ 약국: 요양급여비용 명세서의 조제투약일자 기재 ■ 보건기관: 요양급여비용 명세서의 내원일자 또는 당월요양개시일 기재
심사담당조	an(2)	639	명세서일련번호별 심사담당조를 기재 (종합병원이상 심사요양기관 해당) ※ 심사담당부서별 세부 심사담당조, 심사담당자, 전화번호는 홈페이지(biz.hira.or.kr) 확인
특정기호	an(4)	641	요양급여비용 명세서의 특정기호 기재. 단, 심사평가원에서 특정기호의 변경이 있는 경우 심사결정 특정기호 기재
상병분류기호	an(6)	645	■ 의·치과, 한방: 요양급여비용 명세서의 주상병 분류기호. 단, 심사평가원에서 주상병 분류기호의 변경이 있는 경우 심사결정 분류기호 기재 ■ 약국: 요양급여비용 명세서의 주상병(주증상) 분류기호 기재. 단, 심사평가원에서 주상병(주증상) 분류기호의 변경이 있는 경우 심사결정 분류기호 기재
명일련 비고사항	an(1750)	651	추가 기술사항 기재

(3) 요양급여비용 심사결과통보서3

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사차수	an(8)	1	심사결과 통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
접수번호	an(7)	9	심사평가원에서 요양급여비용 청구명세서 접수 시 부여하는 번호 기재
묶음번호	an(5)	16	청구명세서 전산 처리를 위하여 심사차수 단위의 접수번호별로 부여되는 일련번호
청구서일련번호	an(3)	21	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
청구번호	an(10)	24	요양급여비용 심사청구서에 기재된 번호를 기재
명세서일련번호	an(5)	34	요양급여비용 명세서상의 일련번호 기재
줄번호	n(4)	39	요양급여비용 명세서의 줄번호 기재
Ⅰ, Ⅱ구분	an(1)	43	(사용유보)
코드	an(9)	44	줄번호에 해당되는 수가, 보험등재약 등의 코드를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
단가	n(10.2)	53	줄번호에 해당되는 수가, 보험등재약 등의 단가를 기재
일투(1일 투여량, 투여(실시)횟수), 인정횟수	n(5.2)	65	줄번호 심사결과에 따른 인정된 일투 횟수
총투(총 투여량, 투여(실시)횟수), 인정횟수	n(3)	72	줄번호 심사결과에 따른 인정된 총투 횟수
1회 투약 인정량	n(5.4)	75	줄번호 심사결과에 따른 인정된 1회투약량을 기재
공란	n(10)	84	
공란	n(10)	94	
조정사유	an(2)	104	줄번호에 해당되는 조정사유코드 또는 명세서건에 해당되는 심사불능사유코드 기재
조정상세사유	an(2)	106	줄번호에 해당되는 조정사유 중 약제 전산점검(DUR 등) 세부 조정사유코드를 기재
심사불능 세부사유코드	an(2)	108	명세서 심사불능 세부사유코드 기재
조정금액	n(10)	110	줄번호에 해당되는 심사조정금액 기재
관련근거	an(2)	120	(사용유보)
비고(조정내역)	an(1750)	122	줄번호 또는 해당명세서에 대한 심사조정(심사불능)내역 설명 기재

(4) 요양급여비용 심사결과통보서4

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사차수	an(8)	1	심사결과 통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
접수번호	an(7)	9	심평원에서 요양급여비용 청구명세서 접수시 부여하는 번호 기재
묶음번호	an(5)	16	청구명세서 전산 처리를 위하여 심사차수 단위의 접수번호별로 부여되는 일련번호
청구서일련번호	an(3)	21	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
청구번호	an(10)	24	요양급여비용 심사청구서에 기재된 번호를 기재
청구사항 내역구분	an(1)	34	1: 청구사항

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
건수 합계	n(6)	35	요양급여비용 명세서 청구건수 합계를 기재
요양급여비용총액 1 합계	n(12)	41	요양급여비용 명세서에 청구된 요양급여비용총액 1 합계를 기재
본인일부부담금 합계	n(12)	53	요양급여비용 명세서에 청구된 본인일부부담금 합계를 기재
본인부담상한액 초과금 합계	n(12)	65	요양급여비용 명세서에 청구된 본인부담상한액 초과금의 합계를 기재
청구액 합계	n(12)	77	요양급여비용 명세서에 청구된 보험자부담금 합계를 기재
공란	n(12)	89	
장애인의료비 합계	n(12)	101	요양급여비용 명세서에 청구된 장애인의료비 합계를 기재
지원금 합계	n(12)	113	요양급여비용 명세서에 청구된 지원금 합계를 기재
공란	n(12)	125	
공란	n(12)	137	
공란	n(12)	149	
공란	n(12)	161	
공란	n(12)	173	
공란	n(12)	185	
공란	n(12)	197	
공란	n(12)	209	
공란	n(12)	221	
공란	n(12)	233	
요양급여비용총액 2 합계, 진료비총액 합계	n(12)	245	- 요양급여비용총액 2 합계: 요양급여비용 명세서에 청구된 요양급여비용총액 2 합계를 기재 - 진료비총액 합계: 보훈국비환자의 경우 요양급여비용 명세서에 청구된 진료비총액 합계를 기재
보훈청구액 합계	n(12)	257	요양급여비용 명세서에 청구된 보훈청구액 합계를 기재
공란	n(12)	269	
공란	n(12)	281	
공란	n(12)	293	
공란	n(12)	305	
건강보험 100분의100 본인부담금총액 합계	n(12)	317	요양급여비용 명세서에 청구된 건강보험 100분의100본인부담금총액 합계를 기재
보훈 본인일부부담금 합계	n(12)	329	요양급여비용 명세서에 청구된 보훈 본인일부부담금 합계를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
100분의100미만 총액 합계	n(12)	341	요양급여비용 명세서에 청구된 100분의100미만 총액 합계를 기재
100분의100미만 본인일부부담금 합계	n(12)	353	요양급여비용 명세서에 청구된 100분의100미만 본인일부부담금 합계를 기재
100분의100미만 청구액 합계	n(12)	365	요양급여비용 명세서에 청구된 100분의100미만 청구액 합계를 기재
100분의100미만 보훈청구액 합계	n(12)	377	요양급여비용 명세서에 청구된 100분의100미만 보훈청구액 합계를 기재
심사결정사항			
내역구분	an(1)	389	2: 심사결정사항
건수 합계	n(6)	390	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 건수 합계를 기재
요양급여비용총액 1 합계	n(12)	396	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 요양급여비용총액 1 합계를 기재
본인부담금 합계	n(12)	408	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 본인일부부담금 합계를 기재
본인부담상한액 초과금 합계	n(12)	420	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 본인부담상한액 초과금의 합계를 기재
공란	n(12)	432	
보험자부담금 합계	n(12)	444	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 보험자부담금 합계를 기재
장애인의료비 합계	n(12)	456	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 장애인의료비 합계를 기재
지원금 합계	n(12)	468	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 지원금 합계를 기재
본인부담환급금 합계	n(12)	480	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 본인부담환급금 합계를 기재
보훈 본인부담환급금 합계	n(12)	492	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 보훈 본인부담환급금 합계를 기재
100분의100미만 본인부담환급금 합계	n(12)	504	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 100분의100미만 본인부담환급금 합계를 기재
상계환급금 합계	n(12)	516	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 최종 본인부담환급금 합계를 기재
본인추가부담금합계	n(12)	528	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 본인추가부담금 합계를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
보훈 본인추가부담금 합계	n(12)	540	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 보훈 본인 추가부담금 합계를 기재
100분의100미만 본인추가부담금 합계	n(12)	552	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 100분의 100미만 본인추가부담금 합계를 기재
상계추가부담금 합계	n(12)	564	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 최종 본인 추가부담금 합계를 기재
위탁검사직접 지급금 합계	n(12)	576	위탁검사로 수탁기관에 직접 지급한 금액 합계를 기재
심사결정액 합계	n(12)	588	심사결정사항의 심사결정액 합계를 기재
요양급여비용총액 2 합계, 진료비총액 합계	n(12)	600	- 요양급여비용총액 2 합계: 청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 요양급여비용총액 2 합계를 기재 - 진료비총액 합계: 보훈국비환자의 경우 청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 진료비총액 합계를 기재
보훈부담금 합계	n(12)	612	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 보훈부담금 합계를 기재
보훈심사결정액 합계	n(12)	624	심사결정사항의 보훈심사결정액 합계를 기재
공란	n(12)	636	
공란	n(12)	648	
공란	n(12)	660	
건강보험 100분의100 본인부담금총액 합계	n(12)	672	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 건강보험 100분의100본인부담금총액 합계를 기재
보훈 본인일부부담금 합계	n(12)	684	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 보훈 본인 일부부담금 합계를 기재
100분의100미만 총액 합계	n(12)	696	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 100분의 100미만 총액 합계를 기재
100분의100미만 본인일부부담금 합계	n(12)	708	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 100분의 100미만 본인일부부담금 합계를 기재
100분의100미만 청구액 합계	n(12)	720	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 100분의 100미만 청구액 합계를 기재
100분의100미만 보훈청구액 합계	n(12)	732	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 100분의 100미만 보훈청구액 합계를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사불능사항			
내역구분	an(1)	744	1: 심사불능사항
심사불능 건수 합계	n(6)	745	심사결과 심사불능 처리된 건수 합계를 기재
심사불능 요양급여비용 총액 1 합계	n(12)	751	심사결과 심사불능 처리된 건에 대한 요양급여비용총액 1 합계를 기재
공란	n(12)	763	
심사조정 사항			
내역구분	an(1)	775	2: 심사조정사항
조정건수 합계	n(6)	776	심사결과 조정건수 합계를 기재
공란	n(12)	782	
조정금액 합계	n(12)	794	심사결과 조정건수에 대한 조정금액 합계를 기재

(5) 요양급여비용 심사결과통보서5

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사차수	an(8)	1	심사결과 통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
접수번호	an(7)	9	심사평가원에서 요양급여비용 청구명세서 접수 시 부여하는 번호 기재
묶음번호	an(5)	16	청구명세서 전산처리를 위하여 심사차수 단위의 접수번호별로 부여되는 일련번호
청구서일련번호	an(3)	21	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
청구번호	an(10)	24	요양급여비용 심사청구서에 기재된 번호를 기재
위탁관련사항			
명일련번호	an(5)	34	위탁검사가 청구된 요양급여비용 명세서 일련번호 기재
줄번호	n(4)	39	요양급여비용 명세서상의 위탁검사 줄번호 기재
수탁기관기호	an(8)	43	요양급여비용 명세서상의 위탁검사를 실시한 수탁기관기호 기재
위탁검사직접지급금	n(12)	51	심사결과 위탁검사로 수탁기관에 직접 지급한 금액 기재
처리코드	an(2)	63	(사용유보)
비고	an(350)	65	위탁검사 줄번호에 대한 추가기술사항 기재

(6) 요양급여비용 심사결과통보서6

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사차수	an(8)	1	심사결과 통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
접수번호	an(7)	9	심사평가원에서 요양급여비용 청구명세서 접수 시 부여하는 번호 기재
묶음번호	an(5)	16	청구명세서 전산처리를 위하여 심사차수 단위의 접수번호별로 부여되는 일련번호
청구서일련번호	an(3)	21	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
청구번호	an(10)	24	요양급여비용(의료급여비용)심사청구서에 기재된 번호를 기재
처방관련사항			
명일련번호	an(5)	34	처방내역이 청구된 요양급여비용 명세서 일련번호
처방전발급번호	an(13)	39	요양급여비용 명세서 처방내역상의 처방전발급번호 기재
줄번호	n(4)	52	처방내역상의 약품 줄번호 기재
조정횟수	n(5.4)	56	처방내역상의 약품 줄번호에 심사조정되는 횟수 기재
사유	an(2)	65	처방내역상의 약품 줄번호에 해당되는 조정사유 기재
비고(조정내역)	an(1750)	67	처방내역상의 약품 줄번호에 대한 심사조정내역 설명 기재

(7) 요양급여비용 심사결과통보서7

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사차수	an(8)	1	심사결과 통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
접수번호	an(7)	9	심사평가원에서 요양급여비용 청구명세서 접수 시 부여하는 번호 기재
묶음번호	an(5)	16	청구명세서 전산처리를 위하여 심사차수 단위의 접수번호별로 부여되는 일련번호
청구서 일련번호	an(3)	21	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
청구번호	an(10)	24	요양급여비용 심사청구서에 기재된 번호를 기재
차등수가관련사항			
차등지수	n(1.7)	34	심사결정 차등지수를 기재
진찰(조제)횟수	n(7)	42	심사결정 진찰(조제)횟수 합계(차등수가 미적용 진찰료(조제료 등) 제외)를 기재
진료(조제)일수	n(4.2)	49	1개월 또는 1주일 동안 의사(약사)별 실제 진료(조제)한 일수의 합(차등수가 미적용 진료(조제)일 제외)을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
의(약)사수	n(2.2)	55	명세서를 월 단위 또는 주단위로 작성하여 청구하는 경우에는 요양기관이 1개월 혹은 1주일 동안 실제 진료(조제)한 의사(약사)수를 기재
진찰(조제)료	n(10)	59	심사결정 진찰(조제)료의 합계(차등수가 미적용 진찰료(조제료 등) 제외)를 기재
진찰료(조제)료 차감액	n(10)	69	심사결정 진찰(조제)료의 차감액(차등수가 미적용 진찰료(조제료 등) 제외)을 기재

(8) 요양급여비용 심사결과통보서8

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사차수	an(8)	1	심사결과 통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
접수번호	an(7)	9	심사평가원에서 요양급여비용 청구명세서 접수 시 부여하는 번호 기재
묶음번호	an(5)	16	청구명세서 전산 처리를 위하여 심사차수 단위의 접수번호별로 부여되는 일련번호
청구서일련번호	an(3)	21	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
청구번호	an(10)	24	요양급여비용 심사청구서에 기재된 번호를 기재
명세서일련번호	an(5)	34	요양급여비용 명세서상의 일련번호 기재
줄번호	n(4)	39	요양급여비용 명세서의 줄번호 기재
본인부담률변경사유	an(3)	43	줄번호에 해당되는 본인부담률변경사유코드 기재
코드	an(9)	46	줄번호에 해당되는 수가, 보험등재약 등의 코드를 기재
단가	n(10.2)	55	줄번호에 해당되는 수가, 보험등재약 등의 단가를 기재
1회 투약 변경 인정량	n(5.4)	67	줄번호 심사결과에 따른 본인부담률변경으로 인정된 1회 투약량을 기재
일투(1일 투여량, 투여(실시)횟수) 변경 인정횟수	n(5.2)	76	줄번호 심사결과에 따른 본인부담률변경으로 인정된 일투 횟수
총투(총 투여량, 투여(실시)횟수) 변경 인정횟수	n(3)	83	줄번호 심사결과에 따른 본인부담률변경으로 인정된 총투 횟수

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
본인부담률변경 인정금액	n(10)	86	줄번호 심사결과에 따른 본인부담률변경으로 인정된 금액을 기재
비고(변경내역)	an(1750)	96	줄번호 또는 해당명세서에 따른 본인부담률변경내역 설명 기재

(9) 요양급여비용 심사결과통보서9

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사차수	an(8)	1	심사결과 통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
접수번호	an(7)	9	심사평가원에서 요양급여비용 청구명세서 접수 시 부여하는 번호 기재
묶음번호	an(5)	16	청구명세서 전산 처리를 위하여 심사차수 단위의 접수번호별로 부여되는 일련번호
청구서일련번호	an(3)	21	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
청구번호	an(10)	24	요양급여비용 심사청구서에 기재된 번호를 기재
처방관련사항			
명세서일련번호	an(5)	34	요양급여비용 명세서상의 일련번호 기재
처방전발급번호	an(13)	39	요양급여비용 명세서 처방내역상의 처방전발급번호 기재
줄번호	n(4)	52	처방내역상의 의약품 줄번호 기재
본인부담률변경사유	an(3)	56	처방내역상의 의약품 줄번호에 해당되는 본인부담률변경사유 코드 기재
본인부담률변경 인정횟수	n(5.4)	59	처방내역상의 의약품 줄번호에 해당되는 본인부담률변경 인정횟수 기재
비고	an(1750)	68	처방내역상의 의약품 줄번호에 대한 본인부담률변경내역 설명 기재

3. 의료급여비용 심사결과통보서

(1) 의료급여비용 심사결과통보서1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식버전	an(3)	1	'091'
심사차수	an(8)	4	심사결과통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
서식번호	an(4)	12	■ 서식번호 F060: 의료급여비용 심사결과통보서
통보일자	an(8)	16	심사평가원에서 의료급여비용 심사결과통보서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
의료급여기관기호	an(8)	24	의료급여비용심사청구서의 요양기관기호 기재
본부	an(2)	32	의료급여비용심사청구서를 접수한 심사평가원 해당 본원·본부 구분 기재 ■ 구분 00: 본원 01: 서울본부 02: 부산본부 03: 대구경북본부 04: 광주전남본부 05: 대전충청본부 06: 경기남부본부 07: 울산경남본부 08: 경기북부본부 09: 전북본부 10: 인천본부 11: 강원본부 12: 제주본부
접수번호	an(7)	34	심사평가원에서 의료급여비용 청구명세서 접수 시 부여하는 번호 기재
묶음번호	an(5)	41	청구명세서 전산처리를 위하여 심사차수 단위의 접수번호별로 부여되는 일련번호
청구서일련번호	an(3)	46	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
청구번호	an(10)	49	의료급여비용심사청구서에 기재된 번호를 기재
진료기간	an(16)	59	의료급여비용심사청구서의 "진료년월" 시작일자와 종료일자를 아래 유형으로 기재 ■ 유형: CCYYMMDDCCYYMMDD
통보자	an(35)	75	심사결과 통보자인 건강보험심사평가원장 기재
담당부, 심사위원	an(35)	110	심사담당부명, 심사담당조 및 심사위원의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
담당자	an(35)	145	심사담당자 성명을 한글 또는 영문으로 기재
전화번호	an(20)	180	심사담당자 전화번호 기재
참조란	an(1750)	200	추가 기술사항 기재

(2) 의료급여비용 심사결과통보서2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사차수	an(8)	1	심사결과통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
접수번호	an(7)	9	심사평가원에서 의료급여비용 청구명세서 접수 시 부여하는 번호 기재
묶음번호	an(5)	16	청구명세서 전산 처리를 위하여 심사차수 단위의 접수번호별로 부여되는 일련번호
청구서일련번호	an(3)	21	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
청구번호	an(10)	24	의료급여비용심사청구서에 기재된 번호를 기재
명세서일련번호	an(5)	34	의료급여비용명세서상의 일련번호 기재
수진자성명	an(20)	39	의료급여비용명세서의 수진자 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호와 연계된 가명을 기재한 경우 수진자 성명을 대신하여 가명을 기재
보장기관기호	an(8)	59	의료급여비용명세서상의 수진자 소속 보장기관 기호 단, 보장기관기호 기재 착오시 수급권점검 내용에 따라 원 소속 보장기관기호 기재
세대주성명	an(20)	67	의료급여비용명세서의 세대주 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호와 연계된 가명을 기재한 경우 세대주 성명을 대신하여 가명을 기재
종별구분	an(1)	87	의료급여비용명세서의 의료급여 종별구분 기재 ■ 종별구분 1: 1종 2: 2종 4: 행려 6: 2종 장애인의 2차의료급여 8: 2종 장애인의 1차의료급여 N: 노숙인 1종
진료형태	an(2)	88	의료급여비용명세서상의 진료형태를 기재
수진자주민등록번호	an(13)	90	의료급여비용명세서의 수진자주민등록번호 기재 단, 전산관리번호를 기재한 경우 수진자 주민등록번호를 대신하여 전산관리번호를 기재
공상 등 구분	an(1)	103	의료급여비용명세서의 공상 등 구분을 기재. 단, 심사평가원에서 공상 등 구분의 변경이 있는 경우 심사결정 공상 등 구분을 기재
유형	an(2)	104	공단의 수급권 점검내용 중 확인 대상건을 항목별 코드로 구분 기재 ■ 유형

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			30: 무자격(주민번호 이상자) 31: 선정전 진료 32: 선정제외 후 진료 33: 의료급여 종별 상이 34: 소속 보장기관 상이 35: 행려환자 급여비 청구건 40: 의료급여 종별 및 소속보장기관 상이 41: 중증질환 등 등록기간 외 경감적용 (중증질환자, 희귀질환자 및 중증난치질환자)
내역	an(35)	106	수급권확인대상 유형별 내역을 표시(유형 “소속보장기관 상이”는 수급권자의 소속 보장기관으로 심사결과가 통보되므로 내역에는 착오 청구된 보장기관으로 표시)
본인부담구분코드	an(4)	141	의료급여비용명세서의 본인부담 구분코드를 기재
청구사항			
의료급여비용총액 1	n(10)	145	의료급여비용명세서에 청구된 의료급여비용총액 1을 기재
본인일부부담금	n(10)	155	의료급여비용명세서에 청구된 본인일부부담금을 기재
특수장비총액	n(10)	165	의료급여비용명세서에 청구된 특수장비총액 기재
장애인의료비	n(10)	175	의료급여비용명세서에 청구된 장애인의료비를 기재
보장기관부담금	n(10)	185	의료급여비용명세서에 청구된 보장기관부담금을 기재
공란	n(10)	195	
의료급여비용총액 2, 진료비총액	n(10)	205	- 의료급여비용총액 2: 의료급여비용명세서에 청구된 의료급여비용총액 2를 기재 - 진료비총액: 보훈국비환자의 경우 의료급여비용명세서에 청구된 진료비총액을 기재
보훈 등 100분의100 본인부담총액	n(10)	215	의료급여비용명세서에 청구된 보훈 등 100분의100본인부담총액을 기재
비급여총액	n(10)	225	의료급여비용명세서에 청구된 비급여총액을 기재
보훈청구액	n(10)	235	의료급여비용명세서에 청구된 보훈청구액을 기재
공란	n(10)	245	
공란	n(10)	255	
의료급여 100분의 100본인부담금총액	n(10)	265	의료급여비용명세서에 청구된 의료급여 100분의100본인부담금총액 기재
보훈 본인일부부담금	n(10)	275	의료급여비용명세서에 청구된 보훈 본인일부부담금 기재
100분의100미만 총액	n(10)	285	의료급여비용명세서에 청구된 100분의100미만 총액 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
100분의100미만 본인일부부담금	n(10)	295	의료급여비용명세서에 청구된 100분의100미만 본인일부부담금 기재
100분의100미만 청구액	n(10)	305	의료급여비용명세서에 청구된 100분의100미만 청구액 기재
100분의100미만 보훈청구액	n(10)	315	의료급여비용명세서에 청구된 100분의100미만 보훈청구액 기재
심사결정사항			
정액·정률구분	an(1)	325	심사결정 정액, 정률 등 구분을 기재 0: 정액(사용유보) 9: 정률(사용유보) 1: 정액수가 적용 2: 행위별수가 적용(특정기간)
의료급여비용총액 1	n(10)	326	청구 의료급여비용총액 1에서 심사조정액을 차감한 심사결정 의료급여비용 총액 1 기재
본인일부부담금	n(10)	336	심사결정 본인일부부담금 기재
보장기관부담금	n(10)	346	심사결정 보장기관부담금 기재(단, 100분의100미만 청구 제외)
위탁검사직접지급금	n(10)	356	(사용유보)
심사결정액	n(10)	366	심사결정 보장기관부담금과 100분의100미만 청구액에서 본인부담환급금, 100분의100미만 본인부담환급금을 제외한 금액 기재
대불금	n(10)	376	의료급여 2종 수급권자의 입원진료 시 대불해 주는 금액 기재. 단, 심사조정으로 본인일부부담금 환급 또는 추가부담금 발생시 대불금에서 가감한 금액 기재
장애인의료비	n(10)	386	심사결정 장애인의료비 기재
본인부담환급금	n(10)	396	수진자에게 환급해 주어야 하는 환급금 기재
보훈 본인부담환급금	n(10)	406	보훈 국비환자의 경우 보훈 본인일부부담금 중 수진자에게 환급해 주어야 하는 환급금 기재
100분의100미만 본인부담환급금	n(10)	416	100분의100미만 본인일부부담금 중 수진자에게 환급해 주어야 하는 환급금 기재
상계환급금	n(10)	426	수진자(별도의 지원사업에서 지원해주는 대상자의 경우 '사업비')에게 환급해 주어야 하는 최종 환급금 기재
본인추가부담금	n(10)	436	수진자가 추가 부담해야 될 금액 기재
보훈 본인추가부담금	n(10)	446	보훈 국비환자의 경우 보훈 본인일부부담금 중 수진자가 추가 부담해야 될 금액 기재
100분의100미만 본인추가부담금	n(10)	456	100분의100미만 본인일부부담금 중 수진자가 추가 부담해야 될 금액 기재
상계추가부담금	n(10)	466	수진자(별도의 지원사업에서 지원해주는 대상자의 경우 사업비)가 추가 부담해야 될 최종 금액 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
조정소계 Ⅰ	n(10)	476	(사용유보)
조정소계 Ⅱ	n(10)	486	(사용유보)
공란	n(10)	496	
의료급여비용총액 2, 진료비총액	n(10)	506	- 의료급여비용총액 2: 청구 의료급여비용총액 2에서 심사조정액을 차감한 심사결정 의료급여비용총액 2 기재 - 진료비총액: 보훈국비환자의 경우 청구 진료비총액에서 심사조정액을 차감한 심사결정 진료비총액 기재
보훈부담금	n(10)	516	심사결정 보훈부담금 기재(단, 100분의100미만 보훈청구액 제외)
보훈심사결정액	n(10)	526	심사결정 보훈부담금과 100분의100미만 보훈청구액에서 국고끝수금을 제외한 금액 기재
공란	n(10)	536	
공란	n(10)	546	
의료급여 100분의 100본인부담금총액	n(10)	556	심사결과 의료급여 100분의100본인부담금총액 기재
보훈 본인일부부담금	n(10)	566	심사결과 수진자 본인이 부담해야 보훈 본인일부부담금 기재
100분의100미만 총액	n(10)	576	의료급여비용명세서에 청구된 100분의100미만 총액 기재
100분의100미만 본인일부부담금	n(10)	586	의료급여비용명세서에 청구된 100분의100미만 본인일부부담금 기재
100분의100미만 청구액	n(10)	596	의료급여비용명세서에 청구된 100분의100미만 청구액 기재
100분의100미만 보훈청구액	n(10)	606	의료급여비용명세서에 청구된 100분의100미만 보훈청구액 기재
입원일수(내원일수)	n(3)	616	의료급여비용명세서의 입원 또는 내원일수. 단, 심사평가원에서 입원 또는 내원일수의 변경이 있는 경우 심사결정일수 기재
의료급여일수	n(3)	619	의료급여비용명세서의 의료급여일수. 단, 심사평가원에서 의료급여일수의 변경이 있는 경우 심사결정 의료급여일수 기재
처방횟수	n(3)	622	■ 의·치과: 의료급여비용명세서의 원외처방전 발행 횟수. 단, 심사평가원에서 원외처방전 발행횟수의 변경이 있는 경우 심사결정횟수 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
직접조제 횟수	n(3)	625	의료급여비용명세서의 직접조제 횟수 기재
진료개시일	an(8)	628	■ 의·치과, 한방: 의료급여비용명세서의 당월진료개시일 또는 내원일자 기재 ■ 약국: 의료급여비용명세서의 조제투약일자 기재 ■ 보건기관, 의료급여정액: 의료급여비용명세서의 당월진료개시일 기재
심사담당조	an(2)	636	명세서일련번호별 심사담당조를 기재(종합병원 이상 본원 심사 요양기관 해당) ※ 심사담당부서별 세부 심사담당조, 심사담당자, 전화번호는 홈페이지(biz.hira.or.kr)확인
특정기호	an(4)	638	의료급여비용명세서의 특정기호 기재. 단, 심사평가원에서 특정기호의 변경이 있는 경우 심사결정 특정기호 기재
상병분류기호	an(6)	642	■ 의·치과, 한방: 의료급여비용명세서의 주상병 분류기호. 단, 심사평가원에서 주상병 분류기호의 변경이 있는 경우 심사결정 분류기호 기재 ■ 약국: 의료급여비용명세서의 주상병(주증상)분류기호 기재. 단, 심사평가원에서 주상병(주증상)분류기호의 변경이 있는 경우 심사결정 분류기호 기재
명일련 비고사항	an(1750)	648	추가 기술사항 기재

(3) 의료급여비용 심사결과통보서3

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사차수	an(8)	1	심사결과통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
접수번호	an(7)	9	심사평가원에서 의료급여비용청구명세서 접수 시 부여하는 번호 기재
묶음번호	an(5)	16	청구명세서 전산처리를 위하여 심사차수 단위의 접수번호별로 부여되는 일련번호
청구서일련번호	an(3)	21	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
청구번호	an(10)	24	의료급여비용심사청구서에 기재된 번호를 기재
명세서일련번호	an(5)	34	의료급여비용명세서상의 일련번호 기재
줄번호	n(4)	39	의료급여비용명세서의 줄번호 기재
Ⅰ, Ⅱ구분	an(1)	43	(사용유보)
코드	an(9)	44	줄번호에 해당되는 수가, 보험등재약 등의 코드를 기재
단가	n(10.2)	53	줄번호에 해당되는 수가, 보험등재약 등의 단가를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
일투(1일투여량, 투여(실시)횟수), 인정횟수	n(5.2)	65	줄번호 심사결과에 따른 인정된 일투 횟수
총투(총투여량, 투여(실시)횟수), 인정횟수	n(3)	72	줄번호 심사결과에 따른 인정된 총투 횟수
1회 투약 인정량	n(5.4)	75	줄번호 심사결과에 따른 인정된 1회 투약량을 기재
공란	n(10)	84	
공란	n(10)	94	
조정사유	an(2)	104	줄번호에 해당되는 조정사유코드 또는 명세서건에 해당되는 심사불능사유코드 기재
조정상세사유	an(2)	106	줄번호에 해당되는 조정사유 중 약제 전산점검(DUR 등) 세부 조정사유코드를 기재
심사불능 세부사유코드	an(2)	108	명세서 심사불능 세부사유코드 기재
조정금액	n(10)	110	줄번호에 해당되는 심사조정금액 기재
관련근거	an(2)	120	(사용유보)
비고(조정내역)	an(1750)	122	줄번호 또는 해당명세서에 대한 심사조정(심사불능)내역 설명 기재

(4) 의료급여비용 심사결과통보서 4

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사차수	an(8)	1	심사결과 통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
접수번호	an(7)	9	심사평가원에서 의료급여비용 청구명세서 접수 시 부여하는 번호 기재
묶음번호	an(5)	16	청구명세서 전산처리를 위하여 심사차수 단위의 접수번호별로 부여되는 일련번호
청구서 일련번호	an(3)	21	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
청구번호	an(10)	24	의료급여비용심사청구서에 기재된 번호를 기재
청구사항			
내역구분	an(1)	34	1: 청구사항
건수 합계	n(6)	35	의료급여비용명세서 청구건수 합계 기재
의료급여비용총액 1 합계	n(12)	41	의료급여비용명세서에 청구된 의료급여비용총액 1 합계를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
본인일부부담금 합계	n(12)	53	의료급여비용명세서에 청구된 본인일부부담금 합계를 기재
공란	n(12)	65	
공란	n(12)	77	
장애인의료비 합계	n(12)	89	의료급여비용명세서에 청구된 장애인의료비 합계를 기재
보장기관부담금 합계	n(12)	101	의료급여비용명세서에 청구된 보장기관부담금 합계를 기재
공란	n(6)	113	
공란	n(12)	119	
공란	n(12)	131	
공란	n(12)	143	
공란	n(12)	155	
공란	n(12)	167	
공란	n(12)	179	
공란	n(12)	191	
공란	n(12)	203	
공란	n(12)	215	
공란	n(12)	227	
의료급여비용총액 2 합계, 진료비총액 합계	n(12)	239	- 의료급여비용총액 2 합계: 의료급여비용명세서에 청구된 의료급여비용총액 2 합계를 기재 - 진료비총액 합계: 보훈국비환자의 경우 의료급여비용명세서에 청구된 진료비총액 합계를 기재
보훈청구액 합계	n(12)	251	의료급여비용명세서에 청구된 보훈청구액 합계를 기재
공란	n(12)	263	
공란	n(12)	275	
공란	n(12)	287	
공란	n(12)	299	
의료급여 100분의100 본인부담금총액 합계	n(12)	311	의료급여비용명세서에 청구된 의료급여 100분의100 본인부담금총액 합계를 기재
보훈 본인일부부담금 합계	n(12)	323	의료급여비용명세서에 청구된 보훈 본인일부부담금 합계를 기재
100분의 100미만 총액 합계	n(12)	335	의료급여비용명세서에 청구된 100분의100미만 총액 합계를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
100분의 100미만 본인일부부담금합계	n(12)	347	의료급여비용명세서에 청구된 100분의100미만 본인일부부담금 합계를 기재
100분의100미만 청구액합계	n(12)	359	의료급여비용명세서에 청구된 100분의100미만 청구액 합계를 기재
100분의100미만 보훈청구액 합계	n(12)	371	의료급여비용명세서에 청구된 100분의100미만 보훈청구액 합계를 기재
심사결정사항			
내역구분	an(1)	383	2: 심사결정사항
건수 합계	n(6)	384	심사결정사항의 건수 합계를 기재
의료급여비용총액 1 합계	n(12)	390	심사결정사항의 건수에 대한 의료급여비용총액 1 합계를 기재
본인일부부담금 합계	n(12)	402	심사결정사항의 본인일부부담금 합계를 기재
공란	n(12)	414	
대불금 합계	n(12)	426	심사결정사항의 대불금 합계를 기재
장애인의료비합계	n(12)	438	심사결정사항의 장애인의료비 합계를 기재
보장기관부담금 합계	n(12)	450	심사결정사항의 보장기관부담금 합계를 기재
수급권확인대상 건수 합계	n(6)	462	수급권확인 대상건수 합계를 기재
본인부담환급금 합계	n(12)	468	심사결정사항의 본인부담환급금 합계를 기재
보훈 본인부담환급금 합계	n(12)	480	심사결정사항의 보훈 본인부담환급금 합계를 기재
100분의100미만 본인부담환급금합계	n(12)	492	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의100분의100미만 본인부담환급금 합계를 기재
상계환급금 합계	n(12)	504	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 최종 본인부담환급금 합계를 기재
본인추가부담금 합계	n(12)	516	심사결정사항의 본인추가부담금 합계를 기재
보훈 본인추가부담금 합계	n(12)	528	심사결정사항의 보훈 본인추가부담금 합계를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
100분의100미만 본인추가부담금합계	n(12)	540	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의100분의100 미만 본인추가부담금 합계를 기재
상계추가부담금 합계	n(12)	552	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 최종 본인 추가부담금 합계를 기재
위탁검사 직접지급금 합계	n(12)	564	(사용유보)
심사결정액 합계	n(12)	576	심사결정사항의 심사결정액 합계를 기재
의료급여비용총액 2 합계, 진료비총액 합계	n(12)	588	- 의료급여비용총액 2 합계: 심사결정사항의 건수에 대한 의료급여비용총액 2 합계를 기재 - 진료비총액 합계: 보훈국비환자의 경우 심사결정사항의 건수에 대한 진료비총액 합계를 기재
보훈부담금 합계	n(12)	600	심사결정사항의 보훈부담금 합계를 기재
보훈심사결정액 합계	n(12)	612	심사결정사항의 보훈심사결정액 합계를 기재
공란	n(12)	624	
공란	n(12)	636	
공란	n(12)	648	
의료급여 100분의100 본인부담금총액 합계	n(12)	660	심사결정사항의 의료급여 100분의100본인부담금총액 합계를 기재
보훈 본인일부부담금 합계	n(12)	672	심사결정사항의 보훈 본인일부부담금 합계를 기재
100분의100미만 총액 합계	n(12)	684	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 100분의 100미만 총액합계를 기재
100분의100미만 본인일부부담금합계	n(12)	696	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 100분의 100미만 본인일부부담금 합계를 기재
100분의100미만 청구액 합계	n(12)	708	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 100분의 100미만 청구액 합계를 기재
100분의100미만 보훈청구액 합계	n(12)	720	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 100분의 100미만 보훈청구액 합계를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사불능 사항			
내역구분	an(1)	732	1: 심사불능사항
심사불능 건수합계	n(6)	733	심사결과 심사불능 처리된 건수 합계를 기재
심사불능 의료급여비용 총액 1 합계	n(12)	739	심사결과 심사불능 처리된 건에 대한 의료급여비용총액 1 합계를 기재
공란	n(12)	751	
심사조정 사항			
내역구분	an(1)	763	2: 심사조정사항
조정건수 합계	n(6)	764	심사결과 조정건수 합계를 기재
공란	n(12)	770	
조정금액 합계	n(12)	782	심사결과 조정건수에 대한 조정금액 합계를 기재

(5) 의료급여비용 심사결과통보서5

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사차수	an(8)	1	심사결과통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
접수번호	an(7)	9	심사평가원에서 의료급여비용 청구명세서 접수 시 부여하는 번호 기재
묶음번호	an(5)	16	청구명세서 전산처리를 위하여 심사차수 단위의 접수번호별로 부여되는 일련번호
청구서일련번호	an(3)	21	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
청구번호	an(10)	24	의료급여비용심사청구서에 기재된 번호를 기재
위탁관련사항			
명일련번호	an(5)	34	(사용유보)
줄번호	n(4)	39	(사용유보)
수탁기관기호	an(8)	43	(사용유보)
위탁검사직접지급금	n(12)	51	(사용유보)
처리코드	an(2)	63	(사용유보)
비고	an(350)	65	(사용유보)

(6) 의료급여비용 심사결과통보서6

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사차수	an(8)	1	심사결과통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
접수번호	an(7)	9	심사평가원에서 의료급여비용 청구명세서 접수 시 부여하는 번호 기재
묶음번호	an(5)	16	청구명세서 전산처리를 위하여 심사차수 단위의 접수번호별로 부여되는 일련번호
청구서 일련번호	an(3)	21	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
청구번호	an(10)	24	의료급여비용심사청구서에 기재된 번호를 기재
처방관련사항			
명일련번호	an(5)	34	처방내역이 청구된 의료급여비용명세서 일련번호
처방전발급번호	an(13)	39	의료급여비용명세서 처방내역상의 처방전발급번호 기재
줄번호	n(4)	52	처방내역상의 약품 줄번호 기재
조정횟수	n(5.4)	56	처방내역상의 약품 줄번호에 심사조정 되는 횟수 기재
사유	an(2)	65	처방내역상의 약품 줄번호에 해당되는 조정사유 기재
비고(조정내역)	an(1750)	67	처방내역상의 약품 줄번호에 대한 심사조정내역 설명 기재

(7) 의료급여비용 심사결과통보서7

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사차수	an(8)	1	심사결과 통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
접수번호	an(7)	9	심사평가원에서 의료급여비용 청구명세서 접수 시 부여하는 번호 기재
묶음번호	an(5)	16	청구명세서 전산 처리를 위하여 심사차수 단위의 접수번호별로 부여되는 일련번호
청구서일련번호	an(3)	21	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
청구번호	an(10)	24	의료급여비용심사청구서에 기재된 번호를 기재
명세서일련번호	an(5)	34	의료급여비용명세서상의 일련번호 기재
줄번호	n(4)	39	의료급여비용명세서의 줄번호 기재
본인부담률변경사유	an(3)	43	줄번호에 해당되는 본인부담률변경사유코드 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
코드	an(9)	46	줄번호에 해당되는 수가, 보험등재약 등의 코드를 기재
단가	n(10.2)	55	줄번호에 해당되는 수가, 보험등재약 등의 단가를 기재
1회 투약 변경 인정량	n(5.4)	67	줄번호 심사결과에 따른 본인부담률변경으로 인정된 1회 투약량을 기재
일투(1일 투여량, 투여(실시)횟수) 변경 인정횟수	n(5.2)	76	줄번호 심사결과에 따른 본인부담률변경으로 인정된 일투 횟수
총투(총 투여량, 투여(실시)횟수) 변경 인정횟수	n(3)	83	줄번호 심사결과에 따른 본인부담률변경으로 인정된 총투 횟수
본인부담률변경 인정금액	n(10)	86	줄번호 심사결과에 따른 본인부담률변경으로 인정된 금액을 기재
비고(변경내역)	an(1750)	96	줄번호 또는 해당명세서에 따른 본인부담률변경내역 설명 기재

(8) 의료급여비용 심사결과통보서8

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사차수	an(8)	1	심사결과 통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
접수번호	an(7)	9	심사평가원에서 의료급여비용 청구명세서 접수 시 부여하는 번호 기재
묶음번호	an(5)	16	청구명세서 전산 처리를 위하여 심사차수 단위의 접수번호별로 부여되는 일련번호
청구서일련번호	an(3)	21	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
청구번호	an(10)	24	의료급여비용심사청구서에 기재된 번호를 기재
처방관련사항			
명세서일련번호	an(5)	34	의료급여비용명세서상의 일련번호 기재
처방전발급번호	an(13)	39	의료급여비용명세서 처방내역상의 처방전발급번호 기재
줄번호	n(4)	52	처방내역상의 의약품 줄번호 기재
본인부담률변경사유	an(3)	56	처방내역상의 의약품 줄번호에 해당되는 본인부담률변경사유 코드 기재
본인부담률변경 인정횟수	n(5.4)	59	처방내역상의 의약품 줄번호에 해당되는 본인부담률변경 인정횟수 기재
비고	an(1750)	68	처방내역상의 의약품 줄번호에 대한 본인부담률변경내역 설명 기재

4. 심사자료 요청내역서

(1) 심사자료 요청내역서1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식버전	an(1)	1	M : 030
통보번호	an(12)	2	구입내역통보서에 대한 안내사항을 통보하는 번호를 기재
서식번호	an(4)	14	■ 서식번호 F110: 심사자료 요청내역서
요양기관기호	an(8)	18	요양기관기호를 기재
담당부	an(4)	26	심사평가원의 구입통보 관련 사항을 안내하는 담당부 코드를 기재
참조란	an(1750)	30	추가 기술사항 기재

(2) 심사자료 요청내역서2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
통보번호	an(12)	1	구입내역통보서에 대한 안내사항을 통보하는 번호를 기재
통보서신청번호	an(12)	13	요양기관에서 기 제출한 구입내역통보서, 요양기관 자체 조제·제제약 내역통보서상의 신청번호를 기재
통보서구분	an(1)	25	요양기관에서 제출한 구입내역 통보서의 종류를 구분하기 위한 코드 기재 ■ 통보서구분 A: 치료재료 B: 원료약 C: 조제·제제약
줄번호	n(3)	26	요양기관에서 제출한 구입내역통보서의 줄번호를 기재
조제/제제구분	an(1)	29	요양기관 자체 조제·제제약 내역통보서의 조제·제제구분을 기재
안내사항구분	an(1)	30	구입내역 분석결과를 요양기관에 구분코드로 통보 ■ 구분 1: 신규코드통보(조제·제제약의 경우) 2: 코드확인불가 3: 품목별 규격별 개당단가 산출 불가 4: 구입량착오 5:「약사법」제33조 및 같은 법 시행규칙의 제제범위 품목이 아님 6: 기타
통보서코드	an(8)	31	조제·제제약에 대한 신규코드를 통보하거나, 요양기관에서 제출한 구입내역통보서의 코드 또는 구입내역이 불명확하여 해당 내역을 요양기관에 통보시 구입내역통보서상의 통보품목 코드를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
통보서품명	an(140)	39	요양기관에서 제출한 구입내역통보서의 코드 또는 구입내역이 불명확하여 해당 내역을 요양기관에 통보시 구입내역통보서상의 통보품명을 기재
안내사항 내역	an(350)	179	안내사항구분이 “기타”인 경우 통보내용을 평문으로 기재
자료요청 내역	an(350)	529	심사자료 요청구분 중 “기타”의 경우 요청내용을 평문으로 기재
통보서구입량	n(7)	879	요양기관에서 제출한 구입내역통보서의 코드 또는 구입내역이 불명확하여 해당 내역을 요양기관에 통보시 구입내역통보서상의 통보품목의 구입량을 기재

(3) 심사자료 요청내역서3

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
통보번호	an(12)	1	구입내역통보서에 대한 안내사항을 통보하는 번호를 기재
통보서신청번호	an(12)	13	요양기관에서 기 제출한 구입내역통보서, 요양기관 자체조제·제제약 내역통보서상의 신청번호를 기재
통보서구분	an(1)	25	요양기관에서 제출한 구입내역 통보서의 종류를 구분하기 위한 코드 기재 ■ 통보서구분 A: 치료재료 B: 원료약 C: 조제·제제약
줄번호	n(3)	26	요양기관에서 제출한 구입내역통보서의 줄번호를 기재
자료요청 구분	an(3)	29	요양기관에 심사자료를 요청하는 경우 심사자료의 종류를 구분코드로 통보 ■ 심사자료구분 7B1: 세금계산서 7B2: 거래명세표 7B3: 수입면장 7BE: 기타

5. 수탁기관 통보확인결과통보서

(1) 수탁기관 통보확인결과통보서1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식버전	an(3)	1	'082'
통보차수	an(8)	4	심사평가원에서 수탁기관 통보확인결과통보서 통보시 부여하는 번호로 통보년월과 통보서 개수를 일련번호로 아래와 같은 유형으로 기재 ■ 유형: CCYYMM+일련번호(2자리)
서식번호	an(4)	12	■ 서식번호 F120: 수탁기관 통보확인 결과통보서
수탁기관기호	an(8)	16	수탁기관의 검사기관기호를 기재
통보일자	an(8)	24	심사평가원에서 수탁기관 통보확인결과통보서를 통보하는 날짜를 아래와 같은 유형으로 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
본부	an(2)	32	검체검사를 위탁한 요양기관의 해당 요양급여비용청구서를 접수한 심사평가원 본원·본부 구분 기재 ■ 구분 00: 본원 01: 서울본부 02: 부산본부 03: 대구경북본부 04: 광주전남본부 05: 대전충청본부 06: 경기남부본부 07: 울산경남본부 08: 경기북부본부 09: 전북본부 10: 인천본부 11: 강원본부 12: 제주본부
참조란	an(1750)	34	추가 기술사항 기재

(2) 수탁기관 통보확인결과통보서2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
통보차수	an(8)	1	심사평가원에서 수탁기관 통보확인결과통보서 통보시 부여하는 번호로 통보년월과 통보서 개수를 일련번호로 아래와 같은 유형으로 기재 ■ 유형: CCYYMM+일련번호(2자리)
보험자 종별구분	an(1)	9	보험자 종별구분 기재 ■ 구분 4: 건강보험 5: 의료급여 7: 보훈위탁진료 요양기관의 상이처·무자격자 또는 보훈병원의 국비일반(상이처·무자격자), 국비보험(급여) 2차

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
지급금액 소계	n(12)	10	수탁기관의 공급내역통보서 중 심사평가원에서 확인하여 수탁기관에 직접 지급한 지급금액 합계를 기재
확인건수 소계	n(5)	22	수탁기관의 공급내역통보서 중 심사평가원에서 확인하여 처리한 통보건수 합계를 기재
지급건수 소계	n(5)	27	수탁기관의 검체검사 공급내역통보서 중 심사평가원에서 확인하여 수탁기관에 직접 지급한 통보건수 합계를 기재

(3) 수탁기관 통보확인결과통보서3

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
통보차수	an(8)	1	심사평가원에서 수탁기관 통보확인결과통보서 통보시 부여하는 번호로 통보년월과 통보서 개수를 일련번호로 아래와 같은 유형으로 기재 ■ 유형: CCYYMM+일련번호(2자리)
보험자 종별구분	an(1)	9	보험자 종별구분 기재 ■ 구분 4: 건강보험 5: 의료급여 7: 보훈위탁진료 요양기관의 상이처·무자격자 또는 보훈병원의 국비일반(상이처·무자격자), 국비보험(급여) 2차
통보서 일련번호	an(5)	10	검체검사 공급내역통보서의 일련번호 기재
줄번호	n(3)	15	검체검사 공급내역통보서의 검사코드 줄번호 기재
통보자	an(35)	18	수탁기관 통보확인결과 통보자인 건강보험심사평가원장 기재
담당부	an(35)	53	위탁기관의 심사담당부명 및 심사담당조 기재
담당자	an(20)	88	위탁기관의 심사담당자 성명을 한글 또는 영문으로 기재
줄번호	n(3)	108	수탁기관에 검사료를 직접 지급하는 위탁기관 요양급여비용명세서의 검사코드 줄번호 기재
위탁기관기호	an(8)	111	검체검사를 위탁한 요양기관기호 기재
수진자성명	an(20)	119	검체검사 공급내역통보서 수진자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호와 연계된 가명을 기재한 경우 수진자 성명을 대신하여 가명을 기재
접수번호	an(7)	139	검체검사 공급내역통보서의 접수번호 기재
위탁기관 접수번호	an(7)	146	수탁기관에 검사료를 직접 지급하는 위탁기관의 요양급여비용심사청구서 접수번호 기재
명일련	an(5)	153	수탁기관에 검사료를 직접 지급하는 위탁기관의 요양급여비용명세서 수진자 일련번호 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
묶음번호	an(5)	158	위탁기관의 요양급여비용 심사청구서에 대한 청구명세서 전산 처리를 위하여 심사차수 단위의 접수번호별로 부여되는 일련번호
전화번호	an(20)	163	위탁기관의 심사담당자 전화번호 기재
수진자주민등록번호	an(13)	183	수진자의 주민등록번호를 기재하되 생년월일 다음의 "-"는 기재 생략 단, 전산관리번호를 기재한 경우 수진자 주민등록번호를 대신하여 전산관리번호를 기재
보장기관기호	an(20)	196	위탁기관 명세서상의 보장기관기호를 기재
심사차수	an(8)	216	위탁기관의 요양급여비용심사청구서에 대한 심사결과 통보시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
통보 1일횟수	n(5.4)	224	검체검사 공급내역통보서에 통보된 검사 1일 실시횟수를 기재
통보 총횟수	n(3)	233	검체검사 공급내역통보서에 통보된 검사 총 실시횟수를 기재
결과 1일횟수	n(5.4)	236	수탁기관에서 통보한 1일 횟수에서 위탁기관의 청구내역과 확인되어 직접 지급하는 1일 횟수 기재
결과 총횟수	n(3)	245	수탁기관에서 통보한 총 횟수에서 위탁기관의 청구내역과 확인되어 직접 지급하는 총 횟수 기재
코드	an(9)	248	검사코드 기재
처리코드	an(2)	257	검체검사 공급내역통보서에 통보된 검사를 심사평가원에서 확인하여 처리한 결과를 기재
지급금액	n(12)	259	수탁기관에 직접 지급하는 금액 기재
비고	an(350)	271	줄번호별 추가 기술사항이 있는 경우 내역을 평문으로 기재

6. 원외처방약제비 심사결과통보서

(1) 원외처방약제비 심사결과통보서1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식버전	an(3)	1	'090'
심사차수	an(8)	4	심사결과 통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
통보일자	an(8)	12	심사평가원에서 원외처방약제비 심사결과통보서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
접수번호	an(7)	20	심사평가원에서 요양(의료)급여비용 청구명세서 접수시 부여하는 번호를 기재
청구서일련번호	an(3)	27	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
서식번호	an(4)	30	■ 서식번호 F090: 원외처방약제비 심사결과통보서
요양기관(의료급여기관)기호	an(8)	34	요양(의료)급여비용심사청구서의 요양기관기호를 기재
본부	an(2)	42	요양(의료)급여비용심사청구서를 접수한 심사평가원 해당 본원·본부 구분 기재 ■ 구분 00: 본원 01: 서울본부 02: 부산본부 03: 대구경북본부 04: 광주전남본부 05: 대전충청본부 06: 경기남부본부 07: 울산경남본부 08: 경기북부본부 09: 전북본부 10: 인천본부 11: 강원본부 12: 제주본부
묶음번호	an(5)	44	청구명세서 전산 처리를 위하여 심사차수 단위의 접수번호별로 부여되는 일련번호
청구번호	an(10)	49	요양(의료)급여비용 심사청구서에 기재된 번호를 기재
접수년도	an(4)	59	심사평가원에 요양(의료)급여비용 청구명세서 접수년도를 기재
보험자(의료급여)종별 구분	an(1)	63	요양(의료)급여비용심사청구서상의 보험자종별 구분을 기재 4: 건강보험 5: 의료급여 7: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자(상이처, 무자격자)
통보자	an(35)	64	심사결과 통보자인 건강보험심사평가원장 기재
담당부, 심사위원	an(35)	99	심사담당부명, 심사담당조 및 심사위원의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
담당자	an(35)	134	심사담당자 성명을 한글 또는 영문으로 기재
전화번호	an(20)	169	심사담당자 전화번호 기재
참조란	an(1750)	189	추가 기술사항 기재

(2) 원외처방약제비 심사결과통보서2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사차수	an(8)	1	심사결과 통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 원외처방약제비 심사결과통보서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
접수번호	an(7)	17	심사평가원에서 요양(의료)급여비용 청구명세서 접수 시 부여하는 번호를 기재
청구서일련번호	an(3)	24	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
원외처방약제비 심사결정 합계			
조정건수 합계	n(10)	27	원외처방약제비 심사결과 조정건수 합계를 기재
조정금액 합계	n(12)	37	원외처방약제비 심사결과 조정건수에 대한 금액 합계를 기재
요양기관 환수금 합계	n(12)	49	원외처방약제비 심사결과 요양기관 환수금 합계를 기재
본인부담환급금1 합계	n(12)	61	원외처방약제비 심사결과 본인부담환급금1 합계를 기재
본인부담환급금2 합계	n(12)	73	원외처방약제비 심사결과 본인부담환급금2 합계를 기재
보훈 본인부담환급금 합계	n(12)	85	원외처방약제비 심사결과 보훈 본인부담환급금 합계를 기재
보험자(보장기관) 부담환수금 합계	n(12)	97	원외처방약제비 심사결과 보험자(보장기관)부담 환수금 합계를 기재
보훈부담 환수금합계	n(12)	109	원외처방약제비 심사결과 보훈부담 환수금 합계를 기재

(3) 원외처방약제비 심사결과통보서3

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사차수	an(8)	1	심사결과 통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 원외처방약제비 심사결과통보서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
접수번호	an(7)	17	심사평가원에서 요양(의료)급여비용 청구 명세서 접수 시 부여하는 번호를 기재
청구서일련번호	an(3)	24	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
명세서일련번호	an(5)	27	요양(의료)급여비용명세서의 일련번호를 기재
수진자성명	an(20)	32	요양(의료)급여비용명세서의 수진자 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호와 연계된 가명을 기재한 경우 수진자 성명을 대신하여 가명을 기재
보장기관기호	an(11)	52	의료급여비용명세서의 수진자 소속 보장기관기호. 단, 보장기관기호 기재 착오 시 수급권점검 내용에 따라 원 소속 보장기관기호 기재
증번호 (보장시설 및 노숙인시설기호)	an(20)	63	요양(의료)급여비용명세서의 증번호(보장시설기호 또는 노숙인시설기호)를 기재
의료급여 종별구분	an(1)	83	의료급여인 경우 의료급여비용명세서의 의료급여 종별구분 기재 ■ 종별구분 1: 1종 2: 2종 4: 행려 6: 2종 의료급여 대상자 장애인 2차 진료 8: 2종 의료급여 대상자 장애인 1차 진료
공상 등 구분	an(1)	84	요양(의료)급여비용명세서의 공상 등 구분을 기재. 단, 심사평가원에서 공상 등 구분의 변경이 있는 경우 심사결정 공상 등 구분을 기재
심사담당조	an(2)	85	명세서일련번호별 심사담당조를 기재(종합병원이상 본원심사 요양기관 해당) ※ 심사담당부서별 세부 심사담당조, 심사담당자, 전화번호는 홈페이지(biz.hira.or.kr) 확인
요양기관환수금(계)	n(10)	87	원외처방약제비 심사결과 본인부담환급금1과 보험자(보장기관) 부담환수금 또는 보훈부담환수금의 합을 기재
본인부담환급금1	n(10)	97	원외처방약제비 심사결과 심사조정건으로 수진자(별도의 지원사업에서 지원해 주는 대상자의 경우 해당 '사업비')에게 환급해 주어야 하는 환급금을 기재 (「국고금관리법」 제47조제1항에 따라 10원 미만 끝수 절사)
본인부담환급금2	n(10)	107	원외처방약제비 심사결과 본인부담률변경으로 수진자(별도의 지원사업에서 지원해 주는 대상자의 경우 해당 '사업비')에게 환급해 주어야 하는 환급금을 기재 (「국고금관리법」 제47조제1항에 따라 10원 미만 끝수 절사)
보훈 본인부담환급금	n(10)	117	원외처방 약제비 심사결과 보훈 국비환자의 경우 보훈 본인일부부담금 중 수진자에게 환급해 주어야 하는 환급금 기재 (「국고금관리법」 제47조제1항에 따라 10원 미만 끝수 절사)

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
보험자(보장기관) 부담 환수금	n(10)	127	원외처방 약제비 심사결과 보험자부담 환수금을 기재 (「국고금관리법」 제47조제1항에 따라 10원 미만 끝수 절사)
보훈부담 환수금	n(10)	137	원외처방 약제비 심사결과 보훈부담 환수금을 기재 (「국고금관리법」 제47조제1항에 따라 10원 미만 끝수 절사)
비고(조정내역)	an(1750)	147	명일련에 대한 심사조정내역을 기재

(4) 원외처방약제비 심사결과통보서4

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사차수	an(8)	1	심사결과 통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 원외처방약제비 심사결과통보서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
접수번호	an(7)	17	심사평가원에서 요양(의료)급여비용 청구명세서 접수 시 부여하는 번호를 기재
청구서 일련번호	an(3)	24	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
명세서일련번호	an(5)	27	요양(의료)급여비용명세서의 일련번호를 기재
처방전발급번호	an(13)	32	요양(의료)급여비용명세서 처방내역의 처방전발급번호를 기재
조제기관 기호	an(8)	45	처방·조제한 조제기관(약국)기호를 기재
조제기관 명칭	an(50)	53	처방·조제한 조제기관(약국)명칭을 기재
조제기관 접수번호	an(7)	103	처방·조제한 조제기관(약국) 약제비 명세서 접수번호를 기재
조제기관 접수년도	an(4)	110	처방·조제한 조제기관(약국) 약제비 청구명세서의 접수년도를 기재
조제기관 명일련	an(5)	114	처방·조제한 조제기관(약국) 약제비 명세서 일련번호를 기재
줄번호	n(4)	119	처방내역상의 의약품 줄번호 기재
조정사유	an(2)	123	처방내역상의 줄번호에 해당되는 조정사유를 기재
조정상세사유	an(2)	125	처방내역상의 줄번호에 해당되는 조정사유 중 약제 전산점검(DUR 등) 세부 조정사유코드를 기재
1회 투약량 인정횟수	n(5.4)	127	처방내역상의 해당 줄번호에 대한 심사결과 인정된 1회 투약량
일투 인정횟수	n(5.2)	136	처방내역상의 해당 줄번호에 대한 심사결과 인정된 일투 횟수
총투 인정횟수	n(3)	143	처방내역상의 해당 줄번호에 대한 심사결과 인정된 총투 횟수
조정금액	n(10)	146	처방내역상의 해당 줄번호에 대한 심사조정금액을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
조정 의약품코드	an(9)	156	처방내역상의 의약품 줄번호에 해당되는 의약품코드를 기재
비고(조정내역)	an(1750)	165	줄번호에 대한 심사조정내역 설명을 기재

(5) 원외처방약제비 심사결과통보서5

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사차수	an(8)	1	심사결과 통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 원외처방약제비 심사결과통보서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
접수번호	an(7)	17	심사평가원에서 요양(의료)급여비용 청구명세서 접수 시 부여하는 번호를 기재
청구서일련번호	an(3)	24	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
명세서일련번호	an(5)	27	요양(의료)급여비용명세서의 일련번호를 기재
처방전발급번호	an(13)	32	요양(의료)급여비용명세서 처방내역의 처방전발급번호를 기재
조제기관 기호	an(8)	45	처방·조제한 조제기관(약국)기호를 기재
조제기관 명칭	an(50)	53	처방·조제한 조제기관(약국)명칭을 기재
조제기관 접수번호	an(7)	103	처방·조제한 조제기관(약국) 약제비 명세서 접수번호를 기재
조제기관 접수년도	an(4)	110	처방·조제한 조제기관(약국) 약제비 청구명세서의 접수년도를 기재
조제기관 명일련	an(5)	114	처방·조제한 조제기관(약국) 약제비 명세서 일련번호를 기재
줄번호	n(4)	119	처방내역상의 의약품 줄번호 기재
본인부담률변경사유	an(3)	123	처방내역상의 줄번호에 해당되는 본인부담률변경코드를 기재
1회 투약량 변경 인정횟수	n(5.4)	126	처방내역상의 해당 줄번호에 대한 심사결과 본인부담률변경으로 인정된 1회 투약량
일투 변경 인정횟수	n(5.2)	135	처방내역상의 해당 줄번호에 대한 심사결과 본인부담률변경으로 인정된 일투 횟수
총투 변경 인정횟수	n(3)	142	처방내역상의 해당 줄번호에 대한 심사결과 본인부담률변경으로 인정된 총투 횟수

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
본인부담률변경 인정금액	n(10)	145	처방내역상의 해당 줄번호에 대한 심사결과 본인부담률변경으로 인정된 금액을 기재
본인부담률변경 의약품코드	an(9)	155	처방내역상의 의약품 줄번호에 해당되는 의약품코드를 기재
비고(변경내역)	an(1750)	164	줄번호에 대한 본인부담률변경내역 설명을 기재

7. 원외처방약제비 심사결과(추가) 통보서

(1) 원외처방약제비 심사결과(추가)통보서1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식버전	an(3)	1	'090'
정산심사차수 (의료급여: 통보번호)	an(8)	4	정산 시 일정주기별 부여되는 일련번호(연-월 번호) ■ 유형: CCYYMM
정산통보일자	an(8)	12	심사평가원에서 원외처방약제비 심사결과(추가)통보서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
접수번호	an(7)	20	심사평가원에서 요양(의료)급여비용 청구 명세서 접수 시 부여하는 번호를 기재
청구서일련번호	an(3)	27	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
서식번호	an(4)	30	■ 서식번호 F080: 원외처방약제비 심사결과(추가) 통보서
요양기관(의료급여기관)기호	an(8)	34	요양(의료)급여비용심사청구서의 요양기관기호를 기재
본부	an(2)	42	요양(의료)급여비용심사청구서를 접수한 심사평가원 해당 본원·본부 구분 기재 ■ 구분 00: 본원 01: 서울본부 02: 부산본부 03: 대구경북본부 04: 광주전남본부 05: 대전충청본부 06: 경기남부본부 07: 울산경남본부 08: 경기북부본부 09: 전북본부 10: 인천본부 11: 강원본부 12: 제주본부
심사차수	an(8)	44	심사결과(추가) 통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
청구번호	an(10)	52	요양기관에서 청구 시 부여한 번호 기재
묶음번호	an(5)	62	청구명세서 전산 처리를 위하여 심사차수 단위의 접수번호별로 부여되는 일련번호
접수년도	an(4)	67	심사평가원에 요양(의료)급여비용 청구명세서 접수년도를 기재
청구단위구분	an(1)	71	해당 접수번호 청구서에 기재된 청구단위구분 기재 ■ 구분 1~6: 해당 주 단위 0: 월 단위 통합청구
보험자(의료급여) 종별 구분	an(1)	72	요양(의료)급여비용심사청구서의 보험자종별구분을 기재 4: 건강보험 5: 의료급여 7: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자(상이처, 무자격자)

(2) 원외처방약제비 심사결과(추가)통보서2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산심사차수 (의료급여:정산통보번호)	an(8)	1	정산 시 일정주기별 부여되는 일련번호(연-월 번호) ■ 유형: CCYYMM
정산통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 원외처방약제비 심사결과(추가)통보서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
접수번호	an(7)	17	심사평가원에서 요양(의료)급여비용 청구 명세서 접수 시 부여하는 번호를 기재
청구서 일련번호	an(3)	24	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
정산연번	an(10)	27	심사평가원에서 정산을 위하여 명세서 색인 시 부여하는 번호 기재
통보자	an(35)	37	심사결과(추가)통보자인 건강보험심사평가원장 기재
정산담당부	an(35)	72	정산심사담당부명 기재
정산담당자	an(35)	107	정산심사담당자 성명을 한글 또는 영문으로 기재
정산담당번호	an(2)	142	정산심사담당자 번호 기재
정산업무코드 (정산사유코드)	an(2)	144	정산심사 작업명칭코드 및 작업명칭 기재(정산심사 사유코드 및 사유 기재) ■ 심사평가원장이 별도 정하여 운영
정산업무명(정산사유)	an(50)	146	
정산담당자 전화번호	an(20)	196	정산심사담당자 전화번호를 기재
원외처방약제비 심사결정(추가) 합계			
본인부담환급금1 합계	n(12)	216	원외처방약제비 심사결과(추가) 본인부담환급금1 합계를 기재
본인부담환급금2 합계	n(12)	228	원외처방약제비 심사결과(추가) 본인부담환급금2 합계를 기재
보훈 본인부담환급금 합계	n(12)	240	원외처방약제비 심사결과(추가) 보훈 본인부담환급금 합계를 기재
환수금액 합계	n(12)	252	원외처방약제비 심사결과(추가) 환수금액에 대한 합계를 기재
요양기관 환수금 합계	n(12)	264	원외처방약제비 심사결과(추가) 요양기관 환수금 합계를 기재
보험자부담 환수금 합계	n(12)	276	원외처방약제비 심사결과(추가) 보험자부담 환수금 합계를 기재
보훈부담 환수금 합계	n(12)	288	원외처방약제비 심사결과(추가) 보훈부담 환수금 합계를 기재
심사결정금액 합계	n(12)	300	심사결과(추가) 보험자부담 환수금 또는 보훈부담 환수금에서 본인부담환급금을 제외한 금액의 합계
건수 합계	n(10)	312	원외처방약제비 심사결과(추가) 건수 합계를 기재
참조란	an(1750)	322	추가 기술사항 기재

(3) 원외처방약제비 심사결과(추가)통보서3

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산심사차수 (의료급여: 통보번호)	an(8)	1	정산 시 일정주기별 부여되는 일련번호(연-월 번호) ■ 유형: CCYYMM
정산통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 원외처방약제비 심사결과(추가)통보서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
접수번호	an(7)	17	심사평가원에서 요양(의료)급여비용 청구 명세서 접수 시 부여하는 번호를 기재
청구서일련번호	an(3)	24	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
정산연번	an(10)	27	심사평가원에서 정산을 위하여 명세서 색인 시 부여하는 번호 기재
정산일련번호	an(6)	37	정산 처리된 명세서마다 부여되는 번호
명세서일련번호	an(5)	43	요양(의료)급여비용명세서의 일련번호를 기재
수진자성명	an(20)	48	요양(의료)급여비용명세서의 수진자 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호와 연계된 가명을 기재한 경우 수진자 성명을 대신하여 가명을 기재
가입자성명	an(20)	68	요양(의료)급여비용명세서의 가입자 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호와 연계된 가명을 기재한 경우 가입자 성명을 대신하여 가명을 기재
보장기관기호	an(11)	88	의료급여비용명세서상의 수진자 소속 보장기관기호 단, 보장기관기호 기재착오 시 수급권점검 내용에 따라 원 소속 보장기관기호 기재
증번호 (보장시설 및 노숙인시설기호)	an(20)	99	요양(의료)급여비용명세서의 증번호(보장시설기호 또는 노숙인시설기호)를 기재
의료급여종별구분	an(1)	119	의료급여인 경우 의료급여비용명세서의 의료급여 종별구분 기재 ■ 종별구분 1: 1종 2: 2종 4: 행려 6: 2종 장애인의 2차의료급여 8: 2종 장애인의 1차의료급여 N: 노숙인 1종

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
공상 등 구분	an(1)	120	요양(의료)급여비용명세서의 공상 등 구분을 기재. 단, 심사평가원에서 공상 등 구분의 변경이 있는 경우 심사결정 공상 등 구분을 기재
본인부담환급금1	n(10)	121	원외처방약제비 심사결과(추가) 심사조정건으로 수진자(별도의 지원사업에서 지원해 주는 대상자의 경우 해당 '사업비')에게 환급해 주어야 하는 환급금을 기재 (「국고금관리법」 제47조제1항에 따라 10원 미만 끝수 절사)
본인부담환급금2	n(10)	131	원외처방약제비 심사결과(추가) 본인부담률 변경으로 수진자(별도의 지원사업에서 지원해 주는 대상자의 경우 해당 '사업비')에게 환급해 주어야 하는 환급금을 기재 (「국고금관리법」 제47조제1항에 따라 10원 미만 끝수 절사)
보훈 본인부담환급금	n(10)	141	원외처방약제비 심사결과(추가) 보훈 국비환자의 경우 보훈 본인일부부담금 중 수진자에게 환급해 주어야 하는 환급금 기재 (「국고금관리법」 제47조제1항에 따라 10원 미만 끝수 절사)
요양기관 환수금(계)	n(10)	151	원외처방약제비 심사결과(추가) 본인부담환급금 1과 보험자(보장기관)부담 환수금 또는 보훈부담환수금의 합을 기재
보험자부담 환수금	n(10)	161	원외처방약제비 심사결과(추가) 보험자(보장기관)부담 환수금을 기재 (「국고금관리법」 제47조제1항에 따라 10원 미만 끝수 절사)
보훈부담 환수금	n(10)	171	원외처방약제비 심사결과(추가) 보훈부담 환수금을 기재 (「국고금관리법」 제47조제1항에 따라 10원 미만 끝수 절사)
공란	n(10)	181	
비고(조정내역)	an(1750)	191	명일련에 대한 심사조정내역을 기재

(4) 원외처방약제비 심사결과(추가)통보서4

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산심사차수 (의료급여: 정산통보번호)	an(8)	1	정산 시 일정주기별 부여되는 일련번호(연-월 번호) ■ 유형: CCYYMM
정산통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 원외처방약제비 심사결과(추가)통보서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
접수번호	an(7)	17	심사평가원에서 요양(의료)급여비용 청구 명세서 접수 시 부여하는 번호를 기재
청구서 일련번호	an(3)	24	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
정산연번	an(10)	27	심사평가원에서 정산을 위하여 명세서 색인 시 부여하는 번호 기재
정산일련번호	an(6)	37	정산 처리된 명세서마다 부여되는 번호
명세서일련번호	an(5)	43	요양(의료)급여비용명세서의 일련번호를 기재
처방전발급번호	an(13)	48	요양(의료)급여비용명세의 처방전발급번호를 기재
조제기관 기호	an(8)	61	처방·조제한 조제기관(약국)기호를 기재
조제기관 명칭	an(50)	69	처방·조제한 조제기관(약국)명칭을 기재
조제기관 접수번호	an(7)	119	처방·조제한 조제기관(약국) 약제비 명세서 접수번호를 기재
조제기관 접수년도	an(4)	126	처방·조제한 조제기관(약국) 약제비 청구명세서의 접수년도를 기재
조제기관 명일련	an(5)	130	처방·조제한 조제기관(약국) 약제비 명세서 일련번호를 기재
줄번호	n(4)	135	처방내역상의 의약품 줄번호 기재
조정사유	an(2)	139	처방내역상의 줄번호에 해당되는 심사결과(추가) 조정사유를 기재
조정상세사유	an(2)	141	처방내역상의 줄번호에 해당되는 심사결과(추가) 조정사유 중 약제 전산점검(DUR 등) 세부 조정사유코드를 기재
의약품코드	an(9)	143	처방내역상의 의약품 줄번호에 해당하는 의약품코드를 기재
1회 투약량 인정횟수	n(5.4)	152	처방내역상의 해당 줄번호에 대한 심사결과(추가) 인정된 1회 투약량
일투 인정횟수	n(5.2)	161	처방내역상의 해당 줄번호에 대한 심사결과(추가) 인정된 일투 횟수
총투 인정횟수	n(3)	168	처방내역상의 해당 줄번호에 대한 심사결과(추가) 인정된 총투 횟수
환수금액	n(10)	171	처방내역상의 해당 줄번호에 대한 심사결과(추가) 환수금액을 기재
비고(조정내역)	an(1750)	181	줄번호에 대한 심사조정내역 설명을 기재

(5) 원외처방약제비 심사결과(추가)통보서5

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산심사차수 (의료급여: 정산통보번호)	an(8)	1	정산 시 일정주기별 부여되는 일련번호(연-월 번호) ■ 유형: CCYYMM
정산통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 원외처방약제비 심사결과(추가)통보서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
접수번호	an(7)	17	심사평가원에서 요양(의료)급여비용 청구명세서 접수 시 부여하는 번호를 기재
청구서일련번호	an(3)	24	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
정산연번	an(10)	27	심사평가원에서 정산을 위하여 명세서 색인 시 부여하는 번호 기재
정산일련번호	an(6)	37	정산 처리된 명세서마다 부여되는 번호
명세서일련번호	an(5)	43	요양(의료)급여비용명세서의 일련번호를 기재
처방전발급번호	an(13)	48	요양(의료)급여비용명세서의 처방전발급번호를 기재
조제기관 기호	an(8)	61	처방·조제한 조제기관(약국)기호를 기재
조제기관 명칭	an(50)	69	처방·조제한 조제기관(약국)명칭을 기재
조제기관 접수번호	an(7)	119	처방·조제한 조제기관(약국) 약제비 명세서 접수번호를 기재
조제기관 접수년도	an(4)	126	처방·조제한 조제기관(약국) 약제비 청구명세서의 접수년도를 기재
조제기관 명일련	an(5)	130	처방·조제한 조제기관(약국) 약제비 명세서 일련번호를 기재
줄번호	an(4)	135	처방내역상의 의약품 줄번호 기재
본인부담률변경사유	an(3)	139	처방내역상의 줄번호에 해당되는 심사결과(추가) 본인부담률 변경코드를 기재
본인부담률변경 의약품코드	an(9)	142	처방내역상의 의약품 줄번호에 해당되는 의약품코드를 기재
1회 투약량 변경 인정횟수	n(5.4)	151	처방내역상의 해당 줄번호에 대한 심사결과(추가) 본인부담률 변경으로 인정된 1회 투약량
일투 변경 인정횟수	n(5.2)	160	처방내역상의 해당 줄번호에 대한 심사결과(추가) 본인부담률 변경으로 인정된 일투 횟수
총투 변경 인정횟수	n(3)	167	처방내역상의 해당 줄번호에 대한 심사결과(추가) 본인부담률 변경으로 인정된 총투 횟수

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
본인부담률변경 인정금액	an(10)	170	처방내역상의 해당 줄번호에 대한 심사결과(추가) 본인부담률 변경으로 인정된 금액을 기재
비고	an(1750)	180	줄번호에 대한 본인부담률변경내역 설명을 기재

8. 요양급여비용 정산심사내역서

(1) 요양급여비용 정산심사내역서1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식버전	an(3)	1	'091'
정산심사차수	an(8)	4	정산 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■ 유형: CCYYMM
정산통보일자	an(8)	12	심사평가원에서 요양급여비용 정산심사내역서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
접수번호	an(7)	20	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서 일련번호	an(3)	27	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서일련번호를 기재
서식번호	an(4)	30	■ 서식번호 F040: 요양급여비용 정산심사내역서
요양기관기호	an(8)	34	요양급여비용 심사청구서의 요양기관기호 기재
본부	an(2)	42	요양급여비용 심사청구서를 접수한 심사평가원 해당 본원·본부 구분 기재 ■ 구분 00: 본원 01: 서울본부 02: 부산본부 03: 대구경북본부 04: 광주전남본부 05: 대전충청본부 06: 경기남부본부 07: 울산경남본부 08: 경기북부본부 09: 전북본부 10: 인천본부 11: 강원본부 12: 제주본부
심사차수	an(8)	44	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 심사차수를 기재
청구번호	an(10)	52	요양기관에서 청구시 부여한 번호 기재
묶음번호	an(5)	62	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 묶음번호를 기재
청구단위구분	an(1)	67	해당 접수번호 청구서에 기재된 청구단위구분 기재 ■ 구분 1~6: 해당 주단위 0: 월단위 통합청구
보험자종별 구분	an(1)	68	요양급여비용 심사청구서의 보험자종별구분 기재 4: 국민건강보험 7: 보훈위탁진료 요양기관의 상이처·무자격자 또는 보훈병원의 국비일반(상이처·무자격자), 국비보험(급여) 2차

(2) 요양급여비용 정산심사내역서2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산심사차수	an(8)	1	정산 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■유형: CCYYMM
정산통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 요양급여비용 정산심사내역서를 통보하는 날짜를 기재 ■유형: CCYYMMDD
접수번호	an(7)	17	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서일련번호	an(3)	24	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서일련번호를 기재
정산연번	an(10)	27	심사평가원에서 정산명세서 색인 시 부여하는 번호기재
심사구분	an(1)	37	1: 재심 2: 삼심 3: 사심 …
통보자	an(35)	38	정산심사내역 통보자인 건강보험심사평가원장 기재
정산담당부	an(35)	73	정산심사담당부명 기재
정산담당자	an(35)	108	정산심사담당자 성명을 한글 또는 영문으로 기재
정산담당자번호	an(2)	143	정산담당자 번호 기재
정산업무코드 (정산사유코드)	an(2)	145	정산심사 작업명칭코드 및 작업명칭 기재(정산심사 사유코드 및 사유 기재) ■심사평가원장이 별도 정하여 운영
정산업무명 (정산사유)	an(50)	147	
정산담당전화번호	an(20)	197	정산심사담당자 전화번호 기재
이전심사결정사항			
본인부담환급금 합계	n(12)	217	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 본인부담환급금 합계를 기재
보훈 본인부담환급금 합계	n(12)	229	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 보훈 본인부담환급금 합계를 기재
100분의100미만 본인부담환급금 합계	n(12)	241	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 100분의100미만 본인부담환급금 합계를 기재
상계환급금 합계	n(12)	253	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 최종 본인부담환급금 합계를 기재
본인추가부담금 합계	n(12)	265	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 본인추가부담금 합계를 기재
보훈 본인추가부담금 합계	n(12)	277	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 보훈 본인추가부담금 합계를 기재
100분의100미만 본인추가부담금 합계	n(12)	289	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 100분의100미만 본인추가부담금 합계를 기재
상계추가부담금 합계	n(12)	301	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 최종 본인추가부담금 합계를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
요양급여비용총액 1 합계	n(12)	313	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 수진자 본인이 부담해야 될 금액과 보험자가 부담해야 될 금액을 합한 금액을 기재
본인부담금 합계	n(12)	325	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 본인일부부담금 합계를 기재
지원금 합계	n(12)	337	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 지원금 합계를 기재
장애인의료비 합계	n(12)	349	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 장애인의료비 합계를 기재
본인부담상한액 초과금 합계	n(12)	361	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 본인부담상한액 초과금의 합계를 기재
본인부담상한액 초과금 차액	n(12)	373	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 본인부담상한액 차액 기재
보험자부담금 합계	n(12)	385	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 보험자부담금 합계를 기재
보훈청구액 합계	n(12)	397	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 보훈청구액 합계를 기재
이전심사결정액 합계	n(12)	409	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결정 금액의 합계를 기재
위탁검사직접 지급금 합계	n(12)	421	이전심사결과 위탁검사로 수탁기관에 직접 지급하는 금액 합계를 기재
공란	n(12)	433	
공란	n(12)	445	
건강보험 100분의100 본인부담금총액 합계	n(12)	457	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 건강보험 100분의 100본인부담금총액 합계를 기재
보훈 본인일부부담금 합계	n(12)	469	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 보훈 본인일부 부담금 합계를 기재
100분의100미만 총액 합계	n(12)	481	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 100분의100미만 총액 합계를 기재
100분의100미만 본인일부부담금 합계	n(12)	493	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 100분의100미만 본인일부부담금 합계를 기재
100분의100미만 청구액 합계	n(12)	505	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 100분의100미만 청구액 합계를 기재
100분의100미만 보훈청구액 합계	n(12)	517	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 100분의100미만 보훈청구액 합계를 기재
건수합계	n(10)	529	정산 요양급여비용 명세서 건수 합계를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산심사결정사항			
본인부담환급금 합계	n(12)	539	정산심사결과 본인부담환급금 합계를 기재
보훈 본인부담환급금 합계	n(12)	551	정산심사결과 보훈 본인부담환급금 합계를 기재
100분의100미만 본인부담환급금 합계	n(12)	563	정산심사결과 100분의100미만 본인부담환급금 합계를 기재
상계환급금 합계	n(12)	575	정산심사결과 최종 본인부담환급금 합계를 기재
본인추가부담금 합계	n(12)	587	정산심사결과 본인추가부담금 합계를 기재
보훈 본인추가부담금 합계	n(12)	599	정산심사결과 보훈 본인추가부담금 합계를 기재
100분의100미만 본인추가부담금 합계	n(12)	611	정산심사결과 100분의100미만 본인추가부담금 합계를 기재
상계추가부담금 합계	n(12)	623	정산심사결과 최종 본인추가부담금 합계를 기재
요양급여비용총액 1 합계	n(12)	635	정산심사결과 수진자 본인이 부담해야 될 금액과 보험자가 부담해야 될 금액을 합한 금액을 기재
본인부담금 합계	n(12)	647	정산심사결과 본인부담금액의 합계를 기재
지원금 합계	n(12)	659	정산심사결과 지원금 합계를 기재
장애인의료비 합계	n(12)	671	정산심사결과 장애인의료비 합계를 기재
본인부담상한액 초과금 합계	n(12)	683	정산심사결과 본인부담상한액초과금의 합계를 기재
본인부담상한액 초과금 차액	n(12)	695	정산심사결과 본인부담상한액차액 기재
보험자부담금 합계	n(12)	707	정산심사결과 보험자부담금 합계를 기재
보훈부담금 합계	n(12)	719	정산심사결과 보훈부담금 합계를 기재
정산심사결정액 합계	n(12)	731	정산심사결과 정산심사결정금액 합계를 기재
위탁검사직접 지급금 합계	n(12)	743	정산심사결과 위탁검사로 수탁기관에 직접 지급하는 금액 합계를 기재
정산심사결정차액 합계	n(12)	755	정산심사결정 금액과 이전심사결정 금액의 차액 기재 ※ '+' 금액은 환급금액, '-' 금액은 환수금액을 의미함
공란	n(12)	767	
공란	n(12)	779	
건강보험 100분의100 본인부담금총액 합계	n(12)	791	정산심사결과 건강보험 100분의100본인부담금총액 합계를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
보훈 본인일부부담금 합계	n(12)	803	정산심사결과 보훈 본인일부부담금 합계를 기재
100분의100미만 총액 합계	n(12)	815	정산심사결과 100분의100미만 총액 합계를 기재
100분의100미만 본인일부부담금 합계	n(12)	827	정산심사결과 100분의100미만 본인일부부담금 합계를 기재
100분의100미만 청구액 합계	n(12)	839	정산심사결과 100분의100미만 청구액 합계를 기재
100분의100미만 보훈청구액 합계	n(12)	851	정산심사결과 100분의100미만 보훈청구액 합계를 기재
건수 합계	n(10)	863	정산 요양급여비용 명세서 건수 합계를 기재
정산심사결과 인정 (또는 조정) 금액 합계	n(12)	873	정산심사결과 인정(또는 조정)건수에 대한 인정(또는 조정)금액 합계를 기재
공란	n(12)	885	
정산심사결과 인정 (또는 조정)건수 합계	n(10)	897	정산심사결과 인정(또는 조정)건수 합계를 기재
이전심사결정사항 차등수가 관련사항			
차등지수	n(1.7)	907	이전심사결과 차등지수를 기재
진찰(조제)횟수	n(7)	915	이전심사결과 진찰(조제)횟수 합계(차등수가 미적용 진찰료(조제료 등) 제외)를 기재
진료(조제)일수	n(4.2)	922	이전심사결과에서 1개월 또는 1주일 동안 의사(약사)별 실제 진료(조제)한 일수의 합(차등수가 미적용 진료(조제)일 제외)을 기재
의(약)사수	n(2.2)	928	이전심사결과에서 명세서를 월단위 또는 주단위로 작성하여 청구하는 경우에는 요양기관이 1개월 혹은 1주 동안 실제 진료(조제)한 의사(약사)수를 기재
진찰(조제)료	n(12)	932	이전심사결과 진찰(조제)료의 합계(차등수가 미적용 진찰료(조제료 등) 제외)를 기재
진찰(조제)료 차감액	n(12)	944	이전심사결과 진찰(조제)료의 차감액(차등수가 미적용 진찰료(조제료 등) 제외)을 기재
정산심사결정사항 차등수가 관련사항			
차등지수	n(1.7)	956	정산심사결과 차등지수를 기재
진찰(조제)횟수	n(7)	964	정산심사결과 진찰(조제)횟수 합계(차등수가 미적용 진찰료(조제료 등) 제외)를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
진료(조제)일수	n(4.2)	971	정산심사결과 1개월 또는 1주일 동안 의사(약사)별 실제 진료(조제)한 일수의 합(차등수가 미적용 진료(조제)일 제외)을 기재
의(약)사수	n(2.2)	977	정산심사결과 명세서를 월단위 또는 주단위로 작성하여 청구하는 경우에는 요양기관이 1개월 혹은 1주 동안 실제 진료(조제)한 의사(약사)수를 기재
진찰(조제)료	n(12)	981	정산심사결과 진찰(조제)료의 합계(차등수가 미적용 진찰료(조제료 등) 제외)를 기재
진찰(조제)료 차감액	n(12)	993	정산심사결과 진찰(조제)료의 지급(또는 차감)액(차등수가 미적용 진찰료(조제료 등)제외)을 기재
정산심사결정차액	n(12)	1005	정산심사결정 진찰료차감액과 이전심사결정 진찰료차감액의 차액 기재 ※ '+' 금액은 환급금액, '-' 금액은 환수금액을 의미함
참조란	an(1750)	1017	추가 기술사항 기재

(3) 요양급여비용 정산심사내역서3

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산심사차수	an(8)	1	정산 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■ 유형: CCYYMM
정산통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 요양급여비용 정산심사 내역서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
접수번호	an(7)	17	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서일련번호	an(3)	24	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서일련번호를 기재
정산연번	an(10)	27	심사평가원에서 정산명세서 색인 시 부여하는 번호기재
정산일련번호	an(6)	37	정산처리된 명세서마다 부여되는 번호
명세서일련번호	an(5)	43	요양급여비용 명세서의 일련번호 기재
수진자성명	an(20)	48	요양급여비용 명세서의 수진자 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호와 연계된 가명을 기재한 경우 수진자 성명을 대신하여 가명을 기재
가입자성명	an(20)	68	요양급여비용 명세서의 가입자 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호와 연계된 가명을 기재한 경우 수진자 성명을 대신하여 가명을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
공란	an(11)	88	
진료형태	an(2)	99	요양급여비용 명세서의 진료형태를 기재
구분	an(1)	101	1: 환급 2: 환수 3: 환수+환급
증번호	an(20)	102	요양급여비용 명세서의 증번호 기재
이전심사결정사항			
정액·정률 구분	an(1)	122	이전심사결과 정액, 정률 등 구분을 기재 0: 정액 9: 정률 1: 정액수가 적용 2: 행위별수가 적용(특정기간)
요양개시일	an(8)	123	■ 의·치과, 한방: 이전심사결과 당월요양개시일 또는 내원일자 기재 ■ 약국: 이전심사결과 조제투약일자 기재 ■ 보건기관: 이전심사결과 내원일자 또는 당월요양개시일 기재
특정기호	an(4)	131	이전심사결과 특정기호 기재
DRG번호	an(6)	135	이전심사결과 DRG번호 기재
공상 등 구분	an(1)	141	이전심사결과 공상 등 구분을 기재
상병분류기호	an(6)	142	■ 의·치과, 한방: 이전심사결과 주상병 분류기호 기재 ■ 약국: 이전심사결과 주상병(주증상)분류기호 기재
조정소계 Ⅰ	n(10)	148	(Ⅰ)란 조정액 합계 금액 기재 (사용유보)
조정소계 Ⅱ	n(10)	158	(Ⅱ)란 조정액 합계에 요양기관 종별가산율을 곱한 금액 기재 (사용유보)
본인부담환급금	n(10)	168	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 본인부담환급금을 기재
보훈 본인부담환급금	n(10)	178	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 보훈 본인부담환급금을 기재
100분의100미만 본인부담환급금	n(10)	188	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 100분의100미만 본인부담환급금을 기재
상계환급금	n(10)	198	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 수진자(별도의 지원사업에서 지원해 주는 대상자의 경우 해당 '사업비')에게 환급해 주어야 하는 최종 환급금 기재
본인추가부담금	n(10)	208	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 본인추가부담금을 기재
보훈 본인추가부담금	n(10)	218	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 보훈 본인추가부담금을 기재
100분의100미만 본인추가부담금	n(10)	228	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 100분의100미만 본인추가부담금을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
상계추가부담금	n(10)	238	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 수진자(별도의 지원사업에서 지원해 주는 대상자의 경우 사업비 또는 수진자)가 추가 부담해야 될 최종 금액 기재
초진료	n(10)	248	■ 의·치과, 한방: 이전심사결과 외래 초진료 기재
재진료	n(10)	258	■ 의·치과, 한방: 이전심사결과 외래 재진료 기재
요양급여비용총액 1	n(10)	268	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 요양급여비용총액 1을 기재
특수장비총액	n(10)	278	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 특수장비총액을 기재
특수재료 및 관련 행위료 총액	n(10)	288	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 특수재료 및 관련 행위료 총액을 기재
보훈 등 100분의100 본인부담총액	n(10)	298	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 보훈 등 100분의 100본인부담총액을 기재
비급여총액	n(10)	308	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 비급여총액을 기재
본인일부부담액	n(10)	318	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 본인일부부담액을 기재
지원금	n(10)	328	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 지원금을 기재
장애인의료비	n(10)	338	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 장애인의료비를 기재
본인부담상한액 초과금	n(10)	348	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 보험자가 부담해야 될 본인부담상한액 초과금을 기재
본인부담상한액 차액	n(10)	358	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 본인부담상한액차액을 기재
보험자부담금	n(10)	368	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 보험자부담금을 기재
요양급여비용총액 2, 진료비총액	n(10)	378	- 요양급여비용총액 2: 정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 요양급여비용총액 2를 기재 - 진료비총액: 보훈국비환자의 경우 정산 요양급여비용명세서의 이전심사결과 진료비총액을 기재
보훈부담금	n(10)	388	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 보훈부담금을 기재
이전심사결정액	n(10)	398	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결정 금액
위탁검사직접지급금	n(10)	408	이전심사결과 위탁검사로 수탁기관에 직접 지급하는 금액 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
공란	n(10)	418	
공란	n(10)	428	
건강보험 100분의100 본인부담금총액	n(10)	438	정산요양급여비용 명세서의 이전심사결과 건강보험 100분의 100본인부담금총액을 기재
보훈 본인일부부담금	n(10)	448	정산 요양급여비용 명세서의 이전심사결과 보훈 본인일부 부담금을 기재
100분의100미만 총액	n(10)	458	정산요양급여비용 명세서의 이전심사결과 100분의100미만 총액을 기재
100분의100미만 본인일부부담금	n(10)	468	정산요양급여비용 명세서의 이전심사결과 100분의100미만 본인일부부담금을 기재
100분의100미만 청구액	n(10)	478	정산요양급여비용 명세서의 이전심사결과 100분의100미만 청구액을 기재
100분의100미만 보훈청구액	n(10)	488	정산요양급여비용 명세서의 이전심사결과 100분의100미만 보훈청구액을 기재
초진횟수	n(3)	498	이전심사결과 초진진찰 횟수 기재
초진가산횟수 (1일분투약횟수)	n(3)	501	■ 의·치과, 한방: 이전심사결과 초진횟수 중 야간, 공휴가산 횟수 기재 ■ 약국: 이전심사결과 1일분 직접조제 시 투약 횟수 기재
재진횟수 (2일분투약횟수)	n(3)	504	■ 의·치과, 한방: 이전심사결과 재진횟수 기재 ■ 약국: 이전심사결과 2일분 직접조제 시 투약 횟수 기재 ■ 보건기관: 이전심사결과 진찰횟수 기재
재진가산횟수 (3일분이상투약횟수)	n(3)	507	■ 의·치과, 한방: 이전심사결과 재진횟수 중 야간, 공휴가산 횟수 기재 ■ 약국: 이전심사결과 3일분이상 직접조제 시 투약 횟수 기재
입원일수(내원일수)	n(3)	510	이전심사결과 입원 또는 내원일수 기재
요양급여일수	n(3)	513	이전심사결과 요양급여일수 기재
처방횟수	n(3)	516	■ 의·치과: 이전심사결과 원외처방전 발행 횟수 기재
정산심사결정사항			
특정기호	an(4)	519	정산심사결과 특정기호 기재
DRG번호	an(6)	523	정산심사결과 DRG번호 기재
공상 등 구분	an(1)	529	정산심사결과 공상 등 구분을 기재
본인부담환급금	n(10)	530	정산심사결과 수진자(별도의 지원사업에서 지원해 주는 대상자의 경우 해당 '사업비')에게 환급해 주어야 하는 환급금 기재
보훈 본인부담환급금	n(10)	540	정산심사결과 보훈 본인부담환급금을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
100분의100미만 본인부담환급금	n(10)	550	정산심사결과 100분의100미만 본인부담환급금을 기재
상계환급금	n(10)	560	정산심사결과 수진자(별도의 지원사업에서 지원해 주는 대상자의 경우 해당 '사업비')에게 환급해 주어야 하는 최종 환급금 기재
본인추가부담금	n(10)	570	정산심사결과 수진자(별도의 지원사업에서 지원해 주는 대상자의 경우 사업비 또는 수진자)가 추가 부담해야 될 금액 기재
보훈 본인추가부담금	n(10)	580	정산심사결과 보훈 본인추가부담금을 기재
100분의100미만 본인추가부담금	n(10)	590	정산심사결과 100분의100미만 본인추가부담금을 기재
상계추가부담금	n(10)	600	정산심사결과 수진자(별도의 지원사업에서 지원해 주는 대상자의 경우 사업비 또는 수진자)가 추가 부담해야 될 최종 금액 기재
초진료	n(10)	610	■ 의·치과, 한방: 정산심사결과 외래 초진료 기재
재진료	n(10)	620	■ 의·치과, 한방: 정산심사결과 외래 재진료 기재
요양급여비용총액 1	n(10)	630	정산심사결과 수진자 본인이 부담해야 될 금액과 보험자가 부담해야 될 금액의 합을 기재
특수장비총액	n(10)	640	정산심사결과 특수장비총액을 기재
특수재료 및 관련 행위료 총액	n(10)	650	정산심사결과 특수재료 및 관련 행위료 총액을 기재
보훈 등 100분의100 본인부담총액	n(10)	660	정산심사결과 보훈 등 100분의100 본인부담총액을 기재
비급여총액	n(10)	670	정산심사결과 비급여총액을 기재
본인일부부담액	n(10)	680	정산심사결과 수진자 본인이 부담해야 될 금액 기재
지원금	n(10)	690	정산심사결과 지원금을 기재
장애인의료비	n(10)	700	정산심사결과 장애인의료비를 기재
본인부담상한액 초과금	n(10)	710	정산심사결과 보험자가 부담해야 될 본인부담 상한액 초과금을 기재
본인부담상한액 차액	n(10)	720	정산심사결과 본인부담상한액차액 기재
보험자부담금	n(10)	730	정산심사결과 보험자가 부담해야 될 금액기재
요양급여비용총액 2, 진료비총액	n(10)	740	- 요양급여비용총액 2: 정산심사결과 수진자 본인이 부담해야 될 금액과 보험자가 부담해야 될 금액을 합한 요양급여비용총액 2를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			- 진료비총액: 보훈국비환자의 경우 정산심사결과 수진자 본인이 부담해야 될 금액과 보험자가 부담해야 될 금액을 합한 진료비 총액을 기재
보훈부담금	n(10)	750	정산심사결과 보훈공단이 부담해야 할 금액 기재
정산심사결정액	n(10)	760	정산심사결과 보험자부담금과 100분의100미만 청구액에서 본인부담환급금, 100분의100미만 본인부담환급금 및 국고끝수금을 제외한 금액
위탁검사직접지급금	n(10)	770	정산심사결과 위탁검사로 수탁기관에 직접지급 하는 금액 기재
정산심사결정차액	n(10)	780	정산심사결정금액과 이전심사결정금액의 차액기재 ※ '+' 금액은 환급금액, '-' 금액은 환수금액을 의미함
공란	n(10)	790	
공란	n(10)	800	
건강보험 100분의 100본인부담금총액	n(10)	810	정산심사결과 건강보험 100분의100본인부담금총액을 기재
보훈 본인일부부담금	n(10)	820	정산심사결과 보훈 본인일부부담금을 기재
100분의100미만 총액	n(10)	830	정산심사결과 100분의100미만 총액을 기재
100분의100미만 본인일부부담금	n(10)	840	정산심사결과 100분의100미만 본인일부부담금을 기재
100분의100미만 청구액	n(10)	850	정산심사결과 100분의100미만 청구액을 기재
100분의100미만 보훈청구액	n(10)	860	정산심사결과 100분의100미만 보훈청구액을 기재
초진횟수	n(3)	870	정산심사결과 초진진찰 횟수 기재
초진가산횟수 (1일분투약횟수)	n(3)	873	■ 의·치과, 한방: 정산심사결과 초진횟수 중 야간, 공휴가산 횟수 기재 ■ 약국 : 정산심사결과 1일분 직접조제시 투약 횟수 기재
재진횟수 (2일분투약횟수)	n(3)	876	■ 의·치과, 한방: 정산심사결과 재진횟수 기재 ■ 약국: 정산심사결과 2일분 직접조제 시 투약 횟수 기재 ■ 보건기관: 정산심사결과 재진횟수 기재
재진가산횟수 (3일분이상투약횟수)	n(3)	879	■ 의·치과, 한방: 정산심사결과 재진횟수 중 야간, 공휴가산 횟수 기재 ■ 약국: 정산심사결과 3일분이상 직접조제 시 투약 횟수 기재
입원일수(내원일수)	n(3)	882	정산심사결과 입원 또는 내원일수 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
요양급여일수	n(3)	885	정산심사결과 요양급여일수 기재
처방횟수	n(3)	888	■ 의·치과: 정산심사결과 원외처방전 발행 횟수 기재
비고(조정내역)	an(1750)	891	명일련에 대한 심사조정내역을 기재

(4) 요양급여비용 정산심사내역서4

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산심사차수	an(8)	1	정산시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■ 유형: CCYYMM
정산통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 요양급여비용 정산심사내역서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
접수번호	an(7)	17	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서일련번호	an(3)	24	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서일련번호를 기재
정산연번	an(10)	27	심사평가원에서 정산명세서 색인 시 부여하는 번호기재
정산일련번호	an(6)	37	정산 처리된 명세서마다 부여되는 번호
명세서일련번호	an(5)	43	요양급여비용 명세서상의 일련번호 기재
항번호	an(2)	48	요양급여비용 명세서의 항번호 기재
줄번호	n(4)	50	요양급여비용 명세서의 줄번호 기재
이전심사결정사항			
조정사유	an(2)	54	이전심사결과 줄번호에 해당하는 조정사유코드 기재
조정상세사유	an(2)	56	이전심사결과 줄번호에 해당하는 조정사유 중 약제 전산점검(DUR 등) 세부 조정사유코드를 기재
Ⅰ, Ⅱ구분	an(1)	58	줄번호에 해당되는 Ⅰ, Ⅱ 구분 기재(사용유보)
코드	an(9)	59	이전심사결과 줄번호에 해당하는 수가, 보험등재약 등의 코드를 기재
단가	n(10.2)	68	이전심사결과 줄번호에 해당하는 수가, 보험등재약 등의 단가를 기재
일투(1일투여량, 투여(실시)횟수), 인정횟수	n(5.2)	80	이전심사결과 줄번호에 해당하는 인정된 일투 횟수
총투(총투여량, 투여(실시)횟수), 인정횟수	n(3)	87	이전심사결과 줄번호에 해당하는 인정된 총투 횟수

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
1회 투약 인정량	n(5.4)	90	이전심사결과 줄번호에 해당하는 인정된 1회 투약량을 기재
조정금액	n(10)	99	이전심사결과 줄번호에 해당하는 조정금액 기재
인정금액	n(10)	109	이전심사결과 줄번호에 해당하는 인정금액 기재
공란	n(10)	119	
공란	n(10)	129	
공란	n(10)	139	
관련근거	an(2)	149	(사용유보)
정산심사결정사항			
조정사유	an(2)	151	정산심사결과 줄번호에 해당하는 정산사유코드 기재
조정상세사유	an(2)	153	정산심사결과 줄번호에 해당하는 조정사유 중 약제 전산점검(DUR 등) 세부조정사유코드를 기재
코드	an(9)	155	정산심사결과 줄번호에 해당하는 수가, 보험등재약 등의 코드를 기재
단가	n(10.2)	164	정산심사결과 줄번호에 해당하는 수가, 보험등재약 등의 단가를 기재
일투(1일투여량, 투여(실시)횟수), 인정횟수	n(5.2)	176	정산심사결과 줄번호에 해당하는 인정된 일투 횟수
총투(총투여량, 투여(실시)횟수), 인정횟수	n(3)	183	정산심사결과 줄번호에 해당하는 인정된 총투 횟수
1회투약 인정량	n(5.4)	186	정산심사결과 줄번호에 해당하는 인정된 1회투약량을 기재
조정금액	n(10)	195	정산심사결과 줄번호에 해당하는 조정금액 기재
인정금액	n(10)	205	정산심사결과 줄번호에 해당하는 인정금액 기재
공란	n(10)	215	
공란	n(10)	225	
공란	n(10)	235	
비고(조정내역)	an(1750)	245	줄번호 또는 해당명세서에 대한 심사조정(심사불능)내역 설명 기재

(5) 요양급여비용 정산심사내역서5

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산심사차수	an(8)	1	정산 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■ 유형: CCYYMM

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 요양급여비용 정산심사 내역서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
접수번호	an(7)	17	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서 일련번호	an(3)	24	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서일련번호를 기재
정산연번	an(10)	27	심사평가원에서 정산명세서 색인 시 부여하는 번호 기재
정산일련번호	an(6)	37	정산 처리된 명세서마다 부여되는 번호
이전심사결정사항 위탁관련사항			
명일련번호	an(5)	43	위탁검사가 청구된 요양급여비용 명세서 일련번호 기재
줄번호	n(4)	48	요양급여비용 명세서상의 위탁검사 줄번호 기재
수탁기관기호	an(8)	52	요양급여비용 명세서상의 위탁검사를 실시한 수탁기관기호 기재
위탁검사직접지급금	n(12)	60	심사결과 위탁검사로 수탁기관에 직접 지급한 금액 기재
처리코드	an(2)	72	(사용유보)
비고	an(350)	74	위탁검사 줄번호에 대한 추가 기술사항 기재

(6) 요양급여비용 정산심사내역서6

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산심사차수	an(8)	1	정산 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■ 유형: CCYYMM
정산통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 요양급여비용 정산심사내역서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
접수번호	an(7)	17	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서일련번호	an(3)	24	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서일련번호를 기재
정산연번	an(10)	27	심사평가원에서 정산명세서 색인 시 부여하는 번호 기재
정산일련번호	an(6)	37	정산 처리된 명세서마다 부여되는 번호
명세서일련번호	an(5)	43	요양급여비용 명세서상의 일련번호 기재
줄번호	n(4)	48	요양급여비용 명세서의 줄번호 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
이전심사결정사항			
본인부담률변경사유	an(3)	52	이전심사결과 줄번호에 해당되는 본인부담률변경사유코드 기재
항번호	an(2)	55	이전심사결과 인정된 항번호 기재
코드	an(9)	57	이전심사결과 줄번호에 해당되는 수가, 보험등재약 등의 코드를 기재
단가	n(10.2)	66	이전심사결과 줄번호에 해당되는 수가, 보험등재약 등의 단가를 기재
1회 투약 변경 인정량	n(5.4)	78	이전줄번호 심사결과에 따른 본인부담률변경으로 인정된 1회투약량을 기재
일투(1일투여량, 투여(실시)횟수), 변경 인정횟수	n(5.2)	87	이전줄번호 심사결과에 따른 본인부담률변경으로 인정된 일투 횟수
총투(총투여량, 투여(실시)횟수), 변경 인정횟수	n(3)	94	이전줄번호 심사결과에 따른 본인부담률변경으로 인정된 총투 횟수
본인부담률변경 인정금액	n(10)	97	이전줄번호 심사결과에 따른 본인부담률변경으로 인정된 금액 기재
정산심사결정사항			
본인부담률변경사유	an(3)	107	정산심사결과 줄번호에 해당되는 본인부담률변경사유코드 기재
항번호	an(2)	110	정산심사결과 인정된 항번호 기재
코드	an(9)	112	정산심사결과 줄번호에 해당되는 수가, 보험등재약 등의 코드를 기재
단가	n(10.2)	121	정산심사결과 줄번호에 해당되는 수가, 보험등재약 등의 단가를 기재
1회 투약 변경 인정량	n(5.4)	133	정산심사결과 줄번호 심사결과에 따른 본인부담률변경으로 인정된 1회투약량을 기재
일투(1일투여량, 투여(실시)횟수), 변경 인정횟수	n(5.2)	142	정산심사결과 줄번호 심사결과에 따른 본인부담률변경으로 인정된 일투 횟수
총투(총투여량, 투여(실시)횟수), 변경 인정횟수	n(3)	149	정산심사결과 줄번호 심사결과에 따른 본인부담률변경으로 인정된 총투 횟수
본인부담률변경 인정금액	n(10)	152	정산심사결과 줄번호 심사결과에 따른 본인부담률변경으로 인정된 금액 기재
비고	an(1750)	162	줄번호에 대한 본인부담률변경내역 설명을 기재

9. 의료급여비용 정산심사내역서

(1) 의료급여비용 정산심사내역서1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식버전	an(3)	1	'091'
정산통보번호	an(8)	4	정산 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■ 유형: CCYYMM
정산통보일자	an(8)	12	심사평가원에서 의료급여비용 정산심사 내역서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
접수번호	an(7)	20	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서일련번호	an(3)	27	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서일련번호를 기재
서식번호	an(4)	30	■ 서식번호 F050: 의료급여비용 정산심사내역서
의료급여기관 기호	an(8)	34	의료급여비용심사청구서의 의료급여기관기호를 기재
본부	an(2)	42	의료급여비용심사청구서를 접수한 심사평가원 해당 본원·본부 구분 기재 ■ 구분 00: 본원 01: 서울본부 02: 부산본부 03: 대구경북본부 04: 광주전남본부 05: 대전충청본부 06: 경기남부본부 07: 울산경남본부 08: 경기북부본부 09: 전북본부 10: 인천본부 11: 강원본부 12: 제주본부
심사차수	an(8)	44	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 심사차수를 기재
청구번호	an(10)	52	요양기관에서 청구시 부여한 번호 기재
묶음번호	an(5)	62	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 묶음번호를 기재
청구단위구분	an(1)	67	해당 접수번호 청구서에 기재된 청구단위구분 기재 ■ 구분 1~6: 해당 주단위 0: 월단위 통합청구

(2) 의료급여비용 정산심사내역서2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산통보번호	an(8)	1	정산 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■ 유형: CCYYMM

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 의료급여비용 정산심사 내역서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
접수번호	an(7)	17	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서 일련번호	an(3)	24	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서일련번호를 기재
정산연번	an(10)	27	심사평가원에서 정산명세서 색인 시 부여하는 번호 기재
심사구분	an(1)	37	1: 재심 2: 삼심 3: 사심 …
통보자	an(35)	38	정산심사내역 통보자인 건강보험심사평가원장 기재
정산담당부	an(35)	73	정산심사담당부명 기재
정산담당자	an(35)	108	정산심사담당자 성명을 한글 또는 영문으로 기재
정산담당자 번호	an(2)	143	정산 담당자 번호 기재
정산업무코드 (정산사유코드)	an(2)	145	정산심사 작업명칭코드 및 작업명칭 기재(정산심사 사유코드 및 사유 기재) ■ 심사평가원장이 별도 정하여 운영
정산업무명 (정산사유)	an(50)	147	
정산담당 전화번호	an(20)	197	정산심사담당자 전화번호 기재
이전심사결정사항 본인부담환급금 합계	n(12)	217	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 본인부담환급금 합계 기재
보훈 본인부담환급금 합계	n(12)	229	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 보훈 본인부담환급금 합계 기재
100분의100미만 본인부담환급금 합계	n(12)	241	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 100분의100미만 본인부담환급금 합계를 기재
상계환급금 합계	n(12)	253	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 최종 본인부담환급금 합계를 기재
본인추가부담금 합계	n(12)	265	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 본인추가부담금 합계 기재
보훈 본인추가부담금 합계	n(12)	277	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 보훈 본인추가부담금 합계 기재
100분의100미만 본인추가부담금 합계	n(12)	289	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 100분의100미만 본인추가부담금 합계를 기재
상계추가부담금 합계	n(12)	301	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 최종 본인추가부담금 합계를 기재
의료급여비용총액 1 합계	n(12)	313	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 의료급여비용총액 1 합계 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
본인일부부담금 합계	n(12)	325	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 본인일부부담금 합계 기재
대불금 합계	n(12)	337	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 대불금 합계 기재
장애인의료비 합계	n(12)	349	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 장애인의료비 합계 기재
보장기관부담금 합계	n(12)	361	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 보장기관부담금 합계 기재
보훈청구액 합계	n(12)	373	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 보훈청구액 합계 기재
이전심사결정액 합계	n(12)	385	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 심사결정액 합계 기재
의료급여비용총액 2 합계, 진료비총액 합계	n(12)	397	- 의료급여비용총액 2 합계: 정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 수급자 본인이 부담해야할 금액과 보험자가 부담해야할 금액을 합한 금액 기재 - 진료비총액 합계: 보훈국비환자의 경우 정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 수급자 본인이 부담해야할 금액과 보험자가 부담해야할 금액을 합한 금액 기재
위탁검사직접 지급금 합계	n(12)	409	(사용유보)
공란	n(12)	421	
공란	n(12)	433	
의료급여 100분의100 본인부담금총액 합계	n(12)	445	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 의료급여 100분의100본인부담금총액 합계 기재
보훈 본인일부부담금 합계	n(12)	457	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 보훈 본인일부부담금 합계 기재
100분의100미만 총액 합계	n(12)	469	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 100분의100미만 총액 합계를 기재
100분의100미만 본인일부부담금 합계	n(12)	481	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 100분의100미만 본인일부부담금 합계를 기재
100분의100미만 청구액 합계	n(12)	493	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 100분의100미만 청구액 합계를 기재
100분의100미만 보훈청구액 합계	n(12)	505	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 100분의100미만 보훈청구액 합계를 기재
수급권확인대상 건수 합계	n(10)	517	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 수급권확인 대상 건수 합계 기재
건수 합계	n(10)	527	정산 의료급여비용명세서 건수 합계 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산심사결정사항			
본인부담환급금 합계	n(12)	537	정산심사결과 본인부담환급금 합계 기재
보훈 본인부담환급금 합계	n(12)	549	정산심사결과 보훈 본인부담환급금 합계 기재
100분의100미만 본인부담환급금 합계	n(12)	561	정산심사결과 100분의100미만 본인부담환급금 합계를 기재
상계환급금 합계	n(12)	573	정산심사결과 최종 본인부담환급금 합계를 기재
본인추가부담금 합계	n(12)	585	정산심사결과 본인추가부담금 합계 기재
보훈 본인추가부담금 합계	n(12)	597	정산심사결과 보훈 본인추가부담금 합계 기재
100분의100미만 본인추가부담금 합계	n(12)	609	정산심사결과 100분의100미만 본인추가부담금 합계를 기재
상계추가부담금 합계	n(12)	621	정산심사결과 최종 본인추가부담금 합계를 기재
의료급여비용총액 1 합계	n(12)	633	정산심사결과 수급자 본인이 부담해야할 금액과 보장기관이 부담해야할 금액을 합한 금액 기재
본인일부부담금 합계	n(12)	645	정산심사결과 본인일부부담금 합계 기재
대불금 합계	n(12)	657	정산심사결과 대불금 합계 기재
장애인의료비 합계	n(12)	669	정산심사결과 장애인의료비 합계 기재
보장기관부담금 합계	n(12)	681	정산심사결과 보장기관부담금 합계 기재
보훈부담금 합계	n(12)	693	정산심사결과 보훈부담금 합계 기재
정산심사결정액 합계	n(12)	705	정산심사결과 심사결정액 합계 기재
의료급여비용총액 2 합계, 진료비총액 합계	n(12)	717	- 의료급여비용총액 2 합계: 정산심사결과 수급자 본인이 부담해야할 금액과 보험자가 부담해야 할 금액 합계 기재 - 진료비총액 합계: 보훈국비환자의 경우 정산심사결과 수급자 본인이 부담해야 할 금액과 보험자가 부담해야할 금액 합계 기재
위탁검사직접 지급금 합계	n(12)	729	(사용유보)
정산심사결정차액 합계	n(12)	741	정산심사결정금액과 이전심사결정금액의 차액 기재 ※ '+' 금액은 환급금액, '-' 금액은 환수금액을 의미함
공란	n(12)	753	
공란	n(12)	765	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
의료급여 100분의100 본인부담금총액 합계	n(12)	777	정산심사결과 의료급여 100분의100본인부담금총액 합계 기재
보훈 본인일부부담금 합계	n(12)	789	정산심사결과 보훈 본인일부부담금 합계 기재
100분의100미만 총액 합계	n(12)	801	정산심사결과 100분의100미만 총액 합계를 기재
100분의100미만 본인일부부담금 합계	n(12)	813	정산심사결과 100분의100미만 본인일부부담금 합계를 기재
100분의100미만 청구액 합계	n(12)	825	정산심사결과 100분의100미만 청구액 합계를 기재
100분의100미만 보훈청구액 합계	n(12)	837	정산심사결과 100분의100미만 보훈청구액 합계를 기재
수급권확인대상 건수 합계	n(10)	849	정산심사결과 수급권확인 대상건수 합계 기재
건수 합계	n(10)	859	정산심사결과 건수합계 기재
정산심사결과 인정(또는 조정)금액 합계	n(12)	869	정산심사결과 인정(또는 조정)건수에 대한 인정(또는 조정) 금액 합계 기재
공란	n(12)	881	
정산심사결과 인정(또는 조정)건수 합계	n(10)	893	정산심사결과 인정(또는 조정)건수 합계 기재
참조란	an(1750)	903	추가 기술사항 기재

(3) 의료급여비용 정산심사내역서3

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산통보번호	an(8)	1	정산 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■ 유형: CCYYMM
정산통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 의료급여비용 정산심사내역서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
접수번호	an(7)	17	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서 일련번호	an(3)	24	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서일련번호를 기재
정산연번	an(10)	27	심사평가원에서 정산명세서 색인 시 부여하는 번호 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산일련번호	an(6)	37	정산처리된 명세서마다 부여되는 번호
명세서일련번호	an(5)	43	의료급여비용명세서상의 일련번호 기재
수진자성명	an(20)	48	의료급여비용명세서의 수진자 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호와 연계된 가명을 기재한 경우 수진자 성명을 대신하여 가명을 기재
수진자주민등록번호	an(13)	68	의료급여비용명세서의 수진자 주민등록번호 기재 단, 전산관리번호를 기재한 경우 수진자 주민등록번호를 대신하여 전산관리번호를 기재
세대주성명	an(20)	81	의료급여비용명세서의 세대주 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호와 연계된 가명을 기재한 경우 세대주 성명을 대신하여 가명을 기재
보장기관기호	an(8)	101	의료급여비용명세서상의 수진자 소속 보장기관기호. 단, 보장기관기호 기재 착오시 수급권점검 내용에 따라 원 소속 보장기관기호 기재
진료형태	an(2)	109	의료급여비용명세서상의 진료형태를 기재
종별구분	an(1)	111	의료급여비용명세서의 의료급여 종별구분 기재 ■종별구분 1: 1종 2: 2종 4: 행려 6: 2종 장애인의 2차의료급여 8: 2종 장애인의 1차의료급여 N: 노숙인 1종
구분	an(1)	112	1: 환급 2: 환수 3: 환수+환급
보장시설 및 노숙인시설기호	an(20)	113	의료급여비용명세서상의 보장시설기호 또는 노숙인시설기호 기재
이전심사결정사항			
공상 등 구분	an(1)	133	이전심사결과 공상 등 구분을 기재
본인부담구분코드	an(4)	134	이전심사결과 본인부담 구분코드를 기재
정액·정률구분	an(1)	138	이전심사결과 정액, 정률 등 구분을 기재 0: 정액(사용유보) 9: 정률(사용유보) 1: 정액수가 적용 2: 행위별수가 적용(특정기간)

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
진료개시일	an(8)	139	■ 의·치과, 한방: 이전심사결과 당월진료개시일 또는 내원일자 기재 ■ 약국: 이전심사결과 조제투약일자 기재 ■ 보건기관, 의료급여정액: 이전심사결과 당월진료개시일 기재
특정기호	an(4)	147	이전심사결과 특정기호 기재
상병분류기호	an(6)	151	■ 의·치과, 한방: 이전심사결과 주상병분류기호 기재 ■ 약국: 이전심사결과 주상병분류기호 기재
조정소계 Ⅰ	n(10)	157	(Ⅰ)란 조정액 합계 금액 기재 (사용유보)
조정소계 Ⅱ	n(10)	167	(Ⅱ)란에 의료급여기관 종별가산율을 곱한 금액을 포함한 조정액 합계 금액 기재 (사용유보)
본인부담환급금	n(10)	177	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 본인부담환급금 기재
보훈 본인부담환급금	n(10)	187	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 보훈 본인부담환급금 기재
100분의100미만 본인부담환급금	n(10)	197	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 100분의100미만 본인부담환급금을 기재
상계환급금	n(10)	207	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 수진자(별도의 지원사업에서 지원해주는 대상자의 경우 해당 '사업비')에게 환급해 주어야 하는 최종 환급금 기재
본인추가부담금	n(10)	217	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 본인추가부담 금액 기재
보훈 본인추가부담금	n(10)	227	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 보훈 본인추가부담금 기재
100분의100미만 본인추가부담금	n(10)	237	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 100분의100미만 본인추가부담금을 기재
상계추가부담금	n(10)	247	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 수진자(별도의 지원사업에서 지원해주는 대상자의 경우 해당'사업비')가 추가 부담해야 될 최종 금액 기재
특수장비총액	n(10)	257	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 특수장비 총액을 기재
보훈 등 100분의100 본인부담총액	n(10)	267	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 보훈 등 100분의 100 본인부담총액을 기재
비급여총액	n(10)	277	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 비급여 총액을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
의료급여비용총액 1	n(10)	287	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 의료급여비용총액 1 기재
본인일부부담금	n(10)	297	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 본인일부부담금 기재
대불금	n(10)	307	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 대불금액 기재
장애인의료비	n(10)	317	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 장애인의료비 기재
보장기관부담금	n(10)	327	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 보장기관부담금 기재
의료급여비용총액 2, 진료비총액	n(10)	337	- 의료급여비용총액 2: 정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 의료급여비용총액 2 기재 - 진료비총액: 보훈국비환자의 경우 정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 진료비총액 기재
보훈부담금	n(10)	347	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 보훈부담금 기재
이전심사결정액	n(10)	357	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결정 금액 기재
위탁검사직접지급금	n(10)	367	(사용유보)
공란	n(10)	377	
공란	n(10)	387	
의료급여 100분의100 본인부담금총액	n(10)	397	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 의료급여 100분의 100본인부담금총액을 기재
보훈 본인일부부담금	n(10)	407	정산 의료급여비용명세서의 이전심사결과 보훈 본인일부부담금 기재
100분의100미만 총액	n(10)	417	정산의료급여비용명세서의 이전심사결과 100분의100미만 총액을 기재
100분의100미만 본인일부부담금	n(10)	427	정산의료급여비용명세서의 이전심사결과 100분의100미만 본인일부부담금을 기재
100분의100미만 청구액	n(10)	437	정산의료급여비용명세서의 이전심사결과 100분의100미만 청구액을 기재
100분의100미만 보훈청구액	n(10)	447	정산의료급여비용명세서의 이전심사결과 100분의100미만 보훈청구액을 기재
입원일수(내원일수)	n(3)	457	이전심사결과 입원 또는 내원일수 기재
의료급여일수	n(3)	460	이전심사결과 의료급여일수 기재
처방횟수	n(3)	463	이전심사결과 처방횟수 기재
직접조제횟수	n(3)	466	이전심사결과 직접조제 횟수 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산심사결정사항			
공상 등 구분	an(1)	469	정산심사결과 공상 등 구분을 기재
본인부담구분코드	an(4)	470	정산심사결과 본인부담 구분코드를 기재
특정기호	an(4)	474	정산심사결과 특정기호 기재
본인부담환급금	n(10)	478	정산심사결과 본인부담환급금 기재
보훈 본인부담환급금	n(10)	488	정산심사결과 보훈 본인부담환급금 기재
100분의 100미만 본인부담환급금	n(10)	498	정산심사결과 100분의100미만 본인부담환급금을 기재
상계환급금	n(10)	508	정산심사결과 수진자(별도의 지원사업에서 지원해주는 대상자의 경우 해당 '사업비')에게 환급해 주어야 하는 최종 환급금 기재
본인추가부담금	n(10)	518	정산심사결과 본인추가부담 금액 기재
보훈 본인추가부담금	n(10)	528	정산심사결과 보훈 본인추가부담금을 기재
100분의 100미만 본인추가부담금	n(10)	538	정산심사결과 100분의100미만 본인추가부담금을 기재
상계추가부담금	n(10)	548	정산심사결과 수진자(별도의 지원사업에서 지원해주는 대상자의 경우 해당 '사업비')가 추가 부담해야 될 최종금액 기재
특수장비총액	n(10)	558	정산심사결과 특수장비 총액을 기재
보훈 등 100분의100 본인부담총액	n(10)	568	정산심사결과 보훈 등 100분의100본인부담총액을 기재
비급여총액	n(10)	578	정산심사결과 비급여총액을 기재
의료급여비용총액 1	n(10)	588	정산심사결과 수급자 본인이 부담해야할 금액과 보장기관이 부담해야 할 금액을 합한 금액 기재
본인일부부담금	n(10)	598	정산심사결과 본인일부부담금 기재
대불금	n(10)	608	정산심사결과 대불금 기재
장애인의료비	n(10)	618	정산심사결과 장애인의료비 기재
보장기관부담금	n(10)	628	정산심사결과 보장기관부담금 기재
의료급여비용총액 2, 진료비총액	n(10)	638	- 의료급여비용총액 2: 정산심사결과 수급자 본인이 부담해야할 금액과 보험자가 부담해야 할 금액을 합한 금액 기재 - 진료비총액: 보훈국비환자의 경우 정산심사결과 수급자 본인이 부담해야할 금액과 보험자가 부담해야 할 금액을 합한 금액 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
보훈청구액	n(10)	648	정산심사결과 보훈청구액 기재
정산심사결정액	n(10)	658	정신심사결과 보장기관부담금과 100분의100미만 청구액에서 본인부담환급금, 100분의100미만 본인부담환급금 및 국고끝수금을 제외한 금액
위탁검사직접지급금	n(10)	668	(사용유보)
정산심사결정차액	n(10)	678	정산심사결정 금액과 이전심사결정 금액의 차액기재 ※ '+' 금액은 환급금액, '-' 금액은 환수금액을 의미함
공란	n(10)	688	
공란	n(10)	698	
의료급여 100분의100본인부담금총액	n(10)	708	정산심사결과 의료급여 100분의100본인부담금총액을 기재
보훈 본인일부부담금	n(10)	718	정산심사결과 보훈 본인일부부담금 기재
100분의100미만 총액	n(10)	728	정산심사결과 100분의100미만 총액을 기재
100분의100미만 본인일부부담금	n(10)	738	정산심사결과 100분의100미만 본인일부부담금을 기재
100분의100미만 청구액	n(10)	748	정산심사결과 100분의100미만 청구액을 기재
100분의100미만 보훈청구액	n(10)	758	정산심사결과 100분의100미만 보훈 청구액을 기재
입원일수(내원일수)	n(3)	768	정산심사결과 입원 또는 내원일수 기재
의료급여일수	n(3)	771	정산심사결과 의료급여일수 기재
처방횟수	n(3)	774	정산심사결과 처방횟수 기재
직접조제 횟수	n(3)	777	정산심사결과 직접조제 횟수 기재
비고(조정내역)	an(1750)	780	명일련에 대한 심사조정내역 기재

(4) 의료급여비용 정산심사내역서4

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산통보번호	an(8)	1	정산 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■ 유형: CCYYMM
정산통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 의료급여비용 정산심사 내역서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
접수번호	an(7)	17	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서 일련번호	an(3)	24	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서일련번호를 기재
정산연번	an(10)	27	심사평가원에서 정산명세서 색인 시 부여하는 번호 기재
정산일련번호	an(6)	37	정산처리된 명세서마다 부여되는 번호
명세서일련번호	an(5)	43	의료급여비용명세서상의 일련번호 기재
항번호	an(2)	48	의료급여비용명세서의 항번호 기재
줄번호	n(4)	50	의료급여비용명세서의 줄번호 기재
이전심사결정사항			
조정사유	an(2)	54	이전심사결과 줄번호에 해당되는 조정사유코드 기재
조정상세사유	an(2)	56	이전심사결과 줄번호에 해당하는 조정사유 중 약제 전산점검(DUR 등) 세부 조정사유코드를 기재
Ⅰ, Ⅱ구분	an(1)	58	줄번호에 해당되는 Ⅰ, Ⅱ구분 기재(사용유보)
코드	an(9)	59	이전심사결과 줄번호에 해당하는 수가, 보험등재약 등의 코드를 기재
단가	n(10.2)	68	이전심사결과 줄번호에 해당하는 수가, 보험등재약 등의 단가를 기재
일투(1일 투여량, 투여(실시)횟수) 인정횟수	n(5.2)	80	이전심사결과 줄번호에 해당하는 심사결과에 따른 인정된 일투 횟수
총투(총 투여량, 투여(실시)횟수) 인정횟수	n(3)	87	이전심사결과 줄번호에 해당하는 심사결과에 따른 인정된 총투 횟수
1회 투약 인정량	n(5.4)	90	이전심사결과 줄번호에 해당하는 인정된 1회투약량을 기재
조정금액	n(10)	99	이전심사결과 줄번호에 해당하는 조정금액 기재
인정금액	n(10)	109	이전심사결과 줄번호에 해당하는 인정금액 기재
공란	n(10)	119	
공란	n(10)	129	
공란	n(10)	139	
관련근거	an(2)	149	(사용유보)
정산심사결정사항			
인정(또는 조정) 사유	an(2)	151	정산심사결과 줄번호에 해당되는 인정(또는 조정) 사유코드 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
조정상세사유	an(2)	153	정산심사결과 줄번호에 해당하는 조정사유 중 약제 전산점검(DUR 등) 세부 조정사유코드를 기재
코드	an(9)	155	정산심사결과 줄번호에 해당하는 수가, 보험등재약 등의 코드 기재
단가	n(10.2)	164	정산심사결과 줄번호에 해당하는 수가, 보험등재약 등의 단가 기재
일투(1일 투여량, 투여(실시)횟수) 인정횟수	n(5.2)	176	정산심사결과 줄번호에 해당하는 일투 인정횟수
총투(총 투여량, 투여(실시)횟수) 인정횟수	n(3)	183	정산심사결과 줄번호에 해당하는 심사결과에 따른 총투 인정횟수
1회 투약 인정량	n(5.4)	186	정산심사결과 줄번호에 해당하는 인정된 1회투약량을 기재
조정금액	n(10)	195	정산심사결과 줄번호에 해당하는 조정금액 기재
인정금액	n(10)	205	정산심사결과 줄번호에 해당하는 인정금액 기재
공란	n(10)	215	
공란	n(10)	225	
공란	n(10)	235	
비고(조정내역)	an(1750)	245	줄번호 또는 해당명세서에 대한 심사조정(심사불능)내역 설명 기재

(5) 의료급여비용 정산심사내역서5

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산통보번호	an(8)	1	정산 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■ 유형: CCYYMM
정산통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 의료급여비용 정산심사내역서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
접수번호	an(7)	17	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서일련번호	an(3)	24	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서 일련번호를 기재
정산연번	an(10)	27	심사평가원에서 정산명세서 색인 시 부여하는 번호 기재
정산일련번호	an(6)	37	정산 처리된 명세서마다 부여되는 번호
위탁관련사항 명일련번호	an(5)	43	(사용유보)

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
줄번호	n(4)	48	(사용유보)
수탁기관기호	an(8)	52	(사용유보)
위탁검사직접지급금	n(12)	60	(사용유보)
처리코드	an(2)	72	(사용유보)
비고	an(350)	74	(사용유보)

(6) 의료급여비용 정산심사내역서6

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산통보번호	an(8)	1	정산 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■ 유형: CCYYMM
정산통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 의료급여비용 정산심사내역서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
접수번호	an(7)	17	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서일련번호	an(3)	24	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서일련번호를 기재
정산연번	an(10)	27	심사평가원에서 정산명세서 색인 시 부여하는 번호 기재
정산일련번호	an(6)	37	정산 처리된 명세서마다 부여되는 번호
명세서일련번호	an(5)	43	의료급여비용명세서상의 일련번호 기재
줄번호	n(4)	48	의료급여비용명세서의 줄번호 기재
이전심사결정사항			
본인부담률변경사유	an(3)	52	이전심사결과 줄번호에 해당되는 본인부담률변경사유코드 기재
항번호	an(2)	55	이전심사결과 인정된 항번호 기재
코드	an(9)	57	이전심사결과 줄번호에 해당되는 수가, 보험등재약 등의 코드를 기재
단가	n(10.2)	66	이전심사결과 줄번호에 해당되는 수가, 보험등재약 등의 단가를 기재
1회 투약 변경 인정량	n(5.4)	78	이전줄번호 심사결과에 따른 본인부담률변경으로 인정된 1회 투약량을 기재
일투(1일 투여량, 투여(실시)횟수), 변경 인정횟수	n(5.2)	87	이전줄번호 심사결과에 따른 본인부담률변경으로 인정된 일투 횟수

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
총투(총 투여량, 투여(실시)횟수), 변경 인정횟수	n(3)	94	이전줄번호 심사결과에 따른 본인부담률변경으로 인정된 총투 횟수
본인부담률변경 인정금액	n(10)	97	이전줄번호 심사결과에 따른 본인부담률변경으로 인정된 금액 기재
정산심사결정사항			
본인부담률변경사유	an(3)	107	정산심사결과 줄번호에 해당되는 본인부담률변경사유코드 기재
항번호	an(2)	110	정산심사결과 인정된 항번호 기재
코드	an(9)	112	정산심사결과 줄번호에 해당되는 수가, 보험등재약 등의 코드를 기재
단가	n(10.2)	121	정산심사결과 줄번호에 해당되는 수가, 보험등재약 등의 단가를 기재
1회 투약 변경 인정량	n(5.4)	133	정산심사결과 줄번호 심사결과에 따른 본인부담률변경으로 인정된 1회투약량을 기재
일투(1일 투여량, 투여(실시)횟수), 변경 인정횟수	n(5.2)	142	정산심사결과 줄번호 심사결과에 따른 본인부담률변경으로 인정된 일투 횟수
총투(총 투여량, 투여(실시)횟수), 변경 인정횟수	n(3)	149	정산심사결과 줄번호 심사결과에 따른 본인부담률변경으로 인정된 총투 횟수
본인부담률변경 인정금액	n(10)	152	정산심사결과 줄번호 심사결과에 따른 본인부담률변경으로 인정된 금액 기재
비고	an(1750)	162	줄번호에 대한 본인부담률변경내역 설명을 기재

10. 원외처방약제비 정산심사내역서

(1) 원외처방약제비 정산심사내역서1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식버전	an(3)	1	'090'
정산심사차수 (의료급여: 정산통보번호)	an(8)	4	정산 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■ 유형: CCYYMM
정산통보일자	an(8)	12	심사평가원에서 원외처방약제비 정산심사내역서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
접수번호	an(7)	20	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서일련번호	an(3)	27	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서 일련번호를 기재
서식번호	an(4)	30	■ 서식번호 F070: 원외처방약제비 정산심사내역서
요양기관(의료급여 기관) 기호	an(8)	34	요양(의료)급여비용심사청구서의 요양기관기호를 기재
본부	an(2)	42	요양(의료)급여비용심사청구서를 접수한 심사평가원 해당 본원·본부 구분 기재 ■ 구분 00: 본원 01: 서울본부 02: 부산본부 03: 대구경북본부 04: 광주전남본부 05: 대전충청본부 06: 경기남부본부 07: 울산경남본부 08: 경기북부본부 09: 전북본부 10: 인천본부 11: 강원본부 12: 제주본부
심사차수	an(8)	44	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 심사차수를 기재
청구번호	an(10)	52	요양기관에서 청구시 부여한 번호 기재
묶음번호	an(5)	62	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 묶음번호를 기재
접수년도	an(4)	67	심사평가원에 요양(의료)급여비용 청구 명세서 접수년도를 기재
청구단위구분	an(1)	71	해당 접수번호 청구서에 기재된 청구단위구분 기재 ■ 구분 1~6: 해당 주단위 0: 월단위 통합청구
보험자(의료급여) 종별구분	an(1)	72	요양(의료)급여비용심사청구서상의 보험자종별구분을 기재 4: 건강보험 5: 의료급여 7: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자(상이처, 무자격자)

(2) 원외처방약제비 정산심사내역서2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산심사차수 (의료급여: 정산통보번호)	an(8)	1	정산 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■ 유형: CCYYMM
정산통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 원외처방약제비 정산심사내역서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
접수번호	an(7)	17	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서일련번호	an(3)	24	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서 일련번호를 기재
정산연번	an(10)	27	심사평가원에서 정산명세서 색인 시 부여하는 번호기재
심사구분	an(1)	37	1: 재심 2: 삼심 3: 사심 …
통보자	an(35)	38	정산심사내역 통보자인 건강보험심사평가원장을 기재
정산담당부	an(35)	73	정산심사담당부명을 기재
정산담당자	an(35)	108	정산심사담당자 성명을 한글 또는 영문으로 기재
정산담당 번호	an(2)	143	정산심사담당자 번호를 기재
정산업무코드 (정산사유코드)	an(2)	145	정산심사 작업명칭코드 및 작업명칭 기재(정산심사 사유코드 및 사유 기재) ■ 심사평가원장이 별도 정하여 운영
정산업무명 (정산사유)	an(50)	147	
정산담당 전화번호	an(20)	197	정산심사담당자 전화번호를 기재
원외처방약제비 이전심사결정 합계			
본인부담환급금1 합계	n(12)	217	정산 요양(의료)급여비용 명세서의 원외처방약제비 이전심사결과 본인부담환급금1 합계를 기재
본인부담환급금2 합계	n(12)	229	정산 요양(의료)급여비용 명세서의 원외처방약제비 이전심사결과 본인부담환급금2 합계를 기재
보훈 본인부담환급금 합계	n(12)	241	정산 요양급여비용 명세서의 원외처방약제비 이전심사결과 보훈 본인부담환급금 합계를 기재
조정금액합계	n(12)	253	정산 요양(의료)급여비용 명세서의 원외처방약제비 이전심사결과 조정(또는 인정)금액에 대한 합계를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
요양기관환수금 합계	n(12)	265	정산 요양(의료)급여비용 명세서의 원외처방약제비 이전 심사결과 요양기관환수금 합계를 기재
보험자부담금합계	n(12)	277	정산 요양(의료)급여비용 명세서의 원외처방약제비 이전 심사결과 보험자(보장기관)부담 환수금 합계를 기재
보훈부담금 합계	n(12)	289	정산 요양(의료)급여비용 명세서의 원외처방약제비 이전심사 결과 보훈부담 환수금 합계를 기재
이전심사결정액 합계	n(12)	301	이전심사결과 심사결정금액 합계를 기재
건수 합계	n(10)	313	정산 요양(의료)급여비용 명세서의 건수 합계를 기재
원외처방약제비 정산심사결정 합계			
본인부담환급금1 합계	n(12)	323	정산심사결과 원외처방약제비 본인부담(환급 또는 추가 부담)금1 합계를 기재
본인부담환급금2 합계	n(12)	335	정산심사결과 원외처방약제비 본인부담(환급 또는 추가 부담)금2 합계를 기재
보훈 본인부담환급금 합계	n(12)	347	정산심사결과 원외처방약제비 보훈 본인부담(환급 또는 추가 부담)금 합계를 기재
인정금액 합계	n(12)	359	정산심사결과 원외처방약제비 인정(또는 조정)금액 합계를 기재
요양기관 환급금 합계	n(12)	371	정산심사결과 원외처방약제비 요양기관 환급(또는 환수)금 합계를 기재
보험자(보장기관) 부담금 합계	n(12)	383	정산심사결과 원외처방약제비 보험자(보장기관)부담금(환급 또는 환수) 합계를 기재
보훈부담금 합계	n(12)	395	정산심사결과 원외처방약제비 보훈부담금(환급 또는 환수) 합계를 기재
정산심사결정액 합계	n(12)	407	정산심사결과 심사결정금액 합계를 기재
정산심사결정차액 합계	n(12)	419	정산심사결정금액과 이전심사결정금액과의 차액을 기재 ※ '+' 금액은 환급금액, '-' 금액은 환수금액을 의미함
건수 합계	n(10)	431	정산심사결과 요양급여비용 명세서 건수 합계를 기재
참조란	an(1750)	441	추가 기술사항 기재

(3) 원외처방약제비 정산심사내역서3

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산심사차수 (의료급여: 정산통보번호)	an(8)	1	정산 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■유형: CCYYMM
정산통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 원외처방약제비 정산심사내역서를 통보하는 날짜를 기재 ■유형: CCYYMMDD
접수번호	an(7)	17	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서일련번호	an(3)	24	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서 일련번호를 기재
정산연번	an(10)	27	심사평가원에서 정산명세서 색인 시 부여하는 번호기재
정산일련번호	an(6)	37	정산처리된 명세서마다 부여되는 번호
명세서일련번호	an(5)	43	요양(의료)급여비용명세서상의 일련번호를 기재
구분	an(1)	48	1: 환급 2: 환수 3: 환급+환수
수진자성명	an(20)	49	요양(의료)급여비용명세서의 수진자 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호와 연계된 가명을 기재한 경우 수진자 성명을 대신하여 가명을 기재
가입자성명	an(20)	69	요양(의료)급여비용명세서의 가입자 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호와 연계된 가명을 기재한 경우 가입자 성명을 대신하여 가명을 기재
보장기관기호	an(11)	89	의료급여비용명세서상의 수진자 소속 보장기관기호 단, 보장기관기호 기재 착오시 수급권점검 내용에 따라 원 소속 보장기관기호 기재
증번호 (보장시설 및 노숙인시설기호)	an(20)	100	요양(의료)급여비용명세서상의 증번호(보장시설기호 또는 노숙인시설기호)를 기재
의료급여 종별구분	an(1)	120	의료급여비용명세서의 의료급여 종별구분 기재 ■종별구분 1: 1종 2: 2종 4: 행려 6: 2종 장애인의 2차의료급여 8: 2종 장애인의 1차의료급여 N: 노숙인 1종
이전심사결정사항 공상 등 구분	an(1)	121	이전심사결과 공상 등 구분을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
본인부담환급금1	n(10)	122	정산 요양(의료)급여비용명세서의 원외처방약제비 이전심사결과 본인부담환급금1을 기재 (「국고금관리법」 제47조제1항에 따라 10원 미만 끝수 절사)
본인부담환급금2	n(10)	132	정산 요양(의료)급여비용명세서의 원외처방약제비 이전심사결과 본인부담환급금2를 기재 (「국고금관리법」 제47조제1항에 따라 10원 미만 끝수 절사)
보훈 본인부담환급금	n(10)	142	정산 요양(의료)급여비용명세서의 원외처방약제비 이전심사결과 보훈 본인부담환급금을 기재 (「국고금관리법」 제47조제1항에 따라 10원 미만 끝수 절사)
요양기관환수금(계)	n(10)	152	정산 요양(의료)급여비용명세서의 원외처방약제비 이전심사결과 요양기관 환수금(계)를 기재
보험자(보장기관) 부담금	n(10)	162	정산 요양(의료)급여비용명세서의 원외처방약제비 이전심사결과 보험자부담 환수금을 기재 (「국고금관리법」 제47조제1항에 따라 10원 미만 끝수 절사)
보훈부담금	n(10)	172	정산 요양(의료)급여비용명세서의 원외처방약제비 이전심사결과 보훈부담 환수금을 기재 (「국고금관리법」 제47조제1항에 따라 10원 미만 끝수 절사)
이전심사결정금액	n(10)	182	정산 요양(의료)급여비용명세서의 원외처방약제비 이전심사결과 보험자(보장기관)부담금 또는 보훈부담금에서 본인부담환급금을 제외한 금액 기재
정산심사결정사항			
공상 등 구분	an(1)	192	정산심사결과 공상 등 구분을 기재
본인부담 환급(또는 추가부담)금1	n(10)	193	원외처방약제비 정산심사결과 심사조정건으로 수진자(별도의 지원사업에서 지원해 주는 경우 해당 '사업비')에게 환급(또는 추가부담)해 주어야 하는 금액 기재 (「국고금관리법」 제47조제1항에 따라 10원 미만 끝수 절사)
본인부담환급(또는 추가부담)금2	n(10)	203	원외처방약제비 정산심사결과 본인부담률 변경으로 수진자(별도의 지원사업에서 지원해 주는 경우 해당 '사업비')에게 환급(또는 추가부담)해 주어야 하는 금액 기재 (「국고금관리법」 제47조제1항에 따라 10원 미만 끝수 절사)
보훈 본인부담환급(또는 추가부담)금	n(10)	213	원외처방약제비 정산심사결과 보훈 국비환자의 경우 보훈 본인부담금 중 수진자에게 환급(또는 추가부담)해 주어야 하는 금액 기재 (「국고금관리법」 제47조제1항에 따라 10원 미만 끝수 절사)
요양기관 환급(또는 환수)금(계)	n(10)	223	원외처방약제비 정산심사결과 본인부담환급(또는 추가부담)금1과 보험자(보장기관)부담금 또는 보훈부담금의 합을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
보험자부담금	n(10)	233	원외처방약제비 정산심사결과 보험자(보장기관)부담 환급(또는 환수)금을 기재 (「국고금관리법」 제47조제1항에 따라 10원 미만 끝수 절사)
보훈부담금	n(10)	243	원외처방 약제비 정산심사결과 보훈부담 환수(또는 환급)금을 기재 (「국고금관리법」 제47조제1항에 따라 10원 미만 끝수 절사)
정산심사결정금액	n(10)	253	정산심사결과 보험자(보장기관) 부담금 또는 보훈부담금에서 본인부담환급금을 제외한 금액 기재
정산심사결정차액	n(10)	263	정산심사결정금액과 이전심사결정금액과의 차액 기재 ※ '+' 금액은 환급금액, '-' 금액은 환수금액을 의미함
비고(조정내역)	an(1750)	273	명일련에 대한 심사조정내역 설명을 기재

(4) 원외처방약제비 정산심사내역서4

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산심사차수 (의료급여: 정산통보번호)	an(8)	1	정산 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■ 유형: CCYYMM
정산통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 원외처방약제비 정산심사내역서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
접수번호	an(7)	17	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서 일련번호	an(3)	24	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서 일련번호를 기재
정산연번	an(10)	27	심사평가원에서 정산명세서 색인 시 부여하는 번호기재
정산일련번호	an(6)	37	정산처리된 명세서마다 부여되는 번호
명세서일련번호	an(5)	43	요양(의료)급여비용명세서상의 일련번호를 기재
처방전발급번호	an(13)	48	요양(의료)급여비용명세서의 처방전발급번호를 기재
조제기관 기호	an(8)	61	처방·조제한 조제기관(약국)기호를 기재
조제기관 명칭	an(50)	69	처방·조제한 조제기관(약국)명칭을 기재
조제기관 접수번호	an(7)	119	처방·조제한 조제기관(약국) 약제비 명세서 접수번호를 기재
조제기관 접수년도	an(4)	126	처방·조제한 조제기관(약국) 약제비 청구명세서의 접수년도를 기재
조제기관 명일련	an(5)	130	처방·조제한 조제기관(약국) 약제비 명세서 일련번호를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
줄번호	n(4)	135	처방내역상의 의약품 줄번호를 기재
이전심사결정사항			
조정사유	an(2)	139	정산 요양(의료)급여비용명세서의 이전심사결과 처방내역상의 줄번호에 해당되는 조정사유 기재
조정상세사유	an(2)	141	정산 요양(의료)급여비용명세서의 이전심사결과 처방내역상의 줄번호에 해당되는 조정사유 중 약제 전산점검(DUR 등) 세부 조정사유코드를 기재
의약품코드	an(9)	143	정산 요양(의료)급여비용명세서의 이전심사결과 처방내역상의 의약품 줄번호에 해당되는 의약품코드 기재
1회투약량 인정횟수	n(5.4)	152	정산 요양(의료)급여비용명세서의 이전심사결과 처방내역상의 줄번호에 해당되는 1회투약량 인정횟수
일투 인정횟수	n(5.2)	161	정산 요양(의료)급여비용명세서의 이전심사결과 처방내역상의 줄번호에 해당되는 일투 인정횟수
총투 인정횟수	n(3)	168	정산 요양(의료)급여비용명세서의 이전심사결과 처방내역상의 줄번호에 해당하는 총투 인정횟수
조정(또는 인정)금액	n(10)	171	정산 요양(의료)급여비용명세서의 이전심사결과 처방내역상의 줄번호에 해당하는 심사조정(또는 인정)금액 기재
이전심사결정액	n(10)	181	정산 요양(의료)급여비용명세서의 이전심사결과 보험자부담금 또는 보훈부담금에서 본인부담환급금과 국고끝수금을 제외한 금액 기재
정산심사결정사항			
조정사유	an(2)	191	정산심사결과 처방내역상의 줄번호에 해당하는 조정사유를 기재
조정상세사유	an(2)	193	정산심사결과 처방내역상의 줄번호에 해당하는 조정사유 중 약제 전산점검(DUR 등) 세부 조정사유코드를 기재
의약품코드	an(9)	195	정산심사결과 처방내역상의 줄번호에 해당하는 의약품코드를 기재
1회투약량 인정횟수	n(5.4)	204	정산심사결과 처방내역상의 줄번호에 해당하는 1회투약량 인정횟수
일투 인정횟수	n(5.2)	213	정산심사결과 처방내역상의 줄번호에 해당하는 일투 인정횟수
총투 인정횟수	n(3)	220	정산심사결과 처방내역상의 줄번호에 해당하는 총투 인정횟수
인정(또는 조정)금액	n(10)	223	정산심사결과 처방내역상의 줄번호에 해당하는 심사인정(또는 조정)금액을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산심사결정액	n(10)	233	정산심사결과 처방내역상의 줄번호에 해당하는 보험자(보장기관)부담금 또는 보훈부담금에서 본인부담환급금과 국고끝수금을 제외한 금액 기재
비고(조정내역)	an(1750)	243	줄번호에 대한 심사조정내역 설명을 기재

(5) 원외처방약제비 정산심사내역서5

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산심사차수 (의료급여: 정산통보번호)	an(8)	1	정산 시 일정주기별 부여되는 일련번호(연-월 번호) ■ 유형: CCYYMM
정산통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 원외처방약제비 정산심사내역서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
접수번호	an(7)	17	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서일련번호	an(3)	24	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서 일련번호를 기재
정산연번	an(10)	27	심사평가원에서 정산명세서 색인 시 부여하는 번호기재
정산일련번호	an(6)	37	정산 처리된 명세서마다 부여되는 번호
명세서일련번호	an(5)	43	요양(의료)급여비용명세서상의 일련번호를 기재
처방전발급번호	an(13)	48	요양(의료)급여비용명세서상의 처방전발급번호를 기재
조제기관 기호	an(8)	61	처방·조제한 조제기관(약국)기호를 기재
조제기관 명칭	an(50)	69	처방·조제한 조제기관(약국)명칭을 기재
조제기관 접수번호	an(7)	119	처방·조제한 조제기관(약국) 약제비 명세서 접수번호를 기재
조제기관 접수년도	an(4)	126	처방·조제한 조제기관(약국) 약제비 청구명세서의 접수년도를 기재
조제기관 명일련	an(5)	130	처방·조제한 조제기관(약국) 약제비 명세서 일련번호를 기재
줄번호	n(4)	135	처방내역상의 의약품 줄번호를 기재
이전심사결정사항 본인부담률변경사유	an(3)	139	정산 요양(의료)급여비용명세서의 이전심사결과 처방내역상의 줄번호에 해당되는 본인부담률변경 코드를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
본인부담률변경 의약품코드	an(9)	142	정산 요양(의료)급여비용명세서의 이전심사결과 처방내역상의 의약품 줄번호에 해당되는 의약품코드 기재
1회투약량 변경 인정횟수	n(5.4)	151	정산 요양(의료)급여비용명세서의 이전심사결과 처방내역상의 해당 줄번호에 대한 심사결과 본인부담률변경으로 인정된 1회투약량 인정횟수
일투 변경 인정횟수	n(5.2)	160	정산 요양(의료)급여비용명세서의 이전심사결과 처방내역상의 해당 줄번호에 대한 심사결과 본인부담률변경으로 인정된 일투 인정횟수
총투 변경 인정횟수	n(3)	167	정산 요양(의료)급여비용명세서의 이전심사결과 처방내역상의 해당 줄번호에 대한 심사결과 본인부담률변경으로 인정된 총투 인정횟수
본인부담률변경 인정금액	n(10)	170	정산 요양(의료)급여비용명세서의 이전심사결과 처방내역상의 해당 줄번호에 대한 심사결과 본인부담률변경으로 인정된 금액을 기재
정산심사결정사항			
본인부담률변경사유	an(3)	180	정산심사결과 처방내역상의 줄번호에 해당하는 본인부담률 변경 코드를 기재
본인부담률변경 의약품코드	an(9)	183	정산심사결과 처방내역상의 의약품 줄번호에 해당하는 의약품코드를 기재
1회투약량 변경 인정횟수	n(5.4)	192	정산심사결과 처방내역상의 해당 줄번호에 대한 심사결과 본인부담률변경으로 인정된 1회투약량 인정횟수
일투 변경 인정횟수	n(5.2)	201	정산심사결과 처방내역상의 해당 줄번호에 대한 심사결과 본인부담률변경으로 인정된 일투 인정횟수
총투 변경 인정횟수	n(3)	208	정산심사결과 처방내역상의 해당 줄번호에 대한 심사결과 본인부담률변경으로 인정된 총투 인정횟수
본인부담률변경 인정금액	n(10)	211	정산심사결과 처방내역상의 해당 줄번호에 대한 심사결과 본인부담률변경으로 심사 인정된 금액을 기재
비고	an(1750)	221	줄번호에 대한 본인부담률변경내역 설명을 기재

11. 이의신청(재심사조정청구, 정산심사)결정서

(1) 이의신청(재심사조정청구, 정산심사)결정서1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식버전	an(3)	1	'085'
정산심사차수	an(8)	4	정산 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■ 유형: CCYYMM
정산통보일자	an(8)	12	심사평가원에서 정산심사내역서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
서식번호	an(4)	20	F130: 이의신청결정서 F140: 재심사조정청구결정서 F150: 정산심사결정서
접수번호	an(7)	24	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서일련번호	an(3)	31	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서 일련번호를 기재
요양기관기호	an(8)	34	이의신청서(재심사조정청구서)의 요양기관기호 또는 정산심사를 실시한 요양기관기호를 기재
요양기관명칭	an(50)	42	요양기관 명칭 또는 대표자(개설자)의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
본부	an(2)	92	이의신청(재심사조정청구, 정산심사)을 처리한 심사평가원 해당 본원·본부 구분코드를 기재 ■ 구분 00: 본원 01: 서울본부 02: 부산본부 03: 대구경북본부 04: 광주전남본부 05: 대전충청본부 06: 경기남부본부 07: 울산경남본부 08: 경기북부본부 09: 전북본부 10: 인천본부 11: 강원본부 12: 제주본부
심사차수	an(8)	94	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 심사차수를 기재
청구번호	an(10)	102	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구번호를 기재
보험자종별구분	an(1)	112	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 보험자종별구분을 기재 ■ 구분 4: 건강보험 5: 의료급여 7: 보훈위탁진료 요양기관의 상이처·무자격자 또는 보훈병원의 국비일반(상이처, 무자격자), 국비보훈(급여) 2차
통보자	an(35)	113	이의신청(재심사조정청구, 정산심사)결정내용 통보자인 건강보험심사평가원장을 기재
안내사항	an(350)	148	보험자 종별구분에 따른 안내사항을 기재

(2) 이의신청(재심사조정청구, 정산심사)결정서2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산심사차수	an(8)	1	정산 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■ 유형: CCYYMM
정산통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 정산심사내역서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
서식번호	an(4)	17	F130: 이의신청결정서 F140: 재심사조정청구결정서 F150: 정산심사결정서
접수번호	an(7)	21	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서일련번호	an(3)	28	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서 일련번호를 기재
정산연번	an(10)	31	심사평가원에서 정산명세서 색인 시 부여하는 번호를 기재
문서번호	an(60)	41	심사평가원의 이의신청(재심사조정청구, 정산심사)결정 완료 문서번호를 기재
문서완료일자	an(8)	101	심사평가원의 이의신청(재심사조정청구, 정산심사)결정 문서 완료일자를 기재
담당부	an(35)	109	심사평가원의 이의신청(재심사조정청구, 정산심사)결정 완료 문서 담당부명을 기재
담당자	an(35)	144	심사평가원의 이의신청(재심사조정청구, 정산심사)결정 완료 문서 담당자 성명을 한글 또는 영문으로 기재
담당자 전화번호	an(20)	179	심사평가원의 이의신청(재심사조정청구, 정산심사)결정 완료 문서 담당자의 전화번호를 기재
정산심사결정차액 합계	n(12)	199	이번 심사결정 금액과 이전 심사결정 금액의 차액 합계를 기재
관련근거	an(350)	211	요양기관에서 이의신청(재심사조정청구)서에 기재한 해당 문서번호 또는 정산심사의 경우 전산심사 관련근거를 기재
참조란	an(1750)	561	추가 기술사항을 기재

(3) 이의신청(재심사조정청구, 정산심사)결정서3

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산심사차수	an(8)	1	정산 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■유형: CCYYMM
정산통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 정산심사내역서를 통보하는 날짜를 기재 ■유형: CCYYMMDD
서식번호	an(4)	17	F130: 이의신청결정서 F140: 재심사조정청구결정서 F150: 정산심사결정서
접수번호	an(7)	21	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서일련번호	an(3)	28	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서 일련번호를 기재
정산연번	an(10)	31	심사평가원에서 정산명세서 색인 시 부여하는 번호를 기재
명세서일련번호	an(5)	41	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 명세서 일련번호를 기재
수진자성명	an(20)	46	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 수진자 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호와 연계된 가명을 기재한 경우 수진자 성명을 대신하여 가명을 기재
정산심사결정차액	n(10)	66	이번 심사결정금액과 이전심사결정 금액의 차액을 기재
지원금 정산심사결정차액	n(10)	76	이번 지원금 심사결정금액과 이전 지원금 심사결정금액의 차액을 기재
본인부담상한액초과금 정산심사결정차액	n(10)	86	이번 본인부담상한액초과금 심사결정금액과 이전 본인부담상한액초과금 심사결정 금액의 차액을 기재
장애인의료비 정산심사결정차액	n(10)	96	이번 장애인의료비 심사결정금액과 이전 장애인의료비 심사결정 금액의 차액을 기재
정산심사결정액 Ⅰ항	n(10)	106	(Ⅰ)란의 정산심사결정 금액을 기재 ※ '+' 금액은 환급금액, '-' 금액은 환수금액을 의미함
정산심사결정액 Ⅱ항	n(10)	116	(Ⅱ)란의 정산심사결정 금액을 기재 ※ '+' 금액은 환급금액, '-' 금액은 환수금액을 의미함
정산심사결정액 (원외)	n(10)	126	정산심사결정 금액을 기재(원외) ※ '+' 금액은 환급금액, '-' 금액은 환수금액을 의미함
결정내용	an(1750)	136	명일련에 대한 이의신청(재심사조정청구, 정산심사) 결정내용을 기재

(별첨 2)

전산매체 작성요령(제1편 제4조 및 제31조 관련)

Ⅰ. 일반사항

1. 요양급여비용(의료급여비용)심사청구서는 별지 제9호, 제9호의2 및 제9호의3서식(서식번호 GI01)에 따라 작성하되, 첨부란에 “전산매체(매체종류 기재) ○매”로 표기한다.

2. 요양급여비용(의료급여비용)심사를 위하여 별도로 제출하는 참고자료(검사결과지, 소견서 등)는 “심사 참고자료 일람표(별지 제5호서식)”를 작성하여 요양급여비용(의료급여비용) 심사청구서상에 동 일람표 첨부 여부를 표기하고 각 제출자료의 우측 하단 여백에는 해당 명세서일련번호를 기재하여 전산매체 접수시 함께 제출한다.

3. 전산매체에 기재한 요양급여비용(의료급여비용)청구 파일은 반드시 건강보험심사평가원장이 정하여 공고한 “전산매체파일 수록사양”과 일치하여야 한다.

4. 요양기관은 요양급여비용(의료급여비용)심사청구서를 진료년월, 보험자구분(건강보험, 의료급여 등), 진료형태, 청구구분, 진료구분, 진료분야별로 청구서를 구분 생성하여 전산매체에 기재하고 매체종류에 따른 “청구파일 라벨(별지 제4호서식)”을 부착하되 기재시 유의사항은 다음과 같다.
   가. 접수일자, 접수번호, 기타사항은 접수시 심사평가원에서 기재한다.
   나. 한글 종류는 반드시 2BYTE 완성형(KSC 5601) 한글을 사용한다.
   다. 진료월은 해당 진료년월을 기재한다.
   라. CD청구파일 라벨은 반드시 CD라벨 전용지를 사용하여야 한다.

5. 디스켓청구인 경우 요양기관은 청구서별로 각각 디스켓에 기재하는 것을 원칙으로 하되, 자료의 양이 적을 경우 디스켓 한 장에 복수개의 파일을 수록할 수 있으며, “디스켓 청구파일 라벨(별지 제4호서식)” 기재시 유의사항은 다음과 같다.
   가. 파일일련번호는 심사청구서 단위별로 해당 디스켓일련번호를 각각 기재하되, 디스켓 한 장으로 복수개 파일의 수록이 가능한 경우에는 청구서 수를 기재한다.
      (예시) 외래청구분 디스켓이 전부 3장인 경우 1 OF 3, 2 OF 3, 3 OF 3 으로 기재
      (예시) 입원, 외래청구분 디스켓이 1장인 경우 2 OF 1 로 기재
   나. 파일명은 디스켓에 실제 기재된 청구파일명을 기재하되, 디스켓 한 장으로 복수개 파일의 수록이 가능한 경우 파일명을 모두 기재한다.
      (예시) 요양기관기호가 “11513268”인 기관의 디스켓중 건강보험 외래청구분 첫 번째이면 “11513268.B01”, 입원청구분의 첫 번째는 “11513268.B51”로 표기

Ⅱ. 전산매체의 구성

전산매체 기재파일은 요양급여비용을 청구하는 경우 요양급여비용(의료급여비용)심사청구서 및 명세서를 기재한 파일과 요양급여비용 청구의 마지막 정보파일로 구성한다.

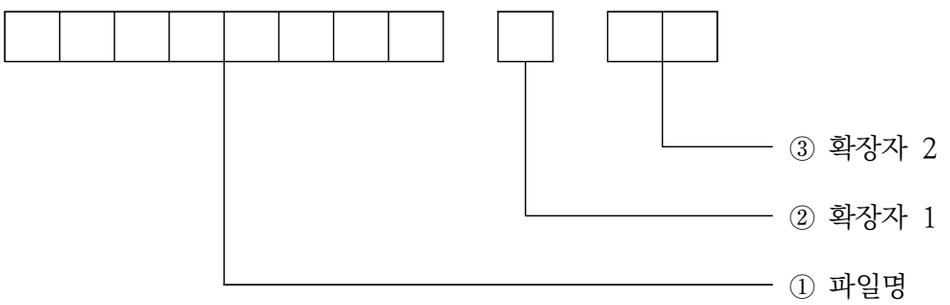
1. 요양급여비용(의료급여비용)심사청구서 및 명세서 파일

가. 구성

(1) 파일명 부여방법

1) 디스켓인 경우

○ 파일명 구성



○ 파일명 부여규칙

① 파일명: 요양기관 기호

② 확장자 1

코 드	보험자종별구분
B	건강보험
C	의료급여
D	보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자(상이처, 무자격자)

③ 확장자 2: 디스켓 일련번호임. ∅1부터 99까지 부여할 수 있으며, 반드시 일련번호는 외래 ∅1부터 부여하고 입원(정신건강의학과정액 낮병동)은 51부터 구분하여 기재하여야 한다.

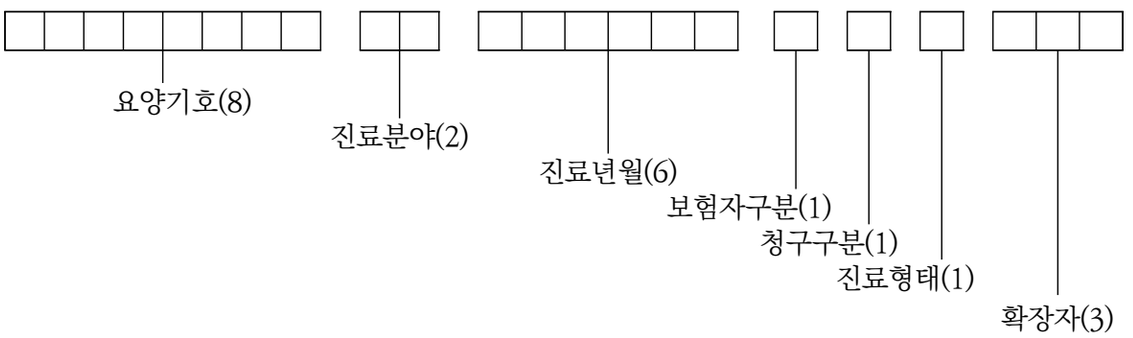
코 드	진료형태구분(분철구분)
01 ~ 49	외 래
51 ~ 99	입 원

(예시) 건강보험 요양급여비용 디스켓이 외래청구분 3장, 입원청구분 2장일 경우

디스켓 구분		파일명	비 고
외래 청구분	첫번째	12345678.B01	
외래 청구분	두번째	12345678.B02	
외래 청구분	세번째	12345678.B03	
입원 청구분	첫번째	12345678.B51	
입원 청구분	두번째	12345678.B52	

2) CD 청구인 경우

○ 파일명 구성



○ 파일명 부여규칙

- 진료분야: 내과(01), 외과(02), 산·소아청소년과(03), 안·이비인후과(04), 피부·비뇨의학과(05), 치과(06), 한의과(09)
  단, 병원(치과대학부속치과병원 및 한방병원 제외), 의원급은 00
- 보험자종별구분: 건강보험(4), 의료급여(5), 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자(상이처, 무자격자)(7)
- 청구구분: 원청구(0), 보완청구(1), 추가청구(2)
- 진료형태: 1: 의과입원, 보건기관입원
  2: 의과외래, 보건기관외래
  3: 치과입원, 의료급여정신건강의학과정액 입원
  4: 치과외래, 의료급여정신건강의학과정액 외래
  (의료급여정신과외래는 2017.3.12. 진료분까지 해당)
  5: 의료급여정신건강의학과정액 낮병동
  6: 약국처방조제
  7: 약국직접조제
  8: 한방입원
  9: 한방외래
  A: 요양병원 장기환자 입원(의과)
  H: 의료급여혈액투석정액 외래

- 확장자: sam

(예시1) 2002년 6월 종합병원 내과분야 보험 입원 원청구인 경우:
12345678012002064O1.sam

(예시2) 2002년 6월 종합병원 치과분야 보험 외래 보완청구인 경우:
12345678062002064l4.sam

(2) 레코드길이(RECORD LENGTH)

구분	자 료 구 분		RECORD LENGTH	비 고
공통	요양급여비용(의료급여비용) 심사청구서		최대 261 BYTES	
공통	요양급여비용(의료급여비용) 상병내역		최대 80 BYTES	
의·치과 및 한방	요양급여비용 명세서	명세서 일반내역	최대 257 BYTES	
		명세서 진료(처방)내역	최대 157 BYTES	
보건기관 및 의료급여정액	요양급여비용 명세서	명세서 일반내역	최대 263 BYTES	보건진료소를 제외한 보건기관만 해당
		명세서 처방내역	최대 100 BYTES	
		명세서 진료내역	최대 87 BYTES	
약국	요양급여비용 명세서	명세서 일반내역	최대 184 BYTES	
		명세서 조제(처방)내역	최대 100 BYTES	
공통	요양급여비용(의료급여비용) 특정내역		최대 734 BYTES	
공통	요양급여비용 마지막정보파일(EOF)		최대 20 BYTES	요양급여비용 (의료급여비용) 심사청구서의 마지막 정보

(3) 파일구성(FILE ORGANIZATION): LINE SEQUENTIAL FILE

나. 레코드 생성방법

(1) 각 레코드 공통

○ 자료의 모든 항목은 초기치 처리(9 MODE는 ALL ZERO, X MODE는 ALL SPACE)를 하여야 하고 절대로 NULL이 있어서는 안 된다.
주) 9 MODE는 숫자 전용이며, X MODE는 영문, 숫자, 특수기호, 한글 전용임

○ 청구파일의 첫 번째 레코드에는 반드시 요양급여비용(의료급여비용)심사청구서 내용을 기재하고 두 번째 레코드부터는 요양급여비용 명세서 내용을 기재하여야 하며, 마지막으로 요양급여비용 EOF 내용을 기재한다.

○ 명세서 일련번호는 반드시 순차적으로 기재하여야 한다.

○ 명세서 일련번호와 확장번호, 자료구분과의 관계

명세서일련번호		자료구분	서식	비 고
일련번호	확장번호			
00000	0000	0	01	요양급여비용(의료급여비용)심사청구서
00001	0001	1	03	명세서 일반내역
00001	0002	2	03	명세서 상병내역
00001	0003	3	03	명세서 진료내역1
00001	0004	3	03	명세서 진료내역2
00002	0001	1	03	명세서 일반내역
00002	0002	2	03	명세서 상병내역1
00002	0003	2	03	명세서 상병내역2
00002	0004	3	03	명세서 진료내역1
00002	0005	3	03	명세서 진료내역2
00002	0006	3	03	명세서 진료내역3
00002	0007	5	03	명세서 처방내역
00003	0001	1	03	명세서 일반내역
00003	0002	2	03	명세서 상병내역
00003	0003	2	03	명세서 상병내역
00003	0004	3	03	명세서 진료내역1
00003	0005	3	03	명세서 진료내역2
00003	0006	3	03	명세서 진료내역3
00003	0007	5	03	명세서 처방내역1
00003	0008	5	03	명세서 처방내역2
00003	0009	8	03	명세서 특정내역
99999	9999	9		요양급여비용 EOF(End of File) 마지막 정보

1번 명세서

2번 명세서

3번 명세서

(2) 요양급여비용(의료급여비용)심사청구서 레코드 항목설명(공통)

항 목 명	MODE	항 목 설 명
요양기관기호	9(8)	의료급여인 경우 의료급여기관기호
명세서 일련번호 일련번호 확장번호	 9(5) 9(4)	 00000 0000
자료구분	X(1)	0: 요양급여비용(의료급여비용)심사청구서
서식	9(2)	01: 요양급여비용(의료급여비용)심사청구서
보험자종별 구분	9(1)	4: 건강보험 5: 의료급여 7: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자(상이처, 무자격자)
수록사양번호	X(2)	Vn n = 1: 의치과 및 한방 2: 보건기관 및 의료급여정액 3: 약국
진료분야	9(2)	상급종합병원, 종합병원, 치과대학부속치과병원 및 한방병원의 요양급여비용 명세서는 구분하여 기재 01: 내과 02: 외과 03: 산·소아청소년과 04: 안·이비인후과 05: 피부·비뇨의학과 06: 치과 09: 한의과 00: 병원(치과대학부속치과병원, 한방병원 제외), 의원급
청구구분	9(1)	0: 일반청구 1: 보완청구 2: 추가청구
의료급여 진료구분	9(1)	의료급여 청구시 사용 1: 1차진료 2: 2차(3차 포함)진료
한글코드구분	X(1)	한글에 사용하는 코드체계 A: 2BYTE 완성형(KSC 5601)
진료구분	X(1)	1: 의과 2: 치과 5: 의료급여정액 7: 보건기관 8: 약국 9: 한방
진료형태	X(1)	1: 의과입원, 보건기관입원 2: 의과외래, 보건기관외래 3: 치과입원, 의료급여정신건강의학과정액 입원 4: 치과외래, 의료급여정신건강의학과정액 외래 (의료급여정신과외래는 2017.3.12. 진료분까지 해당) 5: 의료급여정신건강의학과정액 낮병동 6: 약국처방조제 7: 약국직접조제 8: 한방입원 9: 한방외래 A: 요양병원 장기환자 입원(의과) H: 의료급여혈액투석정액 외래

항 목 명	MODE	항 목 설 명
청구단위구분	X(1)	제8조제1항제2호 및 제3호에 따라 외래 또는 약국의 요양급여비용을 주단위로 구분 청구하거나, 월단위로 청구하는 경우 해당 구분자를 기재 ■ 구분 1~6: 해당 주단위 0: 월단위 통합청구
진료년월	9(6)	요양급여비용의 청구 진료년월을 CCYYMM 형태로 기재
청구일자	9(8)	요양기관이 요양급여비용(의료급여비용)심사청구서를 작성한 날짜를 CCYYMMDD 형태로 기재
청구인	X(12)	요양기관의 대표자 성명을 한글 또는 영문으로 기재
작성자 성명	X(12)	요양급여비용청구명세서 작성자 또는 2인 이상이 공동으로 작성한 경우 작성책임자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재 다만, 대행청구단체로 하여금 심사청구하게 하는 경우에는 대행청구단체의 작성자 또는 2인 이상이 공동으로 작성한 경우 작성책임자의 성명을 기재
작성자 생년월일	9(13)	요양급여비용청구명세서 작성자 또는 2인 이상이 공동으로 작성한 경우 작성책임자의 생년월일을 기재 다만, 대행청구단체로 하여금 심사청구하게 하는 경우에는 대행청구단체의 작성자 또는 2인 이상이 공동으로 작성한 경우 작성책임자의 생년월일을 기재
청구건수 금액내역		
청구건수	9(6)	요양급여명세서의 청구건수를 합하여 기재
요양급여비용총액 1	9(12)	요양급여명세서의 요양급여비용총액 1을 합하여 기재
본인일부부담금	9(12)	요양급여명세서의 본인일부부담금을 합하여 기재
지원금	9(12)	요양급여비용 명세서의 지원금을 합하여 기재
청구액	9(12)	요양급여명세서의 청구액을 합하여 기재
본인부담상한액초과금 총액	9(12)	요양급여비용 명세서의 본인부담상한액초과금을 합하여 기재
장애인의료비	9(12)	- 의료급여의 경우 의료급여 2종 장애인 의료급여비용명세서의 장애인의료비를 합하여 기재 - 건강보험의 경우 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감 대상자 요양급여비용 명세서의 장애인의료비를 합하여 기재
요양급여비용총액 2, 진료비총액	9(12)	- 요양급여비용총액 2: 요양급여비용 명세서의 요양급여비용총액 2를 합하여 기재 - 진료비총액: 보훈국비환자의 경우 요양급여비용 명세서의 진료비 총액을 합하여 기재

항 목 명	MODE	항 목 설 명
보훈청구액	9(12)	다음의 보훈국비(감면)환자일 경우에 한하여 요양급여비용 명세서의 보훈청구액을 합하여 기재 - 보훈위탁진료 요양기관(동일한 기관에서 발행한 처방전에 따라 조제하는 약국)의 보훈국비 · 감면환자 진료분(처방조제분)인 경우 - 보훈병원에서 발행한 처방전에 따라 조제하는 약국의 보훈감면환자 처방조제분인 경우
건강보험(의료급여) 100분의100 본인부담금총액	9(12)	요양급여비용 명세서의 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금 총액을 합하여 기재
보훈 본인일부부담금	9(12)	요양급여비용 명세서의 보훈 본인일부부담금을 합하여 기재
100분의100미만 총액	9(12)	요양급여비용 명세서의 100분의100미만 총액을 합하여 기재
100분의100미만 본인일부부담금	9(12)	요양급여비용 명세서의 100분의100미만 본인일부부담금을 합하여 기재
100분의100미만 청구액	9(12)	요양급여비용 명세서의 100분의100미만 청구액을 합하여 기재
100분의100미만 보훈청구액	9(12)	요양급여비용 명세서의 100분의100미만 보훈청구액을 합하여 기재
차등수가 청구액	9(10)	차등수가청구액은 각각의 명세서별로 진찰료[약국은 조제료, 약국관리료, 조제기본료, 복약지도료(이하 “조제료 등”이라 한다)]를 차등산정한 청구액을 합하여 기재. 단, 차등수가 미적용 진찰료(조제료 등) 제외 ■ 의원(치과의원, 한의원, 보건의료원) 차등수가청구액 = [청구액-{진찰료(차등수가 미적용 진찰료 제외)×(1-차등지수)}] ■ 약국 차등수가청구액 = [청구액-{조제료 등(차등수가 미적용 조제료 등 제외)×(1-차등지수)}]
차등지수	9V9(7)	상대가치점수표 제1부 일반원칙 Ⅲ. 차등수가. 다항에 따라 월단위 또는 주단위로 산정된 차등지수를 소수점 여덟째 자리에서 4사5입하여 기재하며, 1일 평균 진찰횟수(약사의 경우는 조제횟수)는 총 진찰(조제)횟수[차등수가 미적용 진찰료(조제료 등) 제외]에서 의사, 치과의사, 한의사, 약사가 진료(조제)한 총 일수로 나누어 계산하되, 소수점 첫째자리에서 절사하여 산정
진료(조제)일수	9(4) V9(2)	- 1개월 또는 1주일 동안 의사(약사)별 실제 진료(조제)한 일수[차등수가 미적용 진료(조제)일 제외]의 합을 기재하되, 소수점 첫째자리에서 절사하여 기재

항 목 명	MODE	항 목 설 명
		※ 단, 주 3일이상이면서 20시간 이상 근무하는 격일제, 시간제 근무자는 1개월(주단위청구의 경우 1주일) 동안 재직한 일수의 1/2로 산정(소수점이하 4사5입)하되, 최대 월 15일(주단위 청구의 경우 주 3일)을 초과할 수 없음 - 이 경우 별표 8. 특정내역 구분코드의 해당 특정내역(MT008) 기재형식에 따라 첫 번째 명세서에 의사(약사)별 진료(조제) 일수를 기재
의사수	9(2)V9(2)	(사용유보)
대행청구단체 기호	X(5)	의약단체에서 심사청구를 대행하는 경우 대행청구단체의 기호(5자리)를 기재 이 경우 기호는 제15조제2항에 따라 대행청구통지를 받은 심사평가원장이 부여한 기호를 말한다.
검사승인번호	X(35)	심사평가원에서 검사 인증한 프로그램의 승인번호를 기재
CRLF	X(2)	

(3) 요양급여비용(의료급여비용)명세서 상병내역 레코드 항목설명(공통)

항 목 명	MODE	항 목 설 명
요양기관기호	9(8)	의료급여인 경우 의료급여기관 기호
명세서 일련번호 일련번호 확장번호	 9(5) 9(4)	 00001 - 99999 0002~9999
자료구분	X(1)	2: 명세서 상병내역
상병분류기호 (증상분류기호)	X(6)	- 통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호를 주상병, 부상병, 배제된 상병순으로 기재하되, 주상병은 반드시 첫 번째 자리(제1단)에만 기재하고, 부상병, 배제된 상병은 각각 2개 이상인 경우 중요도 순으로 각각 기재하며, 영문자는 반드시 대문자로 기재하고 ‘ · ’ 또는 ‘*’, ‘†’ 등 특수기호는 기재 생략 - 약국 처방조제시에는 “처방전”의 상병분류기호를 기재하되, 통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호를 기재하며, 영문자는 반드시 대문자로 기재하고 ‘ · ’ 또는 ‘*’, ‘†’ 등 특수기호는 기재 생략 - 약국 직접조제시는 “약국 직접 조제·투약시 증상분류기호”에 따라 대분류기호와 소분류기호를 연결하여 3단으로 기재
상병분류구분	9(1)	- 각 상병분류기호별 주부상병, 배제된 상병을 구분하는 구분자로서 상병분류기호별로 반드시 해당 구분자를 기재(단, 약국은 제외)

항 목 명	MODE	항 목 설 명
		- 구분코드 '1'(주상병)은 '상병분류기호' 첫 번째 자리(제1단)의 상병에만 기재 ■ 구분 1: 주상병(진료기간 중 치료나 검사 등에 대한 환자의 요구가 가장 컸던 상병) 2: 부상병(진료기간 중 주상병과 함께 있었거나 발생된 상병으로 환자 진료에 영향을 주었던 상병) 3: 배제된 상병(최종상병이 확진된 경우 이전에 고려하였지만 배제된 상병)
내원일자, 당월 요양개시일, 조제투약일자	X(8)	- 내원일자: 외래 요양급여비용 명세서의 경우 진료일자를 기재 - 당월요양개시일: 입원 요양급여비용 명세서의 경우 요양기관에 해당 상병 진료를 위하여 그 달에 최초 입원한 년·월·일을 기재. 단, 입원요양급여비용 분리청구시 해당 요양급여비용명세서의 최초 진료일자를 기재 - 조제투약일자: 약국인 경우 처방조제시 해당 "처방전"으로 조제투약한 년 월 일 또는 직접조제시 해당 약국에 그 증상에 대한 투약을 위하여 내방한 년 월 일을 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
진료과목	9(2)	실제 진료를 받은 진료과목 또는 상병명에 해당되는 진료과목 (별표 5. 진료과목별 코드 참조)
내과 세부전문과목	9(2)	- 내과 진료과목 중 '세부전문의 제도인증 규정(대한의학회)'에 따라 인증 받은 세부 전문과목을 운영하고 있는 종합병원, 상급종합병원의 경우 진료를 받은 세부전문과목을 기재하되, 세부 전문과목이 2개 이상인 경우 상병별로 모두 기재 - 세부전문과목 코드는 (별표 5)를 참조
입원경로	9(2)	병원급이상 입원환자의 경우 요양기관 도착경로와 입원경로를 조합하여 기재 ■ 도착경로 1: 타요양기관경유 2: 응급구조대후송 3: 기타 ■ 입원경로 1: 응급실 2: 외래
진료결과	9(1)	요양급여비용 명세서상 최종 진료일의 환자상태 기재 1: 계속 2: 이송 3: 회송 4: 사망 9: 퇴원 또는 외래 치료종결
면허종류	X(1)	주상병명에 대하여 진료한 진료과목의 주된 의사의 해당 면허종류 구분자를 기재하고 약국의 경우 의약품을 조제·투약한 주된 약사의 해당 면허종류 구분자를 기재

항 목 명	MODE	항 목 설 명
		■ 면허종류 1:의사 2:치과의사 3:한의사 4:약사 5:한약사
면허번호	X(10)	주상병명에 대하여 진료한 진료과목의 주된 의사의 면허번호를 기재하고 약국의 경우 의약품을 조제·투약한 주된 약사의 면허번호를 기재
치식		상병과 관련된 치식 번호를 (치식구분 기재요령)과 같이 우로부터 해당위치에 기재
우상	X(8)	우측 윗부분의 치아
좌상	X(8)	좌측 윗부분의 치아
우하	X(8)	우측 아랫부분의 치아
좌하	X(8)	좌측 아랫부분의 치아
CRLF	X(2)	

(4) 요양급여비용(의료급여비용)명세서 레코드 항목설명(의·치과 및 한방)

1) 명세서 일반내역(의·치과 및 한방)

항 목 명	MODE	항 목 설 명
요양기관기호	9(8)	의료급여인 경우 의료급여기관 기호
명세서 일련번호		
일련번호	9(5)	00001 - 99999
확장번호	9(4)	0001
자료구분	X(1)	1: 명세서 일반내역
서식	9(2)	02: 의과입원 03: 의과외래 04: 치과입원 05: 치과외래 12: 한방입원 13: 한방외래
보험자종별 구분	9(1)	4: 건강보험 5: 의료급여 7: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자(상이처, 무자격자)
보장기관기호	X(8)	의료급여를 받는 수급권자의 관할 시·군·구 기호를 기재
증번호 (보장시설 및 노숙인시설기호)	X(13)	건강보험은 증번호를 기재하고, 보장시설에 입소해 있는 의료급여환자 또는 노숙인 의료급여환자가 진료를 받은 경우 보장기관(시·군·구)에서 부여한 보장시설기호 또는 노숙인시설기호를 기재

항 목 명	MODE	항 목 설 명
가입자(세대주)성명	X(12)	건강보험의 경우 가입자 성명, 의료급여는 세대주 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호에 연계된 가명을 기재
수진자		
성명	X(12)	수진자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호에 연계된 가명을 기재
주민등록번호	9(13)	수진자의 주민등록번호를 기재하되 생년월일 다음의 "-"는 생략 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호를 기재
입·내원일수	9(3)	입원 또는 내원하여 진료를 받은 실일수 기재
요양급여일수	9(3)	해당 요양급여비용 명세서에서 요양급여를 받은 실 일수를 기재하되, 입원 또는 내원일수에 원내투약일수를 산입하여 기재 이때 내원 또는 입원일수와 투약일수가 중복될 때에는 1일로 계산함
정액·정률 구분	9(1)	- 읍·면소재 병원급 및 종합병원의 건강보험 외래요양급여비용 명세서를 월단위로 통합하여 작성하는 경우 정액, 정률 여부를 기재(2007.7.31. 진료분까지 해당) 0: 정액 9: 정률 - 요양병원 장기환자 입원 요양급여비용 명세서의 경우 정액수가 적용과 행위별수가 적용(특정기간) 여부를 기재 1: 정액수가 적용 2: 행위별수가 적용(특정기간)
공상 등 구분	X(1)	0: 무 1: 공상 4: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자(건강보험 또는 의료급여 수급권자) 7: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자(상이처, 무자격자) 8: 군인가족, 예비역장군 및 대령, 창군 및 6.25 참전요원의 군 요양기관 이용시 9: 군인, 군무원의 군 요양기관 이용시 C: 차상위 희귀질환 · 중증난치질환 또는 중증질환 본인부담경감대상자 E: 차상위 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자 F: 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자 G: 긴급복지 의료지원대상자 H: 희귀질환 지원대상자

항 목 명	MODE	항 목 설 명
청구사항		
공란	9(10)	
공란	9(10)	
요양급여비용총액 1	9(10)	기본진료료, 약제 등 요양기관 종별가산율이 적용되지 않는 요양급여비용, 요양기관 종별가산율이 적용되는 진료행위료와 가산금액을 모두 합하여 총 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재 단, 100분의100미만 총액, 100분의100본인부담 및 비급여를 제외한 총 금액을 기재
본인일부부담금	9(10)	- 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 3에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)을 기재 - 본인일부부담금은 100원 미만 절사한 금액으로 기재하되, 입원진료의 경우에는 10원 미만 절사한 금액으로 기재(단, 상급종합병원, 종합병원, 병원, 치과병원 및 요양병원의 2009.6.30. 이전 진료분까지는 10원 미만 절사한 금액으로 기재) · 본인부담정액제에 해당하는 경우는 정액 본인일부부담금을 기재 · 「국민건강보험법 시행령」 제19조에 따른 본인부담상한액초과금이 발생한 경우는 실제 본인이 부담하는 금액과 본인부담상한액초과금을 합하여 기재 · 희귀질환 지원대상자의 경우는 '희귀질환자 의료비지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 포함하여 기재 · 차상위 장애인 만성질환18세미만 본인부담경감대상자의 경우는 「국민건강보험법 시행령」 별표 2에 따른 본인부담액 중 '장애인복지사업'에서 지원하는 장애인의료비를 제외한 금액을 기재 · 긴급복지 의료지원대상자가 본인부담상한액초과금이 발생한 경우는 실제 본인이 부담하는 금액, '긴급지원사업'에서 지원하는 지원금 및 본인부담상한액초과금을 합하여 기재(건강보험 100분의100본인부담금 제외) · 잠복결핵감염 검진비지원대상은 '잠복결핵감염 검진비지원사업'에서 지원하는 지원금을 기재(건강보험 100분의100본인부담금 제외)(단, 한방은 제외) · 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비(감면)환자인 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 기재 · 자립준비청년 의료비 지원대상자의 경우는 '자립준비청년 의료비 지원사업'에 따른 본인일부부담금을 기재
지원금	9(10)	- 희귀질환 지원대상자의 경우 '희귀질환자 의료비지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 기재

항 목 명	MODE	항 목 설 명
		- 긴급복지 의료지원대상자의 경우 '긴급지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 기재 - 잠복결핵감염 검진비지원대상은 '잠복결핵감염 검진비지원사업'에서 지원하는 금액을 10원 미만 절사하여 기재(단, 한방은 제외)
청구액	9(10)	- 요양급여비용총액 1에서 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 3에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재 · 차상위 장애인 만성질환 · 18세미만 본인부담경감대상자의 경우는 요양급여비용총액 1에서 본인일부부담금과 장애인의료비를 제외한 금액을 기재 · 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 중 상이처, 무자격자인 경우 '0'으로 기재 · 자립준비청년 의료비 지원대상자의 경우는 요양급여비용총액 1에서 '자립준비청년 의료비 지원사업'에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재
본인부담상한액 초과금	9(10)	「국민건강보험법 시행령」 제19조제6항에 따라 입원기간 내에 본인일부부담금의 총액(법 제44조제2항 및 영 제19조제3항에 따른 금액)이 같은 법 시행령 별표 3에 따라 산정한 본인부담상한액의 최고금액을 넘는 경우에는 그 초과금액(본인부담상한액을 확인할 수 있는 경우에는 그 초과금액)을 기재하며, 입원건의 분리 또는 추가청구시에는 원청구와 연계하여 초과한 금액을 기재. 이 경우 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체로부터 받는 의료비 지원금(요양급여비용 명세서에 기재하여야 하는 지원금에 한한다)을 제외하고 본인부담상한액초과금을 기재
요양급여비용총액 2, 진료비총액	9(10)	- 요양급여비용총액 2: 요양급여비용총액 1과 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액을 합하여 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재 - 진료비총액: 다음의 보훈국비환자인 경우에 한하여 기재 · 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 진료분인 경우 비급여와 요양급여비용[건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액, 보훈 등 100분의100본인부담 포함]을 모두 합하여 총 금액을 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재
보훈청구액	9(10)	- 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자인 경우 진료비총액에서 본인일부부담금, 청구액, 보훈 본인일부부담금 및 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액을 제외한 금액을 기재 - 보훈위탁진료 요양기관의 보훈감면환자인경우 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 3에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)에서 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재

항 목 명	MODE	항 목 설 명
건강보험(의료급여) 100분의100 본인부담금총액	9(10)	건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금을 합하여 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재
보훈 본인일부부담금	9(10)	다음의 보훈국비환자인 경우에 한하여 기재 - 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 명세서의 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 보훈 등 100분의100본인부담액과 비급여를 합한 금액의 해당 본인일부부담금을 기재 - 보훈 본인일부부담금은 100원 미만 절사한 금액으로 기재하되, 입원진료의 경우에는 10원 미만 절사한 금액으로 기재
100분의100미만 총액	9(10)	A항, B항, D항 및 E항의 치료재료, 약제 등 요양기관 종별가산율이 적용되지 않은 요양급여비용, 요양기관 종별가산율이 적용되는 진료행위와 가산금액을 합하여 총 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재
100분의100미만 본인일부부담금	9(10)	-「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조에 따른 본인일부부담금을 기재하되 10원 미만 절사한 금액을 기재 -「국민건강보험법 시행령」별표2 제5호의2에 따른 본인일부부담금을 기재하되 10원미만 절사한 금액을 기재 · 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비(감면)환자인 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 100분의100미만 본인일부부담금을 기재
100분의100미만 청구액	9(10)	- 100분의100미만 총액에서 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재 - 100분의100미만 총액에서 「국민건강보험법 시행령」별표2 제5호의2에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재 · 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 중 상이처, 무자격자인 경우 '0'으로 기재
100분의100미만 보훈청구액	9(10)	보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비(감면)환자인 경우 100분의100미만 총액에서 100분의100미만 본인일부부담금 및 100분의100미만 청구액을 제외한 금액을 기재
의료급여종별구분, 대불금 또는 장애인의료비		
의료급여종별구분	X(1)	1: 1종 2: 2종 4: 행려 6: 2종 장애인의 2차의료급여 8: 2종 장애인의 1차의료급여 N: 노숙인 1종

항 목 명	MODE	항 목 설 명
대불금 또는 장애인의료비	9(10)	- 의료급여의 경우 2종 의료급여 수급권자의 입원진료의 경우 대불금 신청시 또는 의료급여 2종 장애인 1차진료 및 2차진료의 경우 해당금액을 기재 - 건강보험의 경우 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인 부담경감 대상자의 경우 해당금액을 기재
청구구분		보완청구, 추가청구, 입원진료비 분리청구시 기재
접수번호	9(7)	보완청구, 추가청구, 입원요양급여비용 분리청구의 경우 당초 청구한 요양급여비용 명세서의 접수번호를 기재
명세서일련번호	9(5)	보완청구, 추가청구, 입원요양급여비용 분리청구의 경우 당초 청구한 요양급여비용 명세서의 일련번호를 기재
사유	X(2)	보완청구의 경우 당초 청구한 명세서의 심사불능 사유를 기재 (※ 사유 '91'의 경우는 반드시 수진자의 주민등록번호와 보험증의 주민등록번호와 대조·확인하여야 함)
코드	9(1)	보완청구, 추가청구(진료내역 일부 누락분 추가청구), 입원요양급여비용 분리청구시 구분코드를 기재 1: 보완청구 2: 추가청구 3: 분리청구
최초입원개시일	9(8)	입원 요양급여비용 분리청구의 경우 최초입원개시일을 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
CRLF	X(2)	

2) 명세서 진료내역(의 · 치과 및 한방)

항 목 명	MODE	항 목 설 명
요양기관기호	9(8)	의료급여인 경우 의료급여기관 기호
명세서 일련번호		
일련번호	9(5)	00001 - 99999
확장번호	9(4)	0003~9999
자료구분	X(1)	3: 명세서 진료내역 5: 명세서 처방내역
진료내역		
항	X(2)	진찰료, 입원료 등 진료부문별 구분코드 기재
목	9(2)	각 항별 세부 구분코드 기재 ■ 의·치과인 경우 〈항〉 〈목〉 01: 진찰료 01: 초진 02: 재진 03: 응급 및 회송료 등 02: 입원료 01: 일반 02: 8세 미만의 소아 03: 중환자실 04: 격리실 05: 신생아(분만관리료) 10: 기본식대 11: 가산식대 12: (사용유보) 13: (사용유보) 99: 기타 03: 투약료 01: 내복 02: 외용 03: 처방전 99: 기타 04: 주사료 01: 피하, 근육내 02: 정맥내 03: 수액제 05: 특정재료 99: 기타

항 목 명	MODE	항 목 설 명
		05: 마취료 01: 마취 06: 이학요법료 01: 이학요법 07: 정신요법료 01: 정신요법 08: 처치 및 수술료 〈의과의 경우〉 01: 처치 및 수술 03: 캐스트 〈치과의 경우〉 01: 보통, 복조, 즉처, 지각과민, 치수절단, 즉발근충, 근관와동, 러버댐, 발수, 근치, 근충, 근관확대, 가압근충, 근관장측정, 후처치, 치석제거, 치주처치, 교합조정, 응급근관, 아말감연마, 치주낭측정, 보철물제거, 와동형성, 충전, 근관성형 02: 절개, 치주소파, 치은박리, 치은절제발치(유, 전, 구, 난, 매) 99: 기타 09: 검사료 01: 자체검사 02: 위탁검사 10: 영상진단 및 방사선치료료 01: 진단 02: 치료 L: 요양병원 정액 01: 요양병원 정액수가 81: 진찰료 82: 입원료 83: 투약료 84: 주사료 85: 마취료 86: 이학요법료 87: 정신요법료 88: 처치 및 수술료 89: 검사료 90: 영상진단 및 방사선치료료 91: 특수장비 92: 100분의100 본인부담 93: 비급여 94: 기타

항 목 명	MODE	항 목 설 명
		S: 특수장비 01: CT 02: MRI 03: PET 04: (사용유보) 05: (사용유보) T: 특수재료 및 관련 행위료 01: 치료재료 02: 진료행위 A: 100분의50 본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 B: 100분의80 본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 D: 100분의30 본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 E: 100분의90 본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 U: 건강보험(의료급여) 01: 의약품 100분의100본인부담 02: 치료재료 03: 진료행위 V: 보훈 등 01: 의약품 100분의100본인부담 02: 치료재료 03: 진료행위 W: 비급여 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 ※ V항, W항: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 진료분에 한하여 기재 ■ 한방인 경우 〈항〉 〈목〉 01: 진찰료 01: 초진 02: 재진 99: 기타

항 목 명	MODE	항 목 설 명	
		02: 입원료	01: 일반
			02: 8세 미만의 소아
			03: 중환자실
			04: 기본식대
			05: 안치료
			11: 가산식대
			12: (사용유보)
			13: (사용유보)
			99: 기타
		03: 투약료	01: 내복약
			02: 조제·복약지도료
			99: 기타
		04: 시술 및 처치료	01: 침술
			02: 구술
			03: 부항술
			04: 처치료
			99: 기타
		05: 검사	01: 검사료
		A: 100분의50 본인부담	01: 의약품
			02: 치료재료
			03: 진료행위
		B: 100분의80 본인부담	01: 의약품
			02: 치료재료
			03: 진료행위
		D: 100분의30 본인부담	01: 의약품
			02: 치료재료
			03: 진료행위
		E: 100분의90 본인부담	01: 의약품
			02: 치료재료
			03: 진료행위
		U: 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담	01: 의약품
			02: 치료재료
			03: 진료행위
		V: 보훈 등 100분의100본인부담	01: 의약품
			02: 치료재료
			03: 진료행위

항 목 명	MODE	항 목 설 명
		W: 비급여 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 ※ V항, W항: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 진료분에 한하여 기재
코드구분	X(1)	1: 수가 2: 준용 3: 보험등재약 4: 원료약, 조제(제제)약 8: 치료재료 〈한방인 경우〉 A: 수가 B: 준용수가 C: 약가 H: 치료재료
코드	X(9)	수가, 보험등재약, 원료, 조제(제제)약, 치료재료의 코드를 앞에서부터 5-9자리 기재. 단, 처방의약품의 경우 일반명 코드 기재 가능
단가, 1회투약량, 1일투여량 또는 투여(실시)횟수, 총투, 금액, 본인부담률구분코드		처방내역은 코드구분 3, 4, 5일 때 1회투약량, 1일투여횟수, 총투약일수, 본인부담률구분코드만 기재
단가	9(9)V9	- 상대가치점수표상의 점수에 점수당 단가를 곱하여 10원 미만은 4사5입한 금액을 기재 - 약가, 치료재료, 원료약 등의 경우는 「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 따른 단가를 원미만은 4사5입하여 기재하되, 단가가 1원 미만인 경우 1원으로 기재 - 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따른 단가를 기재
1회투약량	9(4)V9(4)	1회투약량(소수 다섯째자리에서 4사5입하여 소수 넷째자리까지 기재)을 기재(한방을 제외한 의약품 및 처방내역 의약품 해당)
1일투여량 또는 실시횟수	9(4)V9(2)	- 1일투여량(소수 셋째자리에서 4사5입하여 소수 둘째자리까지 기재)또는 실시횟수를 기재(한방을 제외한 의약품 및 처방내역 의약품의 경우는 1일투여횟수를 기재) - 단, 검체검사 위탁인 경우 위탁검사관리료를 반영하여 1.1로 기재하며, 위탁진료, 개방병원진료 및 시설등의 공동이용 진료시에는 실시(수탁)한 기관의 종별가산율을 적용하여 기재
총투	9(3)	총투여일수 또는 실시횟수. 단, 수탁기관에 위탁한 진료(검사)료 산정시에는 총실시횟수(1일 진료(검사)실시횟수×총실시횟수)를 기재하며, 처방의약품의 경우는 총투약일수를 기재

항 목 명	MODE	항 목 설 명
금액	9(10)	수가, 준용, 약가, 재료대의 단가에 1회투약량, 일투, 총투를 곱하여 원미만 4사5입한 금액 기재
본인부담률구분코드	X(1)	요양급여 중 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 약제를 처방한 경우 본인이 부담할 비용의 부담률에 부여된 해당 구분코드를 기재 ■ 구분코드 A: 100분의50 본인부담 B: 100분의80 본인부담 D: 100분의30 본인부담 E: 100분의90 본인부담 U: 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담 V: 보훈 등 100분의100본인부담 W: 비급여
변경일	X(8)	다음의(당월요양개시일 이후 신설되거나 단가가 변경된) 경우, 변경(또는 신설)된 단가의 최초 투여(실시)일자를 기재 ■ 당월요양개시일 이후에 단가가 변경된 경우 - 수가 등의 고시가가 변경 고시된 경우 - 실구입가 인정품목(치료재료, 조제·제제약 등)을 요양개시일 이후에 구입(조제)하여 사용한 경우 - 보건복지부에서 실구입가 인정품목 중 가격을 기준단가 범위내 실구입가로 인정하도록 별도 고시한 품목의 기준단가 기준이 변경된 경우 ■ 당월요양개시일 이후에 코드가 신설된 경우 - 수가항목이 신설되거나 의약품이 신규등재된 경우, 보험등재 의약품을 최초 구입 사용한 경우 등 ■ 유형: CCYYMMDD
면허종류	X(1)	실제 환자를 진료한 의사 및 실시한 간호사 등의 아래 면허종류(단, 사회복지사는 자격종류)를 기재 ■ 면허종류 1: 의사 2: 치과의사 3: 한의사 6: 간호사 7:사회복지사
면허번호	X(100)	실제 환자를 진료한 의사 및 실시한 간호사 등의 면허번호(단, 사회복지사는 자격번호)를 기재 ■ 유형(2개 이상의 면허번호는 다음과 같이 기재) 12345/67890/54321.....
처방내역		처방전을 발급한 경우에 기재
처방일수	9(3)	해당 처방전에 따라 조제투약 하도록 처방한 일수를 기재
반복조제횟수	9(2)	(사용유보)

항 목 명	MODE	항 목 설 명
처방전발급번호	9(13)	요양기관에서 부여하는 번호로서 처방발급일과 처방전 발급순서에 따른 일련번호를 연이어 기재
발급일자	9(8)	CCYYMMDD 형태로 기재
일련번호	9(5)	
치식		치과의 경우 검사, 마취, 처치 및 수술의 해당 치식번호를 (치식구분기재요령)과 같이 우로부터 해당위치에 기재
우상	X(8)	우측 윗부분의 치아
좌상	X(8)	좌측 윗부분의 치아
우하	X(8)	우측 아랫부분의 치아
좌하	X(8)	좌측 아랫부분의 치아
가감등구분	X(10)	한방에서 기준처방에 단미제를 가감하는 경우나 임의처방의 경우 처방 및 단미제코드에 다음의 유형으로 해당코드 기재 ■ 유형 - 기준처방: B######### 가미제: A######### 감미제: S######### - 임의처방 및 임의처방에 사용한 단미제: H######### (#########은 한약제제 코드와 동일한 9자리)
CRLF	X(2)	

(5) 요양급여비용(의료급여비용) 명세서 레코드 항목설명(보건 및 의료급여정액)

1) 명세서 일반내역(보건 및 의료급여정액)

항 목 명	MODE	항 목 설 명
요양기관기호	9(8)	의료급여인 경우 의료급여기관 기호
명세서 일련번호		
일련번호	9(5)	00001 - 99999
확장번호	9(4)	0001
자료구분	X(1)	1: 명세서 일반내역
서식	9(2)	07: 보건입원 08: 보건외래 09: 의료급여 정신건강의학과정액 낮병동 10: 의료급여 정신건강의학과정액 입원 11: 의료급여 정신건강의학과정액 외래 (2017.3.12. 진료분까지 해당) 15: 의료급여 혈액투석정액 외래

항 목 명	MODE	항 목 설 명
보험자 종별구분	9(1)	4: 건강보험 5: 의료급여 7: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자(상이처, 무자격자)
진료과	X(1)	
보장기관기호	X(8)	의료급여를 받는 수급권자의 관할 시·군·구 기호를 기재
〈보건기관〉 증번호 (보장시설 및 노숙인시설기호)	X(13)	건강보험은 증번호를 기재하고, 보장시설에 입소해 있는 의료급여환자 또는 노숙인 의료급여환자가 진료를 받은 경우 보장기관(시·군·구)에서 부여한 보장시설기호 또는 노숙인시설기호를 기재
〈의료급여정액〉 보장시설 및 노숙인시설기호	X(4)	보장시설에 입소해 있는 의료급여환자 또는 노숙인 의료급여환자가 진료를 받은 경우 보장기관(시·군·구)에서 부여한 보장시설기호 또는 노숙인시설기호를 기재
총처방일수	9(3)	처방전당 처방일수의 합을 기재(2008.12.31. 진료분까지 해당)
가입자(세대주)성명	X(12)	건강보험의 경우 가입자 성명, 의료급여는 세대주 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호에 연계된 가명을 기재
수진자 성명	X(12)	수진자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호에 연계된 가명을 기재
주민등록번호	9(13)	수진자의 주민등록번호를 기재하되 생년월일 다음의 "-"는 생략 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호를 기재
입·내원일수 (방문횟수)	9(3)	입원 또는 내원하여 진료를 받은 실일수 기재
요양급여일수 (투약일수 포함)	9(3)	해당 요양급여비용 명세서에서 요양급여를 받은 실 일수를 기재하되, 입원 또는 내원일수에 원내투약일수를 산입하여 기재. 이때 내원 또는 입원일수와 투약일수가 중복될 때에는 1일로 계산
공상 등 구분	X(1)	0: 무 1: 공상 4: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자(건강보험 또는 의료급여 수급권자) 7: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자(상이처, 무자격자) 8: 군인가족, 예비역장군 및 대령, 창군 및 6.25 참전요원의 군 요양기관 이용시 9: 군인, 군무원의 군 요양기관 이용시

항 목 명	MODE	항 목 설 명
		C: 차상위 희귀질환·중증난치질환 또는 중증질환 본인부담경감 대상자 E: 차상위 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자 F: 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자 G: 긴급복지 의료지원대상자(단, 의료급여정액은 제외) H: 희귀질환 지원대상자(단, 의료급여정액은 제외)
투약일수	9(3)	내원(방문)하여 조제투약하는 경우의 실투약일수를 기재 (단, 의료급여정액의 경우 2008.12.31. 진료분까지 해당)
〈보건기관〉		
진찰횟수	9(2)	내원(방문)하여 실제 진찰이 이루어진 횟수를 기재
물리치료일수	9(3)	방문하여 물리치료를 받은 실 일수
야간/공휴 구분	X(1)	야간(18시-09시) 또는 공휴일에 조산시 기재 ■ 야간/공휴 구분 1: 야간 2: 공휴
다태아 구분	X(1)	다태아 조산시 기재 2: 2태아 3: 3태아
〈의료급여정액〉		
적용수가구분	X(1)	「의료수가의 기준 및 일반기준」에 따른 누적입원일수의 기간별 수가에 해당하는 구분 코드 및 외박을 한 경우 기재 (2008.12.31. 진료분까지 해당) ■ 적용수가구분코드 1: 1-180일(2017.3.12. 진료분까지 해당) 2: 181-360일 3: 361일 이상 4: 1-90일 5: 91-180일 7: 외박수가
보호자	X(1)	정신질환자가 직접 내원하지 않고 보호자등이 내원·상담후 약제 또는 처방전을 수령 또는 발급 받은 경우 구분자 '9'를 기재 (2008.12.31. 진료분까지 해당)
재료/항독소		
품목구분	X(1)	치료재료 및 약제의 품목 구분 1: 피임시술재료 2: 항독소교상제
실구입가	9(8)	피임시술 재료 또는 항독소교상제의 경우 "약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준"에 따른 단가를 수록

항 목 명	MODE	항 목 설 명
청구사항		
비급여총액 〈의료급여정액만 해당〉	9(10)	보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 진료분인 경우 비급여 금액을 모두 합한 총 금액 기재 (2008.12.31. 진료분까지 해당)
공란	9(10)	
요양급여비용총액 1	9(10)	요양급여비용총액 1을 기재하되, 의료급여정액의 경우 X항 또는 Z항의 의료급여정액수가 및 보건복지부장관이 정하여 고시하는 별도산정항목 금액을 합한 총 금액을 기재(10원 미만 절사) 단, 100분의100본인부담 및 비급여를 제외한 총 금액을 기재
본인일부부담금	9(10)	- 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 3에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)을 기재 - 의료급여정액의 경우 「의료급여법 시행령」 별표 1 및 같은 법 시행규칙 별표 1의2 제1호라목에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표1 제3호가목 및 같은 법 시행규칙 별표 1의2(제1호라목 제외)에 따른 금액을 제외)을 기재 - 본인일부부담금은 100원 미만 절사한 금액으로 기재(의료급여정액은 제외)하되, 입원진료의 경우에는 10원 미만 절사한 금액으로 기재(단, 보건진료소의 2009.6.30. 이전 진료분 까지는 10원 미만 절사한 금액으로 기재) · 요양급여비용총액 1이 본인부담정액제에 해당하는 경우는 방문당 본인일부부담금을 기재 · 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비(감면)환자인 경우 「국가보훈대상자의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 기재
지원금	9(10)	- 희귀질환 지원대상자의 경우 '희귀질환자 의료비지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용(본인일부부담금)을 기재(단, 의료급여정액은 제외) - 긴급복지 의료지원대상자의 경우 '긴급지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 기재(단, 의료급여정액은 제외)
청구액	9(10)	- 요양급여비용총액 1에서 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 3(의료급여정액의 경우 「의료급여법 시행령」 별표 1 및 같은 법 시행규칙 별표 1의2 제1호라목)에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재 · 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 중 상이처, 무자격자인 경우 '0'으로 기재

항 목 명	MODE	항 목 설 명
요양급여비용총액 2, 진료비총액	9(10)	- 요양급여비용총액 2: 요양급여비용총액 1과 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액을 합하여 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재 - 진료비 총액: 다음의 보훈국비환자인 경우에 한하여 기재 · 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 진료분인 경우 비급여와 요양급여비용[건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액, 보훈 등 100분의100본인부담 포함]을 모두 합하여 총 금액을 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재. 단, 의료급여정액의 경우에는 보훈 등 100분의100본인부담을 제외한 총 금액을 기재
보훈청구액	9(10)	- 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자인 경우 진료비총액에서 본인일부부담금, 청구액, 보훈 본인일부부담금 및 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담총액을 제외한 금액 기재 - 보훈위탁진료 요양기관의 보훈감면환자인 경우 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 3에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)에서 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재
건강보험(의료급여) 100분의100 본인부담금총액	9(10)	건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금을 합하여 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재
보훈 본인일부부담금	9(10)	다음의 보훈국비환자인 경우에 한하여 기재 - 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 명세서의 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 보훈 등 100분의100본인부담액과 비급여를 합한 금액의 해당 본인일부부담금을 기재 - 보훈 본인일부부담금은 100원 미만 절사한 금액으로 기재(의료급여정액은 제외)하되, 입원진료의 경우에는 10원 미만 절사한 금액으로 기재
의료급여종별구분, 대불금 또는 장애인의료비 등		
의료급여종별구분	X(1)	1: 1종 2: 2종 4: 행려 6: 2종 장애인의 2차의료급여 8: 2종 장애인의 1차의료급여 N: 노숙인 1종
대불금 또는 장애인의료비	9(10)	2종 의료급여대상자의 입원진료의 경우 대불금 신청시 또는 의료급여 2종 장애인 1차진료 및 2차진료의 경우에만 기재

항 목 명	MODE	항 목 설 명
의료급여정액 행위별총액	9(10)	의료급여정액수가(X항, Z항)에 포함된 약제, 치료재료 등 의료급여기관 종별가산율이 적용되지 않는 의료급여비용, 의료급여기관 종별가산율이 적용되는 진료행위와 가산금액을 모두 합한 총 금액을 기재(10원 미만 절사) 단, 보훈 등 100분의100본인부담 및 비급여를 제외한 총 금액을 기재
청구구분		보완청구, 추가청구, 입원진료비 분리청구 시 기재
접수번호	9(7)	보완청구 또는 추가청구, 입원요양급여비용 분리청구의 경우 당초 청구한 요양급여비용 명세서의 접수번호를 기재
명세서일련번호	9(5)	보완청구 또는 추가청구, 입원요양급여비용 분리청구의 경우 당초 청구한 요양급여비용 명세서의 일련번호를 기재
사유	X(2)	보완청구의 경우 당초 청구한 명세서의 심사불능 사유를 기재 (※ 사유 '91'의 경우는 반드시 수진자의 주민등록번호와 보험증의 주민등록번호와 대조·확인하여야 함)
코드	9(1)	1: 보완청구 2: 추가청구 3: 분리청구
최초입원 개시일	9(8)	입원 요양급여비용 분리청구의 경우 최초입원개시일을 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
CRLF	X(2)	

2) 명세서 처방내역 (보건 및 의료급여정액)

항 목 명	MODE	항 목 설 명
요양기관기호	9(8)	의료급여인 경우 의료급여기관 기호
명세서 일련번호		
일련번호	9(5)	00001 - 99999
확장번호	9(4)	0003~9999
자료구분	X(1)	5: 명세서 처방내역
코드구분	X(1)	3: 보험등재약 4: 원료약, 조제(제제)약 5: 보험등재약의 일반명
코드	X(9)	처방약품의 보험등재약 또는 일반명 코드, 원료약 코드를 기재하며, 코드에 대한 세부 내역은 "진료코드" 참조
1회투약량, 1일투여횟수, 총투약일수, 본인부담률구분코드		처방내역은 코드구분 3, 4, 5일 때 1회투약량, 1일투여횟수, 총투약일수, 본인부담률구분코드만 기재

항 목 명	MODE	항 목 설 명
1회투약량	9(4)V9(4)	1회투약량(소수 다섯째자리에서 4사5입하여 소수 넷째자리까지 기재)기재
1일 투여횟수	9(4)V9(2)	1일 투여횟수를 기재
총투	9(3)	총 투약일수를 기재
본인부담률구분코드	X(1)	요양급여 중「국민건강보험법 시행령」별표 2 제4호 및 제6호에 따른 약제를 처방한 경우 본인이 부담할 비용의 부담률에 부여된 해당 구분코드를 기재 ■구분코드 A: 100분의50 본인부담 B: 100분의80 본인부담 D: 100분의30 본인부담 E: 100분의90 본인부담 U: 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담 V: 보훈 등 100분의100본인부담 W: 비급여
처방일수	9(3)	해당 처방전에 따라 조제투약 하도록 처방한 일수를 기재
반복조제횟수	9(2)	(사용유보)
처방전발급번호	9(8)	요양기관에서 부여하는 번호로서 처방발급일과 처방전 발급순서에 따른 일련번호를 연이어 기재
발급일자일련번호	9(5)	CCYYMMDD 형태로 기재
CRLF	X(2)	

3) 명세서 진료내역(보건진료소를 제외한 보건기관 및 의료급여정액)

항 목 명	MODE	항 목 설 명
요양기관기호	9(8)	의료급여인 경우 의료급여기관 기호
명세서 일련번호		
일련번호	9(5)	00001 - 99999
확장번호	9(4)	0003~9999
자료구분	X(1)	3: 명세서 진료내역
진료내역 항	X(2)	투약료, 주사료 등 진료부문별 구분코드 기재 의료급여수가기준 제1장 제7조와 제9조 및 제11조까지의 의료급여정액수가(혈액투석정액수가, 정신질환정액수가 등)는 Z항, X항에 기재하며, 정액수가에 포함된 수가 등에 대해 진찰료항부터 의료급여100분의100본인부담항까지 각 해당 번호를 기재

항 목 명	MODE	항 목 설 명
목	9(2)	각 항별 세부 구분코드 기재 ■ 의·치과인 경우 〈항〉 〈목〉 03: 투약료 01: 내복 02: 외용 04: 주사료 01: 주사 05: 마취료 01: 마취에 사용한 의약품 06: 이학요법료 01: 이학요법에 사용한 의약품 08: 처치 및 수술료 01: 처치 및 수술에 사용한 의약품 09: 검사료 01: 검사에 사용한 의약품 10: 영상진단 및 방사선치료료 01: 진단 및 치료에 사용한 의약품 S: 특수장비 01: CT진단에 사용한 의약품 02: MRI진단에 사용한 의약품 03: PET진단에 사용한 의약품 04: (사용유보) 05: (사용유보) U: 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 V: 보훈 등 100분의100 본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 W: 비급여 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 ※ V항, W항: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 진료분에 한하여 기재 ■ 의료급여정액인 경우 〈항〉 〈목〉 01: 진찰료 01: 초진 02: 재진 03: 응급 및 회송료 등 02: 입원료 01: 일반 02: 8세 미만의 소아 03: 중환자실

항 목 명	MODE	항 목 설 명	
			04: 격리실
			05: 신생아(분만관리료)
			10: 기본식대
			11: (사용유보)
			12: (사용유보)
			13: (사용유보)
		03: 투약료	01: 내복
			02: 외용
			03: 처방전
			99: 기타
		04: 주사료	01: 피하, 근육내
			02: 정맥내
			03: 수액제
			05: 특정재료
			99: 기타
		05: 마취료	01: 마취
		06: 이학요법료	01: 이학요법
		07: 정신요법료	07: 정신요법
		08: 처치 및 수술료	01: 처치 및 수술
			03: 캐스트
		09: 검사료	01: 자체검사
			02: 위탁검사
		10: 영상진단 및 방사선치료료	01: 진단
			02: 치료
		S: 특수장비	01: CT
			02: MRI
			03: PET
			04: (사용유보)
			05: (사용유보)
		U: 의료급여 100분의100본인부담	01: 의약품
			02: 치료재료
			03: 진료행위
		V: 보훈 등 100분의100 본인부담	01: 의약품
			02: 치료재료
			03: 진료행위
		W: 비급여	01: 의약품

항 목 명	MODE	항 목 설 명
		02: 치료재료 03: 진료행위
		X: 정신건강의학과정액 01: 의료급여 정신질환 정액수가 (외래 2017.3.12. 진료분까지 해당, 낮병동·입원·외박 수가) 02: 투약 1일당 정액수가 (2017.3.12. 진료분까지 해당) 03: 퇴원약제 (2019.5.31. 진료분까지 해당) 81: 진찰료 82: 입원료 83: 투약료 84: 주사료 85: 마취료 86: 이학요법료 87: 정신요법료 88: 처치 및 수술료 89: 검사료 90: 영상진단 및 방사선치료료 91: 특수장비 92: 100분의100본인부담 93: 비급여 94: 기타
		Z: 혈액투석정액 01: 의료급여혈액투석 정액수가(외래) 81: 진찰료 82: 입원료 83: 투약료 84: 주사료 85: 마취료 86: 이학요법료 87: 정신요법료 88: 처치 및 수술료 89: 검사료 90: 영상진단 및 방사선치료료 91: 특수장비 92: 100분의 100본인부담

항 목 명	MODE	항 목 설 명
		93: 비급여 94: 기타 ※ V항, W항: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 진료분에 한하여 기재
코드구분	X(1)	해당 의약품 등을 구분하는 구분코드를 기재 단, 1, 2, 8은 V, W항의 보훈 등 100분의100본인부담, 비급여 진료내역인 경우에만 기재 ■ 코드구분 1: 수가(상대가치점수표에 수록된 코드) 2: 준용수가 3: 보험등재약 4: 원료약, 조제(제제)약 8: 치료재료
코드	X(9)	보험등재약, 원료약, 조제(제제)약 등의 코드를 앞에서부터 5-9자리 기재 후 공란은 Space 처리
단가, 1회투약량, 1일투여량 또는 투여횟수, 총투, 금액		
단가	9(9)V9	약가, 원료약 등의 경우는 “약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준”에 따른 단가를 원미만은 4사5입하여 기재하되, 단가가 1원 미만인 경우 1원으로 기재 단, 진료행위인 경우에는 상대가치점수표상의 점수에 점수당 단가를 곱하여 10원 미만은 4사5입한 금액을 기재
1회투약량	9(4)V9(4)	1회투약량(소수 다섯째자리에서 4사5입하여 소수 넷째자리까지 기재)을 기재 (단, 의료급여정액의 의약품 및 처방내역 의약품 해당)
1일투여량, 투여횟수	9(4)V9(2)	1일투여량(소수 셋째자리에서 4사5입하여 소수 둘째자리까지 기재) 또는 실시횟수를 기재(의약품의 경우는 1일 투여횟수를 기재)
총투여일수	9(3)	총투여일수를 기재. 단, 진료행위인 경우는 총 실시일수를 기재
금액	9(10)	단가×1회투약량×1일투여량(투여횟수)×총투여일수를 계산한 후 원미만 4사5입하여 기재
〈의료급여정액〉		
변경일	X(8)	다음의(당월요양개시일 이후에 신설되거나 단가가 변경된) 경우, 변경(또는 신설)된 단가의 최초 투여(실시)일자를 기재 ■ 당월요양개시일 이후에 단가가 변경된 경우 - 수가 등의 고시가가 변경 고시된 경우 - 실구입가 인정품목(치료재료, 조제·제제약 등)을 요양 개시일 이후에 구입(조제)하여 사용한 경우

항 목 명	MODE	항 목 설 명
		- 보건복지부에서 실구입가 인정품목 중 가격을 기준단가 범위 내 실구입가로 인정하도록 별도 고시한 품목의 기준단가 기준이 변경된 경우 ■ 당월요양개시일 이후에 코드가 신설된 경우 - 수가항목이 신설되거나 의약품이 신규 등재된 경우, 보험등재 의약품을 최초 구입 사용한 경우 등 ■ 유형: CCYYMMDD
면허종류	X(1)	실제 환자를 진료한 의사 및 실시한 간호사 등의 아래 면허종류(단, 사회복지사는 자격종류)를 기재 ■ 면허종류 1: 의사 6: 간호사 7: 사회복지사
면허번호	X(100)	실제 환자를 진료한 의사 및 실시한 간호사 등의 면허번호(단, 사회복지사는 자격번호)를 기재 ■ 유형(2개 이상의 면허번호는 다음과 같이 기재) 12345/67890/54321.....
CRLF	X(2)	

(6) 요양급여비용(의료급여비용)명세서 레코드 항목설명(약국)

1) 명세서 일반내역(약국)

항 목 명	MODE	항 목 설 명
요양기관기호	9(8)	의료급여인 경우 의료급여기관 기호
명세서 일련번호 일련번호 확장번호	 9(5) 9(4)	 00001 - 99999 0001
자료구분	X(1)	1: 명세서 일반내역
서식	9(2)	20: 직접조제 21: 처방조제
보험자 종별구분	9(1)	4: 건강보험 5: 의료급여 7: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자(상이처, 무자격자)
의료급여종별구분	X(1)	1: 1종 2: 2종 4: 행려 8: 2종 장애인의 1차의료급여 N: 노숙인 1종
처방전발급기관 기호	X(8)	“처방전”을 발행한 요양기관 기호를 기재
보장기관기호	X(8)	의료급여를 받는 수급권자의 관할 시·군·구 기호를 기재
증번호 (보장시설 및 노숙인시설기호)	X(13)	건강보험은 증번호를 기재하고, 보장시설에 입소해 있는 의료급여환자 또는 노숙인 의료급여환자가 진료를 받은 경우 보장기관(시·군·구)에서 부여한 보장시설기호 또는 노숙인시설기호를 기재
가입자(세대주)성명	X(12)	건강보험의 경우 가입자 성명, 의료급여는 세대주 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호에 연계된 가명을 기재
수진자 성명 주민등록번호	 X(12) 9(13)	 수진자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호에 연계된 가명을 기재 수진자의 주민등록번호를 기재하되 생년월일 다음의 “-”는 생략 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호를 기재
요양급여일수 (투약일수)	9(3)	해당 요양급여비용 명세서에서 조제투약을 받은 실일수와 내방일을 포함하여 기재하되, 내방일과 투약일이 중복될 때에는 1일로 계산함
공상 등 구분	X(1)	0: 무 1: 공상 3: 보훈 감면환자(30%)

항 목 명	MODE	항 목 설 명
		4: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자(건강보험 또는 의료급여 수급권자). 단, 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 제9조 단서의 일부본인부담대상 전상군경 등에 해당하는 경우 5: 보훈 감면환자(50%) 6: 보훈 감면환자(60%) 7: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자(상이처, 무자격자) 8: 군인가족, 예비역장군 및 대령, 창군 및 6.25 참전요원의 군 요양기관 이용시 9: 군인, 군무원의 군 요양기관 이용시 C: 차상위 희귀질환·중증난치질환 또는 중증질환 본인부담경감대상자 E: 차상위 만성질환18세미만 본인부담경감대상자 F: 차상위 장애인 만성질환18세미만 본인부담경감대상자 G: 긴급복지 의료지원대상자 H: 희귀질환 지원대상자 J: 보훈 감면환자(90%)
청구사항		
요양급여비용총액 1	9(10)	약가와 조제료 등을 합산한 금액에서 10원 미만 절사하여 기재 단, 100분의100미만 총액, 100분의100본인부담 및 비급여를 제외한 총 금액을 기재
본인일부부담금	9(10)	- 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 4에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)을 기재 - 본인일부부담금은 100원 미만 절사한 금액으로 기재 · 본인부담정액제에 해당하는 경우는 정액 본인일부부담금을 기재 · 「국민건강보험법 시행령」.제19조에 따른 본인부담상한액초과금이 발생한 경우는 실제 본인이 부담하는 금액과 본인부담상한액초과금을 합하여 기재 · 희귀질환 지원대상자의 경우는 '희귀질환자 의료비지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 기재 · 긴급복지 의료지원대상자가 본인부담상한액초과금이 발생한 경우는 실제 본인이 부담하는 금액, '긴급지원사업'에서 지원하는 지원금 및 본인부담상한액초과금을 합하여 기재(건강보험 100분의100 본인부담금 제외) · 보훈병원에서 발행한 처방전에 따라 처방조제한 보훈감면환자인 경우 요양급여비용총액 1에서 보훈청구액을 제외한 금액을 기준으로 본인일부부담금을 산출하여 기재

항 목 명	MODE	항 목 설 명
지원금	9(10)	· 보훈위탁진료 요양기관에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈국비(감면)환자인 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 기재 · 자립준비청년 의료비 지원대상자의 경우는 '자립준비청년 의료비 지원사업'에 따른 본인일부부담금을 기재 - 희귀질환 지원대상자의 경우 '희귀질환자 의료비지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 기재 - 긴급복지 의료지원대상자의 경우 '긴급지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 기재
청구액	9(10)	- 요양급여비용총액 1에서 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 4에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재 · 보훈병원에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈감면환자인 경우 요양급여비용총액 1에서 본인일부부담금과 보훈청구액을 제외한 금액을 기재 · 보훈위탁진료 요양기관에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈국비환자인 경우 '0'으로 기재 · 자립준비청년 의료비 지원대상자의 경우는 요양급여비용총액 1에서 '자립준비청년 의료비 지원사업'에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재
본인부담상한액 초과금	9(10)	「국민건강보험법 시행령」 제19조제6항에 따라 본인일부부담금의 총액(법 제44조제2항 및 영 제19조제3항에 따른 금액)이 같은 법 시행령 별표 3에 따라 산정한 본인부담상한액의 최고금액을 넘는 경우에는 그 초과금액(본인부담상한액을 확인할 수 있는 경우에는 그 초과금액)을 기재하며, 분리 또는 추가청구시에는 원청구와 연계하여 초과한 금액을 기재. 이 경우 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체로부터 받는 의료비 지원금(요양급여비용 명세서에 기재하여야 하는 지원금에 한한다)을 제외하고 본인부담상한액 초과금을 기재
요양급여비용총액 2, 진료비총액	9(10)	- 요양급여비용총액 2: 요양급여비용총액 1과 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금 총액을 합하여 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재 - 진료비 총액: 다음의 보훈국비환자인 경우에 한하여 기재 · 보훈위탁진료 요양기관에서 발행한 처방전에 따라 조제하는 보훈국비환자 조제분인 경우 비급여와 요양급여비용[건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액, 보훈 등100분의100본인부담 포함]을 모두 합하여 총 금액을 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재

항 목 명	MODE	항 목 설 명
보훈청구액	9(10)	- 보훈위탁진료 요양기관에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈국비환자인 경우 진료비총액에서 본인일부부담금, 청구액, 보훈본인일부부담금 및 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액을 제외한 금액을 기재 - 보훈병원에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈감면환자인 경우 요양급여비용총액 1에서 국가부담(30%, 50%, 60%, 90%)에 해당하는 금액을 기재 - 보훈위탁진료 요양기관에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈감면환자인 경우 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 4에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)에서 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재
건강보험(의료급여) 100분의100 본인부담금총액	9(10)	건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금을 합하여 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재
보훈 본인일부부담금	9(10)	다음의 보훈국비환자인 경우에 한하여 기재 - 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 명세서의 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 보훈 등 100분의100본인부담액과 비급여를 합한 금액의 해당 본인일부부담금을 기재 - 보훈 본인일부부담금은 100원 미만 절사한 금액으로 기재
100분의100미만 총액	9(10)	A항, B항, D항 및 E항의 약가를 합산한 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재
100분의100미만 본인일부부담금	9(10)	- 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조에 따른 본인일부부담금을 기재하되 10원 미만 절사한 금액을 기재 · 보훈위탁진료 요양기관에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈국비(감면)환자인 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 100분의100미만 본인일부부담금을 기재 · 보훈병원에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈감면환자인 경우 100분의100미만 총액에서 100분의100미만 보훈청구액을 제외한 금액을 기준으로 100분의100미만 본인일부부담금을 산출하여 기재
100분의100미만 청구액	9(10)	- 100분의100미만 총액에서 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재. · 보훈병원에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈감면환자인 경우 100분의100미만 총액에서 100분의100미만 본인일부부담금과 100분의100미만 보훈청구액을 제외한 금액을 기재 · 보훈위탁진료 요양기관에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈국비환자인 경우 '0'으로 기재

항 목 명	MODE	항 목 설 명
100분의100미만 보훈청구액	9(10)	- 보훈위탁진료 요양기관에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈국비(감면)환자인 경우 100분의100미만 총액에서 100분의100미만 본인일부부담금 및 100분의100미만 청구액을 제외한 금액을 기재 - 보훈병원에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈감면환자인 경우 100분의100미만 총액에서 국가부담(30%, 50%, 60%, 90%)에 해당하는 금액을 기재
청구구분		보완청구, 추가청구시 기재
접수번호	9(7)	보완청구, 추가청구의 경우 당초 청구한 요양급여비용 명세서의 접수번호를 기재
명세서일련번호	9(5)	보완청구, 추가청구의 경우 당초 청구한 요양급여비용 명세서의 일련번호를 기재
사유	X(2)	보완청구의 경우 당초 청구한 명세서의 심사불능 사유를 기재 (※ 사유 '91'의 경우는 반드시 수진자의 주민등록번호와 보험증의 주민등록번호와 대조·확인하여야 함)
코드	9(1)	1: 보완청구 2: 추가청구
CRLF	X(2)	

2) 명세서 조제내역(약국)

항 목 명	MODE	항 목 설 명
요양기관기호	9(8)	의료급여인 경우 의료급여기관 기호
명세서 일련번호		
일련번호	9(5)	00001 - 99999
확장번호	9(4)	0003~9999
자료구분	X(1)	3: 명세서 조제내역 5: 명세서 처방내역 (처방조제시 대체, 수정, 변경, 저가대체, 성분처방으로 처방전의 약제와 조제내역이 상이한 경우 해당 처방전의 약제 내역을 모두 기재)
진료내역		
항	X(2)	조제투약시 “약가”항부터 “비급여 약가”항까지 9개 항에 부여된 번호 기재 01: 약가 02: 조제료 등 A: 100분의50 본인부담 B: 100분의80 본인부담 D: 100분의30 본인부담 E: 100분의90 본인부담 U: 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담 약가 V: 보훈 등 100분의100본인부담 약가 W: 비급여 약가 ※ V항, W항: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 진료분에 한하여 기재
목	9(2)	조제투약시 각 약가항의 소분류 단위로 부여된 번호 기재 ■ 약가 01: 내복약 02: 외용 03: 주사 ■ 조제료등 01: 조제료 등 ■ 100분의50 본인부담 01: 내복약 02: 외용 03: 주사 ■ 100분의80 본인부담 01: 내복약 02: 외용 03: 주사 ■ 100분의30 본인부담 01: 내복약 02: 외용 03: 주사 ■ 100분의90 본인부담 01: 내복약 02: 외용 03: 주사 ■ 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담 약가 01: 내복약 02: 외용 03: 주사

항 목 명	MODE	항 목 설 명
		■ 보훈 등 100분의100본인부담 약가 01: 내복약 02: 외용 03: 주사 ■ 비급여 약가 01: 내복약 02: 외용 03: 주사
코드구분	X(1)	1: 수가 3: 보험등재약 4: 원료약, 조제(제제)약
코드	X(9)	약국조제료, 보험등재약, 원료약의 코드를 앞에서부터 5-9자리 기재. 단, 처방의약품의 경우 일반명 코드 기재 가능
조제구분	X(1)	처방전에 따른 조제투약시 처방전의 대체, 변경, 수정 또는 성분처방인 경우 해당구분자를 기재 1: 대체 2: 수정 3: 변경 4: 저가대체 5: 성분처방 9: 저가대체 가산금
단가, 1회투약량, 일투, 총투, 금액, 본인부담률구분코드		처방내역은 코드구분 3, 4, 5일 때 1회투약량, 1일투여횟수, 총투약일수, 본인부담률구분코드만 기재
단가	9(9)V9	- 상대가치점수표상의 점수에 점수당 단가를 곱하여 10원 미만은 4사5입한 금액을 기재 - 약가, 치료재료, 원료약 등의 경우는 「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 따른 단가를 원미만은 4사5입하여 기재하되, 단가가 1원 미만인 경우 1원으로 기재 - 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따른 단가를 기재
1회투약량	9(4)V9(4)	1회투약량(소수 다섯째자리에서 4사5입하여 소수 넷째자리까지 기재)을 기재(의약품 및 처방내역 의약품 해당)
일투	9(4)V9(2)	1일 실시횟수(소수 셋째자리에서 4사5입하여 소수 둘째자리까지 기재)를 기재(의약품 및 처방내역 의약품의 경우는 1일 투약횟수를 기재)
총투	9(3)	총 투약일수 또는 실시횟수 처방의약품의 경우는 총투약일수를 기재
금액	9(10)	수가, 약가의 단가에 1회투약량, 일투, 총투를 곱하여 원미만 4사5입한 금액 기재
본인부담률구분코드	X(1)	요양급여 중 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 약제를 처방한 경우 본인이 부담할 비용의 부담률에 부여된 해당 구분코드를 기재 ■ 구분코드 A: 100분의50 본인부담 B: 100분의80 본인부담 D: 100분의30 본인부담 E: 100분의90 본인부담

항 목 명	MODE	항 목 설 명
		U: 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담 V: 보훈 등 100분의100본인부담 W: 비급여
면허종류	X(1)	실제 의약품을 조제·투약한 약사의 해당 면허종류 구분자를 기재 ■ 면허종류 4: 약사 5:한약사
면허번호	X(100)	실제 의약품을 조제·투약한 약사의 면허번호를 기재 ■ 유형(2개 이상의 면허번호는 다음과 같이 기재) 12345/67890/54321.....
처방내역		처방전을 발급한 경우에 기재
사용기간	9(3)	처방전의 사용기간 기재
반복조제횟수	9(2)	(사용유보)
처방전발급번호	9(13)	요양기관에서 부여하는 번호로서 처방발급일과 처방전 발급순서에 따른 일련번호를 연이어 기재
발급일자	9(8)	CCYYMMDD 형태로 기재
일련번호	9(5)	
CRLF	X(2)	

(7) 요양급여비용(의료급여비용)명세서 특정내역 레코드 항목설명(공통)

항 목 명	MODE	항 목 설 명
요양기관기호	9(8)	의료급여인 경우 의료급여기관 기호
명세서 일련번호		
일련번호	9(5)	00001 - 99999
확장번호	9(4)	0004~9999
자료구분	X(1)	8: 명세서 특정내역
특정내역기재란		
발생단위구분	X(1)	특정내역 발생 단위별로 해당 구분자를 기재 1: 명세서단위 2: 확장번호단위 3: 처방내역 확장번호단위 4: 처방내역단위(의·치과 및 보건기관 해당)

항 목 명	MODE	항 목 설 명
처방전발급번호	9(13)	처방내역 확장번호단위 또는 처방내역단위로 특정내역을 기재할 경우 해당 처방전발급번호를 기재
진료내역 확장번호	9(4)	진료(조제)내역 또는 처방내역의 확장번호단위로 특정내역을 기재할 경우에 해당 확장번호를 4자리 숫자로 기재 (단, 명세서단위의 특정내역인 경우에는 기재하지 않음)
특정내역구분	X(5)	해당 내역의 구분코드를 특정내역구분란에 기재하고 그에 해당되는 기술사항을 특정내역란에 기재하되, 세부구분코드는 별표 8 “특정내역 구분코드”를 참조
특정내역	X(700)	
CRLF	X(2)	

(8) 요양급여비용 EOF 레코드 항목설명(공통)

항 목 명	MODE	항 목 설 명
요양기관기호	9(8)	의료급여인 경우 의료급여기관 기호
명세서 일련번호		
일련번호	9(5)	99999
확장번호	9(4)	9999
자료구분	X(1)	9: 요양급여비용 EOF
CRLF	X(2)	

Ⅲ. 의약품 및 치료재료대의 통보

1. “약제 급여 목록 및 급여 상한금액표”에 등재되지 아니한 보험의약품

가. “약제 급여 목록 및 급여 상한금액표”에 등재되지 아니한 원료약, 조제(제제)약을 투여한 경우에는 구입증빙자료(세금계산서 등)를 첨부한 해당 “목록표(별지 제6, 7호서식)”를 작성하여 심사평가원에 요양급여비용 청구 전에 제출하여야 한다. 조제(제제)약의 경우 심사평가원은 목록표를 제출한 요양기관에 해당 코드를 통보하고 요양기관은 이 코드를 사용한다.

나. 조제(제제)약의 목록표에는 사용약품란에 조제시 사용한 의약품의 코드, 규격/단위, 단위당가격, 분량 및 분량당 가격을 기재하고 비고란에는 조제(제제)약의 주 효능에 대한 의약품 분류번호를 기재한다.

2. 치료재료대

가. 치료재료를 구입·사용한 경우에는 구입증빙자료를 첨부한 “치료재료구입목록표(별지 제8호서식)”를 작성하여 심사평가원에 요양급여비용 청구 전에 제출하여야 한다.

나. 포장단위(Package 및 Box)로 구입하는 경우 개당 단가 산출이 가능하도록 반드시 규격당 수량을 기재하여야 한다.

다. 구입가는 수량에 단가를 곱한 금액을 기재하며, 단가는 개당 단가를 기재한다.

라. 구입처란에는 구입처의 상호 및 납세번호를 기재한다.

(별첨 3)

서면서식 작성요령(제1편 제4조 및 제32조 관련)

Ⅰ. 요양급여비용 심사청구서(별지 제9호부터 제9호의3까지의 서식)

1. ※란은 심사평가원이 기재한다.
2. "④청구단위구분"란은 외래 또는 약국의 요양급여비용을 방문일자(처방전)별로 작성하여 주단위로 구분 청구하거나 월단위로 통합 청구하는 경우에는 해당 구분자를 기재한다.
   ■ 구분자: 월단위 청구(0), 주단위 청구(1주-1, 2주-2, 3주-3, 4주-4, 5주-5, 6주-6)
3. "⑪건수"란은 첨부된 명세서의 건수를 기재한다.
4. "⑬본인일부부담금", "⑲지원금(약국의 경우 ⑱)", "⑳장애인의료비(약국제외)", "⑭청구액", "㉑건강보험 100분의100본인부담금총액(약국의 경우 ⑲)" 및 "㉒보훈 본인일부부담금(약국의 경우 ⑳)"은 각 명세서상의 본인일부부담금, 지원금, 장애인의료비, 청구액, 건강보험 100분의100본인부담금총액 및 보훈본인일부부담금을 각각 합계한 금액으로 기재하고, "⑫요양급여비용총액 1"은 ⑬, ⑳ 및 ⑭의 합계액(약국은 ⑬과 ⑭의 합계액)을 기재한다.
5. "⑮차등수가 청구액"란은 요양기관(치과의원, 한의원, 보건의료원, 약국) 명세서별로 진찰료와 조제료 등(약국관리료, 조제기본료, 복약지도료, 조제료를 말한다)을 차등 산정한 청구금액을 합산하여 기재한다.(단, 차등수가 미적용 진찰료(조제료 등)는 제외)
6. "⑯본인부담상한액초과금총액(약국의 경우 ㉕)"란은 각 명세서상의 본인부담상한액초과금을 합계한 금액으로 기재하며, "⑰요양급여비용총액 2(약국의 경우 ⑯)"는 각 명세서상의 요양급여비용총액 2를 합하여 기재하고, 보훈위탁진료 요양기관(동일한 기관에서 발행한 처방전에 따라 조제하는 약국)의 보훈국비·감면환자 진료분(처방조제분) 또는 보훈병원에서 발행한 처방전에 따라 조제하는 약국의 보훈감면환자 처방조제분인 경우 "⑰진료비총액(약국의 경우 ⑯)", "⑱보훈청구액(약국의 경우 ⑰)", "㉒보훈본인일부 부담금(약국의 경우 ⑳)" 및 "㉖100분의100미만 보훈청구액(약국의 경우 ㉔)"은 각 명세서상의 진료비총액, 보훈청구액, 보훈 본인일부부담금 및 100분의100미만 보훈청구액을 각각 합계한 금액으로 기재한다.
7. "㉓100분의100미만 총액(약국의 경우 ㉑)", "㉔100분의100미만 본인일부부담금(약국의 경우 ㉒)" 및 "㉕100분의100미만 청구액(약국의 경우 ㉓)"은 각 명세서상의 100분의100미만 총액, 100분의100미만 본인일부부담금 및 100분의100미만 청구액을 각각 합계한 금액으로 기재한다.

8. “차등수가 적용기준”란에는 상대가치점수표 제1부 “Ⅲ.차등수가.다”항에 따라 월단위 또는 주단위로 산정된 차등지수와 1개월 또는 1주일 동안 의사(약사)별 진료(조제)한 일수의 합을 기재한다.(단, 차등수가 미적용 진료(조제)일 제외)

   - 주 3일이상이면서 20시간 이상 근무하는 격일제, 시간제 근무자는 1개월(주단위청구의 경우 1주일) 동안 재직한 일수의 1/2로 산정(소수점이하 4사5입)하되, 최대 월 15일(주단위청구의 경우 주 3일)을 초과할 수 없다.
   - 이 경우 별표 8. 특정내역 구분코드의 해당 특정내역(MT008) 기재형식에 따라 ‘진료(조제)일수’란 하단 여백 또는 청구서 뒷면에 의사(약사)별 주민번호 앞자리(생년월일) 및 실제 진료(조제)일수를 기재한다.

9. 검체검사 위탁의 경우 일반 요양급여비용청구서와 구분할 수 있도록 3cm×7cm의 “위탁 검사용” 적색도장을 요양급여비용청구서 청구일자 상단 여백에 날인한다.

10. “청구인”란에는 해당 요양기관의 대표자(개설자)가 청구내용 및 금액을 확인한 후 성명을 한글 또는 영문으로 기재하고, 서명 또는 날인하여야 한다.

11. “작성자”란에는 심사청구서 및 명세서를 직접 작성한 자의 ⑦성명(한글 또는 영문) 및 ⑧생년월일을 정확히 기재하고 서명 또는 날인한다. 만약 2인 이상이 공동으로 작성한 경우 작성책임자의 성명(한글 또는 영문)을 기재한다.

12. “대행청구단체 ⑨기호 및 ⑩명칭”란에는 심사평가원에서 “대행청구단체”에 부여한 기호 및 대행청구업무를 수행하는 관련의약단체(지부, 분회 포함)의 명칭을 기재한다.

13. 보건기관의 경우 의과, 피임시술과, 물리치료과를 모두 합하여 “의과”란에 기재하고, 치과는 “치과”란, 조산은 “조산”란, 한방은 “한방”란에 기재한다.

14. “보험자종별 구분”란은 보훈위탁진료 요양기관(동일한 기관에서 발행한 처방전에 따라 조제하는 약국)의 보훈 국비환자(상이처, 무자격자) 진료분(처방조제분)인 경우에 한하여 “7”을 기재한다.

Ⅱ. 요양급여비용 명세서 (별지 제10호부터 별지 제20호까지의 서식)

1. 요양개시일 및 요양급여일수 등

가. “상병명 및 상병분류기호”란에는 통계청 고시에 따른 「한국표준질병·사인분류」의 상병명 및 분류기호를 주상병, 부상병, 배제된 상병 순으로 기재(영문자는 반드시 대문자로 기재, ‘ · ’ 또는 ‘*’, ‘†’ 등 특수기호는 기재 생략)한다. 이 경우 주상병은 반드시 첫 번째 자리(제1단)에 기재하여야 하며, 주상병과 함께 있었거나 발생된 병태로서 환자 진료에 영향을 주었던 병태(부상병)는 두 번째 자리(제2단)부터 중요도

순으로 기재한다. 또한, 배제된 상병(최종상병이 확진된 경우 이전에 고려하였지만 배제된 상병)은 상병명에 배제된 상병임을 별도 명시한다.

나. “당월요양개시일”란에는 해당 요양기관에 해당 상병의 요양급여를 위하여 그 달에 최초 입원한 연, 월, 일을 기재하고, 30일을 초과한 입원요양급여비용의 분리청구시에는 “최초입원개시일”란에 해당 상병의 요양급여를 위해 최초 입원한 연, 월, 일을 기재한다.

다. “내원일자”란에는 해당 요양기관에 해당 상병의 요양급여를 위하여 외래에 내원한 일자를 기재하며, 동일인에게 초진 및 재진을 1일에 2회이상 행하고 초·재진 진찰료를 2회 이상 산정하는 경우에는 명세서 ‘특정내역’란에 그 사유를 기재한다.

라. “당월요양급여일수(외래 명세서의 경우는 ‘요양급여일수’)”에는 해당 상병으로 당월(당일)에 요양급여를 받은 실 일수를 기재하며, 입원 또는 내원일수에 투약일수(의료기관의 경우 원내투약일수)를 산입하여 산정한다. 이때 입원 또는 내원일수와 투약일수가 중복될 때에는 1일로 계산한다.

마. “입원일수”는 상대가치점수표 제2부 제1장 2.입원료 등 산정지침에도 불구하고 수진자가 입원한 날부터 퇴원일까지의 일수를 기재한다.

바. 동일인에 대하여 정률제 명세서, 정액제 명세서 등으로 각각 작성될 경우에 “당월요양개시일”은 각 명세서상의 해당 최초 진료일자를, “당월요양급여일수(요양급여일수)”는 해당 명세서상의 투약일수를 포함한 요양급여기간만을 기재하며, “총 내원일수”란에도 해당 명세서상의 내원일수만을 기재한다.

사. “총내원일수”는 수진자가 내원하여 진료를 받은 실 일수를 기재하되, 동일인에게 초진 및 재진을 1일에 2회이상 행하고 초·재진 진찰료를 2회 이상 산정하는 경우에는 “특정내역”란에 그 사유를 기재하고 내원일수는 1일로 기재한다.

아. “본인부담금 발생횟수”란은 차상위 (장애인) 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자가 외래진료 시 1일 2회 이상 진찰한 경우 본인부담금 발생횟수를 기재한다.

자. “직접조제횟수”란은 차상위 (장애인) 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자 외래진료 당일 의약분업 예외사항 발생으로 모든 의약품(경구, 외용제, 주사제 등)을 원외처방전 발행 없이 원내에서 직접조제·투약하는 경우 직접조제·투약횟수를 기재한다. 다만, 원외처방전 발행과 원내 직접조제가 동시에 이루어진 경우는 기재하지 않는다.

차. “특정내역”란은 100분의 100본인부담내역, 신생아체중 등 특정의 진료(조제)내역, 처방내역 및 청구내역에 대한 추가적 기술사항 등을 기재한다.

카. “수진자 일련번호”란(외래 명세서에만 해당)에는 동일수진자가 요양급여(조제투약)를 받은 일수가 여러 날인 경우 해당 명세서마다 총 내원(방)일수에 일련번호를 부여하여 기재한다.

타. “면허종류 및 면허번호”란에는 주상병명에 대하여 진료한 진료과목의 주된 의사, 치과의사, 한의사의 면허종류와 면허번호를 기재하고 약국의 경우 의약품을 조제·투약한 주된 약사의 면허종류 및 면허번호를 기재한다.

2. 요양급여의 내용 및 처방내역 등 (별지 제10호부터 별지 제13호의3까지, 별지 제17호부터 별지 제18호의3까지의 서식)

가. 명세서 중단 우측 란에는 “요양급여의 내역과 처방 내역”을 다음과 같은 순서로 기재한다.

1) 처방전 발급번호 및 점검번호, 처방일수
2) 처방내역
3) 요양급여의 내역

나. 동일월에 하나의 상병에 대한 요양급여중에 다른 상병에 대하여 요양급여를 한 경우 또는 하나의 상병에 대한 요양급여가 끝나고 새로운 다른 상병에 대하여 요양급여한 경우에는 한 장의 명세서에 작성하되, 상병별 요양급여 내역 등은 구분하여 기재한다.

다. 명세서 중단 좌측 란에 “요양급여의 내역과 처방내역”을 구분한 내역에 따라 회(종), 기본진료·약제·특정재료 등(Ⅰ)에 해당하는 금액, 진료행위(Ⅱ)에 해당하는 금액을 각각 구분 기재한다.

1) “기본진료, 약제, 특정재료 등(Ⅰ)”란은 기본진료료, 의약품관리료, 약제, 치료재료 및 혈액 등 요양기관 종별가산율이 적용되지 아니하는 비용을 기재한다.

2) “진료행위(Ⅱ)”란은 요양기관 종별가산율이 적용되는 비용을 기재한다.

라. “처방전 발급번호”는 발급연월일(CCYYMMDD)과 일련번호(5자리수이내)로 구성된 처방전 발급번호를 발급일자 순으로 기재하고, 하단의 “점검번호”는 “처방전 발급번호의 일련번호”를 합산한 값을 기재한다.

마. “처방일수”는 처방전에 기재된 처방약품별 처방일수 중 가장 긴 처방일수를 기재하되, 일자별로 처방내역이 달라 각각 다른 의약품을 조제하도록 처방된 경우에는 각각의 처방일수를 합산하여 기재한다.

바. 처방내역은 “처방전 발급번호”를 기재한 순서대로 각각 구분하여 약품코드, 약품명, 1회투약량, 1일투여횟수, 총투약일수, 본인부담률구분코드를 기재한다. 이때 「약사법」 제26조와 제27조에 따라 처방내역을 수정 또는 변경한 경우에는 수정·변경된 처방내역을 기재하되, 대체 조제의 경우에는 원 처방내역을 기재한다.

사. 수진자에게 발급한 처방전의 사본을 명세서에 첨부하는 경우에는 처방내역은 기재하지 않아도 무방하다.

아. 요양급여의 내역은 진찰료, 입원료(식대 포함), 투약료및처방전, 주사료, 마취료, 이학요법료, 정신요법료, 처치 및 수술료, 검사료, 영상진단 및 방사선 치료료, 요양병원정액, 특수장비, 특수재료 및 관련 행위료, 100분의50 본인부담, 100분의80 본인부담, 100분의30 본인부담, 100분의90 본인부담, 건강보험 100분의100본인부담, 보훈 등 100분의100본인부담, 비급여 순서로 코드, 분류, 단가, 1회 투약량[의약품인 경우만 해당. 단, 한방은 제외], 1일 투여량 또는 투여(실시)횟수, 총투여일수 또는 실시횟수, 금액을 각각 기재하되, 보훈 등 100분의100본인부담 및 비급여는 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 진료분에 한하여 기재한다. 또한, 치료재료를 구입·사용한 경우에는 “치료재료 구입목록표(별지 제8호서식)”를 작성하여 심사평가원에 요양급여비용 청구 전에 제출하여야 하며, 요양급여비용 명세서 기재 시 코드, 품명, 규격, 구입연월일, 수량, 구입가, 단가, 구입처, 제조회사를 정확히 기재하여야 한다.

자. 평일 18시(토요일은 13시)~09시 또는 공휴일(「관공서의 공휴일에 관한 규정」)에 진찰 또는 기타 진료행위를 하여 가산하는 경우 진료일자와 진료개시 시간을 명시한다. 이 때 진찰료에 가산하는 경우에는 좌측 구분란의 “야간·공휴 회”란에 그 횟수를 기재한다.

차. 치과에서 「장애인복지법」의 관련 규정에 의해 장애인 등록증을 교부받은 뇌병변장애인, 지적장애인, 정신장애인, 자폐성장애인에 대하여 진찰료에 9.03점을 가산하는 경우 명세서 진료과목란의 하단에 “장애인”이라고 기재한다.

카. 「약사법」의 관련규정에 해당되어 원내 투약한 경우에는 “분류”란에 “(별표 7) 의약분업 예외구분코드”의 해당 코드와 의약품명을 함께 기재한다.

타. 검체검사 위탁의 경우 의뢰기관은 “검사료”란의 (Ⅰ)란에 ②위탁검사관리료, ③위탁검사료를 구분하여 각각 총 합산한 금액을 기재하되, ③위탁검사료에는 위탁검사 해당 항목의 소정 검사료와 별도 산정 가능한 재료대를 합산하여 기재하여야 하며, 이 경우 해당 검사항목 뒷줄 여백에 검체검사 위탁 구분코드 “L”과 실시(수탁)한 요양기관의 “기호”, “검사의뢰일”을 기재한다.

파. 「의료법」 제39조(시설 등의 공동이용)에 따라 의료자원(시설·장비 및 인력 등)을 공동이용하는 계약에 따른 경우에는 해당 진료항목 뒷줄 여백에 시설 등의 공동이용 진료구분자 “K”와 실시한 요양기관(수탁기관)의 “기호”, “진료의뢰일”을 기재하며, 공동이용계약에 따른 경우가 아닌 시설·장비 및 인력 등을 보유한 다른 요양기관에 진료를 의뢰한 경우에는 해당 진료항목 뒷줄 여백에 위탁진료 구분자 “T”와 수탁한 요양기관의 “기호”, “진료의뢰일”을 기재한다.

하. 상대가치점수표 제1부 1.일반기준 제3호에 따라 제2부 각 장에 분류되지 아니한 진찰·처치·수술 및 기타의 치료에 대한 요양급여를 실시한 경우에 우선적으로 행위의 내용·성격과 상대가치점수가 가장 유사한 분류항목으로 산정하는 경우에는 “준용”항목임을

명시하고 해당코드 외에 실 진료행위 명칭을 기재한다.

거. “면허종류 및 면허번호”란에는 실제 환자를 진료한 의사, 치과의사, 한의사와 실시한 간호사 등의 면허종류 및 면허번호(단, 사회복지사는 자격번호)를 기재한다.

3. 조산원(별지 제14호서식)

가. “조산구분”란은 초 · 경산 및 골반위만출 여부에 따라 초산 ①, 경산 ②, 골반위만출술 ③으로 기재한다.

나. “시간”란은 주간(09시를 초과한 때부터 18시 전까지)에 조산한 경우에는 ①, 18시~09시(22시~06시 제외) 또는 공휴일에 조산한 경우에는 ②를 기재하고, 22시~06시 조산한 경우에는 ③을 기재하되, ②③의 경우에는 조산시각 또는 조산일자(공휴일인 경우)를 명기한다.

다. “가산구분”란은 고위험 분만에 해당되는 경우에는 ①, 분만취약지 소재 조산원에서 분만한 경우에는 ②를 기재하고, 고위험 분만과 분만취약지 소재 조산원 분만이 동시 적용되는 경우에는 ③으로 기재한다.

라. 본인이나 배우자가 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우 등에 해당되어 자궁내장치를 시행하여 상대가치점수표 ‘제11장 조산료’를 산정하지 않고, ‘제9장 제1절 처치 및 수술료’에 분류된 자궁내장치(R4271)에 따라 산정하는 경우에는 “입원일수”란에 내원일수를, “조산구분”란에 ④를 기재하고 “요양급여비용총액 1”란에는 자궁내장치(R4271) 수기료에 재료대를 합하여 기재하며, “본인일부부담금”란은 요양급여비용총액 1의 30%에 해당하는 금액을 기재한다.

마. “다태아여부”란에 쌍태아는 ②, 삼태아는 ③으로 기재한다.

바. “요양급여비용”란은 사목의 ‘특정항목’란에 기재하는 항목에 해당하는 요양급여비용을 합산하여 금액을 기재한다.

사. “특정항목”란은 상대가치점수표 제1편제1부 Ⅰ. 일반기준 제8호다항에 따른 보건복지부장관이 인정하는 항목을 산정하는 경우 해당 구분코드를 기재하며, 상대가치점수표 제6편제1부 공공-1-가 분만 지역정책수가를 산정하는 경우 ‘04’를 기재하고, 공공-1-나 분만 안전정책수가를 산정하는 경우 ‘05’로 기재한다.

4. 보건기관(별지 제15호부터 제16호의2까지의 서식)

가. 투약일수에 따라 본인일부부담금이 다른 경우에는 동일인일지라도 요양급여비용명세서(GI08)란에 구분하여 작성한다.

나. “진료과”란은 의과, 치과, 한방, 조산 여부에 따라 의과 ①, 치과 ②, 조산 ③으로 기재하고 보건소 또는 보건지소에 물리치료사가 상근하면서 물리치료를 실시한 경우에는 ⑤를 기재하고, 한방의 경우에는 한방시술단독 ⑦, 한방투약단독 ⑧, 한방시술과 투약병행 ⑨를 기재한다.

다. 보건기관에서 18~09시 또는 공휴일에 조산을 행하여 소정금액의 50%를 가산하는 경우에는 조산시각 또는 공휴일임을 “상병명”란에 기재한다.

라. 본인이나 배우자가 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우 등에 해당되어 피임시술(정관절제술 또는 결찰술, 난관결찰술, 자궁내 장치)을 시행하여 상대가치점수표 ‘제12장 보건기관의 진료수가’를 산정하지 않고, ‘제9장 처치 및 수술료 등’에 분류된 해당항목에 따라 산정하는 경우에는 “의과(피임시술) ④”로 기재하며, 자궁내장치의 재료대는 ‘요양급여비용총액 1’란에 해당 수기료와 합하여 기재한다.

마. 보건의료원은 의료기관과 같은 명세서를 사용한다.

바. 보건소와 의약분업 대상 보건지소에서 처방전을 발행하는 경우, “방문횟수란”에는 총 방문횟수를, “진찰횟수”란에는 실제 진찰이 이루어진 횟수를, “투약일수”란에는 의약분업 예외사유로 보건기관내 조제투약하는 경우의 실 투약일수를 기재하며, “물리치료일수”는 실 물리치료 일수를 기재한다. 동일날에 동일수진자에게 처방전 발행이 2회 이상일 경우 “처방전 발급횟수”란에는 처방전 발급횟수를, “처방전 발급번호”란에는 처방전 발급번호순으로 각각 구분하여 기재하고, “처방전 발급번호” 하단의 “점검번호”는 “처방전 발급번호의 일련번호”를 합산한 값을 기재하며, “총처방일수”는 처방전 당 처방일수의 합을 기재한다.

사. 의약분업 대상기관에서 예외사항 발생으로 원내 조제투약하는 경우에는 “예외구분코드”란에 “(별표 7)의약분업 예외구분코드”의 해당코드를 기재하며, 처방전 발행과 분업예외 투약이 동시에 발생하는 경우에는 “투약일수, 예외구분코드, 처방전발급횟수, 처방전 발급번호 및 총처방일수”를 모두 기재한다.

아. 보건진료소와 의약분업 예외 보건지소에서도 “예외구분코드”란에 반드시 해당코드를 기재한다. 예외적으로 처방전을 발급하는 경우에는 “처방전 발급횟수와 처방전발급번호, 총처방일수”를 기재한다.

자. 보건소 및 보건지소에서 처방전을 발행한 경우에는 처방내역란에 “처방전 발급번호”를 기재한 순서대로 각각 구분하여 코드, 약품명, 1회투약량, 1일투여횟수, 총투약일수, 본인부담률 구분코드를 기재한다. 이 때 원외처방약제 중 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 약제를 처방한 경우 본인이 부담할 비용의 부담률에 부여된 해당 구분코드를 기재한다. 이 중 100분의50 본인부담은 “A”, 100분의80 본인부담은 “B”, 100분의30

본인부담은 “D”, 100분의90 본인부담은 “E”, 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담은 “U”, 보훈 등 100분의100본인부담은 “V”, 비급여는 “W”를 기재한다.

차. 보건소 및 보건지소에서 의약분업 예외사항 발생으로 원내 조제투약하는 경우에는 진료내역(의약품)란에 코드, 분류, 단가, 1일 투여횟수(실시횟수), 총 투여일수(총 실시횟수), 금액을 기재하며, 보훈위탁진료 보건기관에서 보훈 국비환자를 진료한 경우에는 보훈 등 100분의100본인부담, 비급여 진료내역도 함께 기재한다. 이 경우 급여구분란에 보훈 등 100분의100본인부담 진료내역(의약품)은 “V”, 비급여 진료내역(의약품)은 “W”를 기재한다.

5. 한방 의료기관(별지 제17호부터 제18호의3까지의 서식)

가. “처방명”란에는 “한방건강보험 기준처방별 가격표”에 따른 한방기준처방인 경우 처방번호와 처방명을 기재하고, 한의사의 임의의 처방(이하 “임의처방”이라 한다)인 경우는 처방명만 기재하되, 처방명이 2개 이상인 경우 2개 이상의 처방명을 모두 기재한다.

나. 단미엑스산제를 56개 고시처방에 의하지 아니하고 한의사 임의 처방으로 투여하는 경우에는 분류란 상단에 처방명을 기재하고, 그 하단에 “한약제제 급여목록 및 상한금액표”에 등재된 단미엑스산제의 품명, 단가 등을 기재한다.

다. “단가”란에는 기준처방(임의처방)별 1일당 약가 또는 “한약제제 급여목록 및 상한금액표” 상의 단위가격을 기재하되, 기준처방(임의처방)별 1일당 약가는 원미만을 4사5입하여 금액을 정확히 기재한다. 단미엑스산제(분할투여한 처방)인 경우 1일투여량 란에 1일 총투여량(소수 셋째자리에서 4사5입)을 기재하며, 총투여일수 란에는 실투여일수를 기재한다. 금액은 기준처방(임의처방)별 1일당 약가 또는 “한약제제 급여목록 및 상한금액표” 단위가격에 1일투여량 및 총투여일수를 곱하여 금액란에 기재한다.

라. “처방·조제·복약지도료”란은 외래 또는 입(퇴)원환자에게 투약한 경우에 산정하며, “진료행위(Ⅱ)”란에 기재한다. 입원환자에 대하여 입원기간 중 투약한 경우에는 투약 1일당으로 산정하며, 퇴원환자에게 투약한 경우에는 퇴원익일부터 산정하되, 입원명세서의 “분류”란에 투약내역 기재시 “퇴원약 ○일분” 이라고 기재한다.

마. “시술 및 처치료”란에는 실시한 시술 및 처치명, 실시횟수, 금액을 “분류”란에 기재하고 실시횟수와 합계금액을 “구분”란과 “진료행위(Ⅱ)”란에 기재한다.

바. 고정용 신축성 붕대 및 처치시 사용된 재료대는 “4.시술 및 처치료⑤기타”란의 “기본진료, 약제 등(Ⅰ)”란에 기재한다.

사. 변증기술료(40400)는 “4. 시술 및 처치료 ⑤기타”란의 “진료행위(Ⅱ)”란에 기재한다.

아. 한방요양기관에서 가정간호를 실시한 경우 명세서 상단 “특정기호”란에 해당되는 특정기호를 반드시 기재하되, 응급상황으로 인한 외래진료가 발생한 경우에는 가정간호건과 함께 앞뒤로 편철하여 청구한다.

6. 약국(별지 제20호서식)

가. 동일 환자에 대해서 처방전에 의해 조제·투약한 경우에는 처방전별로 명세서를 각각 작성한다.

나. “상병분류기호”는 의사 또는 치과의사가 발행한 처방전에 기재된 상병분류기호를 기재한다.

다. “특정기호”는 별표 6. “특정기호코드”의 사항에 해당되는 수진자에게 처방전이 발급되어 조제가 이루어진 경우에 처방전에 기재된 해당코드를 기재한다.

라. “처방전 발급기관기호”는 처방전을 발급한 의료기관(보건기관) 기호를 기재한다.

마. “처방전발급번호”란은 처방전에 기재된 발급연월일(CCYYMMDD)과 일자별 일련번호(5자리수 이내)를 기재한다.

바. “사용기간”은 의사 또는 치과의사가 처방전을 발급하여 약국에서 조제하기까지의 기간을 의미하며, 처방전의 “사용기간”에 기재된 대로 기재한다.

사. “조제투약일”은 실제 조제투약이 이루어진 일자를 기재한다.

아. “투약일수”는 처방전의 실투약일수를 기재한다.

자. “조제투약내역”은 약제 조제내역을 약제별로 코드, 약품명, 조제구분, 단가, 1회투약량[의약품인 경우만 해당], 1일 투약횟수 또는 실시횟수, 총투약일수 또는 실시횟수, 금액을 기재하며, 조제투약내역 기재가 끝난 후에는 조제기술료 등 각 조제료의 해당코드와 산정내역을 모두 조제내역란에 기재한다.

차. “조제투약내역”기재가 끝난 후 처방전의 대체·수정·변경·성분처방 등 실 처방내역과 조제내역이 상이한 경우에는 “처방내역”란에 해당 처방전의 약제내역 부분을 코드(일반명코드 또는 제품명코드), 약품명(일반명 또는 제품명), 1회투약량(소수 다섯째자리에서 4사5입), 1일투여횟수, 총투약일수, 본인부담률구분코드 순서대로 기재하며, 실 처방내역과 조제내역이 동일한 경우에는 처방내역을 생략할 수 있다.

카. 처방전의 대체·수정·변경 등이 있는 경우에는 그 내용을 처방전(약국보관용 및 환자보관용)에 기록하되, “대체”의 경우 원처방내역으로 기재하고, 수정·변경의 경우 수정·변경된 내역으로 기재하며, 조제투약내역의 “조제구분”란에 해당기호를 기재한다. (대체-1, 수정-2, 변경-3, 저가대체-4, 성분처방-5, 저가대체 가산금-9)

타. 각 “약제비”란의 “내복약”은 처방전에 따른 조제투약시 내복약을 투약한 경우에, “외용약”은 외용약을 투약한 경우에, “주사제”는 주사제를 투약한 경우에 각각 총투약일수 및 약가의 총액을 “약가(Ⅰ)”란에 기재한다.

파. 처방전에 따라 조제·투약한 경우에는 “약국관리료, 조제기본료, 복약지도료, 조제료, 야간조제관리료”는 1.약제비 “①부터 ④까지의 목 조제료 등(Ⅱ)”란에 각각 기재

하고, “①부터 ④까지의 목”의 합계액을 “⑤목 조제료등(Ⅱ)”란에 기재하며, 의약품 관리료는 방문당으로 산정하여 1.약제비 “⑥목 조제료 등(Ⅱ)”란에 별도 기재한다.

하. “면허종류 및 면허번호”란에는 실제 의약품을 조제·투약한 약사의 면허종류 및 면허번호를 기재한다.

7. 의약분업예외 지역의 약국(별지 제19호서식)

가. 의약분업 예외지역에서 직접조제투약시 “증상분류기호”는 심사평가원장이 정하여 공고한 “약국직접조제·투약시 증상분류기호”에 따라 대분류기호와 소분류기호를 연결하여 3단으로 기재하며, “증상”란에는 수진자가 호소하는 증상을 기재하되, “증상분류기호”는 주된 증상분류기호만 기재한다.

(예시1) 증상: 기침, 콧물, 미열
증상분류기호: 1 1 2

(예시2) 증상: 온몸이 가려움
증상분류기호: 3 2 4

나. “조제투약일”란에는 해당 요양기관에 해당 상병의 조제투약을 위하여 당일에 내방한 일자를 기재한다.

다. “요양급여일수”란에는 당일에 조제투약을 받은 실일수를 기재하되, 내방일수와 투약일수가 중복될 때에는 1일로 계산한다.

라. 동일 수진자가 동일날에 하나의 증상에 대한 조제투약이 끝나고 새로운 다른 증상에 대하여 조제투약을 한 경우에도 한 장의 명세서에 작성하되, 증상별로 조제투약내역을 구분하여 기재한다.

마. “조제투약내역”은 약제 조제내역을 약제별로 약품명, 단가, 1회투약량[의약품인 경우만 해당], 1일 투약횟수 또는 실시횟수, 총투약일수 또는 실시횟수, 금액을 기재하며, 조제투약내역 기재가 끝난 후에는 조제기술료 등 각 조제료의 해당코드와 산정내역을 모두 조제내역란에 기재한다.

바. “1.약가”란에는 약가금액의 합계액을, “2.조제료 등”란에는 “약국관리료, 조제기본료, 복약지도료, 조제료”를 기재하고, 의약품관리료는 “3.의약품관리료”란에 기재한다.

사. “면허종류 및 면허번호”란에는 실제 의약품을 조제·투약한 약사의 면허종류 및 면허번호를 기재한다.

8. 소계, 가산율 및 금액, 요양급여비용총액 1, 본인일부부담금, 청구액 등

가. “소계”란은 “1”란부터 “T”란까지의 (Ⅰ)란의 합계금액과 (Ⅱ)란의 합계금액을 각각 기재한다.

나. “가산율”란은 요양기관 종별가산율을 기재하고, 가산금액란은 (Ⅱ)란의 소계금액에 요양기관 종별가산율을 곱한 금액으로 기재하되, “원” 미만은 4사5입 한다.

다. “요양급여비용총액 1”란은 (Ⅰ)란과 (Ⅱ)란의 소계와 가산금액을 합한 총 금액에서 10원 미만은 절사한 금액을 기재한다. 단, 100분의100미만 총액은 제외한다.

라. “본인일부부담금”란은 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 3 및 4에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)에서 100원 미만 절사한 금액으로 기재하되, 입원진료의 경우에는 10원 미만 절사한 금액으로 기재한다.(단, 상급종합병원, 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원 및 보건진료소의 2009.6.30. 이전 진료분까지는 10원 미만 절사한 금액으로 기재)

또한, 본인부담정액제에 해당하는 경우는 정액 본인일부부담금을 기재하고,

「국민건강보험법 시행령」 제19조에 따른 본인부담상한액초과금이 발생한 경우는 실제 본인이 부담하는 금액과 본인부담상한액초과금을 합하여 기재,

희귀질환 지원대상자의 경우 ‘희귀질환자 의료비지원사업’에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 포함하여 기재,

차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자의 경우는 「국민건강보험법 시행령」 별표 2에 따른 본인부담액 중 ‘장애인복지사업’에서 지원하는 장애인의료비를 제외한 금액을 기재,

긴급복지 의료지원대상자가 본인부담상한액초과금이 발생한 경우는 실제 본인이 부담하는 금액, ‘긴급지원사업’에서 지원하는 지원금 및 본인부담상한액초과금을 합하여 기재(건강보험 100분의100본인부담금 제외),

잠복결핵감염 검진비지원대상은 ‘잠복결핵감염 검진비지원사업’에서 지원하는 지원금을 기재[건강보험 100분의100본인부담금 제외](단, 치과, 한방, 보건소, 보건지소, 보건진료소는 제외),

보훈위탁진료 요양기관(동일한 기관에서 발행한 처방전에 따라 조제하는 약국)의 보훈국비·감면환자인 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 기재하고, 보훈병원에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈감면환자는 요양급여비용총액 1에서 보훈청구액을 제외한 금액을 기준으로 본인일부부담금을 산출하여 기재,

자립준비청년 의료비 지원대상자의 경우는 ‘자립준비청년 의료비 지원사업’에 따른 본인일부부담금을 기재(단, 조산원, 보건소, 보건지소, 보건진료소, 보건의료원은 제외)한다.

마. “청구액”란은 “요양급여비용총액 1”에서 「국민건강보험법 시행령」 별표 2, 같은 법 시행규칙 별표 3 및 4에 따른 “본인일부부담금”을 공제한 금액을 기재한다.

또한, 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자의 경우는 “요양급여비용

총액 1”에서 “본인일부부담금”과 “장애인의료비”를 공제한 금액으로 기재,
보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 중 상이처, 무자격자인 경우에는 ‘0’으로 기재하고, 보훈감면환자의 경우 본인일부부담금과 보훈청구액을 합한 금액을 제외하여 기재, 자립준비청년 의료비 지원대상자의 경우는 요양급여비용총액 1에서 ‘자립준비청년 의료비 지원사업’에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재한다.

바. “본인부담상한액초과금”란은 「국민건강보험법 시행령」 제19조제6항에 따라 본인일부부담금의 총액(법 제44조제2항 및 영 19조제3항에 따른 금액)이 같은 법 시행령 별표 3에 따라 산정한 본인부담상한액의 최고금액을 넘는 경우에는 그 초과금액(본인부담상한액을 확인할 수 있는 경우에는 그 초과금액)을 기재하며, 분리 또는 추가청구시에는 원청구와 연계하여 초과한 금액을 기재한다. 이 경우 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체로부터 받는 의료비 지원금(요양급여비용명세서에 기재하여야 하는 지원금에 한한다)을 제외하고 본인부담상한액초과금을 기재한다.

사. “장애인의료비”란은 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자의 경우 해당금액을 기재한다.

아. “요양급여비용총액 2”란은 요양급여비용총액 1과 건강보험100분의100 본인부담금 총액을 합하여 기재하고 “진료비총액”란은 보훈위탁진료 요양기관(동일한 기관에서 발행한 처방전에 따라 조제하는 약국)의 보훈 국비환자 진료분인 경우 건강보험100분의100본인부담금총액, 보훈 등 100분의100본인부담금총액, 비급여총액, (Ⅰ)란 소계, (Ⅱ)란 소계, 및 가산금액을 모두 합하여 총 금액을 기재하되, 10원 미만은 절사한 금액을 기재한다.

자. “보훈청구액”란은 보훈위탁진료 요양기관(동일한 기관에서 발행한 처방전에 따라 조제하는 약국)의 보훈국비환자인 경우 진료비총액에서 본인일부부담금, 청구액, 보훈본인일부부담금 및 건강보험 100분의100본인부담총액을 제외한 금액을 기재하고,
보훈위탁진료 요양기관(동일한 기관에서 발행한 처방전에 따라 조제하는 약국)의 보훈감면환자인 경우 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 3 및 4에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)에서 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재하며,
보훈병원에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈감면환자인 경우 요양급여비용총액 1에서 국가부담(30%, 50%, 60%, 90%)에 해당하는 금액을 기재한다.

차. 조산원의 경우 입원기간 중 산모·신생아에게 제공한 총 식사금액은 ‘식사종류(기본(분유포함)·가산)’별로 해당 란에 각각 기재한다.

카. “지원금”란은 희귀질환 지원대상자의 경우 ‘희귀질환자 의료비지원사업’에 따른 해당

지원대상자에게 지원하는 비용을 기재하고, 긴급복지 의료지원대상자의 경우 '긴급지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 기재하며, 잠복결핵감염 검진비 지원대상은 '잠복결핵감염 검진비지원사업'에서 지원하는 금액을 10원 미만 절사하여 기재(단, 치과, 한방, 보건소, 보건지소, 보건진료소는 제외)한다.

타. "건강보험100분의100본인부담금총액"란은 건강보험 100분의100본인부담금을 합하여 기재하되, 10원 미만은 절사한 금액을 기재한다.

파. "보훈 본인일부부담금"란은 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 명세서의 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 보훈 등 100분의100본인부담액과 비급여를 합한 금액의 해당 본인일부부담금을 기재한다.

하. "100분의100미만 총액"란은 A항, B항, D항 및 E항의 치료재료, 약제 등 요양기관 종별가산율이 적용되지 않은 요양급여비용, 요양기관 종별가산율이 적용되는 진료행위와 가산금액을 합하여 총 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재하고,
"100분의100미만 본인일부부담금"란은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조에 따른 본인일부부담금을 기재하되 10원 미만 절사한 금액을 기재, 「국민건강보험법 시행령」별표2 제5호의2에 따른 본인일부부담금을 기재하되 10원미만 절사한 금액을 기재, 보훈위탁진료 요양기관(동일한 기관에서 발행한 처방전에 따라 조제하는 약국)의 보훈국비·감면 환자인 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 100분의100미만 본인일부부담금을 기재, 보훈병원에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈감면환자인 경우 100분의100미만 총액에서 100분의100미만 보훈청구액을 제외한 금액을 기준으로 100분의100미만 본인일부부담금을 산출하여 기재하고,
"100분의100미만청구액"란은 100분의100미만 총액에서 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」제3조에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재, 100분의100미만 총액에서 「국민건강보험법 시행령」별표2 제5호의2에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재, 보훈위탁진료 요양기관(동일한 기관에서 발행한 처방전에 따라 조제하는 약국)의 보훈국비환자 중 상이처, 무자격자인 경우 '0'으로 기재, 보훈병원에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈감면환자인 경우 100분의100미만 총액에서 100분의100미만 본인일부부담금과 100분의100미만 보훈청구액을 제외한 금액을 기재하며,
"100분의100미만 보훈청구액"란은 보훈위탁진료 요양기관(동일한 기관에서 발행한 처방전에 따라 조제하는 약국)의 보훈국비·감면 환자인 경우 100분의100미만 총액에서 100분의100미만 본인일부부담금 및 100분의100미만 청구액을 제외한 금액을 기재, 보훈병원에서 발행한 처방전에 따라 조제한 보훈감면환자인 경우 100분의100미만 총액에서 국가부담(30%, 50%, 60%, 90%)에 해당하는 금액을 기재한다.

9. 기 타

가. 공무상 질병, 부상 등에 대한 공상진료비용의 청구시에는 명세서 '공상 등 구분'란에 반드시 "1"을 기재하고, 공무상 요양승인결정서 사본을 첨부하여 청구한다.

나. 보훈 국비환자 또는 감면환자 등의 진료(조제)분인 경우 명세서 '공상 등 구분'란에 반드시 해당 구분자를 기재하여 청구하여야 한다.

■ 공상 등 구분자

1: 공상　　3: 보훈 감면환자(30%)

4: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자(건강보험 또는 의료급여 수급권자)
단, 약국은「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」제9조 단서의 일부본인부담 대상 전상군경 등에 해당하는 경우

5: 보훈 감면환자(50%)　　6: 보훈 감면환자(60%)

7: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자(상이처, 무자격자)

8: 군인가족, 예비역 장군 및 대령, 창군 및 6·25참전요원의 군 요양기관 이용시

9: 군인, 군무원의 군 요양기관 이용시

C: 차상위 희귀질환 · 중증난치질환 또는 중증질환 본인부담경감대상자

E: 차상위 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자

F: 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자

G: 긴급복지 의료지원대상자

H: 희귀질환 지원대상자

J: 보훈 감면환자(90%)

※ 단, '3', '5', '6', 'J'는 약국에서만 기재하며, 약국은 보훈 국비환자의 경우 '4' 또는 '7'을 기재

다. 사업장부속요양기관은 해당 산정항목에 대하여 공휴야간가산 등 각종 가산율을 산정하지 아니한다.

라.「의료법」제39조(시설 등의 공동이용)에 따라 참여의에 의해 개방병원에서 이루어진 입원 및 외래 수술 등의 진료인 경우에는「상해외인」란에 개방병원 진료구분자 "P"를 기재한다. 또한, 의료기관에 소속된 계약의사 또는 협약의료기관의 의사가 해당 의료기관이 아닌「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설(「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양기관을 포함)내에서 시설입소자(사회복지시설에서 숙식하는 자를 뜻함)에게 진료 후 원외처방한 경우(약국의 처방조제 포함), 계약의사가 소속된 의료기관(또는

협약의료기관) 및 사회복지시설이 모두 의약분업예외지역에 해당되어 사회복지시설에서 진료 후 의료기관에서 원내조제하거나 한의사가 원내조제한 경우, 의료기관에 소속된 계약의사(또는 협약의료기관 의사)가 사회복지시설에서 정신질환자를 진료 후 의료기관에서 원내 직접조제·투약한 경우 "J"를 기재한다.

마. "특정기호"란에는 만성신부전증환자 등 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 및 장기이식(신장, 간, 췌장 등)환자 등 「장기등 이식에 관한 법률」 등에 해당되는 경우 해당 코드('별표 6 특정기호코드' 참조)를 기재한다.

바. "등록번호"란은 등록 중증질환자, 희귀질환자 및 중증난치질환자, 결핵질환자 및 잠복결핵감염자가 해당 산정특례 대상 상병(합병증 포함)으로 진료를 받은 경우 또는 등록 틀니 및 치과임플란트 환자가 대상 상병으로 진료를 받은 경우에 해당되는 등록번호를 기재한다.

(별첨 4)

질병군 요양급여비용 전자문서 작성요령(제2편 제4조 관련)

Ⅰ. 요양기관이 심사평가원에 전송하는 전자문서

1. 요양급여비용 심사청구서

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구서서식버전	an(3)	1	'092'
명세서서식버전	an(3)	4	'092'
청구번호	an(10)	7	요양급여비용 심사청구시 요양기관에서 부여하는 번호로서 '진료년월'과 해당 진료월에 발생된 청구서의 개수를 '일련번호'로 연이어 기재 ■ 유형: CCYYMM+D+일련번호 - CCYYMM: 진료년월(6자리) - 질병군 관련 요양급여비용: D(1자리) - 일련번호: 해당 진료년월에 발생한 청구서의 일련번호(3자리)
서식번호	an(4)	17	■ 서식번호 H010: 건강보험 요양급여비용 심사청구서
요양기관기호	an(8)	21	요양기관기호를 기재
수신기관	an(1)	29	"1"로 기재한다.
보험자종별구분	an(1)	30	■ 보험자종별구분 4: 건강보험 7: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자(상이처, 무자격자)
청구구분	an(1)	31	요양기관이 당초 청구한 명세서 중 심사불능건에 대해서는 심사불능 사유를 확인하여 보완청구할 수 있으며, 요양기관이 기 청구하여 심사 지급된 명세서 중 진료내역의 일부가 당초 청구에서 누락된 경우는 누락된 내역을 추가청구 할 수 있다. 이 경우 청구구분란에 반드시 "보완청구" 또는 "추가청구" 구분자를 기재 ■ 청구구분 1: 보완청구 2: 추가청구
공란	an(1)	32	
진료구분	an(1)	33	■ 진료구분 1: 의과
공란	an(1)	34	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
진료형태	an(1)	35	■ 진료형태 1: 질병군 의과입원
진료년월	an(6)	36	입원의 경우 퇴원일이 속한 월을 진료 년 월로 기재 ■ 유형: CCYYMM
건수	n(6)	42	질병군 요양급여비용 명세서의 청구건수를 합하여 기재
요양급여비용총액 1	n(12)	48	질병군 요양급여비용 명세서의 요양급여비용총액 1을 합하여 기재
본인일부부담금	n(12)	60	질병군 요양급여비용 명세서의 본인일부부담금을 합하여 기재
본인부담상한액 초과금총액	n(12)	72	질병군 요양급여비용 명세서의 본인부담상한액 초과금을 합하여 기재
청구액	n(12)	84	질병군 요양급여비용 명세서의 청구액을 합하여 기재
지원금	n(12)	96	질병군 요양급여비용 명세서의 지원금을 합하여 기재
장애인의료비	n(12)	108	질병군 요양급여비용 명세서의 장애인의료비를 합하여 기재
요양급여비용총액 2, 진료비총액	n(12)	120	- 요양급여비용총액 2: 질병군 요양급여비용 명세서의 요양급여비용총액 2를 합하여 기재 - 진료비총액: 보훈국비환자의 경우 질병군 요양급여비용 명세서의 진료비 총액을 합하여 기재
보훈청구액	n(12)	132	보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비(감면)환자 또는 보훈병원의 보훈감면환자 진료분에 한하여 요양급여비용 명세서의 보훈청구액을 합하여 기재
건강보험100분의100 본인부담금총액	n(12)	144	질병군 요양급여비용 명세서의 건강보험100분의100본인부담금총액을 합하여 기재
보훈 본인일부부담금	n(12)	156	질병군 요양급여비용 명세서의 보훈 본인일부부담금을 합하여 기재
100분의100미만 총액	n(12)	168	요양급여비용 명세서의 100분의100미만 총액을 합하여 기재
100분의100미만 본인일부부담금	n(12)	180	요양급여비용 명세서의 100분의100미만 본인일부부담금을 합하여 기재
100분의100미만 청구액	n(12)	192	요양급여비용 명세서의 100분의100미만 청구액을 합하여 기재
100분의100미만 보훈청구액	n(12)	204	요양급여비용 명세서의 100분의100미만 보훈청구액을 합하여 기재
공란	n(4.2)	216	
공란	n(2.2)	222	
공란	n(1.7)	226	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
공란	n(12)	234	
청구일자	an(8)	246	청구일자를 아래 유형(8자리)으로 기재 ■ 청구일자: CCYYMMDD
청구인	an(20)	254	요양기관 대표자(개설자)의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
작성자성명	an(20)	274	질병군 요양급여비용 청구명세서 작성자 또는 2인 이상이 공동으로 작성한 경우 작성책임자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재 다만, 대행청구단체로 하여금 심사청구하게 하는 경우에는 대행청구단체의 작성자 또는 2인 이상이 공동으로 작성한 경우 작성책임자의 성명을 기재
작성자생년월일	an(13)	294	질병군 요양급여비용 청구명세서 작성자 또는 2인 이상이 공동으로 작성한 경우 작성책임자의 생년월일을 기재 다만, 대행청구단체로 하여금 심사청구하게 하는 경우에는 대행청구단체의 작성자 또는 2인 이상이 공동으로 작성한 경우 작성책임자의 생년·월·일을 기재
검사승인번호	an(35)	307	심사평가원에서 검사 인증한 프로그램의 승인번호를 기재
대행청구단체기호	an(5)	342	의약단체에서 심사청구를 대행하는 경우 대행청구단체의 기호(5자리)를 기재 이 경우 기호는 제15조제2항에 따라 대행청구통지를 받은 심사평가원장이 부여한 기호를 말한다.
참조란	an(1750)	347	추가 기술사항 기재

2. 질병군 요양급여비용 명세서

(1) 명세서 일반내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(요양급여비용 심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	질병군 요양급여비용 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
내역구분	an(1)	16	■ A: 일반내역
서식번호	an(4)	17	■ 서식번호 D020: 건강보험 의과 입원 질병군 요양급여비용 명세서
요양기관기호	an(8)	21	(요양급여비용 심사청구서와 동일)
공란	an(11)	29	
공란	an(1)	40	
공상 등 구분	an(1)	41	0: 무 4: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자(건강보험) 7: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자(상이처, 무자격자) B: 보훈병원 국비보험 1차 C: 차상위 희귀질환·중증난치질환 또는 중증질환 본인부담경감대상자 E: 차상위 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자 F: 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자 G: 긴급복지 의료지원대상자 H: 희귀질환 지원대상자
공란	an(1)	42	
공란	an(2)	43	
질병군번호	an(6)	45	질병군번호 6자리를 기재하며, 코드에 대한 세부내역은 “코드 세부내역” 참조
청구구분 코드	an(1)	51	보완청구, 추가청구(진료내역 일부 누락분 추가청구), 분리청구(행위별과 질병군 분리청구)시 구분코드를 기재 1: 보완청구 2: 추가청구 3: 분리청구

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
접수번호	an(7)	52	보완청구, 추가청구, 분리청구의 경우 당초 청구한 명세서의 접수번호를 기재
명세서일련번호	an(5)	59	보완청구, 추가청구, 분리청구의 경우 당초 청구한 명세서의 일련번호를 기재
사유코드	an(2)	64	보완청구의 경우 당초 청구한 명세서의 심사불능 사유를 기재
최초입원개시일	an(8)	66	상대가치점수표 제2편제1부 질병군 급여 일반원칙에 따라 분리청구하는 경우 최초입원개시일을 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
가입자성명	an(20)	74	건강보험의 경우 가입자 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호에 연계된 가명을 기재
증번호	an(20)	94	건강보험은 증번호를 기재하되 증번호에 “-”를 포함하여 기재
수진자성명	an(20)	114	수진자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호에 연계된 가명을 기재
수진자 주민등록번호	an(13)	134	수진자의 주민등록번호를 기재하되 생년월일 다음의 “-”는 기재 생략 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호를 기재
공란	an(10)	147	
요양급여일수	n(3)	157	질병군 진료를 받은 실 일수를 기재하되, 입원일수에 투약일수를 산입하여 기재. 이때 입원일수와 투약일수가 중복될 때에는 1일로 계산함
입원일수	n(3)	160	입원하여 진료를 받은 실 일수를 기재
공란	an(31)	163	
입원경로	an(2)	194	요양기관 도착경로와 입원경로를 조합하여 기재 ■ 도착경로 1: 타요양기관경유 2: 응급구조대후송 3: 기타 ■ 입원경로 1: 응급실 2: 외래
진료결과	an(1)	196	질병군 요양급여비용 명세서상 최종 진료일의 환자상태를 구분하여 기재 ■ 진료결과 1: 계속 2: 이송 3: 회송 4: 사망 9: 퇴원 또는 외래 치료종결

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
요양급여비용총액 1	n(10)	197	상대가치점수표 제2편제1부 질병군 급여 일반원칙에 따라 산정된 포괄수가와 별도 산정 금액을 합한 총 금액에서 제외 금액이 있는 경우 해당 금액을 제외하고 10원 미만 절사한 금액을 기재(질병군에서의 100분의100미만 총액, 100분의100 본인부담 및 비급여 금액은 제외) 단, 요양급여비용 열외군 명세서인 경우에 질병군 요양급여비용 총액에 행위별진료비총액과 질병군 요양급여비용총액과의 차액을 합하고, 100만원을 제하여 10원 미만 절사한 금액을 기재
본인일부부담금	n(10)	207	- 「국민건강보험법 시행령」 별표 2에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)에서 10원 미만 절사한 금액으로 기재 · 「국민건강보험법 시행령」 제19조에 따른 본인부담상한액초과금이 발생한 경우는 실제 본인이 부담하는 금액과 본인부담상한액초과금을 합하여 기재 · 희귀질환 지원대상자의 경우는 '희귀질환자 의료비지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 포함하여 기재 · 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자의 경우는 「국민건강보험법 시행령」 별표 2에 따른 본인부담액 중 '장애인 복지사업'에서 지원하는 장애인의료비를 제외한 금액을 기재 · 긴급복지 의료지원대상자가 본인부담상한액초과금이 발생한 경우는 실제 본인이 부담하는 금액, '긴급지원사업'에서 지원하는 지원금 및 본인부담상한액초과금을 합하여 기재(건강보험 100분의100본인부담금 제외) · 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비(감면)환자인 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 기재 · 자립준비청년 의료비 지원대상자의 경우는 '자립준비청년 의료비 지원사업'에 따른 본인일부부담금을 기재
본인부담상한액 초과금	n(10)	217	「국민건강보험법 시행령」 제19조제6항에 따라 입원기간 내에 본인일부부담금의 총액(법 제44조제2항 및 영 제19조제3항에 따른 금액)이 같은 법 시행령 별표 3에 따라 산정한 본인부담상한액의 최고금액을 넘는 경우에는 그 초과금액(본인부담상한액을 확인할 수 있는 경우에는 그 초과금액)을 기재하며, 입원건의 추가청구시에는 원청구와 연계하여 초과한 금액을 기재. 이 경우 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체로부터 받는 의료비 지원금(요양급여비용 명세서에 기재하여야 하는 지원금에 한한다)을 제외하고 본인부담상한액초과금을 기재
청구액	n(10)	227	- 요양급여비용총액 1에서 「국민건강보험법 시행령」 별표 2에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			· 차상위 장애인 만성질환 · 18세미만 본인부담경감대상자의 경우는 요양급여비용총액 1에서 본인일부부담금과 장애인의료비를 제외한 금액을 기재 · 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 중 상이처, 무자격자인 경우 '0'으로 기재하고, 보훈병원 보훈감면환자인 경우 요양급여비용총액 1에서 본인일부부담금과 보훈청구액을 제외한 금액을 기재 · 자립준비청년 의료비 지원대상자의 경우는 요양급여비용총액 1에서 '자립준비청년 의료비 지원사업'에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재
지원금	n(10)	237	- 희귀질환 지원대상자의 경우 '희귀질환자 의료비지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 기재 - 긴급복지 의료지원대상자의 경우 '긴급지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 기재
장애인의료비	n(10)	247	차상위 장애인 만성질환18세미만 본인부담경감대상자의 경우 해당 금액을 기재
공란	n(10)	257	
요양급여비용총액 2, 진료비총액	n(10)	267	- 요양급여비용총액 2: 요양급여비용총액 1과 건강보험100분의100본인부담금총액을 합하여 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재 - 진료비총액: 다음의 보훈국비환자인 경우에 한하여 기재 · 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 진료분인 경우 비급여와 요양급여비용(보훈 등 100분의100본인부담 포함)을 모두 합하여 총 금액을 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재
보훈청구액	n(10)	277	- 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자인 경우 진료비총액에서 본인일부부담금, 청구액, 보훈 본인일부부담금 및 건강보험100분의100본인부담금총액을 제외한 금액 기재 - 보훈병원 보훈감면환자인 경우 요양급여비용총액 1에서 본인일부부담금과 청구액을 제외한 금액을 기재 - 보훈위탁진료 요양기관의 보훈감면환자인 경우 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 3에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)에서 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재
공란	n(10)	287	
공란	n(10)	297	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
건강보험 100분의100 본인부담금총액	n(10)	307	건강보험 100분의100본인부담금을 합하여 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재 다만, 보훈병원 국비보험 1차명세서의 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 금액을 기재
보훈 본인일부부담금	n(10)	317	다음의 보훈국비환자인 경우에 한하여 기재 - 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자의 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 보훈 100분의100본인부담액과 비급여를 합한 금액의 해당 본인일부부담금을 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재
100분의100미만 총액	n(10)	327	A항, B항, D항 및 E항의 치료재료, 약제 등 요양기관 종별가산율이 적용되지 않은 요양급여비용, 요양기관 종별가산율이 적용되는 진료행위와 가산금액을 합하여 총 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재
100분의100미만 본인일부부담금	n(10)	337	-「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조에 따른 본인일부부담금을 기재하되 10원 미만 절사한 금액을 기재 · 보훈병원 보훈감면환자 또는 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비(감면)환자인 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 100분의100미만 본인일부부담금을 기재
100분의100미만 청구액	n(10)	347	- 100분의100미만 총액에서 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재 · 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 중 상이처, 무자격자인 경우 '0'으로 기재 · 보훈병원 보훈감면환자인 경우 100분의100미만 총액에서 100분의100미만 본인일부부담금과 100분의100미만 보훈청구액을 제외한 금액을 기재
100분의100미만 보훈청구액	n(10)	357	- 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비(감면)환자 또는 보훈병원 보훈감면환자인 경우 100분의100미만 총액에서 100분의100미만 본인일부부담금 및 100분의100미만 청구액을 제외한 금액을 기재
포괄수가	n(10)	367	상대가치점수표 제2편제1부 질병군 급여 일반원칙에 따라 산정된 질병군별 상대가치점수 총합에 점수당 단가를 곱하여 10원 미만 4사5입한 금액을 기재
행위별진료비총액	n(10)	377	요양급여비용 열외군 명세서인 경우에 한해 질병군 진료 시 소요된 행위, 약제, 치료재료에 대하여 「국민건강보험법」에서 인정한 진료행위별 수가 방식에 따라 산정된 진료비용 총액(단, 질병군에서 별도 산정 가능한 선별급여와 100분의100본인부담, 비급여 대상은 제외)을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
질병군 요양급여비용총액	n(10)	387	상대가치점수표 제2편제1부 질병군 급여 일반원칙에 따라 산정된 포괄수가와 별도 산정 금액을 합한 총 금액에서 제외 금액이 있는 경우 해당 금액을 제외하고 10원 미만 절사한 금액을 기재(질병군에서의 100분의100미만 총액, 100분의 100본인부담 및 비급여 금액은 제외)

(2) 명세서 진단내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(요양급여비용 심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	질병군 요양급여비용 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
내역구분	an(1)	16	■ B: 진단내역
진단분류구분	an(1)	17	- 각 질병분류기호별 주진단 및 기타진단을 구분하는 구분자로서 질병분류기호별로 반드시 해당 구분자를 기재 ■ 구분코드 1: 주진단(환자가 병원에 입원하게 된 주원인에 대해 입원기간중의 모든 검사 또는 수술 등을 통하여 확립된 최종 진단) 2: 기타진단(입원기간 중 주진단과 함께 있었거나 발생된 진단으로 환자 진료에 영향을 주었던 진단)
질병분류기호	an(6)	18	- 통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호를 주진단, 기타진단 순으로 기재하되, 주진단은 반드시 첫 번째 자리(제1단)에만 기재하고, 기타진단이 2개 이상인 경우 중요도 순으로 각각 기재 - 영문자는 반드시 대문자로 기재하고 ‘ · ’ 또는 ‘*’, ‘†’ 등 특수기호는 기재 생략
입원시상병유무	an(1)	24	입원 당시의 상병 존재 여부 기재 ■ 구분코드 Y: 해당 상병이 입원 당시에 존재함

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			N: 해당 상병이 입원 당시에 존재하지 않음 U: 해당 상병이 입원 당시에 존재하였는지를 결정할 수 있는 기록이 충분하지 못함 W: 해당 상병이 입원 당시에 존재하였는지를 의료제공자가 임상적으로 결정할 수 없음
진료과목	an(2)	25	- 진료를 받은 진료과목(병원급이상) 또는 주진단에 해당하는 진료과목(의원급)을 기재하되, 진료과목이 2개 이상에 해당되는 경우 진단별로 모두 기재 - 진료과목별 코드는 (별표 5) 참조
내과 세부전문과목	an(2)	27	- 내과 진료과목 중 '세부전문의 제도인증 규정(대한의학회)'에 따라 인증 받은 세부전문과목을 운영하고 있는 종합병원, 상급종합병원의 경우 진료를 받은 세부전문과목을 기재하되, 세부전문과목이 2개 이상인 경우 진단별로 모두 기재 - 세부전문과목 코드는 (별표 5) 참조
요양개시일	an(8)	29	질병군 진료를 위해 요양기관에 입원한 연월일 기재(단, 분리청구의 경우 질병군 진료 시작 연월일 기재) ■ 유형: CCYYMMDD
면허종류	an(1)	37	주진단명에 대하여 진료한 진료과목의 주된 의사의 면허종류를 기재 ■ 면허종류 1: 의사
면허번호	an(10)	38	주진단명에 대하여 진료한 진료과목의 주된 의사의 면허번호를 기재

(3) 명세서 진료내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(요양급여비용 심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	질병군 요양급여비용 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
내역구분	an(1)	16	■ C: 진료내역
항번호	an(2)	17	"진찰료"항부터 "비급여"항까지 19개 항에 부여된 번호를 기재 01: 진찰료 02: 입원료 03: 투약료 04: 주사료 05: 마취료 06: 이학요법료 07: 정신요법료 08: 처치 및 수술료 09: 검사료 10: 영상진단 및 방사선치료료 L: 질병군분류내역 및 포괄내역 S: 특수장비 A: 100분의50 본인부담 B: 100분의80 본인부담 D: 100분의30 본인부담 E: 100분의90 본인부담 U: 건강보험 100분의100본인부담 V: 보훈 등 100분의100본인부담 W: 비급여 ※ V, W항: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 진료분에 한하여 기재
목번호	an(2)	19	19개 항의 소분류 단위로 부여된 번호 기재 ■ 목번호 분류 - 진찰료 01: 초진 02: 재진 03: 응급 및 회송료 등 - 입원료 01: 일반 02: 8세 미만의 소아 03: 중환자실 04: 격리병실 10: 기본식대 11: 가산식대 99: 기타입원료 - 투약료 01: 내복약 02: 외용약 03: 처방전 99: 기타 - 주사료 01: 주사 99: 기타 - 마취료 01: 마취 - 이학요법료 01: 이학요법료 - 정신요법료

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			01: 정신요법료 - 처치 및 수술료 01: 처치 및 수술, (치과)보통 처치외 처치항목 02: (치과)절개 외 수술항목 03: 캐스트 99: 치과기타 - 검사료 01: 자체검사 02: 위탁검사 - 영상진단 및 방사선치료료 01: 진단 02: 치료 - 질병군 분류내역 및 포괄내역 ■ 질병군 분류내역 51: 주사 및 혈액제제 52: 마취 및 호흡치료 53: 수술처치 54: 검사 55: 방사선 56: 부가코드 ■ 포괄내역 81: 진찰료 82: 입원료 83: 투약료 84: 주사료 85: 마취료 86: 이학요법료 87: 정신요법료 88: 처치 및 수술료 89: 검사료 90: 영상진단 및 방사선치료료 91: 특수장비 92: 100분의100본인부담 93: 비급여 94: 기타 - 특수장비 01: CT진단 02: MRI진단 03: PET진단 - 100분의50 본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 100분의80 본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 100분의30 본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 100분의90 본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 건강보험 100분의100본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 보훈 등 100분의100본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			- 비급여 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위
줄번호	n(4)	21	진료코드에 일련번호를 4자리 숫자로 부여하되 항, 목 순으로 연이어 부여 기재 ■ 101번째 줄번호인 경우 다음과 같이 기재 - 0101
코드구분	an(1)	25	진료코드 기재 시 반드시 해당 구분자를 기재 ■ 코드구분 1: 수가(상대가치점수표에 수록된 코드), 질병군분류내역의 부가코드 2: 준용수가 3: 보험등재약(약제급여목록 및 급여상한금액표에 수록된 코드) 4: 원료약, 요양기관 자체 조제(제제)약 8: 치료재료
코드	an(9)	26	진료수가, 보험등재약, 원료약, 조제 · 제제약, 치료재료 등의 코드를 기재하며, 코드에 대한 세부내역은 “진료코드” 및 “코드 세부내역” 참조
단가	n(10.2)	35	- 상대가치점수에 점수당 단가를 곱하여 10원 미만 4사5입한 금액을 기재 - 약제, 치료재료의 경우는 “약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준”에 의한 단가를 원 미만 4사5입하여 기재하되, 단가가 1원 미만인 경우 1원으로 기재 - 선별급여 항목의 경우는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따른 단가를 기재
1일투여량, 투여(실시)횟수	n(5.2)	47	1일 실시횟수(소수 셋째 자리에서 4사5입) 기재(의약품의 경우는 1일 투여횟수를 기재) 단, 위탁검사의 경우 위탁검사관리료를 반영하여 1.1을 기재하며, 위탁진료, 개방병원진료 및 시설 등의 공동이용 진료 시에는 실시(수탁)한 기관의 종별가산율을 적용하여 기재
총투여일수, 실시횟수	n(3)	54	총 투여일수 또는 실시횟수 기재 단, 수탁기관에 위탁한 진료(검사)료 산정 시 총 실시횟수(1일 진료(검사)실시횟수×총 실시일수)기재 질병군 분류내역(부가코드 제외)의 총 투여일수는 “0”으로 기재
1회투약량	n(5.4)	57	1회투약량(소수 다섯째 자리에서 4사5입) 기재(의약품인 경우만 해당)

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
금액	n(10)	66	단가×1회투약량×1일투여량(투여(실시)횟수)×총투여일수(실시횟수)×보상률을 계산한 후 원 미만 4사5입하여 기재
공란	n(10)	76	
공란	n(10)	86	
보상률	n(4.2)	96	별도 산정 항목의 해당 보상률 기재
변경일	an(8)	102	해당 진료내역의 투여(실시)일자를 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
면허종류	an(1)	110	실제 환자를 진료한 의사 및 의료서비스를 제공한 간호사 등의 면허종류(단, 사회복지사는 자격종류) 기재 ■ 면허종류 1: 의사 2: 치과의사 6: 간호사 7: 사회복지사
면허번호	an(100)	111	실제 환자를 진료한 의사 및 의료서비스를 제공한 간호사 등의 면허번호(단, 사회복지사는 자격번호) 기재 ■ 2개 이상의 면허번호는 다음과 같이 기재 12345/67890/54321.....

(4) 명세서 처방내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(요양급여비용 심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	질병군 요양급여비용 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
내역구분	an(1)	16	■ D: 처방내역
처방내역 처방전발급번호	an(13)	17	처방전을 발급한 경우에 기재 요양기관에서 부여하는 번호로서 처방전 발급일과 처방전 발급 순서에 따른 일련번호를 연이어 기재 ■ 유형 : CCYYMMDD+(일련번호)

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			CCYYMMDD: 처방전 발급 연월일 (8자리) 일련번호: 처방전 발급 연월일에 발생한 처방전의 일련번호(5자리)
처방일수	n(3)	30	해당 처방전에 의하여 조제투약 하도록 처방한 일수를 기재
반복조제횟수	n(2)	33	(사용유보)
줄번호	n(4)	35	처방전발급번호별로 처방약품의 일련번호를 4자리 숫자로 연이어 부여 기재 ■ 3번째 줄번호인 경우 다음과 같이 기재 - 0003
코드구분	an(1)	39	처방약품 코드의 해당 구분자를 반드시 기재 ■ 코드구분 3: 보험등재약 4: 원료약 5: 보험등재약의 일반명
코드	an(9)	40	처방약품의 보험등재약 또는 일반명 코드, 원료약 코드를 기재하며 코드에 대한 세부내역은 “진료코드” 참조
1회투약량	n(5.4)	49	1회투약량(소수 다섯째 자리에서 4사5입) 기재
1일투여횟수	n(2)	58	1일 투여횟수를 기재
총투약일수	n(3)	60	총 투약일수를 기재
본인부담률 구분코드	an(1)	63	요양급여 중 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 약제를 처방한 경우 본인부담률에 해당하는 구분코드 기재 ■ 구분코드 A: 100분의50 본인부담 B: 100분의80 본인부담 D: 100분의30 본인부담 E: 100분의90 본인부담 U: 건강보험 100분의100본인부담 V: 보훈 등 100분의100본인부담 W: 비급여

(5) 명세서 특정내역기재란

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(요양급여비용 심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	질병군 요양급여비용 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
내역구분	an(1)	16	■ E: 특정내역기재란
특정내역기재란			상해외인, 특정기호, 신생아 체중 등을 기재
발생단위구분	an(1)	17	특정내역 발생 단위별로 해당 구분자를 기재 1: 명세서단위 2: 줄번호단위 3: 처방내역 줄번호단위 4: 처방내역단위
처방전발급번호	n(13)	18	처방내역 줄번호단위 또는 처방내역단위로 특정내역을 기재할 경우 해당 처방전발급번호를 기재
줄번호	n(4)	31	발생단위구분이 줄번호단위(2), 처방내역 줄번호단위(3)인 경우 해당 줄번호를 4자리 숫자로 기재
특정내역구분	an(5)	35	해당 내역의 구분코드를 특정내역구분란에 기재하고 그에 해당되는 기술사항을 특정내역란에 기재하되, 세부구분코드는 별표 8. “특정내역 구분코드”를 참조
특정내역	an(700)	40	

(6) 요양급여비용 열외군 행위별 진료내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(요양급여비용 심사청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	질병군 요양급여비용 명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ■ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
내역구분	an(1)	16	■ F: 요양급여비용 열외군 행위별 진료내역
항번호	an(2)	17	"진찰료"항부터 "비급여"항까지 19개 항에 부여된 번호를 기재 01: 진찰료 02: 입원료 03: 투약료 04: 주사료 05: 마취료 06: 이학요법료 07: 정신요법료 08: 처치 및 수술료 09: 검사료 10: 영상진단 및 방사선치료료 S: 특수장비 T: 특수재료 및 관련 행위료 A: 100분의50 본인부담 B: 100분의80 본인부담 D: 100분의30 본인부담 E: 100분의90 본인부담 U: 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담 V: 보훈 등 100분의100본인부담 W: 비급여 ※ V항: 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 진료분에 한하여 기재 W항: 건강보험 및 보훈 국비환자 등 모든 비급여 내역 기재
목번호	an(2)	19	19개 항의 소분류 단위로 부여된 번호 기재 ■ 목번호 분류 예시 - 진찰료 01: 초진 02: 재진 03: 응급 및 회송료 등 - 입원료 01: 일반 02: 8세 미만의 소아 03: 중환자실 04: 격리병실 10: 기본식대 11: 가산식대 12: (사용유보) 13: (사용유보) 99: 기타입원료 - 투약료 01: 내복약 02: 외용약 03: 처방전 99: 기타 - 주사료 01: 주사 99: 기타 - 마취료 01: 마취 - 이학요법료

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			01: 이학요법료 - 정신요법료 01: 정신요법료 - 처치 및 수술료 01: 처치 및 수술, (치과)보통처치 외 처치항목 02: (치과)절개 외 수술항목 03: 캐스트 99: 치과기타 - 검사 01: 자체검사 02: 위탁검사 - 영상진단 및 방사선치료료 01: 진단 02: 치료 - 특수장비 01: CT진단 02: MRI진단 03: PET진단 04: (사용유보) 05: (사용유보) - 특수재료 및 관련 행위료 01: 치료재료 02: 진료행위 - 100분의50 본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 100분의80 본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 100분의30 본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 100분의90 본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 보훈 등 100분의100본인부담 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위 - 비급여 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위
줄번호	n(4)	21	진료코드에 일련번호를 4자리 숫자로 부여하되 항, 목 순으로 연이어 부여 기재 ■ 유형 (101번째 줄번호인 경우 다음과 같이 기재) - 0101
코드구분	an(1)	25	코드를 구분하는 구분자로서, 코드를 기재할 경우는 반드시 해당 구분자를 기재 ■ 코드구분

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			1: 수가(상대가치점수표에 수록된 코드) 2: 준용수가 3: 보험등재약(“약제 급여 목록 및 급여 상한금액표”에 수록된 코드) 4: 원료약, 요양기관 자체 조제(제제)약 8: 치료재료
코드	an(9)	26	진료수가, 보험등재약, 원료약, 조제 · 제제약, 치료재료를 기재하며, 코드에 대한 세부내역은 “진료코드” 참조
단가	n(10.2)	35	- 상대가치점수표상의 점수에 점수당 단가를 곱하여 10원 미만 4사5입한 금액을 기재 - 약가, 치료재료, 원료약 등의 경우는 「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 따른 단가를 원미만은 4사5입하여 기재하되, 단가가 1원 미만인 경우 1원으로 기재 - 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따른 단가를 기재
1일투여량, 투여(실시)횟수	n(5.2)	47	1일 실시횟수(소수 셋째자리에서 4사5입하여 소수 둘째자리까지 기재)를 기재(의약품의 경우는 1일 투여횟수를 기재) 단, 위탁검사의 경우 위탁검사관리료를 반영하여 1.1을 기재하며, 위탁진료, 개방병원진료 및 시설 등의 공동이용 진료시에는 실시(수탁)한 기관의 종별가산율을 적용하여 기재
총투여일수, 실시횟수	n(3)	54	총 투여일수 또는 실시횟수를 기재 단, 수탁기관에 위탁한 진료(검사)료 산정시에는 총 실시횟수(1일 진료(검사)실시횟수×총 실시일수)를 기재
1회투약량	n(5.4)	57	1회투약량(소수 다섯째자리에서 4사5입하여 소수 넷째자리까지 기재)을 기재(의약품인 경우만 해당)
금액	n(10)	66	단가×1회투약량×1일투여량(투여(실시)횟수)×총투여일수(실시횟수)를 계산한 후 원미만은 4사5입하여 기재
변경일	an(8)	76	다음의 (당월 요양개시일 이후에 신설되거나 단가가 변경된) 경우, 변경(또는 신설)된 단가의 최초 투여(실시) 일자를 기재 ■ 당월요양개시일 이후에 단가가 변경된 경우 - 수가 등의 고시가가 변경 고시된 경우 - 실구입가 인정품목(치료재료, 조제·제제약 등)을 요양개시일 이후에 구입(조제)하여 사용한 경우 - 보건복지부에서 실구입가 인정품목 중 가격을 기준단가 범위내 실구입가로 인정하도록 별도 고시한 품목의 기준단가 기준이 변경된 경우 ■ 당월요양개시일 이후에 코드가 신설된 경우 - 수가 항목이 신설되거나 의약품이 신규 등재된 경우, 보험

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			등재의약품을 최초 구입 사용한 경우 등 ■ 유형: CCYYMMDD
면허종류	an(1)	84	실제 환자를 진료한 의사의 해당 면허종류 구분자를 기재 ■ 면허종류 1: 의사
면허번호	an(100)	85	실제 환자를 진료한 의사의 면허번호를 기재 ■ 유형(2개 이상의 면허번호는 다음과 같이 기재) 12345/67890/54321.....

(별표 1)

종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원, 보건기관, 조산원, 약국, 한국희귀·필수의약품센터의 소재지별 요양급여비용청구처

(제1편 제6조제4항 및 제2편 제6조제3항 관련)

지 역	청 구 처
서울	건강보험심사평가원 서울본부
부산	건강보험심사평가원 부산본부
대구, 경북	건강보험심사평가원 대구경북본부
광주, 전남	건강보험심사평가원 광주전남본부
대전, 충북, 충남, 세종	건강보험심사평가원 대전충청본부
경기(남부)	건강보험심사평가원 경기남부본부
울산, 경남	건강보험심사평가원 울산경남본부
경기(북부)	건강보험심사평가원 경기북부본부
전북	건강보험심사평가원 전북본부
인천	건강보험심사평가원 인천본부
강원	건강보험심사평가원 강원본부
제주	건강보험심사평가원 제주본부

주1) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원 및 한의과대학부속한방병원은 심사평가원 본원으로 청구함

2) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원 및 한의과대학부속한방병원은 심사평가원 관할 본부로 청구함

3) 경기(남부): 수원시, 성남시, 안양시, 부천시, 광명시, 평택시, 안산시, 과천시, 오산시, 시흥시, 군포시, 의왕시, 하남시, 용인시, 이천시, 안성시, 김포시, 화성시, 광주시, 여주시, 양평군

4) 경기(북부): 의정부시, 동두천시, 고양시, 구리시, 남양주시, 파주시, 양주시, 포천시, 연천군, 가평군

(별표 2)

상급종합병원, 종합병원, 치과대학부속치과병원 및 한방병원의 진료분야 구분

(제1편 제12조제2항 관련)

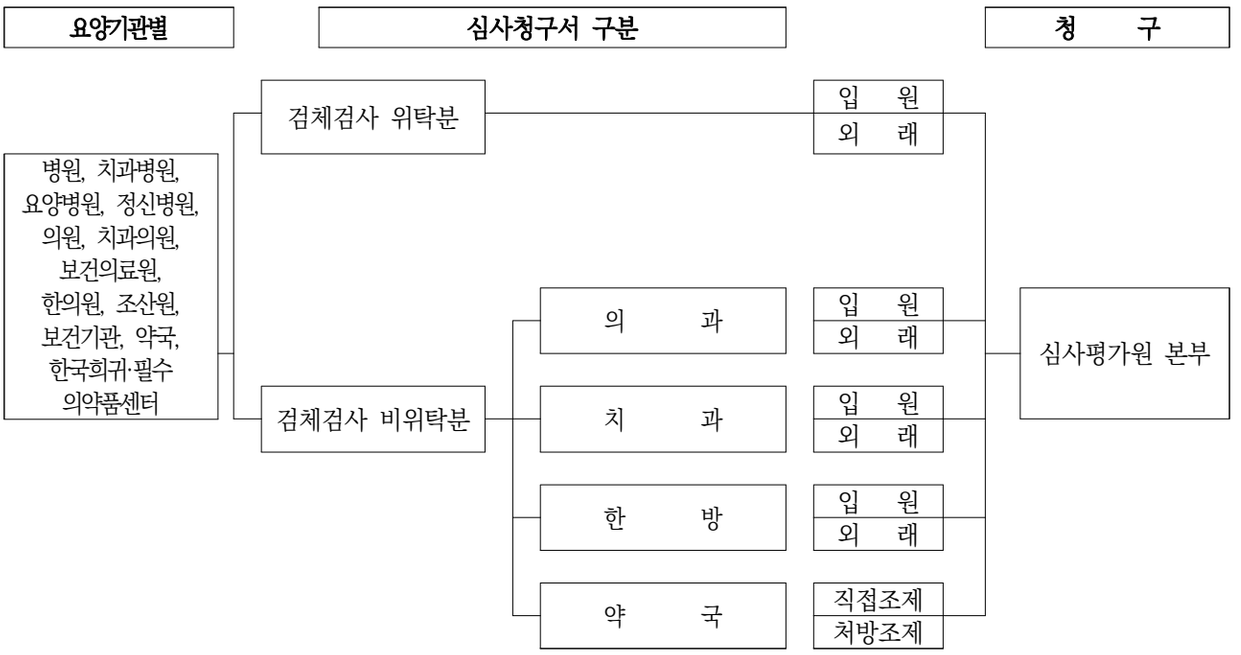
진 료 분 야	진 료 과
내과분야	내과, 정신건강의학과, 신경과, 결핵과, 영상의학과, 방사선종양의학과, 가정의학과, 직업환경의학과, 병리과, 진단검사의학과, 핵의학과, 예방의학과
외과분야	외과, 심장혈관흉부외과, 신경외과, 정형외과, 성형외과, 재활의학과, 마취통증의학과, 응급의학과
산·소아청소년과분야	산부인과, 소아청소년과
안·이비인후과분야	안과, 이비인후과
피부·비뇨의학과분야	피부과, 비뇨의학과
치과	치과
한의과	한의과

주1) 응급실내 응급의학과에서 진료한 경우에는 응급의학과로 분류
단, 응급환자가 응급실을 경유하여 입원한 경우에는 해당 상병의 진료분야별 진료과목으로 분류

2) 응급실에서 응급의학과가 아닌 다른 진료과에서 진료한 경우에는 해당 상병의 진료분야별 진료과목으로 분류

(별표 3)

요양기관종별 요양급여비용 청구체계(제1편 제12조제6항 관련)



주) 1. 정보통신망, 전산매체로 요양급여비용을 청구하는 요양기관은 검체검사 위탁여부에 관계없이 진료분야별로 입원, 외래로 구분하여 청구함
2. 요양병원의 의과 입원은 장기환자와 제외환자의 요양급여비용으로 구분하여 청구함

(별표 4)

전자문서 서식번호(제1편 제16조제2항 및 제2편 제10조제2항 관련)

요양기관과 건강보험심사평가원이 요양급여비용 청구등과 관련하여 사용할 수 있는 전자문서는 다음과 같다.

○ 요양기관이 건강보험심사평가원에 전송하는 전자문서

구분	전자문서명	서식번호	비 고
1	요양급여비용(의료급여비용) 심사청구서	H010	요양급여비용 심사청구서
		H011	의료급여비용심사청구서
2	의·치과용 요양급여(의료급여)비용 명세서	H020	건강보험 의과입원
		H120	건강보험 의과입원(요양병원 장기환자)
		H021	건강보험 의과외래
		H022	건강보험 치과입원
		H023	건강보험 치과외래
		H030	의료급여 의과입원
		H130	의료급여 의과입원(요양병원 장기환자)
		H031	의료급여 의과외래
		H032	의료급여 치과입원
		H033	의료급여 치과외래
3	한방용 요양급여(의료급여)비용 명세서	K020	건강보험 입원
		K021	건강보험 외래
		K030	의료급여 입원
		K031	의료급여 외래
4	보건기관용 요양급여(의료급여)비용 명세서	H050	건강보험 입원
		H051	건강보험 외래
		H054	의료급여 입원
		H055	의료급여 외래
5	약국용 요양급여(의료급여)비용 명세서	H024	건강보험 처방조제
		H025	건강보험 직접조제
		H124	의료급여 처방조제
		H125	의료급여 직접조제

구분	전자문서명	서식번호	비 고
6	의료급여비용정액명세서	H040	의료급여 정신건강의학과정액 입원
		H041	의료급여 정신건강의학과정액 외래 (2017.3.12. 진료분까지 해당)
		H042	의료급여 정신건강의학과정액 낮병동
		H043	의료급여 혈액투석정액 외래
7	질병군 요양급여비용 명세서	D020	
8	치료재료 및 약제 구입내역통보서	H060	
9	요양기관 자체 조제 · 제제약 내역통보서	H070	
10	심사자료 제출내역서	H061	
11	검체검사 공급내역 통보서	L020	
12	PACS 등 영상자료 제출내역서	H090	
13	환자평가표 파일		

○ 건강보험심사평가원이 요양기관에 전송하는 전자문서

구분	전자문서명	서식번호	비 고
14	건강보험 요양급여비용(의료급여비용) 심사청구서·명세서 등 접수(반송증)	F010	
15	요양급여비용 심사결과통보서	F020	
16	의료급여비용 심사결과통보서	F060	
17	심사자료 요청내역서	F110	
18	수탁기관 통보확인결과통보서	F120	
19	원외처방약제비 심사결과통보서	F090	
20	원외처방약제비 심사결과(추가)통보서	F080	
21	요양급여비용 정산심사내역서	F040	
22	의료급여비용 정산심사내역서	F050	
23	원외처방약제비 정산심사내역서	F070	
24	이의신청(재심사조정청구, 정산심사)결정서	F130	이의신청결정서
		F140	재심사조정청구결정서
		F150	정산심사결정서

(별표 5)

진료과목별 코드(제1편 제26조 및 제2편 제17조 관련)

※ "진료과목"은 실제 진료를 받은 진료과목(병원 이상) 또는 상병명에 해당되는 진료과목(의원)을 아래 코드로 기재하되, 진료과목이 2개 이상에 해당되는 경우에는 이를 모두 기재하여야 한다.

(의 과)

진료과목	코드번호	진료과목	코드번호
내 과	01	피 부 과	14
신 경 과	02	비뇨의학과	15
정신건강의학과	03	영상의학과	16
외 과	04	방사선종양학과	17
정형외과	05	병 리 과	18
신경외과	06	진단검사의학과	19
심장혈관흉부외과	07	결 핵 과	20
성형외과	08	재활의학과	21
마취통증의학과	09	핵의학과	22
산부인과	10	가정의학과	23
소아청소년과	11	응급의학과	24
안 과	12	직업환경의학과	25
이비인후과	13	예방의학과	26

※ 내과 세부전문과목

진료과목	코드번호	진료과목	코드번호
내과 통합	00	신장내과	05
소화기내과	01	혈액종양내과	06
순환기내과	02	감염내과	07
호흡기내과	03	알레르기내과	08
내분비·대사내과	04	류마티스내과	09

※ 내과 세부전문과목 운영기관 중 일부 분리하지 않고 통합 운영하는 분야는 '00'으로 기재

(치 과)

진료과목	코드번호	진료과목	코드번호
구강악안면외과	50	구 강 내 과	56
치 과 보 철 과	51	영 상 치 의 학 과	57
치 과 교 정 과	52	구 강 병 리 과	58
소 아 치 과	53	예 방 치 과	59
치 주 과	54	통 합 치 의 학 과	61
치 과 보 존 과	55	-	-

(한 방)

진료과목	코드번호	진료과목	코드번호
한 방 내 과	80	한방신경정신과	84
한 방 부 인 과	81	침 구 과	85
한 방 소 아 과	82	한방재활의학과	86
한방안·이비인후·피부과	83	사 상 체 질 과	87

(보건기관 진료과)

진료과	코드번호	진료과	코드번호
의 과	1	물리치료를 실시한 경우	5
치 과	2	한방에서 시술만 시행한 경우	7
조 산	3	한방에서 투약만 실시한 경우 응급	8
피임시술 (자궁내장치, 정관절제술 또는 난관결찰술)을 시행한 경우	4	한방에서 시술과 투약을 병행한 경우	9

(별표 6)

특정기호 코드(제1편 제24조제2호 및 제2편 제17조 관련)

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 및 「장기등 이식에 관한 법률」 등과 관련한 특정기호 코드를 아래와 같이 한다.

Ⅰ. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제2조 관련 특정기호 코드

구분	대 상	특정기호
1	등록 암환자·희귀질환자·중증난치질환자·중증화상환자·결핵질환자·잠복결핵감염자·치매 환자를 제외한 환자가 가정간호를 받은 경우(등록 암환자·희귀질환자·중증난치질환자·중증화상환자·결핵질환자·잠복결핵감염자·치매 환자가 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	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표 4]에 의거 등록 희귀질환자가 등록일로부터 5년간 고시에서 정한 해당 상병으로 가정간호를 받은 경우, 단 상세불명 희귀질환은 등록일로부터 1년	V231
4	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표 4의2]에 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	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표 5]에 의거 등록한 결핵질환자가 특례기간 동안 결핵질환으로 가정간호를 받는 경우	V274
	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표 5]에 의거 등록한 잠복결핵감염자가 등록일로부터 1년간 잠복결핵감염으로 가정간호를 받는 경우	
7	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표 4의2]의 구분 제6호에 의거 등록한 치매질환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병으로 가정간호를 받은 경우	V801
	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표 4의2]의 구분 제7호에 의거 등록한 치매질환자가 같은 고시 제10조제1항에 의거 해당 상병으로 가정간호를 받은 경우	V811

Ⅱ. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제2조의2 관련 특정기호 코드

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	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표 4]에 따라 등록 희귀질환자 중 폐포단백질증(J84.0), 특발성 폐섬유증(J84.1), 원발성 담즙성 경변증(K74.3) 환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병으로 가정형 호스피스를 받은 경우	V303
4	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표 4의2]에 따라 중증난치질환자 중 인체면역결핍바이러스병(B20~B24) 환자가 5년간 해당 상병으로 가정형 호스피스를 받은 경우	V304

Ⅲ. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조 관련 특정기호 코드

구분	대 상	특정기호
1	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조에 따라 산정특례 대상으로 등록된 암환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병(C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~D48)으로 진료를 받은 경우	V193
2	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별첨 1]에 해당하는 상병의 뇌혈관질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 같은 고시 [별첨 1]에 해당하는 수술을 받은 경우 최대 30일	V191
	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별첨 1]에서 I60~I62에 해당하는 상병의 중증 뇌출혈환자가 급성기에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일 * [별첨 1]에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V268
	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [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	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별첨 2]에 해당하는 상병의 심장질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 같은 고시 [별첨 2]에 해당하는 수술 또는 약제투여를 받은 경우 최대 30일 * 단, [별첨 2]에 해당하는 상병 중 복잡 선천성 심기형질환자 또는 [별첨 2]에 해당하는 수술 중 심장이식술을 받은 경우 최대 60일	V192

구분	대 상		특정기호
4	다음 각 목의 어느 하나에 해당하여 산정특례 대상으로 등록된 중증화상환자가 적용일부터 1년간 해당 상병으로 진료를 받는 경우 *단, 등록기간 종료 후 2년 이내에 별첨 3의 수술을 받는 경우 1년간 재등록할 수 있음(V306은 제외)	가. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」[별첨 3]에서 중증도 기준의 제1호 각 목의 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 제1호 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우	V247
		나. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」[별첨 3]에서 중증도 기준의 제2호 각 목의 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 제2호 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우	V248
		다. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」[별첨 3]의 상병 중 제3호에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)으로 입원진료를 받는 경우	V305
		라. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」[별첨 3]의 상병 중 제3호에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)에 대해 외래진료를 받은 환자가 수상(受傷)한 날부터 3년 이내에 입원하여 같은 고시 [별첨 3]의 수술을 받는 경우	V306
		마. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」[별첨 3]의 상병 중 제4호에 해당하는 경우	V250
5	손상중증도점수(ISS) 15점 이상에 해당하는 중증외상환자가 「응급의료에 관한 법률」 제30조의2에 따른 권역외상센터에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일		V273

Ⅳ. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조 관련 상병코드 및 특정기호 코드

구분	대 상	특정기호
1	희귀질환자 산정특례 대상	산정특례 대상 희귀질환자의 경우 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표 4]에서 정한 상병코드 및 특정기호를 기재
2	중증난치질환자 산정특례 대상	산정특례 대상 중증난치질환자의 경우 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표 4의2]에서 정한 상병코드 및 특정기호를 기재

Ⅴ. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조의2 관련 특정기호 코드

구분	대 상	특정기호
1	「국민건강보험법 시행령」 제19조 제1항 별표 2 제3호 가목3)에 따라 본인부담 제외 대상이 되는 결핵질환자	V000
2	「국민건강보험법 시행령」 제19조 제1항 별표 2 제3호 가목3)에 따라 본인부담 제외 대상이 되는 잠복결핵감염자	V010

Ⅵ. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제6조 관련 특정기호 코드

구분	대 상	특정기호
1	약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상	V252, V352, V452
2	약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상에서 제외하는 경우	V100

Ⅶ. 「장기등 이식에 관한 법률」 제4조 관련 장기이식을 실시한 경우에 대한 특정기호 코드

구분	대 상	특정기호
1	조혈모세포 공여자	V073
	신장 공여자	V074
	간 공여자	V075
	췌장 공여자	V076
	심장 공여자	V077
	폐 공여자	V078
2	제대혈조혈모세포 이식환자	V081
	자가조혈모세포 이식환자	V082
	동종조혈모세포 이식환자	V083
	신장 이식환자	V084
	간 이식환자	V085
	췌장 이식환자	V086
	심장 이식환자	V087
	폐 이식환자	V088

Ⅷ. 기 타

구분	대 상	특정기호
1	고엽제후유의증 질환자	V006
2	자연분만	F001
3	「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 관련 [별표 2] 제1호 나목에 따른 의약분업 예외환자가 요양기관의 외래에서 원내 조제하여 약가 총액에 대한 본인부담률을 30% 적용하는 경우 ※ 대상자 - 자신 또는 타인을 해할 우려가 있는 정신질환자 - 제1군 감염병환자 - 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법령에 따른 상이등급 1급부터 3급까지에 해당하는 자 - 「5·18민주유공자예우에 관한 법률」에 따른 5·18민주화운동부상자 중 장해등급 1급부터 4급까지에 해당하는 자 - 고엽제 후유의증환자 지원 등에 관한 법령에 따른 고도장애인 - 장애인복지 관련 법령에 따른 1급·2급 장애인 및 이에 준하는 장애인 - 파킨슨병 환자 - 한센병 환자 - 장기이식을 받은 자에 대하여 이에 관련된 치료를 하는 경우 * 단, 기존의 외래 산정특례대상은 제외	F003
4	「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호가목2)에 따른 보건복지부장관이 정하여 고시하는 신생아 입원진료	F005
5	「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제1호가목2)에 따른 요양병원 입원 본인부담률 40% 적용환자	F006
6	「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목2)에 따른 정신건강의학과 입원진료	F007
7	잠복결핵감염 검진비지원대상자	F009
8	「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호나목에 따른 고위험 임신부 입원진료	F011
9	여성 청소년 대상 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰·상담사업 지원대상자	F012
10	「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호아목에 따른 제왕절개분만에 대한 입원진료에 대하여 요양급여를 받은 자	F013
11	「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제5호에 따른 16일 이상 장기입원이 불가피한 경우	F014

구분	대 상	특정기호
12	「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제1호나목에 따른 임신부 외래진료	F015
13	「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호하목에 따른 조산아 및 저체중 출생아의 외래진료	F016
14	「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호가목4)에 따른 장기등 기증자의 장기등 적출에 대한 요양급여비용	F017
15	「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호자목에 따른 15세이하 아동의 입원진료	F018
16	「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목2)에 따른 6세미만 아동의 입원진료	F019
17	「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목2)에 따른 6세이상 15세이하 아동의 입원진료	F020
18	「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호카목에 따른 보건복지부 장관이 정하는 난임진료에 대한 요양급여비용	F021
19	「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호타목1)에 따른 본인부담 면제 대상자	F022
20	연장승인(선택의료급여기관) 미신청자(불승인자)로서 「의료급여법 시행령」 별표 1 제3호다목에 따른 의료급여비용을 적용받는 사람(1·2종)	F023
21	「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제1호나목 및 제3호라목에 따른 1세 미만 외래진료	F024
22	「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호너목에 따른 보건복지부장관이 정하여 고시하는 “약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상” 질환 환자가 상급종합병원에서 진료 받는 경우, 보건복지부장관이 정하여 고시한 본인부담률을 적용하는 외래 재진 진료	F025
23	「국민건강보험법 시행령」 제19조제3항제1의2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 “약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상” 질병을 주상병으로 상급종합병원에서 받은 외래 초진 진료 시 별표 2 제1호나목에 따라 부담한 금액을 본인부담상한액에서 제외하는 경우	F026
24	「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호가목2)에 따른 보건복지부장관이 정하여 고시하는 신생아 입원진료를 제외한 2세 미만 영유아의 입원진료	F027
25	자립준비청년 의료비 지원 대상자의 지원 관련 진료	F028
26	「국민건강보험법 시행령」 별표2 제5호의2에 따른 연간 외래진료 횟수가 365회를 초과하는 대상자의 외래진료	F029

(별표 7)

의약분업 예외 구분코드(제1편 제24조제3호 및 제2편 제17조 관련)

구분	코드	예 외 사 유
지역	01	약국이 없는 지역, 재해발생지역, 보건기관 중 예외기관
환자	11	응급환자
	13	「정신보건법」에 따른 정신요양시설에 수용중인 정신질환자 및 조현병·조울증 등 자신 또는 타인을 해할 우려가 있는 정신질환자
	15	「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제1군 감염병환자
	17	국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법령에 따른 상이등급 1급부터 3급 해당자까지에 해당하는 자, 「5·18민주유공자예우에 관한 법률」에 따른 5·18민주화운동 부상자 중 장해등급 1급부터 4급까지에 해당하는 자
	19	장애인복지 관련 법령에 따른 1급·2급 장애인 및 이에 준하는 장애인 「장애인복지법」에 따른 1급·2급 장애인 및 중증 장애인 보호자와 동반한 소아환자, 고엽제후유의증환자 지원 등에 관한 법령에 따른 고도장애인
	21	파킨슨병 환자, 한센병 환자
	23	장기이식을 받은 자에 대하여 이에 관련된 치료를 하거나 후천성면역결핍증 환자에 대하여 해당 질병을 치료하기 위하여 조제하는 경우
	25	「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설 입소자
	27	가정간호대상자, 방문 보건 의료사업 대상자
	29	협진(한양방, 양한방, 양양방)환자
	31	「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」 및 「군에서의 형의 집행 및 군수용자의 처우에 관한 법률」에 따른 교정시설, 「보호소년 등의 처우에 관한 법률」에 따른 보호소년 수용시설, 「치료감호법」에 따른 치료감호시설 수용자
약품	41	감염병 예방접종약, 진단용 의약품
	43	보건소, 보건지소, 결핵협회부속의원에서 「결핵예방법」에 따라 결핵치료제를 투여하는 경우
	45	의료기관 조제실 제제·임상시험용 의약품·마약·방사성의약품·신장투석액 및 이식정 등 투약을 위하여 기계·장치를 이용하거나 시술이 필요한 의약품·식품의약품안전처장이 정하는 희귀의약품
	47	6세 이하의 소아에게 투약하는 항암제(경구)
	52	주사제를 원내 투약하는 경우
	55	검사를 위하여 필요하거나 수술 및 처치에 사용하는 의약품
	57	예외약제와 동시 투여하는 약제
기타	61	국군의료시설, 경찰병원 또는 중앙소방전문치료센터에서 그 업무수행으로서 군인환자, 경찰환자·소방공무원인 환자에 대하여 조제하는 경우 등

(별표 8)

특정내역 구분코드(제1편 제24조 및 제2편 제17조 관련)

※ 특정의 진료(조제)내역 및 청구내역에 대한 추가적 기술사항 등을 기재

○ 항목의 특정내역 기재형식 중 숫자형은 9로, 문자형은 X로, 소수점은 V로, 연월일은 CCYYMMDD로, 시간의 시·분은 HHMM으로 표기하며 괄호( )는 크기를 나타냄

○ (*) 표시된 항목은 질병군(DRG)과 공동사용 항목이며, (**) 표시된 항목은 질병군(DRG)만 사용하는 항목임

1. 명일련 단위

구분 코드	특정내역	특정내역 기재형식	설 명
MS001	원내투약일수 (경구·외용)	9(3)	의약분업예외사항이 발생하여 경구 또는 외용약제를 원내에서 조제·투약시 해당 명세서의 실 투약일수를 기재(입원인 경우 퇴원약 조제·투약일수까지 포함, 의·치과, 한방명세서 해당) ※ 100분의100본인부담약제는 제외
MS002	원내투약일수 (주사제)	9(3)	주사제를 원내 투여한 경우 해당 명세서의 주사제 실 투여일수(인슐린 등 분할투여 주사제 포함)를 기재(입원인 경우 퇴원약 조제일수까지 포함, 의·치과명세서 해당) ※ 100분의100본인부담약제는 제외
MS003	의약분업 예외구분코드	9(2)	보건기관에서 의약분업예외사항에 해당되어 원내 직접조제한 경우 해당 예외구분코드 기재 (별표7. 의약분업 예외 구분코드 참조)
MS004	신생아체중 (*)	9(4)	모든 분만 명세서와 신생아 명세서의 경우 신생아 체중을 기재 분만 명세서에는 출생 당시의 신생아 체중으로 기재하고, 신생아 명세서에는 입원(또는 출생) 당시 신생아 체중을 그램(gram) 단위로 기재
MS005	낮병동, 응급실 재원시간 (*)	ccyymmddhhmm/ccyymmddhhmm	낮병동, 응급실 재원시 해당 날짜와 재원기간의 From/To를 기재 ※ 단, 응급의료 전용헬기 이송의 경우 헬기가 현장에 도착 후 진찰·처치·수술 등을 시작한 날짜 및 시각을 기재
MS006	중증환자(뇌혈관, 심장질환) 수술일자 (*)	ccyymmdd	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별첨 1, 2] 상병의 뇌혈관 또는 심장질환자가 입원하여 [별첨 1, 2]에 해당하는 수술을 실시한 경우(특정기호 V191, V192) 수술일자를 기재

구분 코드	특정내역	특정내역 기재형식	설 명
MS007	암질환 Stage 분류	X(6)/X(2)	등록 암환자가 C00~C97 상병으로 진료를 받은 경우 원발암 상병코드와 확인된 병기 Stage 분류를 기재 ※ MS008과 선택기재 가능 (예시) 위 유문부 악성 신생물로 StageⅢA 인 경우 "C1641/3A"로 기재
MS008	암질환 TNM 분류	X(6)/X(3)/ X(2)/X(2)	등록 암환자가 C00~C97 상병으로 진료를 받은 경우 원발암 상병코드와 확인된 병기 TNM 분류를 기재 ※ MS007과 선택기재 가능 (예시) 위 유문부 악성 신생물로 T2aN2M0 인 경우 "C1641/T2a/N2/M0"로 기재
MS009	항암화학요법 투여단계 및 주기	9(1)/9(2)/9(2)	등록 암환자가 C00~C97 상병으로 항암화학요법제를 투여받은 경우 투여단계(line) 및 투여주기(Cycle)를 기재 ※ 투여주기는 2 cycle 이상인 경우 From/To를 모두 기재 (예시) 항암요법 1차(1st line)에 3주기(cycle) 투여시 "1/03/"로 기재 항암요법 1차(1st line)에 3주기부터 5주기(cycle)까지 투여시 "1/03/05"로 기재
MS010	민원처리결과 급여결정 진료분 (*)	X(1)	심사평가원 민원처리결과 급여결정으로 해당 요양급여비용을 청구하는 경우는 'Y'를 기재 ※ 이 경우 세부 결정사항(내용) 등은 기타내역(MX999, JX999)에 기재하거나 관련자료를 별도 첨부하여야 함
MS011	야간 및 공휴일 수술 (**)	ccyymmddhhmm	질병군 입원 진료 중 18시 ~ 09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 수술을 한 경우 수술 또는 마취를 시행한 날과 시작한 시각을 기재
MS012	비급여 약제 처방(조제)내역 (의료기관)	X(9)/9(5).V9(4)/ 9(5).V9(2)/9(3)/ X(50)	특정내역 구분코드 MT001(상해외인)에 "J"기재 시 진료 후 비급여 약제만을 처방(조제)하는 경우 비급여약제 내역을 기재 약품코드/1회투약량/1일투여량/총투여일수/약품명
MT001	상해외인 (*)	X(1)	■ 한국표준질병·사인분류의 제20장에 따라 상병의 원인에 해당하는 분류기호중 영문 첫 자리(V, W, X, Y)만 기재 ■ 의과, 치과, 한의과가 개설된 병원급이상 의료기관 및 보건의료원에서 의과(치과, 한의과) 입원기간 중 한의과(의과, 치과) 협의 진료로 별도의 명세서 작성시 'C'를 기재 ■ 고위험임신부 자연분만 및 제왕절개분만으로 인한 동일 입원기간 중 타 상병 진료로 별도의 명세서 작성시 'D'를 기재

구분 코드	특정내역	특정내역 기재형식	설 명
			■ 차상위 (장애인) 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자 및 의료급여 수급권자의 정신건강의학과 입원진료 중 다른 진료과목 전문의 진료로 별도의 명세서 작성시 'E'를 기재 ■ 중증질환자, 희귀질환자 및 중증난치질환자, 결핵질환자 및 잠복결핵감염자가 해당 산정특례 대상 상병(합병증 포함)과 동시에 타 상병 진료로 별도의 명세서를 작성하거나 타 상병 치료에 대한 진료기간 중 해당 산정특례 대상 상병(합병증 포함) 진료로 별도의 명세서 작성시 'F'를 기재 ■ 의료급여 수급권자 및 차상위 (장애인) 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자가 외래에서 의사 진찰 없이 예약된 검사만을 실시하여 그 해당 내역을 별도 명세서로 작성하는 경우 'H'를 기재 ■ 희귀질환 지원대상자(공상 등 구분 'H')가 의료비 지원대상 상병(합병증 포함)과 동시에 타 상병 진료로 별도의 명세서에 작성하거나, 타 상병 치료에 대한 진료기간중 지원대상 상병(합병증 포함) 진료로 별도의 명세서 작성시 'I'를 기재 ■ 의료기관에 소속된 계약의사 또는 협약의료기관의 의사가 해당 의료기관이 아닌 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설(「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양기관을 포함) 내에서 시설입소자(사회복지시설에서 숙식하는 자를 뜻함)에게 진료 후 원외처방한 경우(약국의 처방조제 포함), 계약의사가 소속된 의료기관(또는 협약의료기관) 및 사회복지시설이 모두 의약분업예외지역에 해당되어 사회복지시설에서 진료 후 의료기관에서 원내조제하거나 한의사가 원내조제한 경우, 의료기관에 소속된 계약의사(또는 협약의료기관 의사)가 사회복지시설에서 정신질환자를 진료 후 의료기관에서 원내 직접조제·투약한 경우 'J'를 기재 ■ 타법령(산재보험, 자동차보험 등)으로 입원진료 중 동일한 진료와 무관한 그 외 질병(기왕증 포함)진료로 별도의 명세서 작성시 'K'를 기재 ■ 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 명세서 작성시 'M'을 기재 ■ 잠복결핵감염 검진비지원대상이 해당 대상 상병과 동시에 타 상병 진료로 별도의 명세서를 작성하거나, 타 상병 치료에 대한 진료기간 중 해당 지원대상 상병 진료로 별도의 명세서 작성시 'N'을 기재 ■ 의료급여정액수가 진료 시 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제23조2에 의한 항목을 실시한 경우 별도의 명세서 작성 시 'O'를 기재

구분 코드	특정내역	특정내역 기재형식	설 명
			■ 여성 청소년 대상 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰·상담사업 지원대상이 해당 지원대상 상병과 동시에 타 상병 진료로 별도의 명세서를 작성하거나 타 상병 치료에 대한 진료기간 중 해당 지원대상 상병 진료로 별도의 명세서 작성시 'R'을 기재 ■ 장기이식 수혜자가 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호 가목4)의 규정에 의거 장기등기증자의 장기등 적출시 발생한 요양급여비용에 대해 별도 명세서 작성시 'S'를 기재 ■ 보건복지부장관이 정하는 난임진료 요양급여비용과 동시에 타 상병 등 진료로 별도의 명세서를 작성하거나 타 상병 등 진료기간 중 보건복지부장관이 정하는 난임진료 요양급여비용으로 별도의 명세서 작성시 'T'를 기재 ■ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제2항 및 별표1 제1호 자목에 따른 임상연구 또는 임상시험에 참여하는 환자의 질병이나 부상 등을 위한 진료와 동시에 타 상병 진료로 별도의 명세서 작성시 'U'를 기재
MT002	특정기호 (*)	X(4)	만성신부전증환자, 암환자, 조혈모세포이식대상질환자, 혈우병환자, 장기(간장, 심장, 췌장)이식환자 등 별표 6. "특정기호 코드"의 사항에 해당되는 기호를 기재
MT003	개방병원 진료시 의뢰기관기호 (*)	9(8)/9(1)	「의료법」 제39조(시설 등의 공동이용)에 따라 참여의가 개방병원에서 입원 및 외래수술 등 요양급여를 행하고 동 소요비용을 개방병원에서 청구할 경우 진료를 의뢰한 요양기관(참여병·의원) 기호 및 의뢰 당시 환자의 참여 병·의원에서의 진료형태(입원: 1, 외래: 2)를 기재
MT004	소명자료 구분	X(1)	전산청구시 우편 또는 전송망 등으로 명세서와 관련된 소명자료를 첨부하는 경우 'Y'로 기재
MT005	주민등록번호 상이건 (*)	9(13)	건강보험증(의료급여증)과 주민등록증상의 주민등록번호가 상이한 경우에는 주민등록증에 기재되어 있는 주민등록번호를 기재 (생년월일 다음의 '-' 기재 생략)
MT008	의사(약사)별 진료(조제)일수	9(6)/9(2)	1개월 또는 1주일 동안 각 의사(약사)별 실제 진료(조제)한 일수를 의사(약사) 주민번호 앞자리(생년월일)/실제 진료(조제)한 일수/의사(약사) 주민번호 앞자리(생년월일)/실제 진료(조제)한 일수.....순으로 기재 (첫 번째 명일련에만 기재) ※ 단, 주 3일이상이면서 20시간 이상 근무하는 격일제, 시간제 근무자는 1개월(주단위청구의 경우 1주일) 동안 재직한 일수의 1/2로 기재(소수점이하 4사5입)하되, 최대 월 15일(주단위청구의 경우 주 3일)을 초과할 수 없음

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>특정내역
기재형식</th><th>설 명</th></tr>
<tr><td>MT010</td><td>폐렴 정보</td><td>X(1)/X(1)/
X(1)/X(1)/
X(1)/X(1)/
ccyymmdd</td><td>요양병원의 장기환자에게 폐렴이 발생되어 행위별수가를 적용하는 경우 ‘폐렴 환자에 대한 점검표’ 항목별 해당유무(해당하면 “Y”, 그렇지 않으면 “N”)와 진단일을 순서대로 기재</td></tr>
<tr><td>MT011</td><td>패혈증 정보</td><td>X(1)/X(1)/
X(1)/X(1)/X(1)/
ccyymmdd</td><td>요양병원의 장기환자에게 패혈증이 발생되어 행위별수가를 적용하는 경우 ‘패혈증 환자에 대한 점검표’ 항목별 해당유무(해당하면 “Y”, 그렇지 않으면 “N”)와 진단일을 순서대로 기재</td></tr>
<tr><td>MT014</td><td>등록번호
(*)</td><td>9(20)</td><td>등록 중증질환자, 희귀질환자 및 중증난치질환자, 결핵질환자 및 잠복결핵감염자가 해당 산정특례 대상 상병(합병증 포함)으로 진료를 받은 경우 또는 등록 틀니 및 치과임플란트 환자가 대상 상병으로 진료를 받은 경우에 등록번호를 기재</td></tr>
<tr><td>MT015</td><td>제출자료
목록표</td><td>X(2)</td><td>요양급여비용청구시 심사참고자료 등을 제출하는 경우 기재하되, 아래의 제출자료별 코드를 참조하여 ‘제출자료코드/제출자료코드/.....’형태로 기재

〈제출자료별 세부코드〉
<table>
<tr><th>구분</th><th>제출자료명</th><th>코드</th><th>제출자료명</th><th>코드</th></tr>
<tr><td rowspan="6">진료기록부</td><td>입퇴원기록지</td><td>01</td><td>의사지시기록지</td><td>02</td></tr>
<tr><td>수술기록지</td><td>03</td><td>마취기록지</td><td>04</td></tr>
<tr><td>경과기록지</td><td>05</td><td>간호기록지</td><td>06</td></tr>
<tr><td>중환자실기록지</td><td>07</td><td>투약기록지</td><td>08</td></tr>
<tr><td>신경차단술시술기록지</td><td>09</td><td>혈액투여기록지</td><td>10</td></tr>
<tr><td>재활·물리치료기록지</td><td>11</td><td>방사선치료기록지</td><td>12</td></tr>
<tr><td rowspan="4">검사결과지</td><td>검체검사결과지</td><td>21</td><td>병리검사결과지</td><td>22</td></tr>
<tr><td>기능검사결과지</td><td>23</td><td>내시경, 천자 및 생검료 결과지</td><td>24</td></tr>
<tr><td>골밀도검사결과지</td><td>25</td><td>핵의학영상진단결과지</td><td>26</td></tr>
<tr><td>판독결과지</td><td>27</td><td>-</td><td>-</td></tr>
<tr><td rowspan="4">영상자료</td><td>X-RAY 필름</td><td>41</td><td>CD</td><td>42</td></tr>
<tr><td>디스켓</td><td>43</td><td>Full PACS</td><td>44</td></tr>
<tr><td>비디오테이프</td><td>45</td><td>Roll film</td><td>46</td></tr>
<tr><td>Cine 필름</td><td>47</td><td>file (mail)</td><td>48</td></tr>
<tr><td rowspan="2">기타자료</td><td>의사소견서</td><td>61</td><td>장기입원사유서</td><td>62</td></tr>
<tr><td>중환자실
장기입원사유서</td><td>63</td><td>교과서적 자료 등
근거자료</td><td>64</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>MT016</td><td>제출자료
목록표
(기타)</td><td>X(200)</td><td>요양급여비용청구시 심사참고자료 등을 제출하는 경우 기재하되, ‘MT015’에서 정한 제출자료 이외의 자료를 제출하는 경우 기재
- 평문(FreeText) ※ 영문(200자), 한글(100자)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>특정내역
기재형식</th><th>설 명</th></tr>
<tr><td>MT018</td><td>본인부담
구분코드</td><td>X(4)</td><td>「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 별표 1 ‘본인부담 구분’의 사항에 해당되는 본인부담구분코드를 기재</td></tr>
<tr><td>MT019</td><td>진료확인번호</td><td>X(13)</td><td>「선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용절차 등에 관한 규정」 제3조제4항에 따라 공단에서 전송받은 진료확인번호(13자리)를 기재</td></tr>
<tr><td>MT020</td><td>원내 직접조제·
투약횟수</td><td>9(2)</td><td>의료급여 수급권자 및 차상위 (장애인) 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자 외래진료 당일 의약분업 예외사항 발생으로 모든 의약품(경구, 외용제, 주사제 등)을 원외처방전 발행 없이 원내에서 직접조제·투약하는 경우 직접 조제·투약 횟수를 기재.
다만, 원외처방전 발행과 원내 직접조제가 동시에 이루어진 경우는 기재하지 않음
〈기재 대상〉
<table>
<tr><th>구분</th><th>기재대상</th></tr>
<tr><td>의료급여 1종 수급권자</td><td>제1차, 2차, 3차 의료급여기관 외래진료분</td></tr>
<tr><td>의료급여 2종 수급권자</td><td>제1차 의료급여기관 외래진료,
만성질환자(의료급여 수가의 기준 및 일반기준 제17조)의 제2차 의료급여기관 외래진료</td></tr>
<tr><td>차상위 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자, 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자</td><td>의원급(의원,치과의원,한의원,보건의료원) 외래진료,
병원급(병원,치과병원,한방병원,요양병원,정신병원) 및 종합병원에서 「의료급여법 시행령」 별표 제2호 가목에 따른 만성질환자의 외래진료</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>MT021</td><td>입원 유형</td><td>9(1)</td><td>정신건강의학과 정액 입원환자의 경우 최초 입원일의 입원유형을 기재
1: 자의입원 2: 보호의무자에 의한 입원
3: 시장·군수·구청장에 의한 입원
4: 응급입원 9: 기타</td></tr>
<tr><td>MT022</td><td>퇴원 유형</td><td>9(1)</td><td>정신건강의학과 정액 입원환자의 경우 퇴원일의 퇴원유형을 기재
1: 자의퇴원 2: 보호의무자에 의한 퇴원
3: 정신보건심의위원회의 퇴원 명령
9: 기타</td></tr>
<tr><td>MT023</td><td>퇴원 후
주거지</td><td>9(1)</td><td>정신건강의학과 정액 입원환자의 경우 퇴원후 의료급여수급권자의 거주지를 기재
1: 자가 2: 사회복지시설 9: 기타</td></tr>
</table>

구분 코드	특정내역	특정내역 기재형식	설 명
MT024	임부정보 및 임부금기 의약품 처방(조제)사유 (의료기관 및 약국)	X(1)/X(9)/ X(200)	의료기관(의·치과 및 보건기관)에서 환자에게 의약품을 처방·조제하거나 약국에서 의약품을 조제(직접 조제 포함) 시 임부 여부를 확인하여 임부인 경우 'Y'를 기재하고 임부금기 의약품코드와 구체적 처방(조제) 사유를 기재 Y(임부)/임부금기 의약품코드/구체적 사유 ※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재(영문200자, 한글100자) ※ 임부금기 의약품이 2개 이상인 경우 각각 기재
MT025	물리치료사 공휴일 근무현황	ccyymmdd/ 9(1).V9(1)	1개월 또는 1주일동안 물리치료사가 공휴일 근무한 경우 공휴일 근무일자와 근무자수를 기재 (접수번호별 첫 번째 명일련에만 기재) ※ 공휴일 근무일수가 2일 이상인 경우 각각 기재 ※ 단, 시간제, 격일제 근무자는 주3일 이상 이면서 주20시간 이상인 경우 0.5인으로 산정
MT026	인공호흡시간 (*)	9(5)	1세 미만의 영아가 입원하여 인공호흡을 실시한 경우 실제 실시한 인공호흡 시간을 기재 동일 입원기간 중 총 발생시간을 합산하여 시간(hours)단위로 기재 ※ 총 발생한 인공호흡시간을 합산하여 30분 기준으로 4사5입 함
MT027	영아체중 (*)	9(4)	생후 29일 이상 1세 미만 영아 명세서의 경우 입원당시의 체중이 2,500그램(gram) 미만인 경우 해당 체중을 그램(gram) 단위로 기재
MT028	산정특례 대상 세부 상병명	X(6)/X(200)	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 산정특례 대상 상병명이 「한국표준질병·사인분류」의 제1상병 하단의 세부 상병명에 해당되는 경우 해당 '상병분류기호/세부 상병명(한글)' 형태로 기재
MT030	질병군 분리청구	X(6)	질병군 진료로 30일을 초과 입원한 경우, 30일 초과분에 대하여 행위별 수가로 청구 시 질병군 분류번호를 기재
MT031	인공수정체 재료대 (**)	ccyymmdd/ X/X(9)/9(10)/ 9(5).V9(2)/ 9(3)/9(10)	질병군 진료로 인공수정체수술을 실시하는 경우 치료재료의 사용내역을 기재(1일사용횟수는 소수셋째자리에서 4사5입하여 소수둘째자리까지 기재하며, 금액은 원미만 4사5입하여 기재) 다만, 인공수정체의 단가는 "약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준"에 따라 상한가 이내의 실구입가를 기재 사용일자/코드구분/코드/단가/1일사용횟수/총사용일수/금액
MT032	개문시각	ccyymmdd hhmm	상대가치점수표 제1편제2부제1장 및 제15장에 따라 차등수가 미적용 진찰료(조제료 등)를 산정하는 경우(산정코드 세 번째 자리에 '1'을 기재) 해당 진료(조제)일자의 개문시각을 기재

구분 코드	특정내역	특정내역 기재형식	설 명
MT036	의료의 질 점검 내용 (**)	ccyymmdd/ X(1)/9(1)/X(1)/ X(1)/X(1)/X(1)/ X(2)/X(1)/X(1)/ 9(2)/X(1)/X(1)/ 9(1)/X(1)/X(1)/ X(1)/X(1)/X(1)/ X(20)/X(40)/X(20)/ X(40)/X(1)/X(40)	건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2편 질병군 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수의 별지서식 "의료의 질 향상을 위한 점검표"의 수술일과 점검사항을 작성요령에 따라 순서대로 기재(미시행, 없음 및 이상의 경우 N, 시행, 있음 및 정상의 경우 Y로 표기)
MT037	등록 틀니, 치과임플란트 및 타 상병 진료	X(1)	등록 틀니 또는 치과임플란트 대상 진료와 동시에 타 상병 진료(등록 틀니 또는 치과임플란트 대상 진료 포함)로 별도의 명세서를 작성하거나 타 상병 치료(등록 틀니 또는 치과임플란트 대상 진료 포함)에 대한 진료기간 중 등록 틀니 또는 치과임플란트 대상 진료로 별도의 명세서 작성 시 'M'을 기재
MT038	보훈 본인부담 구분코드 (의료기관 및 약국) (*)	X(1)	· 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」제5조제1항에 단서 및 제9조 단서의 일부본인부담대상 전상군경 등에 해당하는 경우 '2'를 기재 · 보훈병원에서 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 제6조제1항에 따라 본인부담금액의 10/100, 40/100, 50/100, 70/100을 부담하는 보훈감면환자에 해당하는 경우 '9', '4', '5', '7'을 기재 · 보훈위탁진료 요양기관에서「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따라 본인부담금액의 10/100, 40/100을 부담하는 보훈감면환자에 해당하는 경우 '9', '4'를 기재 · 보훈위탁진료 요양기관에서 발행한 처방전에 따라 조제한 약국에서 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따라 본인부담금액의 40/100을 부담하는 보훈감면환자에 해당하는 경우 'A'를 기재
MT039	복강경 수술 중 개복하여 수술 (**)	X(1)	복강경을 이용한 수술 중 부득이한 사유로 개복하여 수술을 종결한 경우 "Y"로 기재
MT040	본인부담금 발생횟수	9(2)	의료급여 수급권자 및 차상위(장애인) 만성질환·18세 미만 본인부담 경감대상자가 외래 진료시 1일 2회 이상 진찰한 경우 본인부담금 발생횟수 기재 ※ 응급실의 경우 진료의사가 환자상태를 종합적으로 파악하고 다른 진료과목·전문분야 전문의에게 진료를 요청하여 해당 전문의가 응급환자를 직접 진료한 경우 진찰료 횟수와 관계없이 01로 계산

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>특정내역
기재형식</th><th>설 명</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>〈기재 대상〉<table><tr><th>구분</th><th>기재대상</th></tr><tr><td>의료급여1종 수급권자</td><td>제1차, 2차, 3차 의료급여기관 외래진료분</td></tr><tr><td>의료급여2종 수급권자</td><td>제1차 의료급여기관 외래진료,
만성질환자(의료급여 수가의 기준 및 일반기준 제17조)의 제2차 의료급여기관 외래진료</td></tr><tr><td>차상위 만성질환·18세 미만 본인부담경감대상자, 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자</td><td>의원(치과의원, 한의원, 보건의료원 포함) 외래진료,
병원(치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원 포함) 및 종합병원에서 「의료급여법 시행령」 별표 제2호 가목에 따른 만성질환자의 외래진료</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>MT041</td><td>산부인과 가산점수 산정 (**)</td><td>X(1)/
ccyymmdd</td><td>상대가치점수표 제2편제2부제4장 산부인과 적용지침 2.에 따라 산부인과 가산점수를 산정한 경우 ‘Y/최종월경시작일(LMP, Last Menstrual Period)’ 형태로 순서대로 기재</td></tr>
<tr><td>MT043</td><td>국가재난 의료비 지원 대상유형</td><td>9(1)/X(2)</td><td>대형사고, 자연재해, 전쟁 등으로 인한 재난발생 시 정부의 의료비지원이 있는 경우 아래의 지원 유형을 참조하여 ‘유형코드/유형상세코드’ 형태로 기재
〈지원 유형〉<table><tr><th>지원유형</th><th>유형코드</th><th colspan="2">유형상세</th><th>유형상세코드</th></tr><tr><td rowspan="2">특별재난</td><td rowspan="2">1</td><td rowspan="2">이태원 사고</td><td>공단 대납</td><td>01</td></tr><tr><td>환자 납부</td><td>02</td></tr><tr><td>전상자</td><td>2</td><td colspan="2">-</td><td>-</td></tr><tr><td rowspan="2">기타</td><td rowspan="2">3</td><td colspan="2">밀양화재</td><td>01</td></tr><tr><td colspan="2">코로나바이러스 감염증-19</td><td>02</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>MT045</td><td>조혈모세포 이식 관련 분리청구 사유코드</td><td>9(1)</td><td>「조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준」에 따라 조혈모세포이식 관련 입원 진료기간의 요양급여비용을 분리청구 시 아래의 분리청구 유형을 참고하여 해당 유형코드를 기재
〈분리청구 유형〉<table><tr><th>분리청구 유형</th><th>유형코드</th></tr><tr><td>사전승인 신청 후 심의결과를 통보 받은 경우</td><td>1</td></tr><tr><td>사전승인 절차를 거치지 않은 경우</td><td>2</td></tr><tr><td>사전승인 심의결과 취소를 신청한 경우</td><td>3</td></tr></table></td></tr>
</table>

구분 코드	특정내역	특정내역 기재형식	설 명
MT046	응급환자 중증도 분류기준 (*)	9(1)	한국 응급환자 중증도 분류기준(KTAS)에 해당되는 중증도 등급 기재
MT047	손상중증도점수 (*)	9(2)	손상중증도점수(ISS)에 해당되는 점수 기재
MT048	응급의료센터 구분코드 (*)	9(1)	동일 의료기관이 두개이상의 응급의료센터를 지정받은 경우 주된 진료를 받은 응급의료센터를 기재 1: 중앙응급의료센터(2022.12.21. 진료분까지 해당) 2: 권역응급의료센터 3: 지역응급의료센터 4: 소아전문응급의료센터 5: 화상전문응급의료센터 6: 권역외상센터 7: 외상전문응급의료센터
MT049	최초 입원시점	ccyymmddhhmm	응급의료센터 내원환자의 요양급여개시일과 입원료가 산정되는 첫 입원일이 다른 경우 최초 입원시점을 기재 ※ 입원기간 중간에 분리청구하는 경우에도 최초 입원시점을 기재
MT050	한의사 토요일·공휴일 근무현황	ccyymmdd/ 9(1).V9(1)	한의원에서 토요일·공휴일의 진찰료에 대하여 차등수가를 제외(N차등)하는 경우 1개월 또는 1주일동안 한의사가 근무한 토요일·공휴일의 근무일자와 한의사수를 기재 (접수번호별 첫 번째 명일련에만 기재) ※ 토요일·공휴일 근무일수가 2일 이상인 경우 각각 기재 ※ 단, 시간제, 격일제 근무자는 주3일이상이면서 주20시간 이상인 경우 0.5인으로 산정
MT051	조산아 등록번호	9(20)	조산아 및 저체중 출생아가 외래진료를 받은 경우에 등록번호를 기재
MT052	치매질환 사전승인번호 (의료기관)	9(20)	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표 4의2] 구분 제7호에 해당하는 자가 진료를 받은 경우에 사전승인번호를 기재
MT053	임상연구 정보서비스 (CRIS) 등록번호 (*)	9(7)	「임상연구의 요양급여 적용에 관한 기준」에 따라 임상연구에 대한 요양급여 적용 결정자의 진료비 청구시 임상연구정보서비스(CRIS) 등록번호(7자리)를 기재

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>특정내역
기재형식</th><th>설 명</th></tr>
<tr><td>MT054</td><td>선천성 악안면 기형 치료 대상자 등록번호</td><td>9(20)</td><td>선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형 치료 대상자로 등록된 자가 해당 진료를 받은 경우에 등록번호를 기재</td></tr>
<tr><td>MT055</td><td>추나요법 한의사 근무일수</td><td>9(4)/X(10)/9(2)</td><td>1개월 또는 1주일 동안 대한한의사협회 ‘추나요법 급여 사전 교육’을 이수한 각 한의사별 근무일수 합/한의사 면허번호/근무일수/한의사 면허번호/근무일수.....순으로 기재
(접수번호별 첫 번째 명세서에만 기재)

※ 단, 주 3일이상이면서 20시간 이상 근무하는 격일제, 시간제 근무자는 1개월(주단위청구의 경우 1주일) 동안 재직한 일수의 1/2(소수점이하 4사5입)로 기재하되, 최대 15일(주단위 청구는 주 3일)을 초과할 수 없음</td></tr>
<tr><td>MT058</td><td>체내출혈 정보</td><td>X(1)/X(1)/X(1)
/ccyymmdd</td><td>요양병원의 장기환자에게 체내출혈이 발생되어 행위별수가를 적용하는 경우 ‘체내출혈 환자에 대한 점검표’ 항목별 해당 유무(해당하면 “Y”, 그렇지 않으면 “N”)와 시행일을 순서대로 기재</td></tr>
<tr><td>MT059</td><td>문제의약품 유형</td><td>X(1)/X(2)</td><td>유해성분 함유 문제의약품 재처방·재조제시 아래의 문제의약품 유형을 참조하여 유형코드/세부유형코드 형태로 기재
〈문제의약품 유형〉
<table><tr><th>문제의약품</th><th>유형코드</th><th>세부유형</th><th>세부유형코드</th></tr><tr><td>라니티딘</td><td>A</td><td>재처방·재조제</td><td>01</td></tr><tr><td>니자티딘</td><td>B</td><td>재처방·재조제</td><td>01</td></tr><tr><td>메트포르민</td><td>C</td><td>재처방·재조제</td><td>01</td></tr><tr><td>로사르탄</td><td>D</td><td>재처방·재조제</td><td>01</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>MT060</td><td>인공수정체 제외금액 유형 (**)</td><td>9(1)</td><td>건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2편 질병군 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제2부 제1장 안과 적용지침 2.에 따라 인공수정체 제외금액이 있는 경우에는 아래의 제외유형을 참조하여 기재
〈인공수정체 제외 유형〉
<table><tr><th>인공수정체 제외 유형</th><th>코드</th></tr><tr><td>연성 인공수정체, 단안 제외</td><td>1</td></tr><tr><td>연성 인공수정체, 양안 제외</td><td>2</td></tr><tr><td>경성 인공수정체, 단안 제외</td><td>3</td></tr><tr><td>경성 인공수정체, 양안 제외</td><td>4</td></tr></table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>특정내역
기재형식</th><th>설 명</th></tr>
<tr><td>MT062</td><td>가정전문간호사
방문일수</td><td>9(4)/X(10)/9(2)</td><td>1개월 또는 1주일 동안 각 가정전문간호사별 방문일수합/가정전문간호사 면허번호/방문일수/가정전문간호사 면허번호/방문일수 .....순으로 기재
(접수번호별 첫 번째 명세서에만 기재)</td></tr>
<tr><td>MT063</td><td>요양병원
입원 중
진료의뢰</td><td>9(8)/
ccyymmdd</td><td>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따라 요양병원 입원 중인 산정특례 대상자를 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표3], [별표4] 및 [별표4의2]에 따른 산정특례 대상 상병명으로 다른 요양기관에 진료의뢰 한 경우 요양기관기호(의뢰한 요양병원은 의뢰받은 요양기관의 기관기호, 의뢰받은 요양기관은 의뢰한 요양병원의 기관기호)와 의뢰일자를 기재</td></tr>
<tr><td>MT064</td><td>질병군
적용제외 유형</td><td>X(1)/X(2)</td><td>상대가치점수표 제2편제1부 질병군 급여 일반원칙 등에 따라 질병군 적용에서 제외되어 행위별로 적용하는 경우 질병군 적용제외 사유를 아래의 제외 유형을 참조하여 ‘유형코드/유형상세코드’ 형태로 기재
〈제외 유형〉
<table>
<tr><th>제외유형</th><th>유형코드</th><th>유형상세</th><th>유형상세코드</th></tr>
<tr><td>자격변동</td><td>A</td><td>-</td><td>-</td></tr>
<tr><td>로봇 보조 수술</td><td>B</td><td>-</td><td>-</td></tr>
<tr><td rowspan="2">의료비 지원 등
동시 진료</td><td rowspan="2">C</td><td>코로나바이러스
감염증-19</td><td>01</td></tr>
<tr><td>특별재난</td><td>02</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>MT065</td><td>명세서
분리유형
(*)</td><td>X(1)</td><td>동일 수진자에 대한 요양급여내역 중 특정의 진료내역(또는 처방·조제내역)을 아래의 명세서 분리유형에 따라 명세서를 각각 분리하여 작성·청구하는 경우에 해당 유형코드를 기재
〈명세서 분리유형 및 유형코드〉
<table>
<tr><th>명세서 분리유형</th><th>유형코드</th></tr>
<tr><td>특정기호 ‘F025’ 대상 진료분(「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호너목에 따른 보건복지부장관이 정하여 고시하는 “약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상” 질환 환자가 상급종합병원에서 진료 받는 경우, 보건복지부장관이 정하여 고시한 본인부담률을 적용하는 외래 재진 진료)과 별도의 명세서를 분리작성·청구하는 경우</td><td>A</td></tr>
<tr><td>의료급여 수급권자가 「의료급여법 시행령」 별표 1 제1호자목 및 제2호서목에 따른 잠복결핵 치료 관련 진료 중 타 상병을 동시에 진료하는 경우 급여비용총액 전부를 기금에서 부담하는 잠복결핵 치료 관련 진료 내역을 분리작성·청구하는 경우</td><td>B</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>특정내역
기재형식</th><th>설 명</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><th>명세서 분리유형</th><th>유형코드</th></tr>
<tr><td>「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조의2에 따라 임상연구 관련 진료로 명세서를 작성·청구하는 경우</td><td>C</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>MT066</td><td>진료의뢰
회송번호
(*)</td><td>9(19)</td><td>상대가치점수표 제1편제2부제1장 가-5 회송료를 산정하는 경우 진료의뢰·회송 중계시스템에 등록된 ‘의뢰회송번호’를 기재</td></tr>
<tr><td>MT072</td><td>고가의약품
급여관리 유형
(*)</td><td>X(3)/
ccyymmdd/
ccyymmdd</td><td>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」에 따라 고가의약품 급여관리 관련 명세서 작성 시 아래의 관리 의약품 유형을 참조하여 “유형코드/약제투여일자/평가일자”를 순서대로 기재

〈관리 의약품 유형〉
<table>
<tr><th>관리 의약품</th><th>유형코드</th></tr>
<tr><td>킴리아주</td><td>001</td></tr>
<tr><td>졸겐스마주</td><td>002</td></tr>
<tr><td>스핀라자주</td><td>003</td></tr>
<tr><td>에브리스디건조시럽</td><td>004</td></tr>
<tr><td>럭스터나주</td><td>005</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>MX999</td><td>기타내역
(*)</td><td>X(700)</td><td>기타 명세서 추가내역 기재
- 평문(FreeText) ※ 영문(700자), 한글(350자)</td></tr>
</table>

2. 진료(조제)내역 줄번호(확장번호) 단위 및 처방내역 줄번호(확장번호) 단위

구분코드	특정내역	특정내역 기재형식	설 명
JS002	의약분업 예외구분코드 (*)	9(2)	의약분업 예외사항 발생으로 의료기관에서 원내 조제·투약이 이루어진 경우 해당 예외구분코드(별표 7. 의약분업 예외 구분코드 참조)를 기재하고, 퇴장방지의약품 사용장려금을 청구할 경우 구분코드 '99'를 기재
JS003	입원시각 (*)	ccyymmddhhmm	0-6시 사이에 입원한 경우 해당 입원시간을 기재
JS004	퇴원시각 (*)	ccyymmddhhmm	18-24시 사이에 퇴원한 경우 해당 퇴원시간을 기재
JS005	검체검사 위탁 (*)	9(8)/ ccyymmdd	수탁기관에 검체검사를 의뢰한 경우 수탁기관기호와 검사 의뢰일을 기재
JS006	시설 등의 공동이용 진료 (*)	9(8)/ ccyymmdd	의료자원을 공동 이용하는 계약에 따라 요양기관의 시설, 인력 및 장비 등을 공동이용하는 경우 실시기관의 요양기관기호와 진료의뢰일을 기재
JS007	개방병원 의뢰진료 (*)	9(8)/ ccyymmdd	참여 병·의원이 개방병원으로 검체검사 외 검사 등을 의뢰한 경우 개방병원의 요양기관기호와 의뢰일을 기재
JS008	위탁진료 (*)	9(8)/ ccyymmdd	의료자원을 공동 이용하는 계약에 따른 경우가 아닌 시설·장비 및 인력 등을 보유한 다른 요양기관에 진료를 의뢰한 경우 실시한 요양기관기호와 의뢰일을 기재
JS009	준용명 (*)	X(700)	"상대가치점수표"에 분류되지 않은 항목을 "상대가치점수표" 상의 비슷한 진료행위로 준용하여 'JJJJJJ'코드로 청구시 진료행위명과 산출식을 기재하고, 한의사의 임의처방 청구시에는 임의처방명을 기재 - 평문(FreeText) ※영문(700자), 한글(350자)
JS010	야간가산, 응급의료수가 (*)	ccyymmddhhmm	· 진찰료 또는 수술·처치, 마취료 등 야간가산시 실시시간 기재 · 응급진료 전문의 진찰료 및 권역외상센터 전문의 진찰료 관련 진료시각 및 수술·처치·마취료 등 응급의료행위 가산 관련 실시시각 기재
JS011	혈명코드	X(5)	한방 침술시 혈명코드 기재하되, 혈명코드가 두개 이상일 경우 "/"로 구분
JS012	기준초과 사전심사 약제	X(1)	기준초과 사전심사 약제에 해당하는 경우 'Y'를 기재

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>특정내역
기재형식</th><th>설 명</th></tr>
<tr><td>JS013</td><td>기본·유도초음파
세부내역
(*)</td><td>X(1)/X(5)/
X(200)</td><td>기본(단순, 응급·중환자-단일표적)초음파, 유도초음파를 시행한 경우 세부내역을 기재
해부학적 구분코드/수가코드(5단코드)/구체적 사유
※ 수가코드(5단코드)는 기본·유도초음파를 시행하게 된 관련 행위코드(검사, 처치 및 수술료 등)를 기재
※ 구체적 사유는 관련 행위코드가 불분명한 경우 평문(Free Text)으로 기재(영문200자, 한글100자)

〈해부학적 구분코드〉
<table><tr><th>코드</th><th>부위</th><th>코드</th><th>부위</th></tr><tr><td>A</td><td>뇌</td><td>H</td><td>남성생식기(전립선·정낭 등)</td></tr><tr><td>B</td><td>안</td><td>I</td><td>여성생식기</td></tr><tr><td>C</td><td>비·부비동</td><td>J</td><td>근골격</td></tr><tr><td>D</td><td>경부</td><td>K</td><td>연부</td></tr><tr><td>E</td><td>흉부·유방</td><td>L</td><td>혈관</td></tr><tr><td>F</td><td>복부(간·담낭·췌장·대장 등)</td><td>M</td><td>신경(말초신경 등)</td></tr><tr><td>G</td><td>비뇨기계(신장·부신·방광)</td><td>N</td><td>기타</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>JS014</td><td>응급의료
전용헬기</td><td>9(1)</td><td>응급의료 전용헬기 이송 중 진찰·처치·수술 등을 실시한 경우 ‘1’을 기재</td></tr>
<tr><td>JS015</td><td>요양시설
가정간호</td><td>9(11)</td><td>가정간호를 요양시설(「노인장기요양법」에 따른 장기요양기관)에서 제공하는 경우 요양시설 기호를 기재</td></tr>
<tr><td>JS016</td><td>뇌, 뇌혈관,
경부혈관 MRI
대상유형</td><td>X(2)</td><td>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따라 뇌, 뇌혈관, 경부혈관 자기공명영상진단(MRI)의 급여대상 중 ‘두통, 어지럼’에 해당하여 시행한 경우 아래의 유형을 참조하여 “유형코드”를 기재함

〈 두통·어지럼 유형 〉
<table><tr><th>유형</th><th>코드</th></tr><tr><td>벼락두통</td><td>01</td></tr><tr><td>발살바 또는 성행위 관련 두통</td><td>02</td></tr><tr><td>소아의 두통</td><td>03</td></tr><tr><td>암 또는 면역억제상태 환자의 두통</td><td>04</td></tr><tr><td>중추성 어지럼</td><td>05</td></tr><tr><td>군발두통을 포함한 삼차자율신경계 두통 또는 조짐 동반 편두통</td><td>06</td></tr></table></td></tr>
</table>

구분 코드	특정내역	특정내역 기재형식	설 명
JS018	B형간염표면항원 중화검사	9(2).V9(1)	상대가치점수표 제1편제2부제2장 누701다(1)주2. B형간염표면항원 중화검사를 산정하는 경우 선행검사인 누701다(1) B형간염표면항원 정성검사의 '검사결과'를 기재 ※ 소수점 이하 둘째자리에서 절사함
JT001	확인코드 (*)	X(5)	진료행위에 대한 추가기술 사항을 구분하는 코드로서 확인코드가 여러 개 발생할 경우 "/"로 구분하여 기재
JT003	중환자실 입원기간 (*)	ccyymmdd/ ccyymmdd	중환자실(신생아중환자실 포함)에 입원한 경우 입원기간 From/To를 기재
JT004	신생아 중환자실	9(2)/9(4)	신생아중환자실에 입원한 경우 재태기간/출생시몸무게 체중을 그램(gram)단위로 기재 ※ 재태기간은 주수를 만으로 기재하되, 재태기간 산정시 1주미만의 끝수는 절사(切捨)함
JT005	분만, 임산부초음파 (*)	9(2)	모든 분만명세서 및 임산부초음파를 시행하는 경우 임신주수를 기재 ※ 임신주수 산정시 1주미만의 끝수는 절사(切捨)함 ※ 동 특정내역이 발생한 분만명세서의 경우 신생아체중(MS004)도 동시에 기재하여야 함
JT006	DUR관련 확인 코드	연령금기인 경우: X(1)/HHMM/ X(9)/X(30)/ X(500) 상호금기인 경우: X(1)/HHMM/ X(9),X(9)/ X(30)/X(500)	약국에서 처방조제시 상호금기 및 연령금기 약제에 대하여 처방의사에게 확인 후 조제시 기재 H/확인시간/관련조제약품코드(,관련조제약품코드)/양측 확인자 성명/확인내용
JT007	치매 검사결과	9(2)/ ccyymmdd/ 9(1).V9(1)/ ccyymmdd/ 9(1)/ccyymmdd	치매치료제 중 Acetylcholinesterase inhibitor 약제(예: 아리셉트정, 레미닐정, 엑셀론정 등)나 Memantine 제제(예: 에빅사정 등)를 투여하거나 신경인지기능검사를 시행한 경우 MMSE 검사결과/검사실시일/CDR 검사결과/검사실시일/GDS 검사결과/검사실시일을 순서대로 기재

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>특정내역
기재형식</th><th>설 명</th></tr>
<tr><td>JT009</td><td>저함량 배수
조제 의약품
조제사유
(약국)</td><td>X(1)/X(200)</td><td>제조업자(수입자)·성분·제형이 동일한 의약품 중 여러 함량으로 등재되어 있는 경우 고함량 의약품으로 조제하지 않고 저함량 의약품으로 배수 조제시 해당 조제사유를 기재 (처방 및 직접 조제 모두 해당)
(조제사유코드가 'E'인 경우는 구체적인 사유를 함께 기재)
조제사유코드/구체적 사유
※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재 (영문 200자, 한글 100자)
〈배수 조제사유별 코드〉
<table>
<tr><th>사 유</th><th>코드</th></tr>
<tr><td>용량 조절(titration) 중인 의약품</td><td>A</td></tr>
<tr><td>환자의 자가 조절이 필요한 의약품</td><td>B</td></tr>
<tr><td>투여시기 마다 1회투약량을 달리하는 경우</td><td>C</td></tr>
<tr><td>처방전 발행의사에게 고함량 의약품으로의 처방변경이 불가능함을 확인 후 조제한 경우</td><td>D</td></tr>
<tr><td>기타 환자상태 등 고려 배수 조제가 불가피한 경우</td><td>E</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>JT010</td><td>저함량 의약품
배수 처방(조제)
사유
(의료기관)</td><td>X(1)/X(200)</td><td>제조업자(수입자)·성분·제형이 동일한 의약품 중 여러 함량으로 등재되어 있는 경우 고함량 의약품으로 처방(또는 원내조제)하지 않고 저함량 의약품으로 배수 처방하거나 원내조제하는 경우 해당 처방(원내조제)사유를 기재
(처방(조제)사유코드가 'E'인 경우는 구체적인 사유를 함께 기재)
처방(조제)사유코드/구체적 사유
※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재 (영문 200자, 한글 100자)
〈배수 처방(조제)사유별 코드〉
<table>
<tr><th>사 유</th><th>코드</th></tr>
<tr><td>용량 조절(titration) 중인 의약품</td><td>A</td></tr>
<tr><td>환자의 자가 조절이 필요한 의약품</td><td>B</td></tr>
<tr><td>투여시기 마다 1회투약량을 달리하는 경우</td><td>C</td></tr>
<tr><td>기타 환자상태 등 고려 배수 처방이 불가피한 경우</td><td>E</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>JT011</td><td>병용·연령금기
등 약제
처방(조제)사유
(의료기관 및
약국)</td><td>X(400)</td><td>의료기관(의·치과, 보건기관)이 병용·연령금기 등 약제를 원외 처방하거나 원내조제하는 경우 또는 약국이 병용·연령금기 등 약제를 직접 조제하는 경우에는 구체적 사유를 기재
※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재(영문 400자, 한글 200자)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>특정내역
기재형식</th><th>설 명</th></tr>
<tr><td>JT012</td><td>동일성분
의약품 중복
처방사유
(의료기관)</td><td>X(1)/X(200)</td><td>의료기관(의·치과 및 보건기관) 외래 진료분 원외처방전의 일부 의약품을 동일성분 의약품으로 중복처방 시 해당 사유코드를 기재
중복처방 사유코드/구체적 사유
※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재(영문200자, 한글 100자)

〈중복처방 사유별 코드〉
<table><tr><th>사 유</th><th>코드</th></tr><tr><td>환자가 장기 출장이나 여행으로 인하여 의약품이 소진되기 전 처방을 받아야 하는 경우</td><td>A</td></tr><tr><td>의약품 부작용, 용량 조절 등으로 약제 변경이 불가피하거나, powder 형태의 조제 등으로 인하여 기존 처방의약품 중 특정 성분만을 구분하여 별도 처방할 수 없는 경우</td><td>B</td></tr><tr><td>항암제 투여 중인 환자나 소아환자로서 구토로 인해 약 복용 중 약제가 소실된 경우 등 환자의 귀책사유 없이 약제가 소실·변질된 경우</td><td>C</td></tr><tr><td>A부터 C까지에 해당하지 않는 사유로 환자가 6개월에 215일 이상의 처방을 원하여 약값의 전액을 본인부담하는 경우</td><td>E</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>JT013</td><td>수술일자
(*)</td><td>ccyymmdd</td><td>수술일자를 기재하는 수술을 시행한 경우 해당 수술일자를 기재
※ 동 수술 중 양측으로 구분되는 수술인 경우에는 확인코드(JT001)에 좌우측 여부를 동시에 기재함</td></tr>
<tr><td>JT014</td><td>향정신성 약물 장기처방(조제) 사유(의료기관)</td><td>X(1)/X(200)</td><td>의료기관(의·치과 및 보건기관) 외래 진료시 아래와 같은 대상성분의 향정신성 약물을 1회에 30일을 초과하여 원외처방하거나 원내조제하는 경우 ‘Y/구체적 사유’를 기재
(구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재 (영문 200자, 한글 100자))

※ 대상성분:
Alprazolam, Bromazepam, Brotizolam, Chlordiazepoxide, Clobazam, Clorazepate dipotassium, Clotiazepam, Diazepam, Ethyl loflazepate, Etizolam, Flurazepam, Lorazepam, Mexazolam, Pinazepam, Zolpidem 등</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>특정내역
기재형식</th><th>설 명</th></tr>
<tr><td>JT015</td><td>내시경적 점막하 박리절제술(ESD) 병리 조직검사 결과
(*)</td><td>X(150)/X(150)/
X(1)/X(1)/
X(1)/9(3)/9(3)</td><td>내시경적 점막하 박리절제술(ESD)시 실시한 병리조직검사 결과를 병변별로 기재
조직학적 유형(분화정도 포함)/침윤깊이/림프관 침범 여부/혈관 침범 여부/절제면의 암세포 존재 여부/절제병변의 가로/절제병변의 세로
※ 조직학적 유형(분화정도 포함)과 침윤깊이는 평문(Free Text)으로 기재(영문 150자, 한글 75자)
※ 림프관 침범 여부, 혈관 침범 여부 및 절제면의 암세포 존재 여부는 Y(Present 등 포함) 또는 N(Absent 등 포함)으로 기재
※ 절제된 병변의 가로와 세로는 밀리미터(mm) 단위로 기재</td></tr>
<tr><td>JT017</td><td>내용액제 처방(조제)사유 (의료기관)</td><td>X(1)/X(200)</td><td>의료기관(의·치과 및 보건기관)이 동일성분의 정제 또는 캡슐제가 있는 내용액제(시럽 및 현탁액 등)를 처방하거나 원내조제하는 경우 해당 처방(원내조제) 사유를 기재
(처방(조제)사유코드가 'E'인 경우는 구체적인 사유를 함께 기재)
※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재(영문 200자, 한글 100자)
〈내용액제 처방(조제)사유별 코드〉
<table>
<tr><th>사 유</th><th>코드</th></tr>
<tr><td>고령으로 인한 연하곤란이 있어 정제 또는 캡슐제를 삼킬 수 없는 경우</td><td>A</td></tr>
<tr><td>치매로 인한 연하곤란이 있어 정제 또는 캡슐제를 삼킬 수 없는 경우</td><td>B</td></tr>
<tr><td>경관영양(tube feeding) 상태로 정제 또는 캡슐제를 삼킬 수 없는 경우</td><td>C</td></tr>
<tr><td>A부터 C까지에 해당하지 않는 사유로 정제 또는 캡슐제를 투약 할 수 없는 경우</td><td>E</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>JT018</td><td>건강검진 실시 당일 진찰료 산정사유</td><td>X(1)/X(1)/
X(1)/X(1)/
X(1)/X(1)/
X(200)/X(1)/
X(200)</td><td>「국민건강보험법」에 따른 건강검진 실시 당일 별도의 진찰료를 산정하는 경우 해당 사유코드를 모두 기재
(진찰료 산정 사유코드에 'F' 또는 'G'인 경우는 구체적인 사유를 함께 기재)
※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재(영문200자, 한글 100자)
〈진찰료 산정 사유코드〉</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>특정내역
기재형식</th><th>설 명</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><th>구 분</th><th>코드</th></tr>
<tr><td>원외처방전 발급</td><td>A</td></tr>
<tr><td>원내직접조제(경구, 외용제, 주사제 등)</td><td>B</td></tr>
<tr><td>이학요법</td><td>C</td></tr>
<tr><td>처치 및 수술</td><td>D</td></tr>
<tr><td>검사</td><td>E</td></tr>
<tr><td>「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치 점수」 제1편 제3부 행위 비급여 목록에 따라 산정 가능한 진료행위</td><td>F</td></tr>
<tr><td>A부터 F까지에 해당하지 않는 사유</td><td>G</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>JT019</td><td>필요시
투약하는
약제(PRN)
처방(조제)
(의료기관 및
약국)</td><td>X(1)</td><td>필요시 투약하는 약제(PRN)를 의료기관(의·치과 및 보건기관)에서 원외처방하거나 원내조제하는 경우 또는 약국에서 조제하는 경우 ‘P’를 기재</td></tr>
<tr><td>JT020</td><td>시행일자 등
(*)</td><td>ccyymmdd</td><td>· 입원 진료시 초음파검사 시행일자, MRI검사 시행일자, MRI 외부병원 필름 판독일자를 기재
· 입원 진료시 상대가치점수표 제1편제2부제2장 나-721-1 관상동맥내 압력측정술을 시행한 경우 시행일자를 기재
※ 시행일자가 여러 날인 경우 “/”로 구분하여 기재</td></tr>
<tr><td>JT021</td><td>관상동맥분류</td><td>9(1)</td><td>· 경피적 관상동맥 스텐트를 삽입한 혈관의 해당 번호를 기재
· 상대가치점수표 제1편제2부제2장 나-721-1 관상동맥내 압력측정술, 제9장 자-655 경피적 관상동맥확장술, 자-656 경피적 관상동맥스텐트삽입술 및 자-657 경피적 관상동맥죽상반절제술을 산정하는 경우 시행한 혈관의 해당 번호를 기재
※ 혈관이 여러 개 발생할 경우 “/”로 구분하여 기재
〈혈관별 번호〉
<table>
<tr><th>혈관명</th><th>번호</th></tr>
<tr><td>좌주관상동맥(Left Main Coronary Artery, LM)</td><td>1</td></tr>
<tr><td>좌전하행동맥(Left Anterior Descending Artery, LAD)</td><td>2</td></tr>
<tr><td>좌회선동맥(Left Circumflex Artery, LCx)</td><td>3</td></tr>
<tr><td>우관상동맥(Right Coronary Artery, RCA)</td><td>4</td></tr>
<tr><td>관상동맥 이식부위 혈관(Graft)</td><td>5</td></tr>
</table>
※ 스텐트를 삽입한 해당 혈관을 모두 기재하여야 하며, 분지혈관의 경우 해당 주혈관으로 기재함.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>특정내역
기재형식</th><th>설 명</th></tr>
<tr><td>JT022</td><td>차일드-퍼 분류
(Child-Pugh
Class : 잔여
간기능검사 분류)
점수</td><td>9(2)</td><td>색전성 약물방출미세구를 사용하는 경우 차일드-퍼 분류(Child-Pugh Class : 잔여 간기능검사 분류)상 점수(5~15)를 기재</td></tr>
<tr><td>JT023</td><td>신경인지기능검사
세부검사항목코드</td><td>ccyymmdd/
X(4)</td><td>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따른 신경인지기능검사 개별검사를 하는 경우 시행일과 세부검사항목코드를 기재하되, 세부검사항목코드가 두 개 이상일 경우 “/”로 구분하여 기재</td></tr>
<tr><td>JT024</td><td>골밀도검사</td><td>X(1)/
9(1).V9(1)</td><td>소아청소년에게 골밀도검사 시행 시 검사결과(Z-score)를 ‘음수·양수 구분코드/수치결과’ 순서대로 기재
〈음수·양수 구분코드〉
<table><tr><th>구분</th><th>코드</th></tr><tr><td>음수</td><td>1</td></tr><tr><td>양수</td><td>2</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>JT026</td><td>원격협진
(*)</td><td>9(8)/
ccyymmdd</td><td>상대가치점수표 제1편제2부제1장 가8-2 원격협의진찰료를 산정하는 경우 요양기관기호(원격협진을 의뢰한 기관은 자문한 의사·치과의사·한의사가 속한 기관의 요양기관기호, 원격협진 자문한 기관은 원격협진 의뢰한 기관의 요양기관기호)와 의뢰(자문)한 날짜를 ‘요양기관기호/시행일자’ 형태로 순서대로 기재</td></tr>
<tr><td>JT029</td><td>재원기간
(*)</td><td>ccyymmdd/
ccyymmdd/
X(100)</td><td>· 상대가치점수표 제1편제2부제1장 가-34 입원환자 전담전문의 관리료를 산정하는 경우 입원전담전문의 병동별 재원기간의 날짜(From/To)와 신고한 운영병동 명칭(Unit명)을 순서대로 기재
· 상대가치점수표 제3편제3부 요-55 요양병원 입원환자 안전관리료를 산정하는 경우 6인 이하 입원실에 재원한 기간의 날짜(From/To)를 기재
· 상대가치점수표 제1편제2부 가-7나 모자동실 입원료를 산정하는 경우 모자동실 최초입실일자(From)/최종퇴실일자(To)/총재실시간을 순서대로 기재</td></tr>
<tr><td>JT030</td><td>체중</td><td>X(1)/9(6)</td><td>요양급여내역 중 아래의 체중 기재유형에 해당하는 진료(또는 처방·조제)의 경우에는 해당 유형코드와 체중(gram단위)을 순서대로 기재
〈체중 기재유형〉</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>특정내역
기재형식</th><th>설 명</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><th>유형코드</th><th>유형 세부내용</th></tr>
<tr><td>A</td><td>입원 중인 수술 시행일 체중이 1,500g 미만 소아에게 상대가치점수표 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (22) 및 제6장 마취료 [산정지침] (11)에 따라 가산하여 산정하는 경우</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>JT034</td><td>호스피스 상담 정보</td><td>9(1)/
ccyymmdd/
9(3)/X(1)</td><td>상대가치점수표 제4편제4부 완-10 호스피스 사전상담료를 산정하는 경우에 상담을 시행한 의료인의 면허종류, 상담일자, 소요시간(단위: 분), 호스피스 이용 동의여부를 기재하되, 아래의 면허종류코드를 참조하여 ‘실제 상담을 실시한 의료인의 면허종류코드/상담일자/소요시간(단위: 분)/동의여부(동의 시 “Y”, 그렇지 않으면 “N”)’ 형태로 순서대로 기재
〈면허종류코드〉
<table>
<tr><th>면허종류</th><th>면허종류코드</th></tr>
<tr><td>의사</td><td>1</td></tr>
<tr><td>간호사</td><td>6</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>JT035</td><td>연명의료중단등결정 관련 서식 등록정보</td><td>ccyymmdd/
X(2)</td><td>상대가치점수표 제4편제5부 연명의료중단등결정 수가를 산정하는 경우, 제4편제1부 1. 일반기준 라.에 따른 ‘관련 서식’ 및 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따른 ‘별도 서식’의 등록완료일자와 해당 관련 서식 코드를 기재하되, 아래의 관련 서식 코드를 참고하여 ‘등록완료일자/관련 서식 코드’ 형태로 순서대로 기재함
〈관련 서식 코드〉
<table>
<tr><th>관련 서식</th><th>관련 서식 코드</th></tr>
<tr><td>별도 서식</td><td>00</td></tr>
<tr><td>제1호서식</td><td>01</td></tr>
<tr><td>제9호서식</td><td>09</td></tr>
<tr><td>제10호서식</td><td>10</td></tr>
<tr><td>제11호서식</td><td>11</td></tr>
<tr><td>제12호서식</td><td>12</td></tr>
<tr><td>제13호서식</td><td>13</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>JT036</td><td>48시간 초과 홀터기록 검사</td><td>ccyymmddhhmm/ccyymmddhhmm/X(20)</td><td>상대가치점수표 제1편제2부제2장제3절 나725-다(2) 48시간 초과 홀터기록을 산정하는 경우, 홀터기록 시작일시와 종료일시, 환자가 사용한 의료기기 정보를 기재하되, ‘기록시작일시/기록종료일시/의료기기 정보’ 형태로 순서대로 기재

※ ‘의료기기 정보’는 「의료기기법 시행규칙」에 따른 식품의약품안전처장의 의료기기 제조 또는 수입 품목의 허가번호(또는 인증번호, 신고번호)를 기재</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>특정내역
기재형식</th><th>설 명</th></tr>
<tr><td>JT037</td><td>혁신의료기술
시행일자
(*)</td><td>ccyymmdd</td><td>상대가치점수표 제5편제1부에 따라 혁신의료기술 분류항목 및 분류항목에 별도로 규정한 약제, 치료재료대를 산정하는 경우 시행일자를 기재.
단, 시행일자가 여러 날인 경우 “/”로 구분하여 기재</td></tr>
<tr><td>JT038</td><td>응급실
영상검사 판독
완료일자</td><td>ccyymmdd</td><td>상대가치점수표 제1편제2부제3장제2절 ‘주’항에 따라 CT, MRI 영상검사의 ‘응급실 내 긴급 판독 가산’을 산정하는 경우 판독 완료일자를 기재
단, 판독 완료일자가 여러 날인 경우 “/”로 구분하여 기재</td></tr>
<tr><td>JT039</td><td>NGS 유전자
패널검사
고형암
조직유형</td><td>X(2)</td><td>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따라 상대가치점수표 제1편제2부제2장 나-598-1 차세대염기서열분석(NGS) 기반 유전자 패널검사 중 ‘비유전성 유전자 검사-고형암’을 산정하는 경우 해당 조직유형코드를 기재

〈조직유형코드〉
<table>
<tr><th colspan="3">조직유형</th><th>코드</th></tr>
<tr><td rowspan="4">진행성·
전이성·
재발성</td><td rowspan="3">폐암</td><td>비소세포성 선암종</td><td>01</td></tr>
<tr><td>혼합 암종
(비소세포성 선암종이 포함된 혼합 암종)</td><td>02</td></tr>
<tr><td>이외의 기타 악성 신생물
(소세포폐암, 편평상피세포암, 대세포암 등)</td><td>03</td></tr>
<tr><td colspan="2">폐암 외 고형암</td><td>04</td></tr>
<tr><td colspan="3">조기암</td><td>99</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>JX999</td><td>기타내역
(*)</td><td>X(700)</td><td>특정내역의 구분코드가 없는 경우에는 기타 줄번호(확장번호) 단위의 기타내역에 기재
- 평문(FreeText) ※ 영문(700자), 한글(350자)</td></tr>
</table>

※ 명세서 단위 및 줄번호 단위별로 특정내역이 발생시 해당 단위별로 작성하고, 동일 명세서 및 줄번호에 여러 특정내역이 발생시에도 각각으로 생성하여 기재하며, 약제, 검사, 처치 등 별도의 인정기준에 의한 경우에는 검사일자, 검사결과 등을 세부작성요령 〈별첨. 특정내역 구분코드(별도인정)〉에 의거 기재

3. 처방내역단위

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>특정내역
기재형식</th><th>설 명</th></tr>
<tr><td>CT001</td><td>동일 성분
의약품 중복
처방사유
(의료기관)</td><td>X(1)/X(200)</td><td>의료기관(의·치과 및 보건기관) 외래 진료분 원외처방전의 모든 의약품을 동일 성분 의약품으로 중복처방시 해당 중복처방 사유코드를 기재
중복처방 사유코드/구체적 사유
※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재 (영문 200자, 한글 100자)

〈중복처방 사유별 코드〉
<table><tr><th>사 유</th><th>코드</th></tr><tr><td>환자가 장기 출장이나 여행으로 인하여 의약품이 소진되기 전 처방을 받아야 하는 경우</td><td>A</td></tr><tr><td>의약품 부작용, 용량 조절 등으로 약제 변경이 불가피하거나, powder 형태의 조제 등으로 인하여 기존 처방의약품 중 특정 성분만을 구분하여 별도 처방할 수 없는 경우</td><td>B</td></tr><tr><td>항암제 투여 중인 환자나 소아환자로서 구토로 인해 약 복용 중 약제가 소실된 경우 등 환자의 귀책사유 없이 약제가 소실·변질된 경우</td><td>C</td></tr><tr><td>A부터 C가지에 해당하지 않는 사유로 환자가 6개월에 215일 이상의 처방을 원하여 약값의 전체를 본인 부담하는 경우</td><td>E</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>CT002</td><td>처방내역
특정기호
(의료기관)</td><td>X(4)</td><td>상급종합병원 또는 종합병원에서 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제6조에 해당하는 상병으로 외래진료 후 원외처방한 경우 해당 특정기호를 기재</td></tr>
</table>

요양급여비용 청구방법,
심사청구서·명세서서식 및 작성요령 세부사항

건강보험심사평가원 공고 제2024-40호

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

건강보험심사평가원 공고 제2024 - 40호

「국민건강보험법 시행규칙」 제19조제3항 및 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」(보건복지부 고시 제2024-19호, 2024.1.31.)에 따른 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 세부사항」(건강보험심사평가원 공고 제2023-213호, 2023. 8. 21.)을 다음과 같이 개정·공고합니다.

2024년 2월 23일

건강보험심사평가원장

「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 세부사항」 일부개정

요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 세부사항을 다음과 같이 개정한다. (이하 공고내용 생략)

부 칙

이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 세부사항

제정 2017. 1.17. 공고 제2017- 15호 (2017. 1.17. 시행)
개정 2017.12. 7. 공고 제2017-265호 (2017.12. 7. 시행)
개정 2018. 5.31. 공고 제2018-131호 (2018. 9. 1. 시행)
개정 2018. 7.10. 공고 제2018-173호 (2018. 7.10. 시행)
개정 2019. 3.26. 공고 제2019- 89호 (2019. 3.26. 시행)
개정 2019.12.26. 공고 제2019-420호 (2019.12.26. 시행)
개정 2020. 7.29. 공고 제2020-215호 (2020. 7.29. 시행)
개정 2021. 3. 8. 공고 제2021- 55호 (2021. 3. 8. 시행)
개정 2021. 5.10. 공고 제2021-137호 (2021.10. 1. 시행)
개정 2021.12. 1. 공고 제2021-305호 (2021.12. 1. 시행)
개정 2022. 5.16. 공고 제2022-125호 (2022. 5.16. 시행)
개정 2023. 6.21. 공고 제2023-171호 (2023. 6.21. 시행)
개정 2023. 8.21. 공고 제2023-213호 (2023.10. 1. 시행)
개정 2023. 2.23. 공고 제2024- 40호 (2024. 2.23. 시행)

제1조(목적) 이 공고는 보건복지부 고시 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에서 위임된 사항과 그 시행에 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(전자문서) 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」(이하 “고시”라 한다) 제1편제3장제16조제3항에 따른 건강보험 요양급여비용 전자문서는 별표 1과 같다.

제3조(전산매체파일) 고시 제1편제3장제17조제2항에 따른 전산매체파일 수록사양은 별표 2와 같다.

제4조(치식구분) 고시 제1편제4장제23조제2항에 따른 치식구분 기재 요령은 별표 3에 따른다.

제5조(약국 직접 조제·투약 시 증상분류기호) 고시 제1편제4장제23조제3항에 따른 약국 직접 조제 · 투약시 증상분류기호는 별표 4에 따라 기재한다.

제6조(진료코드) 고시 제1편제4장제27조 및 제2편제4장제14조에 따른 진료코드는 별표 5에 따른다.

제7조(질병군 전자문서) ① 고시 제2편제3장제10조제3항에 따른 질병군 요양급여비용 전자문서는 별표 6과 같다.

② 고시 제2편제3장제10조제4항에 따른 건강보험 요양급여비용 전자문서는 별표 1과 같다.

제8조(질병군 코드세부내역) 고시 제2편제4장제14조에 따른 코드세부내역은 별표 7에 따른다.

부 칙 (2017. 1. 17.)

제1조(시행일) 이 공고는 2017년 1월 17일부터 시행한다.

제2조(경과조치) 이 공고 시행 전에 보건복지부 고시 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따른 요양급여비용의 청구 등은 이 공고에 따라 한 것으로 본다.

부 칙 (2017. 12. 7.)

이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

부 칙 (2018. 5. 31.)

이 공고는 2018년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2018. 7. 10.)

이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

부 칙 (2019. 3. 26.)

제1조(시행일) 이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

제2조(적용례) [별표 1] 약국명세서 구조도 및 [별표 2] 명세서일반내역(약국)은 2019년 5월 1일 청구분부터 적용한다.

부 칙 (2019. 12. 26.)

제1조(시행일) 이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

부 칙 (2020. 7. 29.)

제1조(시행일) 이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

부 칙 (2021. 3. 8.)

이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

부 칙 (2021. 5. 10.)

이 공고는 2021년 10월 1일 청구분부터 시행한다.

부 칙 (2021. 12. 1.)

이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

부 칙 (2022. 5. 16.)

이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

부 칙 (2023. 6. 21.)

이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

부 칙 (2023. 8. 21.)

이 공고는 2023년 10월 1일부터 시행한다.

부 칙 (2024. 2. 23.)

이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

※ **[별표 1]** 건강보험 요양급여비용 전자문서(제2조 및 제7조제2항 관련) ⇒ 수록 생략
[별표 2] 전산매체파일 수록사양(제3조 관련) ⇒ 수록 생략

[별표 3]

치식구분 기재 요령(제4조 관련)

1. 정보통신망 및 전산매체 청구

치식번호를 우상, 좌상, 우하, 좌하순으로 일렬로 위치한 뒤 상병과 관련된 치식번호 또는 검사, 마취, 처치 및 수술부위의 치식번호 위치에 영구치의 경우는 “*”를, 유치의 경우는 “#”를, 치과임플란트의 경우는 “!”를 기재하며 관련이 없는 치식번호에는 “0”으로 채운다.

○ 영구치(치과임플란트)와 유치의 치식번호 위치

	우상	좌상	우하	좌하
영구치 (치과임플란트):	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
유 치:	E D C B A	A B C D E	E D C B A	A B C D E

예시 1) 좌상 4,5,6번 치아(영구치)의 치아우식증 진단시 치식구분 기재방법

	우상	좌상	우하	좌하
치식번호:	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
기재방법:	0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 * * * 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0

예시 2) 우하 D번, 좌하 A번 치아(유치)의 치아우식증 진단시 치식구분 기재방법

	우상	좌상	우하	좌하
치식번호:	E D C B A	A B C D E	E D C B A	A B C D E
기재방법:	0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 # 0 0 0	# 0 0 0 0 0 0 0

예시 3) 좌상 4번, 우하 3번 치아(치과임플란트)의 치주염 진단시 치식구분 기재방법

	우상	좌상	우하	좌하
치식번호:	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
기재방법:	0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 ! 0 0 0 0	0 0 0 0 0 ! 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0

2. 서면 청구

(예시)

○ 유치인 경우

부위 및 상병명: D 가역적 치수염(상병분류기호 K0400)

○ 영구치인 경우(복합상병시)

부위 및 상병명: 4 5 6 만성 단순치주염(상병분류기호 K0530)

3 근단 및 외측의 치아뿌리낭(상병분류기호 K0480)

○ 치과임플란트인 경우

부위 및 상병명: 4! 사고, 추출 또는 국한성 치주병에 의한 치아상실(상병분류기호 K081)

3!

[별표 4]

약국 직접 조제·투약시 증상분류기호(제5조 관련)

「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」 제23조제3항 관련 증상분류기호는 다음과 같이 대분류(1번~9번)와 소분류(1번~48번)로 구분하며, 약국 요양급여비용 명세서 작성시에는 이를 연결하여 3단으로 기재한다. 다만, 대분류 “9(기타)”와 소분류 “48(기타)”를 연결하는 “948”기호는 피한다.

《대분류》

대분류기호	증상군	대분류기호	증상군	대분류기호	증상군
1	호 흡 기 계	2	소 화 기 계	3	피부 및 피하조직
4	비뇨·생식기계	5	근 골 격 계	6	눈 및 눈 부속기
7	귀 및 귀부속기	8	기타 감염성	9	기 타

《소분류》

소분류기호	증 상	소분류기호	증 상	소분류기호	증 상	소분류기호	증 상
01	속쓰림	02	소화불량	03	구 역	04	구 토
05	위 통	06	신 트 림	07	식욕부진	08	변 비
09	복 통	10	복부팽만	11	설 사	12	기 침
13	객 담	14	해 소	15	콧 물	16	코 막 힘
17	발 열	18	두 통	19	인 후 통	20	오 한
21	발 한	22	호흡곤란	23	발 진	24	소 양 감
25	염 증	26	부 종	27	발 적	28	종 창
29	수 포	30	작 열 감	31	빈 뇨	32	잔 뇨 감
33	실 금	34	배뇨곤란	35	월 경 통	36	관 절 통
37	근육통	38	요 통	39	전 신 통	40	염 좌
41	신경통	42	타 박 상	43	담 결 림	44	치 통
45	현 훈	46	이 통	47	이 명	48	기 타

[별표 5]

진료코드(제6조 관련)

1. 코드개요

코드는 수가, 준용, 보험등재약 및 동 의약품의 일반(성분)명, 원료, 조제(제제)약, 치료재료로 분류되며, 각각의 코드는 다음과 같은 코드 구분자를 갖는다.

(의·치과)

수가(공상가 포함): 1	준용: 2
보험등재약: 3	원료, 조제(제제)약: 4
보험등재약의 일반(성분)명: 5	치료재료: 8

(한 방)

수가: A	준용: B
약가: C	치료재료: H

※ 코드 자릿수의 경우, 수가코드는 산정지침과 관련이 없는 경우 5자리 코드만 사용하고 산정지침이 적용되는 경우는 8자리 또는 9자리 코드를 사용하며, 공상수가코드(5자리 또는 8자리), 준용수가코드(6자리), 보험등재약코드(9자리), 한약제제코드(9자리), 허가·신고·인정범위 초과 사용 치료재료코드(9자리) 외에는 모두 8자리를 사용한다.

2. 진료내역코드

가. 수가(약국:조제료) 코드

(1) 코드사용

기본코드는 각 장별 분류행위에 부여된 코드(주항목 포함)를 사용하고, 각 장의 산정지침이나 절의 "주"에 의하여 가산·감산 또는 세부구분하면서 산정코드로 표현하도록 한 경우는 요양기관이 조합하여 8자리 또는 9자리 코드를 사용한다.

※ 세부구분 하는 경우:
검체검사료 각 분류항목별 세부검사항목, 신경인지기능검사(유형Ⅲ~Ⅵ) 등

(2) 기본구조

	기본코드(5자리)			산정코드(3자리 또는 4자리)			
	대분류	분 류 번 호	일련번호	의미Ⅰ	의미Ⅱ	의미Ⅲ	의미Ⅳ
의·치과:	X(1) (A-Z)	X(3) (000-999) (A00-ZZZ)	X(1) (0-9) (A-Z)	X(1) (0-9) (A-Z)	X(1) (0-9) (A-Z)	X(1) (0-9) (A-Z)	X(1) (0-9) (A-Z)
약국:	X(1) (Z)	X(2) (00-99) (A0-ZZ)	9(2)	X(1) (0-9) (A-Z)	X(1) (0-9) (A-Z)	X(1) (0-9) (A-Z)	X(1) (0-9) (A-Z)
한방:	9(2) (01-99)	X(2) (00-99) (A0-ZZ)	9(1)	X(1) (0-9)	X(1) (0-9)	X(1) (0-9)	X(1) (0-9)

(3) 진료행위 항목별 코드구조

(가) 기본코드

〔의·치과〕

진료행위명		대분류	분류번호
기본진료료	진찰료	AA	1:초진 2:재진
	입원료	AB	1:상급종합병원 2:종합병원 3:병원 4:의원, 보건의료원 5,6:요양병원 9:1인실 입원료
	요양병원 입원급여 적정성 평가 질지원금		
	집중치료실 입원료 고위험임산부 집중관리료 야간진료관리료 입원환자 안전관리료 수술실 환자 안전관리료 수면검사실 관리료 소아 진정관리료 입원환자 전담전문의 관리료 뇌졸중 집중치료실 입원료	AC	
	무균치료실 입원료	AD	1:상급종합병원 2:종합병원 3:병원 4:의원, 보건의료원
	회송료	AE	
	낮병동 입원료	AF	1:상급종합병원 2:종합병원 3:병원 4:의원, 보건의료원 5,6:요양병원
	신생아실 입원료 모자동실 입원료 신생아 모유수유간호관리료	AG	1:상급종합병원 2:종합병원 3:병원 4:의원, 보건의료원

진료행위명		대분류	분류번호
	신종플루 감염전문관리료(치료거점병원) 협의진찰료 원격협의진찰료 만성질환관리료 감염예방·관리료 신종감염병증후군[신종코로나바이러스감염증] 관련 감염예방·관리료	AH	
	집중영양치료료 다학제 통합진료료 심장통합진료료 인공임신중절 교육·상담료 뇌사장기기증자 관리료 야간전담간호사 관리료 야간간호료 비만수술 통합진료료	AI	
	중환자실 입원료 중환자실 전담의 · 전담전문의 신생아 중환자실 모유수유간호관리료 중환자실 내 격리관리료	AJ	
	격리실 입원료	AK	1:상급종합병원 2:종합병원 3:병원 4:의원, 보건의료원 5:요양병원
	의약품관리료 혈액관리료 마약류 관리료	AL	
	보육기	AM	
	가정간호 기본방문료	AN	2:상급종합병원 3:종합병원 4:병원 5:의원, 보건의료원
	회복관리료 외래 항암주사관리료 항암화학요법 부작용 및 반응평가료	AP	

진료행위명		대분류	분류번호
	정신의학적 집중관리료 치과 집중관리료 치과 안전관찰료 정맥내 혈전용해술 관리료		
	납차폐특수치료실 입원료	AQ	6:상급종합병원 7:종합병원 8:병원 9:의원, 보건의료원
	정신건강의학과 정액수가(의료급여)	AR	2:낮병동 3,5:입원 4:외박
	식대(의료급여)	AS	
	안치료(의료급여)	AT	
	의료질평가지원금 전문병원 관리료 전문병원(병원·정신병원·요양병원·한방병원) 의료질평가지원금	AU	
	요양병원 지역사회 연계 교통비 요양병원 지역사회 연계료	AW	
	이송처치료	AY	
	교육·상담료	AZ	
검사료	검체 검사료	B,C,D	
		BZ	
		CX,CY	
		CZ	
	병리 검사료	C,CB	
		CX,CY	
		CZ	
	기능 검사료	E,F,FA,FB	
		EX,EY	
		EZ	
		FX,FY,FZ	

진료행위명		대분류	분류번호
	내시경, 천자 및 생검료	C	
		CZ	
		E,EA	
		EX	
		EZ	
	초음파 검사료	EB	
		EZ	
영상진단 및 방사선치료료	방사선일반영상진단료	G,GB	
		GZ	
	방사선특수영상진단료	HA,HB	
		HE,HF,HH	
		HI,HJ	
		HZ	
	핵의학영상진단 및 골밀도검사료	HC,HG	
		HK	
		HX,HY	
		HZ	
	방사선치료료	HD	
		HX,HY	
		HZ	
투약 및 조제료		J	
주사료	주사료	KK	
		KX	
		KZ	
	채혈 및 수혈료	X	
		XZ	
마취료	마취료 및 치과마취료	L	
		LX	
		LZ	
	신경차단술료	LA	
		LY	

진료행위명		대분류	분류번호
	신경파괴술료	LB	
		LX	
이학요법료		MM	
		MX,MY	
		MZ	
정신요법료		NN	
		NZ	
처치 및 수술료 등	기본 처치	M	
		S(SA,SB,SC)	
	피부 및 연부조직	N(NA)	
		NX	
		S(SA,SB,SC)	
		SZ	
	근골	N(NA)	
		NY	
		SZ	
	코	O	
		OZ	
	후두	O(OA)	
		OZ	
	기관, 기관지 및 폐	O	
		OZ	
	흉곽	O	
		OX	
	순환기	O(OA,OB)	
		OY	
		OZ	
	비장 및 림프절	P	
	입, 이하선	Q	
		QX	
		QZ	

진료행위명		대분류	분류번호
	인두 및 편도	Q	
	식도	Q(QA)	
	복막 및 후복막	Q	
	위	Q(QA)	
	장, 장간막, 허니아	Q(QA)	
		QZ	
	직장 및 항문	Q(QA)	
		QZ	
	비뇨기	R(RA,RB)	
		RZ	
	남성 생식기	R	
		RZ	
	여성 생식기, 임신과 분만	R(RA)	
		RY	
		RZ	
	보조생식술	R	
	내분비기	P	
		PX	
		PZ	
	신경	S	
		SY	
		SZ	
	감각기(시기, 청기)	S	
		SZ	
	응급처치	M	
	중재적 방사선시술	M	
		MX,MY	
		OZ	
		Q	
		QZ	

진료행위명		대분류	분류번호
	투석	O	
		OZ	
	유방	N	
	간	Q	
		QZ	
	담낭 및 담도	Q	
		QX	
	췌장	Q	
		QZ	
	소화기 내시경하 시술	Q	
		QX	
		QZ	
	장기이식	Q	
		R	
	기타	Q,QZ	
	캐스트 기술료	T	
치과 처치·수술료		U	
		UH	
		UX,UY	
		UZ	
조산료		V	
보건기관의 진료수가		W	
전혈 및 혈액성분제제료		X	
입원환자 식대(건강보험)		Y,Z	
치과의 보철료		UA,UB	
응급의료수가	응급 기본진료료	V(VA)	
치과의 교정치료료		UD	

진료행위명			대분류	분류번호
기타	(중증응급진료센터) 격리진료구역 내 격리관리료 (중증응급진료센터) 격리진료구역 관찰료 (요양병원) 코로나19 관련 요양병원 입원격리관리료 코로나19 의료급여 정신의료기관 입원격리관리료 코로나19 수술실 격리관리료 코로나19 분만 격리관리료		AH	
	코로나19 혈액투석		OH	
	기타		ZZ	
요양병원 정액수가			A	
입원형 호스피스	호스피스 입원일당 정액	호스피스 입원실 (보조활동 포함)	WJ	1:상급종합병원 2:종합병원 3:병원 4:의원
		호스피스 격리실 (보조활동 포함)	WK	
		호스피스 임종실 (보조활동 포함)	WL	
		호스피스 입원실 (보조활동 미포함)	WM	
		호스피스 격리실 (보조활동 미포함)	WN	
		호스피스 임종실 (보조활동 미포함)	WO	
	호스피스 급여 별도산정	전인적 돌봄 상담료	WG	
		임종관리료	WH	
가정형 호스피스	가정형 호스피스 방문료 가정형 호스피스 통합환자관리료		AP	1:상급종합병원 2:종합병원 3:병원 4:의원

진료행위명		대분류	분류번호
자문형 호스피스	자문형 호스피스 돌봄 상담료 자문형 호스피스 임종관리료 자문형 호스피스 임종실 입원료 자문형 호스피스 격리실 입원료	WP	1:상급종합병원 2:종합병원 3:병원 4:의원
	호스피스 사전상담료	WQ	
연명의료중단등 결정	말기환자등 상담료 연명의료중단등결정 계획료 연명의료중단등결정 이행 관리료	WU	1:상급종합병원 2:종합병원 3:병원, 요양병원 4:의원
	연명의료중단등결정 협진료		
혁신의료기술	처치 및 수술료	TA	
	처치 및 수술료(비급여) 검사료(비급여)	TZ	
	인공지능 분석 및 활용료	TT	
	의사 행위료	TU	
	인공지능 분석 및 활용료(비급여)	TX	
공공정책		JA	1:분만 정책수가 2:소아진료

〔한방〕

진료행위명		대분류	분류번호
기본진료료	진찰료	10	1:초진 2:재진
	협의진찰료 원격협의진찰료 의료질평가지원금 감염예방 · 관리료	11	
	가정간호 기본방문료 전문병원 관리료 전문병원(병원·정신병원·요양병원·한방병원) 의료질평가지원금 야간전담간호사 관리료 야간간호료	13	
	입원료	15	1:상급종합병원 2:종합병원 3:한방병원 4:한의원, 보건의료원 5,6:요양병원 9:1인실 입원료
	요양병원 입원급여 적정성 평가 연계 질지원금		
	회송료 입원환자 식대(의료급여) 입원환자 안전관리료 수술실 환자 안전관리료 요양병원 지역사회 연계료 요양병원 지역사회 연계 교통비	16	
	안치료(의료급여)	17	
	낮병동 입원료	18	1:상급종합병원 2:종합병원 3:한방병원 4:한의원, 보건의료원 5,6:요양병원
	중환자실 입원료 중환자실 전담의·전담전문의	19	

진료행위명		대분류	분류번호
한방 검사료		20	
		28	
		29	
투약 및 조제료		30	
한방 시술 및 처치료	시술료	40	
		49	
	처치료	45	
		48	
	한방 정신요법료	59	
보건기관의 진료수가		80	
입원환자 식대(건강보험)		6,7	
연명의료중단등결정	말기환자 등 상담료 연명의료중단등결정 계획료 연명의료중단등결정 이행 관리료	55	1:상급종합병원 2:종합병원 3:한방병원 4:한의원
	연명의료중단등결정 협진료		

〔약국 약제비〕

조제행위명		대분류	분류번호
약국관리료(방문당)		Z	10
조제기본료(방문당)		Z	20
복약지도료(방문당)		Z	30
조제료	처방전에 의한 조제료	Z	40,41,43
	처방전에 의하지 아니한 조제료	Z	40,42
의약품관리료(방문당)		Z	50
야간조제관리료		Z	70

(나) 산정코드

〔의·치과〕

대분류		산정코드			
코드	대분류명칭	의미Ⅰ	의미Ⅱ	의미Ⅲ	의미Ⅳ
AA	진찰료	1:1세미만 6:1세이상~ 6세미만 9:뇌병변·지적·정신· 자폐성장애인 (치과)	1:야간 2:심야(6세미만) 3:토요일(09-13시) 5:공휴일 8:사회복지시설내 원외처방전 교부 9:대리수령자가 처방전 및 약제를 수령한 경우	1:차등수가 제외 2:영유아 건강검진 당일 진찰 3:일반건강검진 당일 진찰 4:생애전환기 건강검진 당일 진찰(의료급여) 5:암검진 당일 진찰	
AB	입원료	1:0-6시 입원 2:18-24시 퇴원 3:입원 181일~ 270일째까지 (요양병원) 4:입원 271일~ 360일째까지 (요양병원) 5:입원 361일째 부터(요양병원) 8:입원16일-30일 까지 9:입원31일부터	9:9인 이상 병실 입원(요양병원)	3:강내치료 4:1세이상~ 8세미만 A:1세미만	
AC	집중치료실 입원료	1:0-6시 입원 2:18-24시 퇴원			
	소아 진정관리료	A:1세미만 B:1세이상~ 6세미만 C:신생아	1:야간 5:공휴일		
	입원환자 전담전문의 관리료			4:주간(8세미만) 5:24시간(8세미만)	

대분류		산정코드			
코드	대분류명칭	의미 I	의미II	의미III	의미IV
AD	무균치료실 입원료	1:0-6시 입원 2:18-24시 퇴원			
AG	신생아 입원료	1:0-6시 입원 2:18-24시 퇴원			
AH	원격협의 진찰료			1:지정 응급의료 기관의 응급실 5:응급실에 내원한 정신질환자를 「응급의료에 관한 법률」에 따라 지정받은 응급의료기관에서 자문	
AI	심장 통합진료료			1:혈관조영촬영실에서 검사중 실시	
	인공임신중절 교육·상담료			2:수술 후 재교육 실시	
AJ	중환자실 입원료	1:0-6시 입원 2:18-24시 퇴원 8:입원16일-30일 까지(요양병원) 9:입원31일부터 (요양병원)	1:집중간호 신생아 2:적응증 외 신생아		
AK	격리실 입원료	1:0-6시 입원 2:18-24시 퇴원 8:입원16일-30일 까지(요양병원) 9:입원31일부터 (요양병원)			
AN	가정간호 기본방문료	1:1세미만		2:가정전문간호사 2인 방문 4:사회복지시설내 시설입소자	

대분류		산정코드			
코드	대분류명칭	의미 I	의미II	의미III	의미IV
AP	정신의학적 집중관리료			1:2시간이상~ 6시간미만 (격리보호)	
AQ	납차폐 특수치료실 입원료	1:0-6시 입원 2:18-24시 퇴원			
AU	의료질평가 지원금			4:의료질 향상 노력기관	
	전문병원 관리료			1:종합병원	
	전문병원 (병원·정신병원·요양병원·한방병원) 의료질 평가지원금			3:요양병원	
AY	이송처치료		2:심야(이송)		
AZ	교육상담료	6:6세미만		1:재교육 (항암화학요법 변경) 2:재교육 (stoma 위치 변경을 위한 수술)	
D CZ	검체 검사료	각 분류항목별 세부 검사항목		1:진단검사 질가산(8%) 2:진단검사 질가산(6%) 3:진단검사 질가산(4%) 4:진단검사 질가산(3%) 6:진단검사의학과 전문의 등 판독	Z:수탁기관으로 위탁하는 경우

대분류		산정코드			
코드	대분류명칭	의미 I	의미II	의미III	의미IV
				7:핵의학검사 질가산(4%) 8:병리검사 질가산(4%) 9:병리과전문의 외부슬라이드판독 A:진단검사 질가산(8%) 진단검사의학과 전문의 등 판독 B:진단검사 질가산(6%) 진단검사의학과 전문의 등 판독 C:진단검사 질가산(4%) 진단검사의학과 전문의 등 판독 D:진단검사 질가산(3%) 진단검사의학과 전문의 등 판독 E:핵의학검사 질가산(4%) 진단검사의학과 전문의 등 판독 F:병리검사 질가산(4%) 진단검사의학과 전문의 등 판독 G:병리검사 질가산(4%) 외부슬라이드판독 H:진단검사 질가산(2%)	
C CX CY	병리 검사료	사람유전자 분자유전검사			

대분류		산정코드			
코드	대분류명칭	의미 I	의미II	의미III	의미IV
				J:진단검사 질가산(1%) K:진단검사 질가산(2%) 진단검사의학과 전문의 등 판독 L:진단검사 질가산(1%) 진단검사의학과 전문의 등 판독	
CB			1:RNA fusion gene	6:진단검사의학과 전문의 등 판독 A:진단검사 질가산(8%) 진단검사의학과 전문의 등 판독 B:진단검사 질가산(6%) 진단검사의학과 전문의 등 판독 C:진단검사 질가산(4%) 진단검사의학과 전문의 등 판독 D:진단검사 질가산(3%) 진단검사의학과 전문의 등 판독 F:병리검사 질가산(4%) 진단검사의학과 전문의 등 판독 K:진단검사 질가산(2%) 진단검사의학과	

대분류		산정코드			
코드	대분류명칭	의미 I	의미II	의미III	의미IV
				전문의 등 판독 L:진단검사 질가산(1%) 진단검사의학과 전문의 등 판독	
E	기능 검사료	7:응급 9:권역외상센터 중증외상 A:1세미만 B:1세이상~ 6세미만		2:안구운동범위 촬영 및 분석	
EX		7:응급 9:권역외상센터 중증외상			
F		7:응급 9:권역외상센터 중증외상 A:1세미만 B:1세이상~ 6세미만			
F FA	뇌파검사	6:6세미만	1:Digital 뇌파분석		
FB	신경인지 기능검사	유형별 세부 검사항목			
FY	증상 및 행동 평가 척도	유형별 세부 검사항목			
	보청기조절 검사	A:1세미만 B:1세이상~ 6세미만			

대분류		산정코드			
코드	대분류명칭	의미Ⅰ	의미Ⅱ	의미Ⅲ	의미Ⅳ
E	내시경	2:심장혈관흉부외과 전문의 4:1세미만(응급) 5:1세이상~6세미만(응급) 7:응급 9:권역외상센터 중증외상 A:1세미만 B:1세이상~6세미만 D:1세미만 권역외상센터 중증외상 E:1세이상~6세미만 권역외상센터 중증외상	1:내시경하 생검 2:Brushing		
EX EZ		A:1세미만 B:1세이상~6세미만	1:내시경하 생검		
EA	진정내시경	1:신생아 4:70세이상 A:1세미만 B:1세이상~6세미만	1:야간 5:공휴일		
C	천자	4:1세미만(응급) 5:1세이상~6세미만(응급) 7:응급 9:권역외상센터 중증외상 A:1세미만 B:1세이상~	1:치료목적		

대분류		산정코드			
코드	대분류명칭	의미 I	의미II	의미III	의미IV
		6세미만 D:1세미만 권역외상센터 중증외상 E:1세이상~ 6세미만 권역외상센터 중증외상			
C CZ	일반생검	1:외과 전문의 2:심장혈관흉부외과 전문의 A:1세미만 B:1세이상~ 6세미만			
EB	초음파 검사료	A:1세미만 (가산 50%) B:1세이상~ 6세미만 (가산30%) C:1세미만 (가산100%) D:1세이상~ 6세미만 (가산50%)	1:도플러 검사 2:조영제 사용 검사	1:제한적 검사	
G	방사선 일반영상 진단료	6:6세미만		6:영상의학과전문의 판독 7:촬영료 등	
HA	방사선 특수영상 진단료	5:6세미만(응급) 6:6세미만 7:응급 9:권역외상센터 중증외상	1:양측혈관촬영 2:두 번째 혈관촬영부터 3:두 번째 혈관촬영부터	1:외부병원필름 판독료 6:영상의학과 전문의 판독 7:촬영료 등	

대분류		산정코드			
코드	대분류명칭	의미 I	의미 II	의미 III	의미 IV
		E:6세미만 권역외상센터 중증외상	양측 혈관인 경우 4:응급실 내 영상의학과전문의 긴급판독		
HE HF		6:6세미만	4:응급실 내 영상의학과전문의 긴급판독	1:외부병원필름 판독료 6:영상의학과전문의 판독 7:촬영료 등	
HI			1:3 테슬라 이상 2:0.5 테슬라 이상 ~1.5 테슬라 미만 3:0.5 테슬라 미만	5:품질관리검사 적합판정	
HJ			4:응급실 내 영상의학과전문의 긴급판독	4:영상의학과전문의 판독	
HC HX HY HZ	핵의학 영상진단	6:6세미만	1:정량분석 2:동적영상 3:혈류영상 4:정량+동적 5:동적+혈류 6:혈류+정량 7:정량+동적+혈류	1:외부병원필름 판독료 6:핵의학과등 전문의판독	
HK			각 항목별 방사성 동위원소 종류		
HD HX HY	방사선치료료	A:1세미만 B:1세이상~ 6세미만			
J	투약 및 조제료	1:1세미만 6:1세이상~	1:야간 5:공휴일	1:제제료 2:신생아중환자실	

대분류		산정코드			
코드	대분류명칭	의미 I	의미II	의미III	의미IV
		6세미만		입원 3:소아중환자실 입원 4:가루약 조제투약	
KK	주사료	1:1세미만 6:1세이상~ 6세미만	2:응급 9:권역외상센터 중증외상		
KX					
X	채혈 및 수혈료	1:1세미만 6:1세이상~ 6세미만			
L	마취료 및 치과마취료	1:신생아 4:70세이상 A:1세미만 B:1세이상~ 6세미만 D:(상급종합병원·종합병원) 신생아 E:(상급종합병원·종합병원) 1세미만 F:(상급종합병원·종합병원) 1세이상~ 6세미만 G:입원 중 수술 시행 체중 1,500g 미만 소아 H:입원 중 신생아 및 1세 미만 소아	1:야간 2:응급 3:응급 야간 4:응급 공휴일 5:공휴일 8:의원·치과의원 (보건의료원포함) 야간, 토요일, 공휴일 9:권역외상센터 중증외상 A:권역외상센터중 증외상 야간 B:권역외상센터중 증외상 공휴일 D:응급(별표3) E:응급 야간(별표3) F:응급 공휴일 (별표3) G:응급 야간 공휴일 (별표3)	4:장기이식수술 5:심폐체외순환법 6:일측폐환기법 7:고빈도제트 환기법 8:개흉적심장수술 9:개두술(뇌종양, 뇌혈관 질환) A:중증외상환자에 대한 수술 B:ASA-PS3이상 환자에 대한 수술 Z:신경차단술 15회 초과	
LX					
LA	신경차단술료	1:신생아	1:야간	Z:신경차단술	

대분류		산정코드			
코드	대분류명칭	의미Ⅰ	의미Ⅱ	의미Ⅲ	의미Ⅳ
LY		4:70세이상 A:1세미만 B:1세이상~ 6세미만 D:(상급종합병원· 종합병원) 신생아 E:(상급종합병원· 종합병원) 1세미만 F:(상급종합병원· 종합병원) 1세이상~ 6세미만	5:공휴일 8:의원·치과의원 (보건의료원포함) 야간, 토요일, 공휴일	15회 초과	
LB LX	신경파괴술료				
NN	정신의학적 응급처치		2:응급 9:권역외상센터 중증외상		
M-S MX- SZ	처치 및 수술, 중재적 방사선시술	1:외과전문의 2:심장혈관흉부외과 전문의 4:성형외과전문의 5:35세이상 산모 6:신생아 8:건강검진 당일 소화기 내시경하시술 9:화상치료 목적 A:1세미만 B:1세이상~ 6세미만 C:모체 내 태아 D:신경외과전문의 E:신생아 (신경외과전문의) F:외상센터전담	1:야간 2:응급 3:응급 야간 4:응급 공휴일 5:공휴일 6:심야 7:응급 심야 8:의원·치과의원(보건의료원포함) 야간, 토요일, 공휴일 9:권역외상센터 중증외상 A:권역외상센터 중증외상 야간 B:권역외상센터 중증외상 공휴일 C:권역외상센터	1:제2의 수술 2:(상급종합병원· 종합병원) 신생아 3:(상급종합병원· 종합병원) 1세미만 4:제2의 수술 (종합병원이상) 5:(상급종합병원· 종합병원) 1세이상~ 6세미만 6:(상급종합병원· 종합병원) 신생아 제2의 수술 7:(상급종합병원·	

대분류		산정코드			
코드	대분류명칭	의미 I	의미II	의미III	의미IV
		전문의 G:1세미만 (신경외과전문의) H:1세이상~ 6세미만 (신경외과전문의) I:고위험산모·신생아 통합치료센터 고위험분만 K:1세이상~ 6세미만 (외과전문의) L:1세이상~ 6세미만 (심장혈관흉부외과 전문의) M:1세이상~ 6세미만 (화상치료 목적) N:1세미만 (외과전문의) O:고위험산모·신생아 통합치료센터 분만취약지 고위험분만 P:1세미만 (심장혈관흉부외과 전문의) Q:1세미만 (화상치료 목적) R:분만취약지 S:고위험분만 T:분만취약지 고위험분만 U:신생아 (외과전문의)	중증외상 심야 D:응급(별표3) E:응급 야간(별표3) F:응급 공휴일 (별표3) G:응급 야간 공휴일 (별표3) H:응급 공휴 심야	종합병원) 1세미만 제2의 수술 8:(상급종합병원· 종합병원) 1세이상~ 6세미만 제2의 수술 A:수술 시행일 체중 1,500g 미만 소아 B:신생아 및 1세 미만 C:수술 시행일 체중 1,500g 미만 소아 제2의 수술 D:신생아 및 1세 미만 제2의 수술 E:수술 시행일 체중 1,500g 미만 소아 제2의 수술 (종합병원이상) F:신생아 및 1세 미만 제2의 수술 (종합병원이상)	

대분류		산정코드			
코드	대분류명칭	의미Ⅰ	의미Ⅱ	의미Ⅲ	의미Ⅳ
		V:신생아 (심장혈관흉부외과 전문의) W:신생아 (화상치료 목적)			
T	캐스트료	A:1세미만 B:1세이상~6세미만	1:야간 2:응급 3:응급 야간 4:응급 공휴일 5:공휴일 9:권역외상센터 중증외상 A:권역외상센터 중증외상 야간 B:권역외상센터 중증외상 공휴일		
U	치과 처치·수술료	1:상급종합병원·치과대학부속 치과병원 3:8세미만	1:야간 5:공휴일 8:의원·치과의원 (보건의료원포함) 야간, 토요일, 공휴일	1:제2의 수술 4:제2의 수술 (상급종합병원·종합병원·치과대학부속 치과병원)	
UX UY					
Y	입원환자 식대			1:인력기준 미충족 2:일반식 인력기준 충족(치료식) 3:멸균식 인력기준 미충족	
AS	입원환자 식대(의료급여)			1:인력기준 미충족 (치료식) 3:멸균식 인력기준 미충족	
V	조산료	R:분만취약지 S:고위험 분만		1:다태아분만시 제2태아부터의	

대분류		산정코드			
코드	대분류명칭	의미 I	의미II	의미III	의미IV
		T:분만취약지 고위험 분만		조산료	
	응급 기본진료료	1:1세미만 6:소아전문응급 의료센터 6세미만		4:1세이상~ 8세미만 5:정신질환자 9:기준 충족 못한 지역응급의료기관	
UB	치과의 보철료			2:재수술	
A	요양병원 정액수가	1:0-6시 입원 2:18-24시 퇴원 3:입원 181일~ 270일째까지 4:입원 271일~ 360일째까지 5:입원 361일째 부터	9:9인이상 병실 입원		
WJ WM	입원형 호스피스 입원실	1:0-6시 입원 2:18-24시 퇴원 3:6-12시간 입원 4:입원 61일째부터			
WK WN	입원형 호스피스 격리실				
WL WO	입원형 호스피스 임종실	1:0-6시 입원 2:18-24시 퇴원 3:6-12시간 입원			
AP	가정형 호스피스	4:초기 평가 및 계획 5:임종	1:야간 5:공휴일		
WP	자문형 호스피스 임종실 입원료	1:0-6시 입원 2:18-24시 퇴원			

대분류		산정코드			
코드	대분류명칭	의미Ⅰ	의미Ⅱ	의미Ⅲ	의미Ⅳ
	자문형 호스피스 격리실 입원료	1:0-6시 입원 2:18-24시 퇴원 4:입원61일째부터			
WQ	호스피스 사전상담료			1:환자 요청에 의하여 추가적인 상담 실시(1회 추가) 2:호스피스대상 환자 부득이한 사유로 상담받기 곤란한 경우-외래 내원 지정대리인 또는 보호자 상담 실시	
WU	말기환자등 상담료			1:1회 추가	
	연명의료 중단등결정 계획료			1:1회 추가 2:2회 추가	
TA	혁신의료기술		1:야간 5:공휴일		

〔한방〕

대분류		산정코드			
코드	대분류명칭	의미 I	의미 II	의미 III	의미 IV
10	진찰료	1:1세미만 6:1세이상~ 6세미만	1:야간 2:심야(6세미만) 3:토요일(09-13시) 5:공휴일 9:대리수령자가 처방전 및 약제를 수령한 경우	1:차등수가 제외	
11	원격 협의진찰료			1:지정 응급의료기관의 응급실 5:응급실에 내원한 정신질환자를 「응급의료에 관한 법률」에 따라 지정받은 응급의료기관에서 자문	
	의료질평가 지원금			4:의료질 향상 노력기관	
13	가정간호 기본방문료	1:1세미만		2:가정전문간호사 2인 방문 4:사회복지시설내 시설입소자	
	전문병원 관리료			1:종합병원	
	전문병원 (병원· 정신병원·요양병원·한방병원) 의료질평가 지원금			3:요양병원	

대분류			산정코드			
코드	대분류명칭		의미Ⅰ	의미Ⅱ	의미Ⅲ	의미Ⅳ
15	입원료		1:0-6시 입원 2:18-24시 퇴원 3:입원 181일~270일째까지(요양병원) 4:입원 271일~360일째까지(요양병원) 5:입원 361일째부터(요양병원) 8:입원16일-30일까지 9:입원 31일부터	9:9인 이상 병실 입원(요양병원)	4:1세이상~8세미만 A:1세미만	
19	중환자실 입원료		1:0-6시 입원 2:18-24시 퇴원 8:입원16일-30일까지(요양병원) 9:입원31일부터(요양병원)			
30	투약 및 조제료		1:1세미만 6:1세이상~6세미만			
40	시술료	경혈침술	1:신생아 3:1세미만 6:1세이상~6세미만	1:야간 5:공휴일	2:자락술, 도침술, 산침술(산자법) 4:사암침법, 오행침법, 체질침법 6:화침, 온침	
		기타침술				
		구술, 부항술	3:1세미만 6:1세이상~6세미만			
		변증기술료				

대분류		산정코드			
코드	대분류명칭	의미 I	의미 II	의미III	의미IV
45	처치료		1:야간 5:공휴일		
6 (62, 63, 66)	입원환자 식대			1:인력기준 미충족 2:일반식 인력기준 충족(치료식)	
16	입원환자 식대 (의료급여)			1:인력기준 미충족(치료식)	
55	말기환자등 상담료			1:1회 추가	
	연명의료 중단등결정 계획료			1:1회 추가 2:2회 추가	

〔약국 약제비〕

대분류		산정코드			
코드	대분류명칭	의미 I	의미 II	의미III	의미IV
Z10	약국관리료(방문당)			1:차등수가 제외	
Z20	조제기본료(방문당)	6:6세미만	1:야간 3:토요일 (09-13시) 4:심야 (6세미만) 5:공휴일		
Z30	복약지도료(방문당)				
Z41, Z43	처방전에 의한 조제료	1:가루약 조제투약	1:야간 2:심야 (6세미만) 3:토요일 (09-13시) 5:공휴일		
Z42	처방전에 의하지 아니한 조제료				

나. 의약품코드

(1) 코드사용

(가) 보험등재약과 한약제제는 「의약품 바코드와 RFID tag의 사용 및 관리요령(보건복지부 고시)」에 따른 의약품 표준코드 중 일부를 사용한다.

- 보험등재약의 제품코드와 일반(성분)명 코드는 “약제 급여 목록 및 급여 상한금액표”에 등재된 코드를 사용하고, 한약제제는 “한약제제 급여목록 및 상한금액표”에 등재된 코드를 사용한다.

(나) 원료약, 조제(제제)약은 건강보험심사평가원에서 부여한 코드를 사용한다.

(다) 한약제제의 고유처방은 「한약제제 급여목록 및 상한금액표(보건복지부 고시)」에 의한 코드부여 방법에 따라 요양기관이 부여한 코드(9자리)를 사용한다.

(2) 보험등재약

(가) 기본구조

의약품 표준코드(13자리) 중 업체식별코드 및 품목코드(9자리)를 사용

<table>
<tr><td>자릿수(13)</td><td>3</td><td colspan="4">4</td><td colspan="4">5</td><td>1</td></tr>
<tr><td rowspan="2">내 용</td><td rowspan="2">국가식별
코드</td><td colspan="4" rowspan="2">업체식별
코드</td><td colspan="4">품목코드</td><td rowspan="2">검증번호</td></tr>
<tr><td colspan="3">함량 포함한
품목코드</td><td>포장단위</td></tr>
<tr><td>부여 예</td><td>880</td><td colspan="4">6400-6999
6200-6299
0500-0999</td><td colspan="3">0001-9999</td><td>0: 대표코드
1-9: 포장단위</td><td>0-9</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>①</td><td>②</td><td>③</td><td>④</td><td>⑤</td><td>⑥</td><td>⑦</td><td>⑧</td><td>⑨</td><td></td></tr>
</table>

(나) 코드설명

구 분	내 용		부 여
①~④	업체식별코드		6400-6999 6200-6299 0500-0999
⑤~⑨	품목코드	⑤~⑧: 함량 포함한 품목코드	0001-9999
		⑨: 최소 포장단위 표준코드 ※단, TB, TC, TD, TE, TL, TR, CE, CH, CR, CS, MS, PC, PD(투여경로: 기타), PL, PO, SP, AE, DS, EN, EX 제형 및 산소, 아산화질소, 주문생산용 방사성 의약품은 대표코드 부여	0-9

(3) 보험등재약 일반(성분) 코드

(가) 기본구조 및 코드설명

자릿수	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
코드 부여 방법	주성분 일련번호				·단일제(주성분별 함량 일련번호) ·복합제(00)		투여경로 (내복제: A, 주사제: B, 외용제: C, 기타: D)	제형	

(4) 한약제제 코드

(가) 기본구조

㉠ 단미엑스제제 및 단미엑스혼합제

의약품 표준코드(13자리) 중 업체식별코드 및 품목코드(9자리)를 사용

자릿수(13)	3	4				5					1
내 용	국가식별 코드	업체식별 코드				품목코드					검증번호
						함량 포함한 품목코드				포장단위	
부여 예	880	6400-6999 6200-6299 0500-0999				0001-9999				0: 대표코드 1-9: 포장단위	0-9
		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	

㉡ 고유처방

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

(나) 코드설명

㉠ 단미엑스제제 및 단미엑스혼합제

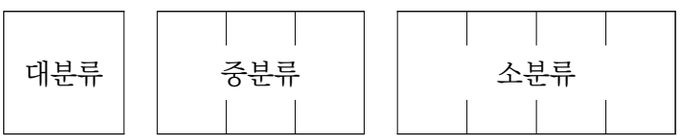
자릿수(9)	내 용		부 여
①~④	업체식별코드		6400-6999 6200-6299 0500-0999
⑤~⑨	품목코드	⑤~⑧: 함량 포함한 품목코드	0001-9999
		⑨: 포장단위 대표코드 ※단, 대표코드로 품목구분이 불가능할 경우 숫자를 달리 부여	0

㉡ 고유처방

자릿수(9)	구 성	코드 부여 방법
①	대분류	C
②~⑤	중분류	해당 명세서 고유처방 발생번호
⑥~⑨	소분류	“0000”

(5) 등재되지 아니한 의약품

(가) 기본구조



X(1) 9(3) 9(4)

(나) 코드설명

1) 대분류

G: 원료약
H: 조제내복약
I: 조제주사약
J: 조제외용약
K: 제제내복약
L: 제제주사약
M: 제제외용약

2) 중분류

가) 원료약

0	0	※

※ 약품명의 알파벳 첫글자

나) 조제(제제)약

9	9	9

3) 소분류

종류, 투여방법 및 의약품 분류번호가 동일한 의약품별 일련번호

다. 치료재료 코드

(1) 코드사용

(가) 치료재료는 보건복지부장관이 인정·고시하여 “치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표”에 등재된 품목별 코드를 사용한다.

(나) 허가·신고·인정범위 초과 사용 치료재료는 보건복지부장관이 인정·고시하는 “치료재료의 허가·신고 또는 인정범위 초과 사용에 관한 절차 및 방법 등에 관한 기준”에 따라 품목별 코드 끝에 “E”를 부여한 코드(9자리)를 사용한다.

(2) 기본구조

(가) 품목별 코드

X(2) 9(3) 9(3)

(나) 허가·신고·인정범위 초과 사용 치료재료

X(2) 9(3) 9(3) X(1)

(3) 코드설명

(가) 대분류: 유사치료용 재료군으로 알파벳과 혼합 사용

(나) 중분류: 동일용도(규격, 재질, 형태 등)군

(다) 소분류: 제품별 표기

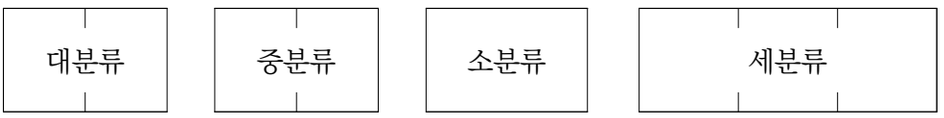
(라) E: 허가·신고·인정범위 초과 사용 치료재료 표기

라. 공상코드

(1) 코드사용

“산업재해보상보험 요양급여 산정기준(고용노동부 고시)” 중 [별표 2] 산재보험에서 추가로 인정하는 요양급여의 범위 및 비용산정기준은 각 분류 항목에 부여한 코드 사용

(2) 기본구조



㉠ 대분류: 각 '절'별로 숫자 2자리를 부여

10	치과보철
12	치료보조기구
13	한방 탕전료(1첩당) 한방검사료
15	사후처치료
20	재활보조기구
51	재활치료료-전문재활치료료
52	재활치료로-검사료
53	재활치료료-기본진료료
54	냉각부하검사료
70	보험급여청구서 확인 및 진단서발급 수수료 등
71	토탈서비스 이용 수수료 주치의면담료 영상정보제공수수료 진료내역 확인 수수료
80	자기유래배양피부이식술
85	예방접종 백신비용 예방접종 시행비용
90	재활보조기구 처방 및 검수료

㉡ 중분류: 분류번호 2자리를 따옴

㉢ 소분류: 분류번호별 일련번호

㉣ 세분류: 분류번호별 일련번호

※ **[별표 6]** 질병군 요양급여비용 전자문서(제7조제1항 관련) ⇒ 수록 생략

[별표 7]

코드세부내역(제8조 관련)

1. 진료코드

상대가치점수표 제1편의 각 분류항목에 부여된 5자리 코드만을 사용한다.

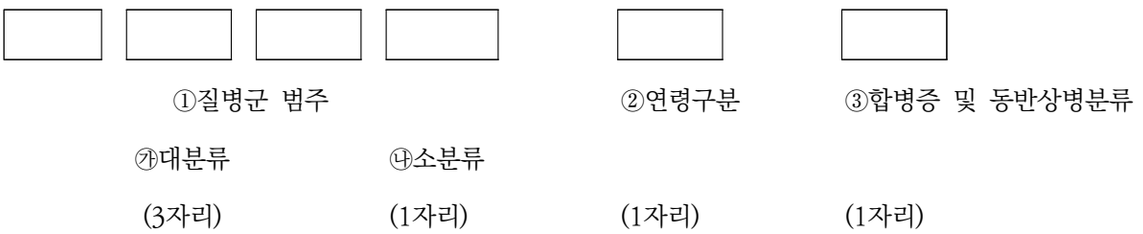
구분	행위명칭		대분류	분류번호
수술처치 코드	제9장	**처치 및 수술료 등** (제1절 처치 및 수술료)	M	0001-9999
			N	
			O	
			P	
			Q	
			R	
			S	
			MX	001-999
			MY	
			NA	
			NX	
			NY	
			OA	
			OB	
			OX	
			OY	
			OZ	
			PX	
			PZ	
			QA	
			QX	
			QZ	

구분	행위명칭		대분류	분류번호
			RA	
			RB	
			RY	
			RZ	
			SA	
			SB	
			SC	
			SY	
			SZ	
	제10장	**치과 처치·수술료**	U	0001-9999
			UD	001-999
			UH	
			UX	
			UY	
			UZ	
검사 코드	제2장	**검사료** (제3절 기능 검사료, 제4절 내시경, 천자 및 생검료, 제5절 초음파 검사료)	C	0001-9999
			E	
			F	
			CZ	001-999
			EA	
			EB	
			EX	
			EY	
			EZ	
			FA	
			FB	
			FX	
			FY	
			FZ	
방사선 코드	제3장	**영상진단 및 방사선치료료** (제2절 방사선특수영상진단료, 제4절 방사선치료료)	HA	001-999
			HB	
			HD	
			HE	

구분	행위명칭		대분류	분류번호
			HF	
			HI	
			HJ	
			HX	
			HY	
			HZ	
주사 및 혈액제제 코드	제5장	**주사료** (제1절 주사료, 제2절 채혈 및 수혈료)	X	0001-9999
			KK	001-999
			KX	
			KZ	
			XZ	
	제16장	**전혈 및 혈액성분제제료**	X	0001-9999
마취 및 호흡치료 코드	제6장	**마취료** (제3절 신경차단술료, 제4절 신경파괴술료)	LA	001-999
			LB	
			LX	
			LY	
	제7장	**이학요법료** (제4절 기타 이학요법료)	MM	001-999
			MX	
			MY	
			MZ	

2. 질병군번호

질병군번호는 총6자리이며 첫4자리는 질병군범주, 5번째 자리는 연령그룹, 6번째 자리는 합병증 및 동반상병분류를 기재하며 세부내역은 “질병군상대가치점수표(보건복지부고시)”를 참조한다.



① 질병군 범주

㉮ 대분류

- C05: 수정체 수술
- D11: 편도 및 아데노이드 절제술
- G08: 충수절제술
- G09: 서혜 및 대퇴부 탈장수술
- G10: 항문 및 항문주위수술
- N04: 자궁 및 자궁부속기 수술
- O01: 제왕절개분만

㉯ 소분류

소분류 구분	내 용
1	수정체 소절개수술, 단안
	편도 및 아데노이드절제술
	복잡한 주진단에 의한 충수절제술
	복강경을 이용한 자궁적출술
2	수정체 소절개수술, 양안
	복잡한 주진단이 없는 충수절제술
	복수 항문 수술
	기타 자궁적출술
3	수정체 대절개수술, 단안
	복강경을 이용한 복잡한 주진단에 의한 충수절제술

소분류 구분	내 용
4	수정체 대절개수술, 양안
	복강경을 이용한 복잡한 주진단이 없는 층수절제술
	기타 항문 수술
5	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장수술, 단측
	원형자동문합기를 이용한 치핵절제술
	복강경을 이용한 기타 자궁 수술
6	서혜 및 대퇴부 탈장수술, 단측
	주요 항문 수술
	복강경을 이용한 자궁부속기 수술
	제왕절개분만, 단태아
7	복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장수술, 양측
	기타 자궁 수술
	제왕절개분만, 다태아
8	서혜 및 대퇴부 탈장수술, 양측
	자궁부속기 수술

② 연령구분

연령 구분	편도 및 아데노이드절제술과 서혜 및 대퇴부 탈장수술을 제외한 질병군	편도 및 아데노이드절제술	서혜 및 대퇴부 탈장수술
0	연령 구분없음	-	-
1	-	18세 미만	8세 미만
2	-	18세 이상	8세 이상 70세 미만
3	-	-	70세 이상

③ 합병증 및 동반상병분류

- 0: 합병증 및 동반상병분류 0인 경우
- 1: 합병증 및 동반상병분류 1인 경우
- 2: 합병증 및 동반상병분류 2인 경우
- 3: 합병증 및 동반상병분류 3인 경우

3. 질병군 부가코드

질병군 부가코드	내 용
ADC03	자궁 및 자궁부속기 수술(상대가치점수표 제1편 제2부 행위급여목록의 관련항목 분류코드: C8534, R4130, R4143, R4144, R4183, R4202, R4203, R4221, R4223, R4224, R4331, R4332, R4400, R4405, R4411, R4412, R4413, R4430, R4482)과 충수절제술(분류코드: Q2850, Q2861, Q2862, Q2863) 중 복강경을 이용한 경우는 “ADC03”을 기재
ADC03 ADC04	서혜 및 대퇴부 탈장수술(상대가치점수표 제1편 제2부 행위급여목록의 관련항목 분류코드: Q2755, Q2756, Q2757) 중 복강경을 이용한 경우는 “ADC03”, 양측을 시행한 경우는 “ADC04”를 기재
ADC04 ADC05	수정체수술(상대가치점수표 제1편 제2부 행위급여목록의 관련항목 분류코드: S5110, S5111, S5116, S5117, S5118, S5119) 중 양안을 시행한 경우는 “ADC04”, 소절개인 경우는 “ADC05”를 기재 (다만, 양안이면서 소절개인 경우는 “ADC04ADC05” 또는 “ADC05ADC04”를 기재)

요양급여비용 심사청구서·명세서 세부작성요령

건강보험심사평가원

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

【 요양급여비용 심사청구시 유의사항 】

1. 요양급여비용 심사청구서(이하 “심사청구서”라 한다) 및 요양급여비용 명세서(이하 “명세서”라 한다)는 반드시 해당 요양기관 종사자가 직접 작성하여야 한다. 다만, 대행청구단체로 하여금 심사청구를 하게 하는 경우에는 대행청구단체의 작성자를 기재하고, 2인 이상이 공동으로 작성한 경우에는 작성책임자의 성명, 생년월일을 기재하여야 한다.

2. 요양급여비용 심사청구서 등 전자서명이 필요한 전자문서는 요양기관 대표자(청구인)가 청구내용 및 금액을 확인한 후 지정된 전송항목에 전자서명을 하여야 한다.

3. 외래명세서는 방문일자별 및 처방전별(직접조제인 경우 조제일자별)로 작성하여 주단위 또는 월단위로 청구하여야 하며 주단위로 청구하는 기관은 해당 요양급여비용을 청구단위구분 순서대로 청구하여야 한다.

4. 동일인에 대한 동일 청구단위별 요양급여비용은 분할하여 청구하여서는 아니 된다.

Ⅰ. 요양급여비용 심사청구서 및 명세서 구분방법

항 목	세 부 작 성 요 령
1. 심사 청구서	1. 심사청구서의 입원·외래 구분청구 등 요양기관종별 심사청구서의 구분방법은 “요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령(이하 “작성요령”이라 한다) (별표 3) 요양기관종별 요양급여비용 청구체계”에 따른다. 2. 상급종합병원 및 종합병원 검체검사위탁건의 경우 위탁검사와 비위탁검사를 구분하지 않고(치과대학부속치과병원은 구분함), 진료분야별, 입원·외래별로 명세서를 분리하여 심사청구서를 각각 작성하되, 서면의 경우 심사청구서별로 “검체검사 위탁건 목록표(작성요령 별지 제21호서식)”를 첨부한다. 3. 병원급이상 의료기관에서 다른 직역의 진료과목을 추가 개설한 경우 의과, 치과, 한의과 진료를 각각 구분하여 심사청구서를 작성한다. 4. 약국의 경우는 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제한 명세서와 처방전에 의해 조제 투약한 명세서를 분리하여 심사청구서를 각각 작성한다. 5. 외래 명세서 방문일자별 및 처방전별(직접조제인 경우 조제일자별) 작성 후 주단위로 구분하여 청구할 경우에는 반드시 주단위로 명세서를 분리하여 심사청구서를 각각 작성한다. 6. 기 타 가. 보훈위탁진료 요양기관 보훈 국비환자 진료분의 경우 국가지원범위에 따라 국비질환 진료분과 국비질환 이외의 타 질환 진료분으로 구분하여 각각 심사청구서를 작성한다. ※ 세부내용은「Ⅲ-5. 보훈위탁진료 요양기관 보훈국비환자 진료(조제)분 작성요령」참조 나. 보훈병원 국비보험 대상자 진료분의 경우 건강보험(의료급여) 진료내역(1차 명세서)과 보훈병원 의료수가기준을 적용한 진료내역(2차 명세서)을 각각 구분하여 심사청구서를 작성한다.
2. 명세서	**1. 상급종합병원, 종합병원, 치과대학부속치과병원 및 한방병원의 명세서** 가. “작성요령 (별표 2) 상급종합병원, 종합병원, 치과대학부속치과병원 및 한방병원의 진료분야 구분”에 기재된 진료과목 순으로 구분한다. 나. 치과는 구강악안면외과, 치과보철과, 치과교정과, 소아치과, 치주과, 치과보존과, 구강내과, 영상치의학과, 구강병리과, 예방치과, 통합치의학과 순으로 구분한다.

항 목	세 부 작 성 요 령
	다. 한방은 한방내과, 한방부인과, 한방소아과, 한방안·이비인후·피부과, 한방신경정신과, 침구과, 한방재활의학과, 사상체질과 순으로 구분한다. **2. 외래 방문일자별 및 처방전별(직접조제인 경우 조제일자별) 명세서** 가. 동일 수진자의 명세서는 방문일자(처방전 또는 조제일자)별로 구분하여 연이어 각각 작성한다. 나. 서면의 경우에는 「일자별」로 표시된 명세서에 작성하되, 명세서 일련번호는 방문일자(처방전)별로 연이어 부여한다. 또한, 수진자일련번호는 수진자별 명세서 총건수와 순서를 표기(예: 3-1, 3-2, 3-3)하되, 명세서가 1건인 경우에는 1-1로 기재한다. **3. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 명세서** - 「국민건강보험법 시행령」 [별표 2]의 제1호와 제3호에 따른 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 해당하는 진료(당일 발행한 처방전으로 약국에서 의약품을 조제 받는 경우 포함) 및 가정간호에 대한 요양급여비용과 위 기준에 해당되지 않는 비용(외래본인일부부담률)이 동시에 발생된 경우에는 명세서를 각각 분리하여 연이어 작성한다. **4. 기 타** 가. "국민건강보험법 시행령 [별표 2] 및 같은 법 시행규칙 제13조 [별표 3], [별표 4]"에 따라 동일 수진자의 본인일부부담액이 상이한 경우에는 명세서를 각각 분리하여 연이어 작성한다. 나. 요양병원의 입원 명세서 정액수가 적용기간과 행위별수가 적용기간(특정기간)의 요양급여내역을 구분하여 각각 작성한다. 다. 진찰 및 처방전 발행이외의 진료내역이 없어 청구액이 발생하지 않는 경우에도 처방내역을 포함하여 명세서를 작성·청구한다.
3. 기타	**1. 서면청구기관의 경우** 가. 약국 및 외래 명세서의 한 묶음이 400건 이상일 경우에는 400건씩 묶으며, 입원의 경우는 100건 이상일 경우 100건씩 묶어서 구분한다. 나. 명세서 일련번호는 매 명세서마다 순서대로 기재하되, 명세서 1건이 2매 이상인 경우에는 해당 건수마다 연번호(1-1, 1-2 등)를 기재한다.

항 목	세 부 작 성 요 령
	2. 자료제출방법의 일원화 정보통신망, 전산매체 또는 서면 중 한가지의 방법을 선택하여 요양급여비용을 청구하되, 청구구분(원청구, 추가·보완청구 등)을 불문하고 동일한 방법을 사용하여 청구하여야 한다.

Ⅱ. 요양급여비용 심사청구서 작성요령

항 목	세 부 작 성 요 령
1. 청구단위 구분	□ 외래 명세서는 '청구단위구분'에 해당 구분자를 기재한다. ○ 주(週)단위로 청구하는 경우에는 해당 주단위별 구분자 「1~6」을 기재하며, 월(月)단위청구시에는 「0」을 기재한다. ○ 여러 주의 요양급여비용을 동시에 청구하더라도 심사청구서 및 명세서는 주단위로 각각 구분하여 청구하여야 한다. ○ 진료월별로 주단위 또는 월단위 청구방법 중 한 가지 방법을 선택하여 청구할 수 있으나, 동일월의 요양급여비용은 주단위 또는 월단위 청구방법 중 한 가지 방법으로만 청구하여야 한다. ○ 월의 말일과 초일이 모두 포함된 주의 요양급여비용은 월별로 구분하여 청구한다. ○ 주단위 구분예시 〈 2024년 8월 〉

월	화	수	목	금	토	일	구 분	
			1	2	3	4	1주	
5	6	7	8	9	10	11	2주	
12	13	14	15	16	17	18	3주	
19	20	21	22	23	24	25	4주	
26	27	28	29	30	31		5주	
						9/1	1주	*(9월 1주)*

※ 주(週)의 개념: 월요일부터 일요일까지를 의미함

(예시) 2024년 8월 진료분 청구단위구분 기재 시
- 8월 진료분 전체를 월단위로 청구할 경우: "0"
- 8월 진료분을 주단위로 구분하여 청구할 경우
  - ■ 둘째 주(8.5.~8.11.) 진료분: "2"
  - ■ 8월 마지막 주와 9월 첫째 주가 포함된 주(8.26.~9.1.) 진료분
    : 8.26.~8.31.까지의 진료분은 "5"(8월 5주),
    9.1.까지의 진료분은 "1"(9월 1주)을 기재하여 각각 청구함

○ 요양급여비용은 청구단위구분 순서대로 청구한다.
단, 해당 주의 진료사실이 없어 청구건이 발생되지 않은 경우에는 그 다음 주 진료분 심사청구서 "참조란"에 해당 사실을 기재한다.

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>(예시) 2024년 8월 진료분을 주단위로 청구
<table>
<tr><th>구 분</th><th>1주</th><th>2주</th><th>3주</th><th>4주</th><th>5주</th><th>비 고</th></tr>
<tr><td>청구단위구분</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">청구순서</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>(○)</td></tr>
<tr><td>1</td><td>2</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>(×)</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>2. 차등수가
가. 차등지수</td><td>□ 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(이하 ‘상대가치점수표’라 한다.) 제1부 행위 급여 일반원칙 Ⅲ.차등수가 다.항에 따라 산정된 차등지수를 소수점 이하 여덟째 자리에서 4사5입하여 기재하며, 총 진찰횟수(약국의 경우는 조제건수. 단, 차등수가 미적용 진찰료(조제료 등) 제외)에서 진료(조제)일수[차등수가 미적용 진료(조제)일 제외]로 나누어서 계산하되, 소수점 이하 첫째 자리에서 절사하여 산정 기재한다. 다만, 1일 평균 진찰횟수가 75회 이하일 경우에 차등지수는 “1”로 기재한다.
※ 토요일·공휴일의 진찰료·조제료 전체에 대하여 차등수가 적용을 제외하는 경우 요양급여비용 심사청구서 참조란에 ‘N차등’으로 기재하여 청구하고, 토요일 오전·공휴일에 발생한 진찰료·조제료를 포함하는 경우 요양급여비용 심사청구서 참조란에 별도 기재 필요 없음</td></tr>
<tr><td>나. 차등수가 청구액</td><td>□ 치과의원, 한의원, 보건의료원 및 약국(한국희귀·필수의약품센터 포함)에서 심사청구한 해당 월(주단위 청구시 해당 주) 각각의 명세서 건별로 진찰료[(약국은 조제료, 약국관리료, 조제기본료, 복약지도료(이하 “조제료 등”이라 한다)]를 차등 산정한 청구금액을 합하여 기재(단, 차등수가 미적용 진찰료(조제료 등) 제외)하되, 10원 미만은 절사하여 기재한다. 다만, 1일 평균 진찰횟수가 75회 이하일 경우는 “청구액”과 동일하게 기재한다.
- 치과의원, 한의원, 보건의료원
차등수가청구액 = $\sum_{i=1}^{n}$[명세서별 청구액-{명세서별 진찰료(차등수가 미적용 진찰료 제외)×(1-차등지수)}]
※ n = 월(주) 총명세서건수
- 약국 및 한국희귀·필수의약품센터
차등수가청구액 = $\sum_{i=1}^{n}$[명세서별 청구액-{명세서별 조제료 등(차등수가 미적용 조제료 등 제외)×(1-차등지수)}]
※ n = 월(주) 총명세서건수
☞ 명세서별 차등수가청구액을 산출할 경우는 원미만 4사5입</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령
다. 진료(조제) 일수	□ 상근 근무자는 1개월(주단위 청구의 경우 1주) 동안 의사(약사)별 실제 진료(조제)한 날 수의 합(차등수가 미적용 진료(조제)일 제외)을 기재한다. □ 시간제, 격일제 근무자는 1개월(주단위 청구의 경우 1주)동안 재직한 일수(차등수가 미적용 진료(조제)일 제외)의 1/2로 기재(소수점이하 4사5입)하되, 최대 월 15일(주단위 청구의 경우 주 3일)을 초과할 수 없다. ※ 시간제, 격일제 근무자는 주 3일 이상이면서 20시간 이상 근무하는 경우에만 산정가능 □ 1일 평균진찰횟수가 75회 이하인 경우에도 진료(조제)일수(차등수가 미적용 진료(조제)일 제외)는 반드시 기재하여야 한다. ※ 의사(약사)별 진료(조제)일수는 '특정내역기재'란의 해당 특정내역(MT008)기재형식에 따라 기재하되, "1번 명일련"에 기재하여야 한다. (서면의 경우 '진료일수'란 하단 여백 또는 청구서 뒷면에 기재) ㈜ 의사, 약사의 인력현황 변경사항이 있을 경우에는 당월(해당 주) 요양급여비용 청구 전 심사평가원 홈페이지를 이용하여 신고하거나, "요양기관현황변경통보서"에 변경내역을 기재하여 심사평가원 본원·본부에 변경신고를 하여야 한다.
라. 차등수가 청구액 작성예시 (토요일 오전, 공휴일의 진찰료·조제료 차등수가 적용하는 경우)	**A. 월단위 청구시** □ A 요양기관 '24. 4월 진료(조제)현황 ○ 의사(약사)별 근무현황 - 상근자 (진료일수) 홍○○(801201-XXXXXXX): 26일 김○○(830718-XXXXXXX): 24일 - 시간제(격일제) 근무자 (재직일수) 박○○(900125-XXXXXXX): 30일 (계속 재직) 강○○(890602-XXXXXXX): 13일 (4.1.~4.13일까지 재직) ○ 4월 진료(조제)일수: 72일 (심사청구서에 기재) 26 + 24 + (30×1/2) + (13×1/2) = 72 ※ 상근자는 공휴일을 포함한 실제 진료한 일수, 시간제 또는 격일제 근무자는 재직일수의 1/2로 산정(소수점이하 4사5입 하되, 최대 15일을 초과할 수 없음)하여 기재 ○ 4월 총 진찰(조제)횟수(차등수가 미적용 진찰료(조제료 등) 제외) : 8,000회 [명세서에 기재된 진찰(조제)횟수의 합(차등수가 미적용 진찰료(조제료 등) 제외)]

항 목	세 부 작 성 요 령

□ 차등지수 산출 내역

○ 1일 평균 진찰(조제)횟수(n값): 111
111.111111111 = 8,000회 ÷ 72
☞ 소수점 이하 첫째 자리에서 절사

○ 차등지수: 0.9527027
0.952702702 = {75×1.00 + 25×0.90 + (111-100)×0.75}/111
☞ 소수점 이하 여덟째 자리에서 4사5입

□ 차등수가 청구액 산출 내역(가산금 포함)

○ 각 명세서별 진찰(조제)료총액×차등지수(0.9527027)=차감된 진찰(조제)료

차등수가청구액 = $\sum_{i=1}^{n}$[명세서별 청구액-{명세서 진찰(조제)료(차등지수 미적용 진찰료(조제료 등) 제외)×(1-차등지수)}]

※ n = 월 총명세서건수

□ "의사(약사)별 진료(조제)일수(MT008)" 기재 (특정내역기재란)

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
(명세서일련번호 "1"에 기재)

발생단위 구분	줄번호	특정내역 구분	특정내역
1		MT008	801201/26/830718/24/900125/15/890602/07

주) MT008: "의사(약사)별 진료(조제)일수"임을 표시하는 특정내역 구분코드
※ 기재형식: 주민번호 앞자리/진료(조제)일수(단, 시간제, 격일제근무자의 경우 재직일수의 1/2)를 일련하여 기재

▶ 서면으로 청구하는 경우
(심사청구서 '진료일수'란 하단 또는 청구서 뒷면에 기재)

〈의사(약사)별 진료(조제)일수〉
801201: 26일 830718: 24일
900125: 15일 890602: 7일

항 목	세 부 작 성 요 령
	B. 주단위 청구시 ☞ 1주(週): 월요일부터 일요일까지를 의미함 □ B 요양기관 '24. 4월 셋째 주 진료(조제)현황 ○ 의사(약사)별 근무현황 - 상근자 (진료일수) 홍○○(801201-XXXXXXX): 5일 김○○(830718-XXXXXXX): 4일 - 시간제(격일제) 근무자 (재직일수) 박○○(900125-XXXXXXX): 7일 (계속 재직) 강○○(890602-XXXXXXX): 3일 (월요일~수요일까지 재직) ○ 4월 셋째 주 진료(조제)일수: 14일 (심사청구서에 기재) 5 + 4 + (7×1/2) + (3×1/2) = 14 ※ 상근자는 공휴일을 포함한 실제 진료한 일수, 시간제 또는 격일제 근무자는 재직일수의 1/2로 산정(소수점이하 4사5입 하되, 최대 3일을 초과할 수 없음)하여 기재 ○ 4월 셋째 주 총 진찰(조제)횟수(차등수가 미적용 진찰료(조제료 등) 제외) : 1,500회 [명세서에 기재된 진찰(조제)횟수의 합(차등수가 미적용 진찰료(조제료 등) 제외)] □ 차등지수 산출 내역 ○ 1일 평균 진찰(조제)횟수(n값): 107 107.142857142 = 1,500회 ÷ 14 ☞ 소수점 이하 첫째 자리에서 절사 ○ 차등지수: 0.9602804 0.960280373 = {75×1.00 + 25×0.90 + (107-100)×0.75}/107 ☞ 소수점 이하 여덟째 자리에서 4사5입 □ 차등수가 청구액 산출 내역(가산금 포함) ○ 각 명세서별 진찰(조제)료총액×차등지수(0.9602804)=차감된 진찰(조제)료 차등수가청구액 = $\sum_{i=1}^{n}$[명세서별 청구액-{명세서 진찰(조제)료(차등수가 미적용 진찰료(조제료 등) 제외)×(1-차등지수)}] ※ n = 주 총명세서건수

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>□ “의사(약사)별 진료(조제)일수” 기재(특정내역기재란 MT008)

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
(명세서일련번호 “1”에 기재)

<table>
<tr><th>발생단위 구분</th><th>줄번호</th><th>특정내역 구분</th><th>특정내역</th></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td>MT008</td><td>801201/05/830718/04/900125/03/890602/02</td></tr>
</table>
주) MT008: “의사(약사)별 진료(조제)일수”임을 표시하는 특정내역 구분코드
※ 기재형식: 주민번호 앞자리/진료(조제)일수(단, 시간제, 격일제근무자의 경우 재직일수의 1/2)를 일련하여 기재

▶ 서면으로 청구하는 경우
(심사청구서 ‘진료일수’란 하단 또는 청구서 뒷면에 기재)

〈의사(약사)별 진료(조제)일수〉
801201: 5일 830718: 4일
900125: 3일 890602: 2일</td></tr>
</table>

Ⅲ. 요양급여비용 명세서 작성요령

1. 일반(공통)사항

가. 명세서 일반내역

항 목	세 부 작 성 요 령
1) **최초입원 개시일**	□ 30일을 초과하여 계속 입원한 환자의 요양급여비용을 분리청구하는 경우에는 해당 입원의 최초 입원일자(년, 월, 일)를 기재한다. ※ 추가청구분의 경우에는 기재하지 않음
2) **수진자 인적사항 등**	
가) 증번호, 보장시설 및 노숙인 시설기호	건강보험의 경우 증번호는 "-"을 포함하여 12자리로 기재하고, 의료급여의 경우 보장시설기호 또는 노숙인 시설기호를 기재한다.
나) 성명, 주민등록번호	□ 가입자성명은 건강보험증에 기재된 가입자(세대주)의 성명(한글 또는 영문)을 기재한다. 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호에 연계된 가명을 기재한다. □ 수진자의 성명과 주민등록번호는 건강보험증에 기재된 성명, 주민등록번호를 기재하되, 주민등록번호는 생년월일 다음의 "-"은 생략하여 13자리로 기재하고, 수진자의 성명은 한글 또는 영문으로 기재하며, 수진자가 가입자 본인인 경우에도 성과 이름을 기재한다. 단, 전산관리번호를 부여받아 주민등록번호를 확인할 수 없는 경우에는 전산관리번호 및 전산관리번호에 연계된 가명을 기재한다. ※ 건강보험증과 주민등록증상의 주민번호가 서로 다른 경우에는 '특정내역(기재)란'에 주민등록상의 주민번호도 동시에 기재한다. □ 신생아로서 건강보험증에 등재 확인을 받지 못한 경우에는 "수진자성명"란에 '산모이름'과 '아기'를 함께 쓰고(이름이 있는 경우에는 '이름' 기재), '주민등록번호'란에는 앞부분의 '생년월일'과 남·여 구분(3 또는 4)을 기재하고, 나머지 자리는 "0"으로 채워서 기재하며, 서면의 경우에는 주민등록번호의 생년월일과 남·여 구분만 기재한다. 다만, 쌍태아인 경우에는 주민등록번호의 끝자리에 첫째 아이는 1, 둘째 아이는 2로 기재한다.

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>

(예시 1) 2024. 1. 1. 출산한 남아의 경우

구 분	수진자성명	주민등록번호
정보통신망 또는 전산매체	유미영아기 또는 윤현준	2401013000000
서 면	유미영아기 또는 윤현준	240101-3

(예시 2) 2024. 1. 1. 출산한 남자 쌍태아의 경우

구 분		수진자성명	주민등록번호
정보통신망 또는 전산매체	첫째아이	유미영아기 또는 윤현준	2401013000001
	둘째아이	유미영아기 또는 윤현민	2401013000002
서 면	첫째아이	유미영아기 또는 윤현준	240101-3000001
	둘째아이	유미영아기 또는 윤현민	240101-3000002

</td></tr>
<tr><td>3) (당월) 요양급여일수</td><td>

□ 해당 명세서상 요양급여를 받은 실 일수를 기재한다.
※ 외용제 또는 인슐린 등 분할투여 약제의 요양급여일수는 실 투약일수를 반영

□ 입원 또는 내원일수에 투약일수(의료기관의 경우 원내투약일수)를 산입하여 산정하되, 입원 또는 내원일수와 투약일수가 중복될 경우에는 1일로 계산한다.

□ 100분의100본인부담 약제 등의 조제 시 조제료 등을 요양급여비용으로 산정할 경우에만 해당 조제일수를 요양급여일수로 산입한다.

</td></tr>
<tr><td>4) 입원경로</td><td>

□ 요양급여비용을 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 병원급 이상 요양기관에서 기재하되, 요양기관 도착경로와 입원경로를 각각 구분하여 해당항목의 코드를 기재한다.

■ 도착경로

1	2	3
타요양기관 경 유	응급구조대 후 송	기 타

■ 입원경로

1	2
응 급 실	외래

(예시) 다른 요양기관으로부터 이송되어 응급실을 경유하여 입원한 경우

입원경로	11

</td></tr>
<tr><td>5) 진료결과</td><td>

□ 명세서상 최종 진료일의 환자상태를 구분하여 진료결과에 따라 해당 코드를 기재한다.

▶ 진료결과: 1(계속), 2(이송), 3(회송), 4(사망), 9(퇴원 또는 외래치료종결)

(예시)

</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><th>진 료 결 과</th><th>구분코드</th></tr>
<tr><td>최종진료일 당시 입원중이거나 계속 내원이 예정된 경우</td><td>1</td></tr>
<tr><td>타 요양기관으로 환자의 진료를 의뢰한 경우</td><td>2</td></tr>
<tr><td>당초 의뢰한 요양기관 또는 1단계 요양기관으로 보낸 경우</td><td>3</td></tr>
<tr><td>요양기관 내에서 사망이 확인된 경우</td><td>4</td></tr>
<tr><td>이송, 회송, 사망에 해당되지 않은 퇴원인 경우이거나
계속 내원이 필요치 않아 외래진료가 종결된 경우</td><td>9</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>6) 요양급여 비용총액 1</td><td>□ 기본 진료료, 약제 등 요양기관 종별가산율이 적용되지 않는 요양급여비용, 요양기관 종별가산율이 적용되는 진료행위료와 가산금액을 모두 합하여 총 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재하되, 100분의100미만 총액, 100분의100본인부담 및 비급여를 제외한 총 금액을 기재한다.
단, 보훈병원의 국비일반(상이처, 무자격자) 또는 국비보험(급여) 2차명세서의 경우 보훈병원 의료수가를 적용한 총 금액 및 가산금액을 모두 합하여 기재한다.
(※ 국비가산적용 이전 금액임)</td></tr>
<tr><td>7) 본인일부 부담금</td><td>□ 「국민건강보험법 시행령」 [별표 2]와 같은 법 시행규칙 [별표 3], [별표 4]에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 [별표 2] 제4호 및 제6호에 따른 금액은 제외)에서 100원 미만 절사한 금액으로 기재하되, 입원진료의 경우에는 10원 미만 절사한 금액으로 기재한다. 또한, 입원 요양급여비용 명세서 중 특수장비(CT, MRI, PET)를 이용한 진료의 경우에는 {특수장비총액×외래본인일부부담률}+[{요양급여비용총액 1-특수장비총액}×입원본인부담률] 금액에서 10원 미만 절사한 금액으로 기재한다.

□ 「국민건강보험법 시행령」 제19조에 따른 본인부담상한액초과금이 발생한 경우에도 실제 본인이 부담한 금액과 본인부담상한액초과금을 합하여 기재한다.

□ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제1호나목에 따른 의약분업 예외환자가 외래에서 원내 조제(한의과 제외)한 경우에는 {약가총액×30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100(단, 보건소·보건지소·보건진료소는 제외))}+[{요양급여비용총액 1-약가총액}×외래본인일부부담률]에서 100원 미만 절사한 금액으로 기재한다.

□ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제1호나목에 따른 임신부 외래진료의 경우 요양급여비용총액 1의 10%~40%(본인일부부담률) 금액(단, 의약분업 예외환자의 경우 약가총액은 30%, 나머지 요양급여비용은 10%~40% 적용)에서 100원 미만 절사한 금액으로 기재한다.</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령
	※ 10%~40%(본인일부부담률): 의원급 10%, 병원급 20%, 종합병원 30%, 상급종합병원 40% 본인일부부담 □ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제1호나목 비고 제4호에 따라 요양기관의 외래진료를 통하여 주기적으로 의사의 처방에 따라 구입(사용)하여야 하는 치료재료 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 치료재료 및 관련 행위(교체를 위한 직접적 행위에 한정)의 경우 {(해당 치료재료 및 관련 행위료를 제외한 요양급여비용총액 1×외래본인일부부담률)+(해당 치료재료 및 관련 행위료 총액의 20/100(1세 미만 영유아의 경우에는 14/100))} 금액에서 100원 미만 절사한 금액으로 기재한다. 다만, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 의한 중증질환자 산정특례 대상은 제외한다. □ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제1호나목 비고 제5호에 따라 해당 질병(고혈압(I10), 당뇨병(E11))으로 의원 외래 진료를 지속적으로 받겠다는 의사를 표시한 경우 그 다음 외래 진료부터 {진찰료총액×20/100}+{(요양급여비용총액 1-진찰료총액)×30/100}(단, 65세 이상인 경우 시행규칙 [별표3]에 따른 본인일부부담금) 금액에서 100원 미만 절사한 금액으로 기재한다. □ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제1호다목3)과 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제6조에 따라 약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상으로 상급종합병원 외래진료 시 의사가 발행한 처방전에 따라 약국에서 의약품을 조제 받은 경우 약국 요양급여비용총액 1의 50%, 종합병원 외래진료 시 의사가 발행한 처방전에 따라 약국에서 의약품을 조제 받은 경우 약국 요양급여비용총액 1의 40% 금액에서 100원 미만 절사한 금액으로 기재한다. ※ 단, 다음의 처방전에 따라 약국에서 조제하는 경우에는 적용 제외함 ◦ 읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전 ◦ 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사가 발행한 처방전 ◦ 「독립유공자예우에 관한 법률」 등에 따라 국가보훈부장관이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원대상자에게 발행한 처방전 □ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제3호타목1)에 따른 일반건강검진 후 검사결과에 따라 고혈압·당뇨병·결핵 질환을 확진하기 위해

항 목	세 부 작 성 요 령
	실시하는 진료인 경우(의원 및 병원만 해당, 단, 결핵의 경우는 종합병원 및 상급종합병원 포함)에는 '0'을 기재한다. □ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제3호파목에 따른 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대해 정신건강의학과 외래진료(이하 '외래정신치료'라 한다)로 요양급여를 받은 경우에는 {외래정신치료총액×10%~40%(본인일부부담률)}+{(요양급여비용총액 1-외래정신치료총액)×외래본인일부부담률} 금액에서 100원 미만 절사한 금액으로 기재한다. ※ 외래정신치료총액: {외래정신치료(아1 개인정신치료, 아2 집단정신치료) 금액×요양기관종별가산율} 금액에서 끝수처리하지 않은 금액 ※ 10~40%(본인일부부담률): 의원급 10%, 병원급 20%, 종합병원 30%, 상급종합병원 40% 본인일부부담 □ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제3호하목에 따른 조산아와 저체중 출생아의 외래진료(출생일부터 5년이 되는 날까지의 외래진료)에 대한 요양급여의 경우에는 요양급여비용총액의 5%에 금액에서 100원 미만 절사한 금액으로 기재한다. □ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제1호가목에 따른 입원기간 중 식대금액이 발생한 경우 (식대총액×50%)+{(요양급여비용총액 1-식대총액)×입원본인부담률} 금액에서 10원 미만 절사한 금액으로 기재한다. ※ 조산원은 (식대총액×50%) 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재 □ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제1호가목에 따라 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원에 해당)·정신병원에서 2인실·3인실·4인실 입원료를 산정하는 경우에는 {2인실·3인실·4인실 입원료총액×30%~50%(본인일부부담률)}+{(요양급여비용총액 1-2인실·3인실·4인실 입원료총액)×입원본인일부부담률} 금액에서 10원 미만 절사한 금액으로 기재한다. ※ 30%~50%(본인일부부담률) ◦ 상급종합병원: 2인실 50%, 3인실 40%, 4인실 30% 본인부담 ◦ 종합병원·병원·한방병원·요양병원·정신병원: 2인실 40%, 3인실 30% 본인부담

항 목	세 부 작 성 요 령
	□ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제3호가목1)·2)에 따른 자연분만에 대한 요양급여와 신생아(조산아, 저체중 출생아 포함)에 대한 입원진료인 경우에는 '0'을 기재한다. ※ 입원기간 중 식대금액이 발생한 경우에는 (식대총액×50%) 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재 □ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제3호가목3) 및 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조의2에 따른 결핵질환자 산정특례 대상에 대한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국희귀·필수의약품센터에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래 또는 입원진료(고가의료장비(CT, MRI, PET) 포함) 시 '0'을 기재한다. ※ 입원기간 중 식대금액이 발생한 경우에는 (식대총액×50%) 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재 □ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제3호나목2) 및 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조에 따른 등록 희귀질환 및 중증난치질환자 산정특례 대상에 대한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국희귀·필수의약품센터에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래 또는 입원진료(고가의료장비(CT, MRI, PET) 포함) 시 요양급여비용총액 1의 10% 금액에서 100원 미만 절사한 금액으로 기재하되, 입원진료의 경우에는 10원 미만 절사한 금액으로 기재한다. ※ 입원기간 중 식대금액이 발생한 경우에는 (식대총액×50%)+{(요양급여비용총액 1-식대총액)×10%} 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재 □ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제3호나목3)에 따른 고위험 임신부에 대한 입원진료인 경우에는 요양급여비용총액 1의 10% 금액에서 10원 미만 절사한 금액으로 기재한다. ※ 입원기간 중 식대금액이 발생한 경우에는 (식대총액×50%)+{(요양급여비용총액 1-식대총액)×10%} 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재 □ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제3호마목 및 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 따른 등록 중증질환자에 대한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국희귀·필수의약품센터에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래 또는 입원진료(고가의료장비(CT,

항 목	세 부 작 성 요 령
	MRI, PET) 포함) 시 요양급여비용총액 1의 5% 금액에서 100원 미만 절사한 금액으로 기재하되, 입원진료의 경우에는 10원 미만 절사한 금액으로 기재한다. ※ 입원기간 중 식대금액이 발생한 경우에는 (식대총액×50%)+{(요양급여비용총액 1-식대총액)×5%} 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재 □「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제3호바목 및 사목에 따른 65세 이상인 사람이 등록된 틀니 또는 치과임플란트 요양급여를 받는 경우에는 요양급여비용총액의 30% 금액에서 100원 미만 절사한 금액으로 기재하되, 입원진료의 경우에는 10원 미만 절사한 금액으로 기재한다. ※ 단,「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제3호라목에 따른 차상위 희귀질환·중증난치질환 또는 중증질환 본인부담경감대상자의 경우 등록된 틀니 요양급여는 요양급여비용총액의 5%, 등록된 치과임플란트 요양급여는 요양급여비용총액의 10% 금액으로 기재하고 차상위 (장애인) 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자의 경우 등록된 틀니 요양급여는 요양급여비용총액의 15%, 등록된 치과임플란트 요양급여는 요양급여비용총액의 20% 금액으로 기재한다. □「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표2] 제3호아목과 자목에 따른 제왕절개분만 입원진료(단, 제3호라목8)에 따른 차상위 환자는 제외), 15세 이하 아동(단, 제3호가목2)에 따른 신생아, 조산아 및 저체중 출생아, 제3호라목에 따른 차상위 환자는 제외)의 입원진료인 경우에는 요양급여비용총액 1의 5% 금액에서 10원 미만 절사한 금액으로 기재한다. ※ 입원기간 중 식대금액이 발생한 경우에는 (식대총액×50%)+{(요양급여비용총액 1-식대총액)×5%} 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재 □「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제3호차목에 따른 18세 이하 아동의 치아홈메우기 외래진료 또는 16세 이상 18세 이하 아동의 치아홈메우기 입원진료로 요양급여를 받는 경우에는 {치아홈메우기총액×10%(본인일부부담률)}+{(요양급여비용총액 1-치아홈메우기총액)×외래·입원본인일부부담률} 금액에서 외래인 경우 100원 미만 절사한 금액으로 기재하고, 입원인 경우 10원 미만 절사한 금액으로 기재한다. ※ 치아홈메우기총액: (치아홈메우기 금액×요양기관종별가산율) 금액에서 끝수처리하지 않은 금액 ※ 15세 이하 아동의 치아홈메우기 입원진료 시: {요양급여비용총액 1×5%(입원본인부담률)} 금액에서 10원 미만 절사한 금액으로 기재

항 목	세 부 작 성 요 령
	□ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제3호 라목9)·10) 및 거목에 따른 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 요양급여를 받는 경우에는 {추나요법총액×30%~80%(본인일부부담률)}+{(요양급여비용총액 1-추나요법총액)×외래·입원본인일부부담률} 금액에서 외래진료의 경우는 100원 미만 절사한 금액으로 기재하고, 입원진료의 경우에는 10원 미만 절사한 금액으로 기재한다. ※ 추나요법총액: (추나요법 금액×요양기관종별가산율) 금액에서 끝수처리하지 않은 금액 ※ 30%~80%(본인일부부담률) ◦ 복잡추나(추간판장애, 척추협착 외): 80% 본인부담 ◦ 단순추나, 복잡추나(추간판장애, 척추협착), 특수(탈구)추나 : 50% 본인부담(단, 건강보험 차상위 1종은 30%, 차상위 2종은 40% 본인부담) □ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제3호 너목에 따른 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경증질환(「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제6조 [별표6] "약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상" 질환에 해당)으로 상급종합병원에서 외래진료를 받는 건강보험 재진 환자 중 「국민건강보험법 시행령」 [별표 2] 제1호 나목 표에 따라 진찰료 총액을 제외한 요양급여비용 총액의 60/100을 본인일부부담하는 환자의 경우에는 요양급여비용 총액의 100% 금액에서 100원 미만 절사한 금액으로 기재한다. (2020.10.8. 이후 외래 경증질환 재진 진료분부터 적용) ※ 단, 다음의 경우는 적용 제외함 ◦ 본인부담 별도 대상항목에 해당하는 경우 - 선별급여 항목 - 가5 회송료, 가8-2나 원격협의진찰료-자문료 - 아1 개인정신치료, 아2 집단정신치료 - 응6 응급실 1인 격리병상 격리관리료, 등록장애인 치과진료 가산 - 하71 추나요법 - 외래진료에서 주기적으로 의사의 처방에 따라 구입(사용)하여야 하는 치료재료 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 해당 치료재료 비용 및 관련 행위료 - 65세 이상 틀니 및 치과 임플란트 진료 - 18세 이하 아동 치아홈메우기 - 퇴장방지의약품 사용장려금 ◦ 「국민건강보험법 시행령」 [별표2] 제1호 다목3)에서 나열한 보훈관계법령에서 정한 의료지원대상자에 대하여 진료한 경우 ◦ 초진 당일 검사가 어려워 불가피하게 날짜를 달리하여 시행한 검사

항 목	세 부 작 성 요 령
	◦「국민건강보험법 시행령」[별표 2] 제1호 나목 표에 따른 진찰료 총액을 제외한 요양급여비용 총액의 60/100을 본인일부부담하는 환자가 아닌 경우 - 임신부, 난임, 조산아 및 저체중 출생아, 6세 미만, 의약분업 예외환자 ◦ 원외처방약제비(상급종합병원에서 경증질환 외래 재진 시 발급받은 처방전에 따라 약국에서 조제받는 경우) □「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호가목2)에 따른 신생아 입원진료를 제외한 2세 미만 영유아의 입원진료인 경우에는 '0'을 기재한다. ※ 입원기간 중 식대금액이 발생한 경우에는 (식대총액×50%) 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재 □「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제5호의2에 따른 연간 외래진료 횟수가 365회를 초과하는 대상자의 외래진료인 경우에는 요양급여비용총액 1의 90% 금액에서 100원 미만 절사한 금액으로 기재한다. □ 보훈위탁진료 요양기관(동일한 기관에서 발행한 처방전에 따라 조제하는 약국 포함)의 보훈국비환자 진료(조제)분(공상 등 구분 '4', '7' 모두 해당)인 경우에는「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 본인일부부담금을 기재한다. □ 보훈위탁진료 요양기관(동일한 기관에서 발행한 처방전에 따라 조제하는 약국 포함)의 90% 또는 60% 보훈감면환자 진료(조제)분(요양기관: 특정내역 MT038 '9' 또는 '4', 약국: 공상 등 구분 '6' 및 특정내역 MT038 'A'에 해당)인 경우에는「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 기재한다. □ 보훈병원 국비보험대상자의 건강보험(의료급여) 진료분(1차 명세서, 공상 등 구분 'B' 해당)인 경우에는「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 본인일부부담금을 기재하고 보훈병원 국비보험(급여) 2차 명세서(공상 등 구분 'D' 해당)의 경우에는 1차 명세서 심결 본인일부부담금을 기재한다. □ 희귀질환 의료비 지원대상자는 '희귀질환자 의료비지원사업'에서 지원하는 비용을 포함하여 기재한다.

항 목	세 부 작 성 요 령
	□ 건강보험 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자는 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제3호라목2)에 따른 본인부담액 중 '장애인복지사업'에서 지원하는 장애인의료비를 제외한 금액을 기재한다. □ 긴급복지 의료지원대상자가 본인부담상한액초과금이 발생한 경우는 실제 본인이 부담하는 금액, '긴급지원사업'에서 지원하는 지원금 및 본인부담상한액초과금을 합하여 기재한다. □ 잠복결핵감염 검진비지원대상은 '잠복결핵감염 검진비지원사업'에서 지원하는 지원금을 기재한다.(건강보험 100분의100본인부담금 제외) □ 자립준비청년 의료비 지원대상자의 경우는 '자립준비청년 의료비 지원사업'에 따른 본인일부부담금을 기재한다.
8) 본인부담상한액초과금	□ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제6항에 따라 입원기간 내에 본인일부부담금의 총액(법 제44조제2항 및 영 제19조제3항에 따른 금액)이 같은 법 시행령 별표 3에 따라 산정한 본인부담상한액의 최고금액을 넘는 경우에는 그 초과금액(본인부담상한액을 확인할 수 있는 경우에는 그 초과금액)을 기재하며, 입원건의 분리 또는 추가청구 시에는 원청구와 연계하여 초과한 금액을 기재. 이 경우 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체로부터 받는 의료비 지원금(요양급여비용 명세서에 기재하여야 하는 지원금에 한한다)을 제외하고 본인부담상한액초과금을 기재한다. ※ 외래의 경우는 환자별 누적관리가 가능한 경우에 한함 ※ 2020년 1월 1일부터 요양병원(요양병원 중 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외)은 본인부담상한제 사전급여 적용 제외됨에 따라 본인부담상한액초과금을 청구할 수 없음 ※ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제3항에 따라 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정)·정신병원 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실 입원료, 상급종합병원 경증질환 외래진료, 치과임플란트, 한방 추나요법, 선별급여(100/100미만), 연간 외래진료 횟수 365회 초과 대상자의 외래진료, 전액본인부담(100/100)은 본인부담상한액에서 제외됨

항 목	세 부 작 성 요 령

□ 의료기관

(예시1) 본인부담상한액을 초과하여 계속 입원한 환자의 입원비용을 분리청구한 경우(본인부담상한액: '24년 808만원을 적용받는 경우)

구 분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금	청구액	본인부담 상한액초과금	실제 본인부담금
원청구	4,100만원	4,100만원	820만원	3,280만원	12만원	808만원
분리청구	1,100만원	1,100만원	220만원	880만원	220만원	없음

(예시2) 본인부담상한액에서 제외되는 수가(종합병원 3인실 입원료, 추나요법)를 청구하는 경우('24년 본인부담상한액 808만원을 이미 초과한 경우)

요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금	지원금	본인부담 상한액초과금주)	청구액
900만원	900만원	200만원	-	1,872,950원	700만원

주) 본인부담상한액초과금: 200만원(본인일부부담금)-{296,580원(3인실 입원료 총액)×30%(종합병원 3인실 입원료 본인부담률)}-[{69,220원(추나요법 금액)×1.1(종합병원 종별가산율)}×50%(추나요법 본인부담률)]=1,872,950원(10원 미만 절사)

(예시3) '24.7월 희귀질환 산정특례대상자가 입원하여 본인부담상한제를 적용받은 경우(본인부담상한액: '24년 808만원을 적용받는 경우)

공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금주1)	지원금주2)	본인부담 상한액초과금주3)	청구액
H	5,900만원	5,900만원	590만원	590만원	-	5,310만원

주1) 본인일부부담금: 5,900만원(요양급여비용총액 1)×10%(산정특례 본인부담률)=590만원(10원 미만 절사)
주2) 지원금: '희귀질환자 의료비지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용(☞ 본인일부부담금)
주3) 본인부담상한액초과금: 본인일부부담금(590만원) 중 지원금(590만원)을 제외하여 본인부담상한액(808만원)을 초과한 금액

(예시4) '24.7월 입원기간 중 희귀질환 지원대상으로 등록 및 본인부담상한제가 적용된 경우(본인부담상한액: '24년 808만원을 적용받는 경우)

등록 전	공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금주1)	지원금	본인부담 상한액초과금	청구액
	-	1,500만원	1,500만원	300만원	-	-	1,200만원

항 목	세 부 작 성 요 령

등록 후	공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금[주2]	지원금[주3]	본인부담 상한액초과금[주4]	청구액
	H	3,000만원	3,000만원	300만원	300만원	-	2,700만원

주1) 본인일부부담금: 1,500만원(요양급여비용총액 1)×20%(입원환자 본인부담률)=300만원(10원 미만 절사)
주2) 본인일부부담금: 3,000만원(요양급여비용총액 1)×10%(산정특례 본인부담률)=300만원(10원 미만 절사)
주3) 지원금: '희귀질환자 의료비지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용(☞본인일부부담금)
주4) 본인부담상한액초과금: 본인일부부담금(600만원) 중 지원금(300만원)을 제외하고 본인부담상한액(808만원)을 초과한 금액

(예시5) '24.7월 동일 입원기간 중 희귀질환 지원 대상 진료와 타 진료 분리한 경우(본인부담상한액: '24년 808만원을 적용받는 경우)

지원 대상 진료	공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금[주1]	지원금[주2]	본인부담 상한액초과금	청구액
	H	2,100만원	2,100만원	210만원	210만원	-	1,890만원

타 진료	상해외인	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금[주3]	지원금	본인부담 상한액초과금[주4]	청구액
	I	4,100만원	4,100만원	820만원	-	12만원	3,300만원

주1) 본인일부부담금: 2,100만원(요양급여비용총액 1)×10%(산정특례 본인부담률)=210만원(10원 미만 절사)
주2) 지원금: '희귀질환자 의료비지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용(☞본인일부부담금)
주3) 본인일부부담금: 4,100만원(요양급여비용총액 1)×20%(입원환자 본인부담률)=820만원(10원 미만 절사)
주4) 본인부담상한액초과금: 본인일부부담금(1,030만원) 중 지원금(210만원)을 제외하고 본인부담상한액(808만원)을 초과한 금액

(예시6) '24.7월에 입원하여 긴급복지 의료비를 지원받고 본인부담상한제가 적용된 경우(본인부담상한액: '24년 808만원을 적용받는 경우)

공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금[주1]	지원금[주2]	본인부담 상한액초과금[주3]	청구액
G	5,600만원	5,600만원	1,120만원	300만원	12만원	4,480만원

주1) 본인일부부담금: 5,600만원(요양급여비용총액 1)×20%(입원환자 본인부담률)=1,120만원(10원 미만 절사)
주2) 지원금: '긴급지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용(☞ 선별급여 포함 지원, 비급여 및 100의100본인부담금 총액 금액은 제외)
주3) 본인부담상한액초과금: 본인일부부담금(1,120만원) 중 지원금(300만원)을 제외하고 본인부담상한액(808만원)을 초과한 금액

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>□ 약국
(예시) ’24.7월 약국 처방조제 후 본인부담상한제가 적용된 경우
(본인부담상한액: ’24년 808만원을 적용받는 경우로 누적 본인부담상한액이 808만원을 초과한 경우)
<table>
<tr><th>요양급여 비용총액 2</th><th>요양급여 비용총액 1</th><th>본인일부 부담금주1)</th><th>지원금</th><th>본인부담상한액 초과금주2)</th><th>청구액</th></tr>
<tr><td>630만원</td><td>630만원</td><td>189만원</td><td>-</td><td>189만원</td><td>441만원</td></tr>
</table>
주1) 본인일부부담금: 630만원(요양급여비용총액 1)×30%(약국 본인부담률)=189만원(100원 미만 절사)
주2) 본인부담상한액초과금: 본인일부부담금(189만원) 중 지원금을 제외하여 본인부담상한액(808만원)을 초과한 금액</td></tr>
<tr><td>9) 청구액</td><td>□ “요양급여비용총액 1”에서 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 3,4에 따른 “본인일부부담금”을 제외한 금액을 기재한다.

□ 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자의 경우는 “요양급여비용총액 1”에서 “본인일부부담금”과 “장애인의료비”를 제외한 금액을 기재한다.

□ 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 중 상이처, 무자격자인 경우 ‘0’으로 기재하고, 보훈병원 국비보험(급여) 2차 명세서의 경우에는 1차 명세서 심결공단부담금을 기재하며, 보훈병원 보훈 감면환자의 경우 “요양급여비용 총액 1”에서 “본인일부부담금”과 “보훈청구액”을 제외한 금액을 기재한다.
※ 상급종합병원의 외래진료 시 원외처방전만 발행하여 청구액이 발생하지 않은 경우에는 “0”으로 기재한다.

□ 자립준비청년 의료비 지원대상자의 경우는 “요양급여비용총액 1”에서 ‘자립준비청년 의료비 지원사업’에 따른 “본인일부부담금”을 제외한 금액을 기재한다.</td></tr>
<tr><td>10) 지원금</td><td>□ 희귀질환 지원대상자의 경우 ‘희귀질환자 의료비지원사업’에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 기재한다.
※ 단, 비급여, 전액본인부담금(100/100), 선별급여(100/100미만), 상급종합병원, 종합병원, 병원, 한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다)·정신병원 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실 입원료, 한방 추나요법 요양급여비용은 지원 대상에서 제외</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령

(예시1) '24.7월 희귀질환 산정특례대상자가 입원하여 본인부담상한제를 적용받은 경우

공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금[주1]	지원금[주2]	본인부담 상한액초과금[주3]	청구액
H	5,900만원	5,900만원	590만원	590만원	-	5,310만원

주1) 본인일부부담금: 5,900만원(요양급여비용총액 1)×10%(산정특례 본인부담률)=590만원(10원 미만 절사)
주2) 지원금: '희귀질환자 의료비지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용(☞ 본인일부부담금)
주3) 본인부담상한액초과금: 본인일부부담금(590만원) 중 지원금을 제외하여 본인부담상한액(808만원)을 초과한 금액

(예시2) '24.7월 입원기간 중 희귀질환 지원대상으로 등록 및 본인부담상한제가 적용된 경우(본인부담상한액: '24년 808만원을 적용받는 경우)

등록 전	공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금[주1]	지원금	본인부담 상한액초과금	청구액
	-	1,500만원	1,500만원	300만원	-	-	1,200만원

등록 후	공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금[주2]	지원금[주3]	본인부담 상한액초과금[주4]	청구액
	H	3,000만원	3,000만원	300만원	300만원	-	2,700만원

주1) 본인일부부담금: 1,500만원(요양급여비용총액 1)×20%(입원환자 본인부담률)=300만원(10원 미만 절사)
주2) 본인일부부담금: 3,000만원(요양급여비용총액 1)×10%(산정특례 본인부담률)=300만원(10원 미만 절사)
주3) 지원금: '희귀질환자 의료비지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용(☞본인일부부담금)
주4) 본인부담상한액초과금: 본인일부부담금(600만원) 중 지원금(300만원)을 제외하고 본인부담상한액(808만원)을 초과한 금액

(예시3) '24.7월 동일 입원기간 중 희귀질환 지원 대상 진료와 타 진료 분리한 경우(본인부담상한액: '24년 808만원을 적용받는 경우)

지원 대상 진료	공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금[주1]	지원금[주2]	본인부담 상한액초과금	청구액
	H	2,000만원	2,000만원	200만원	200만원	-	1,800만원

타 진료	상해외인	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금[주3]	지원금	본인부담 상한액초과금[주4]	청구액
	I	5,000만원	5,000만원	1,000만원	-	192만원	4,000만원

주1) 본인일부부담금: 2,000만원(요양급여비용총액 1)×10%(산정특례 본인부담률)=200만원(10원 미만 절사)
주2) 지원금: '희귀질환자 의료비지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용(☞본인일부부담금)
주3) 본인일부부담금: 5,000만원(요양급여비용총액 1)×20%(입원환자 본인부담률)=1,000만원(10원 미만 절사)
주4) 본인부담상한액초과금: 본인일부부담금(1,200만원) 중 지원금(200만원)을 제외하고 본인부담상한액(808만원)을 초과한 금액

항 목	세 부 작 성 요 령

(예시4) 희귀질환 지원대상 제외 수가(상급종합병원 3인실 입원료)를 청구한 경우

공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금	지원금주)	본인부담 상한액초과금	청구액
H	500만원	500만원	70만원	510,780원	-	430만원

주) 지원금: 70만원(본인일부부담금)-{473,040원(상급종합병원 3인실 입원료 총액)×40%(상급종합병원 3인실 입원료 본인부담률)}=510,780만원(10원 미만 절사)

□ 긴급복지 의료지원대상자의 경우 '긴급지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 기재한다.

※ 단, 본인일부부담금 중 긴급지원사업에서 지원하는 비용을 지원금란에 기재

(예시1) 입원 본인일부부담금 중 긴급복지 의료비로 300만원을 지원받고, 본인부담 상한제 적용받는 경우(본인부담상한액: '24년 808만원을 적용받는 경우)

공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금주1)	지원금주2)	본인부담 상한액초과금주3)	청구액
G	6,000만원	6,000만원	1,200만원	300만원	92만원	4,800만원

주1) 본인일부부담금: 6,000만원(요양급여비용총액 1)×20%(입원환자 본인부담률)=1,200만원(10원 미만 절사)
주2) 지원금: '긴급지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용(☞ 본인일부부담금 중 긴급지원사업에서 지원하는 비용 기재)
주3) 본인부담상한액초과금: 본인일부부담금(1,200만원) 중 지원금(300만원)을 제외하고 본인부담상한액(808만원)을 초과한 금액

(예시2) 입원 본인일부부담금 중 긴급복지 의료비로 300만원을 지원받고, 상급종합병원 2인실 입원료를 청구한 경우(본인부담상한액: '24년 808만원을 적용받는 경우로 이미 808만원을 초과한 경우)

공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금주1)	지원금주2)	본인부담 상한액초과금주3)	청구액
G	900만원	900만원	450만원	300만원	50만원	450만원

주1) 본인일부부담금: {100만원(식대)×50%(식대 본인부담률)}+{800만원(상급종합병원 2인실 입원료)×50%(상급종합병원 2인실 입원료 본인부담률)}=450만원(10원 미만 절사)
주2) 지원금: '긴급지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용(☞ 본인일부부담금 중 긴급지원사업에서 지원하는 비용 기재)
주3) 본인부담상한액초과금: 본인일부부담금(450만원)에서 지원금(300만원)을 제외한 금액으로 청구하되, 상급종합병원 2인실 입원료 본인부담금을 제외한 본인부담금(450만원-400만원=50만원)을 초과할 수 없음(☞ 상급종합병원 2인실 입원료는 본인부담상한제 적용 제외)

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>□ 잠복결핵감염 검진비지원대상자의 경우 ‘잠복결핵감염 검진비지원사업’에서 지원하는 비용을 10원 미만 절사하여 기재한다.
※ 단, 비급여, 전액본인부담(100/100), 2인실·3인실 입원료 해당 의료비는 지원대상에서 제외

(예시) 잠복결핵감염 검진비지원 대상으로 잠복결핵감염 검진을 위해 병원에서 외래 진료한 경우
○ 명세서 특정내역기재란에 특정내역구분 ‘MT002’, 특정기호 ‘F009’ 기재
<table>
<tr><th>특정기호 주1)</th><th>요양급여 비용총액 2</th><th>요양급여 비용총액 1</th><th>본인일부 부담금주2)</th><th>지원금주3)</th><th>본인부담 상한액 초과금</th><th>청구액주4)</th><th>건강보험100분의 100본인부담금 총액</th></tr>
<tr><td>F009</td><td>11만원</td><td>5만원</td><td>2만원</td><td>2만원</td><td>-</td><td>3만원</td><td>6만원</td></tr>
</table>
주1) 특정기호 F009: ‘잠복결핵감염 검진비지원대상자’를 의미
주2) 본인일부부담금: 5만원(요양급여비용총액 1)×40%(병원 외래본인부담률)=2만원(100원 미만 절사)
주3) 지원금: ‘잠복결핵감염 검진사업’에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용(☞ 본인일부부담금)
주4) 청구액: 5만원(요양급여비용총액 1)-2만원(본인일부부담금)=3만원</td></tr>
<tr><td>11) 장애인 의료비</td><td>□ 건강보험의 경우 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자에게 ‘장애인복지사업’에서 지원하는 금액을 기재한다.
※ 단, 비급여, 전액본인부담(100/100), 선별급여(100/100미만), 식대, 65세 이상 틀니·임플란트, 2인실·3인실 입원료(상급종합병원, 종합병원, 병원, 한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정)·정신병원), 한방 추나요법 의료비, 연간 외래진료 횟수 365회 초과 대상자의 외래진료는 지원대상에서 제외

(예시1) A의원 외래에서 원외처방 없이 원내주사 1회 투여한 경우
<table>
<tr><th rowspan="2">공상 등 구분</th><th rowspan="2">요양급여 비용총액 2</th><th rowspan="2">요양급여 비용총액 1</th><th rowspan="2">본인일부 부담금주1)</th><th rowspan="2">장애인 의료비</th><th rowspan="2">청구액</th><th>특정내역</th></tr>
<tr><th>MT020주2)</th></tr>
<tr><td>F</td><td>25,000원</td><td>25,000원</td><td>750원</td><td>750원</td><td>23,500원</td><td>01</td></tr>
</table>
주1) 의원급 외래에서 본인일부부담금은 100원 미만 절사한 금액으로 산정해야 하나 장애인의료비가 발생된 경우에는 정액본인부담액에서 장애인의료비를 제외한 금액으로 기재
주2) 특정내역 MT020: ‘원내 직접조제·투약횟수’를 표시하는 특정내역 구분코드

(예시2) 상급종합병원 3인실 입원료 및 식대를 포함하여 진료한 경우
<table>
<tr><th>공상 등 구분</th><th>요양급여 비용총액 2</th><th>요양급여 비용총액 1</th><th>본인일부 부담금주1)</th><th>장애인 의료비주2)</th><th>청구액</th></tr>
<tr><td>F</td><td>500만원</td><td>500만원</td><td>15만원</td><td>63만원</td><td>422만원</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령
	주1) 본인일부부담금: {119,280(기본식대)×20%(기본식대 본인부담률)}+{315,360원(3인실 입원료 총액)×40%(상급종합병원 3인실 입원료 본인부담률)}=15만원(10원 미만 절사) 주2) 장애인의료비: {500만원(요양급여비용총액 1)-119,280원(기본식대)-65,300원(가산식대)-315,360원(3인실 입원료)}×14%(입원 본인부담률)=63만원(10원 미만 절사) **(예시3)** 한의원 외래에서 추나요법을 포함하여 진료한 경우 공상 등 구분 | 요양급여 비용총액 2 | 요양급여 비용총액 1 | 본인일부 부담금[주1] | 장애인 의료비[주2] | 청구액[주3] F | 100만원 | 100만원 | 26,050원 | 750원 | 973,200원 주1) 본인일부부담금: 250원(차상위 장애인 만성질환자·18세미만 본인부담경감대상자의 외래 직접 조제 이외의 진료시 본인일부부담금)+{64,550원(한방 추나요법(특수) 총액)×40%(한방 추나요법 본인부담률)/100원 미만 절사}=26,050원 주2) 장애인의료비: 의원급 외래의 경우 본인일부부담금 중 750원 지원 주3) 청구액: 100만원(요양급여비용총액 1)-26,050원(본인일부부담금)-750원(장애인의료비)=973,200원 **(예시4)** 종합병원 한방과에서 3인실 입원료 및 한방 추나요법을 포함하여 진료한 경우 공상 등 구분 | 요양급여 비용총액 2 | 요양급여 비용총액 1 | 본인일부 부담금[주1] | 장애인 의료비[주2] | 청구액[주3] F | 500만원 | 500만원 | 165,440원 | 610,800원 | 4,223,760원 주1) 본인일부부담금: {119,280원(기본식대)×20%(기본식대 본인부담률)}+{394,170원(3인실 입원료 총액)×30%(종합병원 3인실 입원료 본인부담률)}+58,355원(한방 추나요법(특수) 총액)×40%(한방 추나요법 본인부담률)}=165,440원(10원 미만 절사) 주2) 장애인의료비: {500만원(요양급여비용총액 1)-119,280원(기본식대)-65,300원(가산식대)-394,170원(3인실 입원료 총액)-58,355원(한방 추나요법(특수) 총액)}×14%(입원 본인부담률)=610,800원(10원 미만 절사) 주3) 청구액: 500만원(요양급여비용총액 1)-165,440원(본인일부부담금)-610,800원(장애인의료비)=4,223,760원
12) 요양급여 비용총액 2, 진료비총액	□ "요양급여비용총액 2"는 "요양급여비용총액 1"과 "건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액"을 합하여 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재한다. □ "진료비총액"은 다음의 보훈국비환자의 경우에 한하여 기재한다. - 보훈위탁진료 요양기관(같은 기관에서 발행한 처방전에 의거 조제하는 약국 포함)의 보훈국비환자인 경우 비급여와 요양급여비용[건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액, 보훈 등 100분의100본인부담 포함]을 모두 합한 총 금액으로 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재한다. - 보훈병원의 국비일반(상이처, 무자격자) 또는 국비보험(급여) 2차 명세서의 경우 보훈병원의 의료수가를 적용한 총 금액(100/100미만 항에 대한 보훈병원 의료수가 적용금액 포함)을 기재하되, 국비가산 금액을 합하여 10원 미만 절사한 금액을 기재한다.

항 목	세 부 작 성 요 령
13) 보훈청구액	□ 보훈위탁진료 요양기관(동일한 기관에서 발행한 처방전에 따라 조제하는 약국 포함)의 보훈국비환자 또는 보훈병원 국비일반(상이처, 무자격자) 명세서의 경우 진료비총액에서 본인일부부담금, 청구액, 보훈 본인일부부담금 및 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액을 제외한 금액을 기재한다. □ 보훈병원 국비보험(급여) 2차 명세서의 경우 진료비총액에서 1차 명세서 심결공단부담금, 본인일부부담금, 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액 및 보훈 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재한다. □ 보훈위탁진료 요양기관(동일한 기관에서 발행한 처방전에 따라 조제하는 약국 포함)의 보훈감면환자의 경우 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 3에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)에서 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재한다.
14) 건강보험(의료급여) 100분의100 본인부담금 총액	□ "건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금"을 합하여 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재한다. 다만, 보훈병원 국비보험(급여) 1차명세서의 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 금액을 기재하고 2차명세서의 경우 1차명세서 심결 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액을 기재한다.
15) 보훈 본인일부 부담금	□ 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 또는 보훈 병원 국비일반(무자격자) 명세서의 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 보훈 등 100분의 100본인부담액과 비급여를 합한 금액의 해당 본인일부부담금을 기재한다. □ 보훈병원의 국비보험(급여) 2차의 명세서의 경우 비급여항을 합한 금액의 해당 본인일부부담금을 기재한다. □ 보훈 본인일부부담금은 100원 미만 절사한 금액으로 기재하되, 입원진료의 경우에는 10원 미만 절사한 금액으로 기재한다.
16) 100분의100 미만 총액	□ A항, B항, D항 및 E항의 치료재료, 약제 등 요양기관 종별가산율이 적용되지 않은 요양급여비용, 요양기관 종별가산율이 적용되는 진료행위와 가산금액(원미만 4사5입)을 합하여 총 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재한다. □ 보훈병원의 국비일반(상이처, 무자격자) 또는 국비보험 2차명세서의 경우 보훈병원 의료수가를 적용한 총 금액 및 가산금액을 모두 합하여 기재한다.(※국비 가산적용 이전 금액임)

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>17) 100분의100 미만 본인일부 부담금</td><td>□ 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조에 따른 본인일부부담금을 기재하되 10원 미만 절사한 금액을 기재한다.

(예시) A의원에서 외래 진료한 경우

<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>코드 구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>분류명</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>A</td><td>02</td><td>8</td><td>K4101031</td><td>31,580</td><td>흡인용 카테타</td><td>1</td><td>1</td><td>31,580</td></tr>
<tr><td>B</td><td>02</td><td>8</td><td>M1019025</td><td>2,970</td><td>IV IN LINE FILTER</td><td>1</td><td>1</td><td>2,970</td></tr>
<tr><td>D</td><td>01</td><td>3</td><td>646902200</td><td>8,986</td><td>자이티가정</td><td>1</td><td>1</td><td>8,986</td></tr>
<tr><td>E</td><td>03</td><td>1</td><td>D0160003</td><td>65,760</td><td>KL-6정량검사[정밀면역검사]</td><td>1</td><td>1</td><td>65,760</td></tr>
<tr><td colspan="3">100분의100미만 총액주1)</td><td colspan="3">100분의100미만 본인일부부담금주2)</td><td colspan="3">100분의100미만 청구액주3)</td></tr>
<tr><td colspan="3">109,290원</td><td colspan="3">80,040원</td><td colspan="3">29,250원</td></tr>
</table>
주1) 109,296원(A,B,D,E항의 종별가산미적용(I 란) 금액 소계)=109,290원 (10원 미만 절사)
주2) {31,580원(A항 총액)×50%(A항 본인부담률)}+{2,970원(B항 총액)×80%(B항 본인부담률)}+{8,986원(D항 총액)×30%(D항 본인부담률)}+{65,760원(E항총액)×90%(E항 본인부담률)}= 80045.8
⇒ 80,040원(10원 미만 절사)
주3) 109,290원(100분의100미만 총액)-80,040원(100분의100미만 본인일부부담금)=29,250원

□ 「국민건강보험법 시행령」 별표2 제5호의2에 따른 연간 외래진료 횟수가 365회를 초과하는 대상자의 외래진료인 경우에는 100분의100미만 총액의 90% 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재한다.

□ 보훈병원 또는 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비(감면)환자인 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 100분의100미만 본인일부부담금을 기재하고 보훈병원 국비보험 2차 명세서의 경우 1차명세서 심결 100분의100미만 본인일부부담금을 기재한다.
※ 본인부담상한제 미적용</td></tr>
<tr><td>18) 100분의100 미만 청구액</td><td>□ 100분의100미만 총액에서 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」제3조에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재한다.
□ 100분의100미만 총액에서 「국민건강보험법 시행령」 별표2 제5호의2에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재
□ 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 중 상이처, 무자격자인 경우 '0'으로 기재하며, 보훈병원 국비보험 2차명세서의 경우 1차명세서 심결 공단부담금을 기재하며, 보훈병원 보훈감면환자의 경우 100분의100미만 총액에서 100분의 100미만 본인일부부담금과 100분의100미만 보훈청구액을 제외한 금액을 기재한다.</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령
19) 100분의100 미만 보훈 청구액	□ 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비(감면)환자 또는 보훈병원 국비일반(상이처, 무자격자) 및 보훈감면환자 명세서의 경우 100분의100미만 총액에서 100분의 100미만 본인일부부담금 및 100분의100미만 청구액을 제외한 금액을 기재한다. □ 보훈병원 국비보험 2차명세서의 경우 100분의100미만 총액에서 1차명세서 심결 100분의100미만 본인일부부담금 및 100분의100미만 청구액을 제외한 금액을 기재한다.
20) 기타	※ 서면청구기관만 해당
가) 기본진료·약제·특정재료 등(Ⅰ) 및 진료행위(Ⅱ)	□ 각 항목의 내역란 "금액"의 합계액을 (Ⅰ)란과 (Ⅱ)란에 그대로 기재한다.
나) 투약료총액	□ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제1호나목에 따른 의약분업 예외환자가 외래에서 원내 조제(한의과 제외)하여 본인일부부담률을 30% 적용하는 경우 '3. 투약료'항 약가총액(의약품관리료, 조제·복약지도료, 주사료(약가 포함) 제외)을 기재한다.
다) 특수장비총액	□ 입원진료시에도 특수장비(CT, MRI, PET)에 소요된 요양급여비용은 외래 본인일부부담률을 적용하므로 "S. 특수장비"란의 (Ⅰ)란 금액을 기재한다.(원미만 4사5입)
라) 특수재료 및 관련 행위료 총액	□ 「국민건강보험법 시행령」 별표2 제1호나목 비고4에 따라 요양기관의 외래진료를 통하여 주기적으로 의사의 처방에 따라 구입(사용)해야 하는 치료재료 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 치료재료의 경우 해당 치료재료 비용 및 관련 행위(교체를 위한 직접적 행위에 한정한다) 비용을 "T. 특수재료 및 관련 행위료" 기본진료·약제·특정재료 등(Ⅰ)란과 진료행위(Ⅱ)란의 해당 금액의 합계를 각각 기재한다.(원미만 4사5입) ※ 보건복지부장관이 정하여 고시한 치료재료비용 본인부담액 경감 적용 대상 ① 「장애인복지법 시행령」별표1 제14호에 따른 장루·요루 장애인 ② 후두전적출술을 시행한 환자
마) 소계	□ "1"항부터 "T"항까지의 기본진료·약제·특정재료 등(Ⅰ)란과 진료 행위(Ⅱ)란의 해당 금액의 합계를 각각 기재한다.

항 목	세 부 작 성 요 령
바) 가산율	□ “%” 표 앞에는 당해 요양기관의 해당 가산율을 기재한다. □ 진료행위(Ⅱ)의 소계란 금액에 요양기관 종별가산율을 곱한 금액(소계×요양기관 종별가산율)을 기재한다.(원미만 4사5입) ※ 보훈위탁진료 요양기관 보훈국비환자 국비진료분(보험자종별 ‘7’)은 건강보험 요양기관 종별가산율에 따른다.
사) 요양급여비용 총액 1	□ “기본진료, 약제, 특정재료 등(Ⅰ)란의 소계+진료행위 (Ⅱ)란의 소계+요양기관 종별가산율 금액”을 기재하되, 10원 미만의 끝수는 절사한 금액을 기재한다.

나. 명세서 상병내역

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>1) 상병분류 구분</td><td>□ 각 상병분류기호별 주·부상병, 배제된 상병을 구분하는 구분자로서 상병분류기호별로 반드시 해당 구분자를 기재한다.

□ 작성방법
○ 전산청구(정보통신망, 전산매체)
<table><tr><th>상 병 분 류 기 호</th><th>상 병 분 류 구 분</th></tr><tr><td>◦ 치료나 검사에 대한 환자의 요구가 가장 컸던 상병을 첫 번째 자리에 기재(주상병)
◦ 진료기간 중 주상병과 함께 있었거나 발생된 병태로서 환자 진료에 영향을 주었던 상병은 두 번째 자리부터 중요도 순으로 기재(부상병)
◦ 최종상병이 확진된 경우 주상병 또는 부상병 이외에 이전에 고려하였지만 배제된 상병을 기재(배제된 상병)</td><td>◦ 상병분류기호란에 기재된 상병분류기호에 대하여 주상병, 부상병, 배제된 상병 구분을 위한 구분자를 기재

■ 구분코드
1 (주상병)
2 (부상병)
3 (배제된 상병)</td></tr></table>○ 서면청구
- 주상병은 첫 번째 자리(제1단)에 기재하고, 부상병은 두 번째 자리(제2단)부터 중요도 순으로 기재 후 배제된 상병을 연이어 기재
- 배제된 상병이 있는 경우는 배제된 상병임을 별도 명시함
예) R/O 폐결핵(배제된 상병) 등

□ 작성예시
(예시1) ‘출혈이 있는 급성 위궤양’을 주상병으로 내원하여 ‘급성 후두인두염’ 상병을 함께 진료한 경우
<table><tr><th>상병분류기호</th><th>상병분류구분</th></tr><tr><td>K2501 (출혈이 있는 급성 위궤양)
J060 (급성 후두인두염)</td><td>1 (주상병)
2 (부상병)</td></tr></table>(예시2) 폐결핵이 의심되어 폐결핵과 관련된 검사 등을 실시하였으나, 최종 폐렴으로 확진된 경우
<table><tr><th>상병분류기호</th><th>상병분류구분</th></tr><tr><td>J1288 (기타 바이러스폐렴)
A1600 (세균학적 및 조직학적으로 음성인 공동이 있는 폐결핵)</td><td>1 (주상병)
3 (배제된 상병)</td></tr></table></td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령
2) 상병명, 상병분류기호	
가) 일반원칙	□ 통계청 고시에 따른 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호(고시 적용일에 따름)를 주상병, 부상병, 배제된 상병 순으로 기재하되, 주상병은 반드시 첫 번째 자리(제1단)에만 기재하고, 부상병, 배제된 상병은 각각 2개 이상인 경우 중요도 순으로 각각 기재한다. □ 상병분류기호는 알파벳과 숫자를 사용하여 표현한다. ○ 한국표준질병·사인분류(KCD)에 따라 기재 - 알파벳과 숫자를 병행하여 기재 - 각 질병을 감염원이나 인체 해부학적 부위, 기타 요인 등에 따라 22장으로 분류하면서 알파벳을 이용하여 구분 (예) A와 B는 특정 감염성 및 기생충성 질환, G는 신경계통의 질환을 의미 - 각 장에서의 세부 분류는 숫자를 사용하여 구분 (예) A01.0은 특정 감염성 및 기생충성 질환 중 장티푸스(Typhoid fever)를 의미 □ 요양급여비용 청구시 '.' 이나 '*', '†' 등 특수기호는 사용하지 않는다. ○ 한국표준질병·사인분류의 특수기호 - "." 는 상병분류기호의 3단위 이전과 3단위 이후 분류 구분을 의미 - "검표(†)" 는 환자상태를 자세히 나타내기 위해 원인(기저질환)이 되는 상병을 의미 - "별표(*)" 는 검표 상병의 발현증세에 해당하는 상병을 의미 ○ 요양급여비용 청구시 특수기호를 표기하지 않은 상병분류기호만 표기 (예시) 신경매독에 의한 "매독성 파킨슨 질병"으로 진단된 경우 의무기록에는 질환의 원인에 해당되는 "증상성 신경매독(A52.1)"과 증상을 나타내는 "달리 분류된 질환에서의 파킨슨증(G22)"을 묶어서 A52.1† G22* 로 표기하되, 요양급여비용 청구시에는 특수기호(†, *)는 제외하고 A521, G22만 기재함

항 목	세 부 작 성 요 령
	□ 청구된 상병분류기호는 의무기록 내용과 일치하여야 한다. ○ 요양급여비용 명세서에 기재하는 상병분류기호는 의무기록지에 기록되어 있는 자료를 근거로 작성하여야 함 ○ 심사조정 방지를 위하여 상병분류기호를 추가 기재하거나 더 중한 질환으로 기재하지 않도록 함 □ 의료기관을 방문하게 만든 가장 중요한 병태를 주상병으로 기재한다. ○ 주상병 기재원칙 (상병분류구분 '1'로 기재) - 진료기간 중 최종적으로 진단 받은 병태로서 치료나 검사에 대한 환자의 요구가 가장 컸던 병태를 주상병으로 기재 (예시) '복부통증'으로 내원한 환자의 진료 결과 '급성충수염'이 확인되어 '급성충수염'에 대한 진료를 하였다면 주상병은 최종적으로 진단된 '국소 또는 범복막염의 언급이 없는 급성 충수염(K358)'으로 기재함 - 위와 같은 병태가 둘 이상 있을 때는 의료자원을 가장 많이 사용하게 했던 한 가지 병태를 주상병으로 기재 (예시) 알코올 의존증후군, 알코올성 간경변증을 진단받은 환자로, 재원기간 동안 정신과 8일, 소화기내과 4일, 실제 진료비도 정신과 재원기간 동안에 더 많이 발생하였다면 주상병은 '만성 알코올중독증(F102)'으로 기재하고, 부상병은 '복수를 동반하지 않은 알코올성 간경변증(K7030)'으로 기재함 - 진료 개시 후 주된 상병과 관련된 질환이나 합병증이 발생하였을 경우에는 이로 인한 자원소모가 많다고 할지라도 기존 주상병을 유지 (예시) 삼각부염으로 투열요법을 위해 방광경검사를 시행 중 원위부 요도에 우발적인 사고로 요도열상이 진단된 경우, 주상병은 '요도삼각부염(N303)'을 유지하고, '달리 분류되지 않은 처치중의 우발적 천자 또는 열상(T812)'은 부상병으로 선정함 - 단, 진료 개시 후 의료기관을 방문하게 만든 병태와는 관련이 없는 새로운 병태가 발견되고, 이로 인한 자원 소모가 더 클 때에는 새로운 상병을 주상병으로 기재

항 목	세 부 작 성 요 령
	(예시) 충수염(K37) 치료를 위해서 입원한 환자가 입원 중 갑자기 뇌졸중이 발생하여 뇌졸중 치료를 주로 받은 경우는 뇌졸중(I64)을 주상병으로 선정함 - 진단이 내려지지 않은 경우에는 주 증상이나 검사의 이상소견 또는 문제점을 주상병으로 선택 (예시) 기침으로 내원한 환자가 치료가 끝날 때까지 특별한 원인을 발견하지 못하고, 단지 기침에 대한 증상 치료만 한 경우에는 기침(R05)을 주상병으로 선정함 ○ 후유증의 기재원칙 - 세균, 바이러스 및 기타 감염체, 전신염증반응증후군, 후유증, 분만의 결과, 가족력, 개인력, 특수목적 코드 등 주상병으로 기재할 수 없는 분류부호는 원인 및 잔여병태 또는 후유증의 성격을 먼저 기재한 후 부가적으로 기재 (예시) ① 모든 분만에 대해서 분만의 결과를 분류하기 위해 주상병은 분만의 방법 또는 분만의 원인을, 부상병은 '분만의 결과(Z37-)'로 선정함 ② 이전에 있던 트라코마로 인한 양안 실명으로 치료받은 경우 주상병은 '양안 실명(H540)'으로, 부상병은 '트라코마의 후유증(B940)'으로 선정함 □ 부상병은 두 번째 자리부터 기재한다. ○ 부상병이란 (상병분류구분 '2'로 기재) - 진료기간 중 주상병과 함께 있었거나, 진료기간 중 발생되어 환자 진료에 영향을 주었던 병태를 말하며, 주된 하나의 상병 이외는 부상병임 (예시) '합병증을 동반하지 않은 2형 당뇨병', '고혈압', '류마티스관절염', '백내장'으로 진료를 받은 경우 → 주상병 기재 원칙에 의해 합병증을 동반하지 않은 2형 당뇨병(E119)으로 확인되어 주상병으로 기재하였다면 고혈압(I109), 류마티스관절염(M069-), 백내장(H269-)은 부상병이 되며, 특별히 더 중요한 진단을 먼저 기재함 - 진료기간 중에 다루지 않은 과거에 진료 받았던 병태(기왕증)는 부상병으로 기재하지 아니함

항 목	세 부 작 성 요 령
	(예시) ① 과거에 폐결핵을 앓았으나 이미 완치된 상태라서 진료기간 중 다루지 않았다면 폐결핵(A1621)은 부상병으로 기재하지 아니함 ② 천식 기왕증이 있는 환자가 백내장으로 입원하였으나 진료기간 중 천식 발작 등이 없어 천식에 대한 진료는 하지 않았다면 '상세불명의 주로 알레르기성 천식(J4509)'은 기재하지 않고 '노년성 초기백내장, 오른쪽(H2500)'만 기재함 □ 불명확한 진단이나 의심나는 병태는 증상, 검사의 이상소견 등을 나타내는 코드를 기재한다. ○ 확진되지 아니한 경우 기재원칙 - 진료가 끝날 때까지 확진이 내려지지 않은 경우 R/O 상병을 기재하기보다는 증상이나 검사의 이상을 나타내는 상병분류기호(R00-R99)를 기재함 - 단, 확진은 되지 않았지만 의사의 판단 하에 해당 질환에 준하여 진료를 한 경우에는 의심되는 상병명을 확진된 것으로 기재할 수 있음 (예시) ① '기침'으로 내원한 환자를 진료하여 치료가 끝날 때까지 특별한 원인을 발견하지 못하고, 단지 '기침'에 대한 증상 치료만 한 경우에는 R/O 상병이 아닌 '기침'증상에 대한 코드(R05)를 기재함 ② 검사 등에서 확진은 되지 않았지만 진료한 결과 여러 가지 정황이 폐결핵이 강력히 의심되어 폐결핵 치료를 한 경우에는 'R/O 폐결핵(A1601 세균학적 및 조직학적으로 음성인 공동이 없거나 상세불명의 폐결핵)' 으로 기재함 ※ 증상·징후 등 코드(R코드) - 달리 분류할 수 없는 증상, 징후, 임상 또는 다른 조사 과정에서 얻어지는 병적인 결과, 그리고 달리 분류할 수 없는 진단에 관한 불명확한 병태(Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, NEC: not elsewhere classified)를 나타내는 코드임

항 목	세 부 작 성 요 령
	R코드로 기재하는 증상 또는 징후 ■ 사례에 관한 모든 사실을 검사하였음에도 불구하고 더 이상 명확한 진단을 내릴 수 없는 경우 ■ 일시적인 것으로 증명되고 원인이 결정되지 않은 입원 당시의 증상 또는 징후 ■ 더 이상의 조사나 진료를 받지 않은 환자의 잠정 진단 ■ 진단이 내려지기 전에 조사나 치료를 다른 곳에 위탁한 경우 ■ 기타 다른 이유로 더 이상의 정확한 진단이 필요하지 않은 경우 ■ 의료에 있어서 중요한 문제임을 알리는 특정 증상이라 여겨지는 부가적인 정보 ○ 특정 질병이 의심되어 검사한 결과 치료나 의학적 진료가 필요하지 않는 경우는 'Z03-' 코드 사용 - Z코드는 현재 질환이 없지만 특별한 목적으로 보건서비스와 접촉하였거나 현재 증세에 대해 제한된 치료 또는 서비스를 받는 경우 사용하는 코드임 - 특정 질병이 의심되어 검사한 결과, 더 이상의 치료나 의학적 진료를 필요로 하지 않는 경우 'Z030~Z039'로 코드를 기재함 ※ Z03-: 의심되는 질병 및 병태를 위한 의학적 관찰 및 평가, 배제된 (예시) ① 심근경색증이 의심되어 검사한 결과 심근경색증이 아니어서 이에 대한 치료를 하지 않은 경우 Z034(의심되는 심근경색증의 관찰, 배제된, Observation for suspected myocardial infarction, ruled out)로 기재함 ② 악성신생물이 의심되어 검사한 결과 정상으로 확인되어 이에 대한 치료를 하지 않은 경우 Z031(의심되는 악성신생물에 대한 관찰, 배제된, Observation for suspected malignant neoplasm, ruled out)로 기재함 □ 상병분류기호는 마지막 단위까지 구체적으로 기재한다. ○ 분류기호가 3단까지 분류된 경우는 3단분류를, 4단까지 분류된 경우는 4단분류를, 5단까지 분류된 경우는 5단분류를, 6단까지 분류된 경우는 6단분류를 기재함 (예시) ① K30(소화불량), K37(충수염) 등은 3단까지만 분류되어 있으므로 K30, K37로 기재하며,

항 목	세 부 작 성 요 령
	② K29(위염 및 십이지장염)는 4단위에 질환의 요인에 의한 분류가 구분되어 있으므로 상세불명이라면 K297(상세불명의 위염)로 4단위까지 기재하고, C56(난소의 악성 신생물)은 4단위에 발생 부위에 의한 분류코드가 구분되어 있으므로 발생 부위가 오른쪽이라면 C560(난소의 악성 신생물, 오른쪽)으로 4단위까지 기재함 ③ C160(분문의 악성 신생물)은 5단위에 악성 신생물의 진행정도에 의한 분류코드가 구분되어 있으므로 조기 단계라면 C1600(분문의 악성 신생물, 조기)으로 5단위까지 기재하며, K501(대장의 크론병)은 5단위에 질병의 경·중에 의한 분류코드가 구분되어 있으므로 경도라면 K5010(대장의 크론병, 경도)으로 5단위까지 기재함 ④ '하악골의 골절(S026)'인 경우 골절의 세부 위치에 따라 5번째 자리에 분류코드(2~9)를 기재하며, 세부위치가 관절돌기인 경우 S0262로 분류하고 손상의 형태에 따라 6번째 자리에 분류코드(0 또는 1)를 기재함. 예를 들어, 하악골의 관절돌기의 골절이 폐쇄성인 경우 S02620(하악골의 관절돌기의 골절, 폐쇄성)으로 기재함 □ 확진된 상병분류기호와 동일 병태의 유사 상병분류기호는 같이 기재하지 않는다. ○ 원인이나 발병부위가 명확히 확인되어 확진된 상병분류기호를 기재한 경우 동일 상병의 '상세불명' 또는 '기타' 상병분류기호는 같이 기재하지 않도록 함 (예시) ① 확진된 상병분류기호인 '비브리오 콜레라(A000 또는 A001)'를 기재하였다면 원인이 불명확한 '상세불명의 콜레라(A009)'는 같이 기재하지 아니함 ② '국소복막염을 동반한 급성 충수염(K353)'으로 확진되었다면 '기타 및 상세불명의 급성 충수염(K358)'을 같이 기재하지 아니함 □ 한쪽 성(sex)으로 제한된 상병분류기호가 별도 구분되어 있다. ○ 특정 성(姓)에만 국한되는 상병분류기호는 해당 성별에만 기재함 (예시) ① '전립선의 악성신생물(C61)', '고환의 염전(N44)' 등 남성에만 발생될 수 있는 질환을 여성에게 기재하지 아니함 ② '자궁내막증(N80-)', '폐경 후 골다공증(M810-)' 등 여성에만 발생될 수 있는 질환을 남성에게 기재하지 아니함

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>□ 질병이환 및 사망의 외인(V01-Y98) 코드는 특정내역 기재란에 상병분류기호의 영문 첫 자리만 기재한다.
○ 질병이환 및 사망의 외인(V01-Y98)코드는 손상, 중독 및 기타 유해작용의 원인이 되는 주위의 환경적 사건 및 상황을 분류한 기호로 단독으로 사용할 수 없으며 주로 S, T분류에 추가하여 사용됨
○ 요양급여비용 청구시에는 분류코드(V01-Y98)의 영문 첫 자리(V, W, X, Y)만 “특정내역기재란(서면의 경우 상해외인란)”에 기재함
※ 상해외인: 손상, 중독 및 기타 유해작용의 원인이 되는 주위의 환경적 사건 및 상황
(예시)
■ 낙상으로 인한 거골의 골절인 경우
: 질환의 원인에 해당되는 “W”만 기재
▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table>
<tr><th colspan="4">특정내역기재란</th></tr>
<tr><th>발생단위구분</th><th>줄번호</th><th>특정내역구분</th><th>특정내역</th></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td>MT001</td><td>W</td></tr>
</table>
주) MT001: ‘상해외인’을 표시하는 특정내역 구분코드
▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>수술</th><th>진료과목</th><th>상해외인</th><th>특정기호</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>W</td><td></td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>나) 불임관련 상병</td><td>□ 불임시술이나 불임시술 후 임신을 위하여 복원술을 시행한 경우 별도의 분류기호로 기재한다.
○ 본인이나 배우자가 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체 질환이 있는 경우 등에 해당되어 불임시술(정관절제술 또는 결찰술, 난관결찰술, 자궁내장치)을 시행한 경우와 불임시술 후 임신을 위하여 복원술을 시행한 경우에 상병분류기호는 아래와 같이 기재함
<table>
<tr><th>구 분</th><th>상 병 명</th><th>분 류 기 호</th></tr>
<tr><td rowspan="3">불 임 시 술</td><td>정관절제술 또는 결찰술</td><td>Z302</td></tr>
<tr><td>난 관 결 찰 술</td><td>Z302</td></tr>
<tr><td>자 궁 내 장 치</td><td>Z301</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><th>구 분</th><th>상 병 명</th><th>분 류 기 호</th></tr>
<tr><td rowspan="3">복 원 술</td><td>정 관 문 합 술</td><td>Z310</td></tr>
<tr><td>정 관 절 개 술</td><td>Z310</td></tr>
<tr><td>난 관 복 원 술</td><td>Z310</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>다) 감염병 관련 상병</td><td>□ 감염병은 진단이 확정된 경우에 한하여 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 감염병 상병분류기호의 해당되는 상병분류기호를 기재한다.
□ 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 감염병의 경우 진단이 확정된 경우에 한하여 해당 상병분류기호를 기재하고, 의심되지만 아직 확진되지 않은 경우에는 그 상황에 적합한 상병분류기호를 기재함
(예시)
지속적인 고열(치료하지 않는 경우 4주~8주 동안 지속), 두통, 간장·비장종대, 상대적 서맥 등 주요한 임상증상과 혈중이나 소변, 대변 등 검체에서 살모넬라 티피균(Salmonella Typhi)을 분리, 배양하여 확진된 장티푸스는 A010으로 기재함</td></tr>
<tr><td>3) 상해외인</td><td>□ 「한국표준질병·사인분류」 제20장에 따라 상병의 원인에 해당하는 분류기호 중 영문 첫 자리(V, W, X, Y)를 “특정내역기재란(MT001)”에 기재한다.
※ 서면으로 청구하는 경우: 명세서 상단 “상해외인”란에 기재

(예시) 낙상으로 인한 거골의 골절인 경우
: 질환의 원인에 해당되는 “W”만 기재

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table>
<tr><th colspan="4">특정내역기재란</th></tr>
<tr><th>발생단위구분</th><th>줄번호</th><th>특정내역구분</th><th>특정내역</th></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td>MT001</td><td>W</td></tr>
</table>
주) MT001: ‘상해외인’을 표시하는 특정내역 구분코드

□ 고위험 임신부 및 자연분만 등 특정 입원기간 중 발생한 타 상병 등에 대한 진료분으로 별도의 명세서를 작성하는 경우에는 해당 구분코드(예: D 등)를 “특정내역기재란(MT001)”에 기재한다.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>4) 특정기호</td><td>□ 만성신부전증환자 등 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 및 장기이식(신장, 간, 췌장 등)환자 등 「장기등 이식에 관한 법률」 등에 해당되는 경우 “작성요령 (별표 6) 특정기호코드”의 해당 코드를 “특정내역기재란”에 반드시 기재한다.
※ 서면으로 청구하는 경우: 명세서 상단 “특정기호”란에 기재

(예시) 만성신부전증환자의 인공신장투석시: 특정기호 “V001”
▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table><tr><th colspan="4">특정내역기재란</th></tr><tr><td>발생단위구분</td><td>줄번호</td><td>특정내역구분</td><td>특정내역</td></tr><tr><td>1</td><td></td><td>MT002</td><td>V001</td></tr></table>주) MT002: ‘특정기호’를 표시하는 특정내역 구분코드

□ 본인일부부담률 적용이 달라지는 특정기호가 중복 적용되는 경우 환자 본인부담률이 낮은 순으로 각각 기재한다.
(예시) 암질환(V193: 본인부담률 5%)과 중증난치질환(V124: 본인부담률 10%)으로 산정특례를 동시에 받은 명세서 작성 시
<table><tr><th colspan="4">특정내역기재란</th></tr><tr><td>발생단위구분</td><td>줄번호</td><td>특정내역구분</td><td>특정내역</td></tr><tr><td>1</td><td></td><td>MT002</td><td>V193</td></tr><tr><td>1</td><td></td><td>MT002</td><td>V124</td></tr></table>□ 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호너목에 따른 보건복지부장관이 정하여 고시하는 “약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상” 질환 환자가 상급종합병원에서 진료 받는 경우, 보건복지부장관이 정하여 고시한 본인부담률을 적용하는 외래 재진 진료 명세서는 특정기호 ‘F025’만 단독으로 기재한다.</td></tr>
<tr><td>5) 내원일자, 당월요양 개시일</td><td>□ 내원일자 (외래명세서 해당)
- 해당 상병(명세서)의 요양급여를 위해 내원한 일자를 기재한다.</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령
	□ 당월요양개시일 (입원명세서 해당) - 해당 상병의 진료를 위하여 그 달에 최초 입원한 연, 월, 일을 기재한다. - 단, 입원요양급여비용 분리청구시 해당 요양급여비용 명세서의 최초 진료일자를 기재한다.
6) 면허종류	□ (의료기관) 주상병명에 대하여 진료한 진료과목의 주된 의사의 해당 면허종류 구분자를 기재 □ (약국) 의약품을 조제·투약한 주된 약사의 해당 면허종류 구분자를 기재 ▶ 면허종류: 1(의사), 2(치과의사), 3(한의사), 4(약사), 5(한약사)
7) 면허번호	□ (의료기관) 주상병명에 대하여 진료한 진료과목의 주된 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허번호를 기재 □ (약국) 의약품을 조제·투약한 주된 약사의 해당 면허종류 구분자를 기재 ○ 면허번호 기재요령 - 왼쪽부터 주상병 진단에 영향력이 컸던 의사, 치과의사, 한의사 또는 의약품을 조제·투약한 주된 약사의 면허번호 1개만 기재

왼쪽정렬						space			
1	2	3	4	5	6				

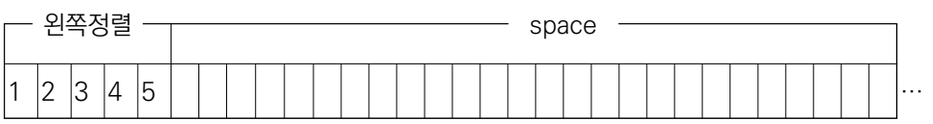
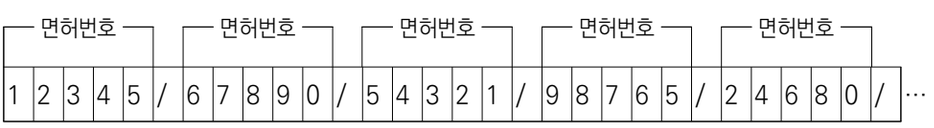
다. 명세서 진료내역

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>1) 단가</td><td>□ 행위에 대한 비용의 산정 시에는 상대가치점수표의 유형별 분류점수에 점수당 단가를 곱하여 10원 미만은 4사5입한 금액을 기재하며, 약가, 치료재료, 원료약 등의 경우는 “약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준”에 따른 단가를 원미만은 4사5입하여 기재하되, 단가가 1원 미만인 경우는 1원으로 기재한다.

◆ 구입약가 산정기준
- 매분기별 약제 실구입가격의 가중평균 가격으로 산정하되, “약제 급여목록 및 급여 상한금액표”에 고시된 단위당 상한금액보다 높은 경우에는 상한금액을 구입약가로 산정한다.

(예시)
- 약제의 적용금액 -
<table>
<tr><th>제품코드</th><th>약품명</th><th>제약사명</th><th>규격단위</th><th>상한금액</th><th>실구입가
(가중평균가)</th></tr>
<tr><td>621802600</td><td>AA연질캡슐</td><td>A제약</td><td>1캡슐</td><td>80</td><td>80</td></tr>
<tr><td>646000210</td><td>BB연질캡슐</td><td>B제약</td><td>1캡슐</td><td>305</td><td>304</td></tr>
<tr><td>643502430</td><td>CC연질캡슐</td><td>C제약</td><td>1캡슐</td><td>242</td><td>247</td></tr>
</table>
- 명세서 작성방법 -
<table>
<tr><th>코드</th><th>분류명
(예외구분코드)</th><th>단가</th><th>1회
투약량</th><th>1일
투여횟수</th><th>총투여
일수</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>621802600</td><td>AA연질캡슐</td><td>80</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td><td rowspan="3">단가 × 1회 투약량
× 1일 투여횟수
× 총투여일수</td></tr>
<tr><td>646000210</td><td>BB연질캡슐</td><td>304</td><td>1</td><td>3</td><td>2</td></tr>
<tr><td>643502430</td><td>CC연질캡슐</td><td>242</td><td>1</td><td>3</td><td>2</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>2) 1회투약량</td><td>□ 1회에 투여한 양(소수점 이하 다섯째 자리에서 4사5입)을 기재한다.
○ 기재대상
- 의·치과 명세서: 의약품 해당
- 약국 명세서: 의약품 해당</td></tr>
<tr><td>3) 총투여일수
또는
실시횟수</td><td>□ 총투여일수 또는 실시한 횟수를 기재한다.</td></tr>
<tr><td>4) 1일투여량
또는
실시횟수</td><td>□ 1일에 투여한 양(소수점 이하 셋째자리에서 4사5입) 또는 실시횟수를 기재한다.
○ 의약품의 경우는 1일 투약횟수를 기재한다.</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령
5) 금액	□ 단가, 1일 투여량(또는 실시횟수), 총투여일수(또는 실시횟수)를 곱한 금액을 기재한다.(원미만 4사5입) ○ 의약품의 경우는 단가, 1회투약량, 1일 투여횟수, 총 투여일수를 곱한 금액을 기재한다.(원미만 4사5입) (예시 1) 약품투여(1회 1정, 1일 2회, 2일 투여시) 652101370 AOO정 190(원)×1(정)×2(회)×2(일)=760원 (예시 2) 검사(의원단가) D0001010 백혈구수 1,200(원)×1(회)×1(일)=1,200원 D0003 혈색소 970(원)×1(회)×1(일)=970원
6) 변경일	□ 당월요양개시일 이후에 단가가 변경된 경우 또는 코드가 신설된 경우에 최초 실시(투여)한 일자를 기재한다.
7) 면허종류	□ (의료기관) 실제 환자를 진료한 의사 및 실시한 간호사 등의 해당 면허종류(단, 사회복지사는 자격종류)의 구분자를 기재 □ (약국) 실제 의약품을 조제·투약한 약사의 해당 면허종류 구분자를 기재 ▶ 면허종류: 1(의사), 2(치과의사), 3(한의사), 4(약사), 5(한약사), 6(간호사), 7(사회복지사)
8) 면허번호	□ (의료기관) 실제 환자를 진료한 의사 및 실시한 간호사 등의 면허번호(단, 사회복지사는 자격종류)를 기재 □ (약국) 실제 의약품을 조제·투약한 약사의 면허번호를 기재 ○ 기재대상 - 상대가치점수표 제1편제2부제1장 기본진료료 가-1 외래환자 진찰료의 경우 진찰료를 1회 이상 산정 시 각각에 대한 해당 의사, 치과의사, 한의사 - 상대가치점수표 제1편제2부제6장 마취료 산정지침에 따른 “마취통증의학과 전문의 초빙료”를 산정하는 경우 해당 의사 -「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 자-765-다, 자-770-다 내시경적 점막하 박리 절제술(ESD)을 산정하는 경우 시술의사 - 상대가치점수표 제1편제2부제15장 약국 약제비 약-2 조제기본료의 경우 조제기본료를 1회 이상 산정 시 각각에 대한 해당 약사 - 상대가치점수표 제1편제2부제2장 검사료 제5절 초음파 검사료를 산정하는 경우 해당 의사

항 목	세 부 작 성 요 령
	- 상대가치점수표 제1편제2부제6장 마취료 바-1다 감시 하 전신마취를 산정하는 경우 해당의사 - 상대가치점수표 제1편제2부제19장 응-2 응급진료 전문의 진찰료 및 응-2-1 권역외상센터 전문의 진찰료를 1회 이상 산정하는 경우 각각에 대한 해당 의사, 치과 의사 - 권역외상센터에서 중증외상환자에 대해 상대가치점수표 제1편제2부제19장제2절 응급의료행위 및 제3절 권역외상센터 응급의료행위를 산정하는 경우 해당 의사 - 상대가치점수표 제1편제2부제1장 기본진료료 가-13 가정간호 기본방문료[방문당]을 산정하는 경우 해당 간호사 - 상대가치점수표 제1편제2부제7장 이학요법료 사-128 재활사회사업을 산정하는 경우 해당 사회복지사 - 상대가치점수표 제1편제2부제8장 정신요법료 아-11 정신의학적사회사업을 산정하는 경우 해당 사회복지사 - 상대가치점수표 제1편제2부제14장 한방 시술 및 처치료 하-71 추나요법을 산정하는 경우 해당 한의사 - 상대가치점수표 제1편제2부제1장 기본진료료 가8-2 원격협의진찰료를 산정하는 경우 해당 의사, 치과의사, 한의사 - 상대가치점수표 제4편제3부제1장 완-11 가정형 호스피스 방문료를 산정하는 경우 해당 의사, 간호사, 사회복지사 - 상대가치점수표 제6편제2부 공공-2 소아진료 정책수가를 산정하는 경우 해당 의사 ○ 기재대상 면허번호가 한 개인 경우: 왼쪽부터 해당 면허번호 기재  ○ 기재대상 면허번호가 두개 이상인 경우: 왼쪽부터 면허번호 기재('/'로 구분)  ※ 단, 1개의 줄번호에 면허번호 자릿수는 100자리이므로 100자리를 초과하는 경우에는 2개 이상의 줄번호로 분리하여 기재

라. 명세서 처방내역

항 목	세 부 작 성 요 령
1) 처방전 발급번호	□ 요양기관에서 처방전을 발급한 경우에 부여하는 번호로서 처방전발급일자와 처방전발급순서에 따른 일련번호를 연이어 기재한다. (예시) CCYYMMDD+해당 처방전 발급일에 발생한 처방전의 일련번호(5자리)
2) 처방일수	□ 처방전을 발급한 경우에 처방전에 기재된 처방약품별 처방일수 중 가장 긴 처방일수(외용제 또는 인슐린 등 분할투여 약제의 처방일수는 실 투약일수를 반영)를 기재하되, 처방일자별로 처방내역이 달라 각각 다른 약품을 조제하도록 처방된 경우에는 각각의 처방일수를 합산하여 기재한다. (예시) - 2024년 7월 1일부터 A정을 2일간, B정을 3일간, C정을 5일간 복용하도록 처방한 경우 ⇒ 처방일수는 5일로 기재 - 2024년 7월 1일부터 A정(10㎎)과 B정을 2일간 복용하고, 7월 29일부터 C정(5㎎)과 D정을 2일간 복용하도록 처방한 경우 ⇒ 처방일수는 4일로 기재
3) 처방전횟수 (서면만 해당)	□ 요양기관에서 원외처방전을 발행한 경우(주사제 원외처방 포함) 요양급여비용명세서 좌측 “3. 투약료 및 처방전 ③처방전”란에 횟수를 기재하되, 동일 수진자에게 1일 2매 이상 처방전을 발행하더라도 1회로 기재한다.
4) 본인부담률 구분코드	□「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 약제를 처방한 경우, 환자본인이 부담할 비용의 부담률에 부여된 해당 구분코드(「의료법 시행규칙」 별지 제9호 처방전 서식의 “본인부담률구분코드”란에 작성)를 기재한다. ※ 처방전 본인부담률구분코드: A(100분의 50 본인부담), B(100분의 80 본인부담), D(100분의 30 본인부담), U(건강보험(의료급여) 100분의100 본인부담), V(보훈 등 100분의100 본인부담), W(비급여(보훈만 해당))
5) 처방내역 작성예시	※ 100/100본인부담 약제(보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 진료분은 비급여 약제까지 포함)인 경우에도 처방내역에 반드시 기재한다. ▶ 정보통신망 및 전산매체 **(예시)** 2024년 7월 1일 7일분의 처방전을 발급한 경우

항 목	세 부 작 성 요 령

- 처방내역 -

처방전 발급번호[주1]	처방 일수	반복조제 횟수[주2]	줄번호[주3]	코드 구분	코드	1회 투약량	1일 투여 횟수	총 투약 일수
2024070101234	7	-	0001	3	642901280	1	4	7
			0002	3	642701320	1	3	7

주1) 발급번호[CCYYMMDD(발급년월일)+일련번호5자리]
주2) 반복조제횟수는 사용유보
주3) 줄번호는 처방전 발급번호별로 약품코드의 일련번호를 기재

- 진료내역 -

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	01	1	AA154	17,610	1	1	17,610

▶ 서면

○ 처방내역을 입력 후 명세서에 인쇄하여 청구하는 경우

- 요양급여비용 명세서에 “처방전발급번호, 처방일수, 점검번호”와 처방내역을 기재한다.
- (인쇄순서)
  · “처방전발급번호, 처방일수”를 모두 기재 후 “점검번호” 기재
  · 처방내역 및 진료내역

(예시) 2024년 7월 1일 초진 환자에게 7일분의 처방전을 발급한 경우

처방전발급번호				처방일수		
점검번호						
약품코드 (일반명코드 또는 제품명코드)	약품명 (일반명 또는 제품명)		1회 투약량	1일 투여횟수	총투약 일수	본인부담률 구분코드
코드	분류 (예외구분코드)	단가	1회 투약량	1일투여량 또는 실시횟수	투여일수 또는 실시횟수	금액
처방전발급번호	20240701-01234			처방일수	7	
점검번호	1234					
642901280	암포젤정		1	4	7	
642701320	맥페란정		1	3	7	
AA154	초진진찰료	17,610	1	1	1	17,610

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>
○ 처방전을 첨부하여 청구하는 경우
- 요양급여비용 명세서에 “처방전발급번호, 처방일수, 점검번호”만 기재하고, 처방내역은 기재하지 아니한다.
- (기재순서)
· “처방전발급번호, 처방일수”를 모두 기재 후 “점검번호” 기재
· 진료내역

(예시) 2024년 7월 1일 초진 환자에게 7일분의 처방전을 발급한 경우
<table>
<tr><td>처방전발급번호</td><td colspan="3">20240701-01234</td><td rowspan="2">처방일수</td><td colspan="2" rowspan="2">7</td></tr>
<tr><td>점검번호</td><td colspan="3">1234</td></tr>
<tr><td>약품코드
(일반명코드
또는
제품명코드)</td><td>약품명
(일반명 또는
제품명)</td><td></td><td>1회
투약량</td><td>1일
투여횟수</td><td>총투약
일수</td><td>본인부담률
구분코드</td></tr>
<tr><td>코드</td><td>분류
(예외구분코드)</td><td>단가</td><td>1회
투약량</td><td>1일투여량
또는
실시횟수</td><td>투여일수
또는
실시횟수</td><td>금액</td></tr>
<tr><td>AA154</td><td>초진진찰료</td><td>17,610</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>17,610</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

마. 명세서 특정내역기재란

항 목	세 부 작 성 요 령
1) 특정내역 (기재)란	□ 원내투약일수, 특정기호, 상해외인, 원외처방내역(의료기관) 등 '작성요령 별표 8. 특정내역 구분코드'에 해당되는 항목에 대하여는 특정항목 구분코드별 기재요령에 따라 작성한다. □ 청구매체별 기재방법 ○ 정보통신망 또는 전산매체 청구기관 - 특정내역은 명세서단위, 진료내역 줄번호단위, 처방내역 줄번호단위, 처방내역단위로 각각 작성한다. · 동일 명세서 또는 동일 줄번호에 동일한 특정내역 또는 서로 다른 특정내역을 여러 개 기재하여야 할 경우에는 특정내역을 각각 작성한다. (동일 명세서에 기재할 수 있는 특정내역은 명세서단위 999개, 줄번호별로 999개까지임) - 항목의 특정내역 기재형식 중 숫자형은 9로, 문자형은 X로, 소수점 이하는 V로, 연월일은 CCYYMMDD로, 시간의 시·분은 HHMM으로 표기하며, 괄호( )는 크기를 나타냄 - 특정내역은 특정내역별 기재형식에 따라 기재하되, 내역(검사결과 등)이 없는 경우에는 공란(Space)없이, "/"한 후 다음 해당 내역을 기재한다. · "/"로 구분된 2개 이상의 항목 중 첫 번째 항목에만 내역을 기재하는 경우에는 첫 번째 항목 내역 다음에 반드시 "/"를 표기하고, 두 번째 항목에만 내역을 기재하는 경우에는 반드시 "/" 다음에 기재하여야 한다. - 작성요령 ■ 발생단위구분 명세서단위 특정내역: '1' 진료내역 줄번호단위 특정내역: '2' 처방내역 줄번호단위 특정내역: '3' 처방내역단위 특정내역: '4' ■ 처방전발급번호 처방내역의 줄번호단위(발생단위구분: '3') 또는 처방내역단위(발생단위구분: '4')로 특정내역을 기재할 경우 해당 처방전발급번호를 기재 ■ 줄번호 진료내역(발생단위구분: '2') 또는 처방내역(발생단위구분: '3')의 줄번호단위로 특정내역을 기재할 경우 해당 줄번호 4자리 숫자를 기재 ■ 특정내역구분 '작성요령 별표 8. 특정내역 구분코드'에 해당되는 항목의 명일련단위, 줄번호단위 또는 처방내역단위 구분코드를 기재

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>

■ 특정내역
해당 명세서단위, 줄번호단위 또는 처방내역단위 기술사항을 특정내역 구분코드별 기재형식에 따라 기재

○ 서면 청구기관
- '작성요령 별표 8. 특정내역 구분코드'의 특정내역에 해당되는 항목의 경우에는 명세서하단 '특정내역'란에 해당 항목별로 기재한다.
- 발생단위구분 및 줄번호는 생략하고, 특정내역 및 기술사항만 기재하되, 기술사항은 구체적으로 기재한다.
- 검체검사위탁 등과 같이 특정내역을 진료항목(검사)별로 각각 기재하여야 하는 경우에는 해당 진료내역(검사 등) 코드 및 진료(검사)명, 기술사항 순으로 기재한다.

□ 작성예시
○ AST(SGOT)검사를 위탁하여 3회 실시하여 특정내역을 3번 기재하는 경우
▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우(의원급)

<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>줄번호</th><th>코드 구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>09</td><td>02</td><td>0010</td><td>1</td><td>D1860***Z</td><td>해당 단가</td><td>1.1</td><td>3</td><td>단가 × 일투 × 총투</td></tr>
<tr><td colspan="9">특정내역기재란</td></tr>
<tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td>줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="4">특정내역</td></tr>
<tr><td colspan="2">2</td><td>0010</td><td colspan="2">JS005</td><td colspan="4">11358530/20240726</td></tr>
<tr><td colspan="2">2</td><td>0010</td><td colspan="2">JS005</td><td colspan="4">11358530/20240727</td></tr>
<tr><td colspan="2">2</td><td>0010</td><td colspan="2">JS005</td><td colspan="4">11358530/20240728</td></tr>
</table>

주) JS005: '검체검사 위탁'임을 표시하는 특정내역 구분코드

▶ 서면으로 청구하는 경우

<table>
<tr><td>특정내역</td><td>D1860***Z AST(SGOT), L, 11358530, 2024.7.26.
D1860***Z AST(SGOT), L, 11358530, 2024.7.27.
D1860***Z AST(SGOT), L, 11358530, 2024.7.28.</td></tr>
</table>

○ 2024년 7월 1일 상급종합병원 낮병동에 재원하여 10시부터 17시까지 진료한 경우
▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

<table>
<tr><th>발생단위구분</th><th>줄번호</th><th>특정내역구분</th><th>특정내역</th></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td>MS005</td><td>202407011000/202407011700</td></tr>
</table>

주) MS005: '낮병동 재원시간'임을 표시하는 특정내역 구분코드

</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>
▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><td>특정내역</td><td>AF100 낮병동 입원료, 재원시간, 2024.7.1., 10:00-17:00
(또는 AF100 낮병동 입원료, 재원시간, 2024.7.1., 10시-17시)</td></tr>
</table>
○ 경구약 10일분을 원내조제·투약한 경우(100/100본인부담약제는 제외)
▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우(의원급)
<table>
<tr><th>발생단위구분</th><th>줄번호</th><th>특정내역구분</th><th>특정내역</th></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td>MS001</td><td>010</td></tr>
</table>
주) MS001: ‘원내투약일수(경구)’임을 표시하는 특정내역 구분코드
▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><td>특정내역</td><td>원내투약일수(경구), 10일분</td></tr>
</table>
○ 시설 등 공동이용에 따라 골밀도검사를 실시한 경우
▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>발생단위구분</th><th>줄번호</th><th>특정내역구분</th><th>특정내역</th></tr>
<tr><td>2</td><td>0010</td><td>JS006</td><td>11380001/20240701</td></tr>
</table>
주) JS006: ‘시설 등의 공동이용 진료’임을 표시하는 특정내역 구분코드
▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><td>특정내역</td><td>HC344 골밀도검사[재료대포함]-기타 방법에 의한 것, K, 11380001, 2024.7.1.</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

바. 기타

항 목	세 부 작 성 요 령
1) 기타	□ 정보통신망 및 전산매체 청구기관 ○ Ⅰ/Ⅱ 구분 기재 생략 - 각 진료항목별 요양기관 종별가산율 적용여부를 구분하기 위한 구분코드(“Ⅰ”, “Ⅱ”)는 기재 생략하되, 기본진료료, 약제, 치료재료, 상대가치점수표 제1편 제1부 일반원칙 Ⅱ. 요양기관 종별가산율 제2항에 명시된 항목(바이러스 혈청검사, 위탁검사, 혈액료 등) 등 상대가치점수표상의 요양기관 종별가산율이 적용되지 않는 요양급여비용은 요양기관 종별가산율을 적용하지 않은 금액으로 요양급여비용총액 1에 산입한다. ○ 약국 청구기관의 경우 상병분류기호 미기재시에도 명세서 상병내역의 면허종류, 면허번호는 반드시 기재하여야 하며 전산매체 청구기관의 경우 상병분류기호 미기재시에도 명세서 상병내역(자료구분 ‘2’)의 조제투약일자는 반드시 기재하여야 한다. ○ 기타 - 준용항목, 위탁진료(진료의뢰), 시설 등의 공동이용에 따른 진료, 개방병원 진료시에는 ‘1일 실시횟수’란에 실시한 기관의 종별가산율을 적용하여 기재하되, 요양기관 종별가산율을 적용하지 않은 금액으로 요양급여비용총액 1에 산입한다. - 검체검사를 위탁하여 실시한 경우에는 위탁검사관리료(10%)를 반영하여 ‘1일 실시횟수’란에 1.1로 적용하여 기재하되, 요양기관 종별가산율을 적용하지 않은 금액으로 요양급여비용총액 1에 산입한다. □ 약제, 치료재료대 등의 기재 시 유의사항 ○ 진료 시 처방·투여된 경구약제, 주사제, 외용약은 제3항 또는 제4항에 기재하며, 마취, 이학요법, 처치 및 수술, 영상진단 및 방사선치료, CT 등의 촬영 시 사용된 약제, 치료재료 등은 해당 “항”(마취료, 이학요법료 등)별로 각각 기재한다. □ 「국민건강보험법 시행령」 등에 따른 특례대상 진료 중 타 상병 진료분 명세서 분리 등 명세서 구분·작성 시 유의사항

항 목	세 부 작 성 요 령
	○ 상해외인 관련

구분	상해외인	입(내)원일수	요양급여일수	진료개시일
보건의료원 및 병원급 이상 의료기관내 입원기간 중 의과·치과·한의과 협의진료분	C	0	협의진료 관련 요양급여 일수만 기재하되, 실제 입원한 진료과의 요양급여일수와 중복되는 기간은 산정하지 않음 (실제 입원한 진료과 요양급여일수와 중복시 '0')	해당 명세서상 협의진료를 최초 실시한 날
고위험 임신부, 자연분만 및 제왕절개분만 입원기간 중 타상병 진료분	D	0	타상병(기왕증 등) 관련 요양급여일수만 기재하되, 분만과 관련된 요양급여일수와 중복되는 기간은 산정하지 않음 (분만 관련 요양일수와 중복시 '0')	해당 명세서상 기왕증 등에 대한 진료를 최초 실시한 날
차상위 (장애인) 만성질환·18세미만 본인부담 경감대상자 및 의료급여 수급권자의 정신건강의학과 입원진료 중 다른 진료과목 전문의 진료분	E	중복된 일수 제외	해당 진료 요양급여 일수만 기재하되, 다른 진료과목 전문의 진료 또는 정신건강의학과 전문의 진료로 인한 요양급여일수와 중복되는 기간은 산정하지 않음	해당 명세서상 다른 진료과목 또는 정신건강의학과에 대한 진료를 최초 실시한 날
중증질환자, 희귀질환자 및 중증난치질환자, 결핵질환자 및 잠복결핵 감염자가 산정특례 대상 상병 진료 중 타상병 진료분 또는 타 상병 진료 중 해당 산정특례 대상 상병 진료분	F	중복된 일수 제외	타 상병(기왕증 등) 진료 관련 요양급여일수만 기재하되, 산정특례 진료로 인한 요양일수와 중복되는 기간은 산정하지 않음 (산정특례 진료의 요양일수와 중복 시 '0')	해당 명세서상 타상병 또는 산정특례대상 상병에 대한 진료를 최초 실시한 날

항 목	세 부 작 성 요 령

구분	상해외인	입(내)원일수	요양급여일수	진료개시일
의료급여수급권자 및 차상위 (장애인) 만성질환·18세미만 본인부담경감 대상자가 외래에서 예약된 검사만을 실시한 경우 (정액 본인부담액을 산정하는 경우만 해당)	H	0	외래에서 의사 진찰 없이 예약된 검사만을 실시하여 그 해당 내역을 별도 명세서로 작성하는 경우 별도 요양급여일수는 산정하지 않음	해당 명세서의 검사를 실시한 날
희귀질환 지원대상자가 지원대상 진료 중 타상병 진료분 또는 타상병 진료 중 지원대상 상병 진료분	I	중복된 일수 제외	해당 진료 요양급여일수만 기재하되, 희귀질환 진료 또는 타상병 진료로 인한 요양급여일수와 중복되는 기간은 산정하지 않음	해당 명세서상 희귀질환 진료 또는 타상병 진료를 최초 실시한 날
의료기관에 소속된 계약의사 또는 협약의료기관의 의사가 해당 의료기관이 아닌 사회복지시설(노인장기요양보험법에 따른 장기요양기관 포함)내 입소자에게 진료 후 원외처방한 경우(약국의 처방조제 포함), 계약의사가 소속된 의료기관(또는 협약의료기관) 및 사회복지 시설이 모두 의약분업 예외지역에 해당되어 사회복지시설에서 진료 후 의료기관에서 원내조제 하거나 한의사가 원내조제한 경우, 의료기관에 소속된 계약의사(또는 협약의료기관 의사)가 사회복지시설에서 정신질환자를 진료 후 의료기관에서 원내 직접 조제·투약한 진료분	J	중복된 일수 제외	해당 진료 요양급여일수만 기재	해당 명세서상 최초 진료를 실시한 날

항 목	세 부 작 성 요 령

구분	상해외인	입(내)원일수	요양급여일수	진료개시일
타법령(산재·자보 등) 입원기간 중 동 진료와 무관한 그 외 질병 (기왕증 포함) 진료분	K	0	해당 진료 요양급여일수만 기재	해당 명세서상 최초 진료를 실시한 날
의료급여 혈액투석정액 외래진료 당일 동일 진료과목 의사가 혈액투석을 위한 정맥내카테터삽입술 또는 혈관중재시술 등을 실시한 경우 및 만성신부전 관련 합병증이 아닌 다른 상병으로 실시한 진료분	M	0	혈액투석정액 외래 진료로 인한 요양급여일수와 중복되는 기간은 산정하지 않음	해당 명세서상 정맥내카테터 삽입술 또는 혈관중재시술을 실시하거나 만성신부전 관련 합병증이 아닌 다른 상병으로 진료를 실시한 날
잠복결핵감염 검진비 지원대상자가 지원대상 진료 중 타상병 진료분 또는 타상병 진료 중 지원대상 상병 진료분	N	중복된 일수 제외	해당 진료 요양급여일수만 기재하되, 잠복결핵감염 검진진료 또는 타상병 진료로 인한 요양급여일수와 중복되는 기간은 산정하지 않음	해당 명세서상 잠복결핵감염 검진진료 또는 타상병 진료를 최초 실시한 날
의료급여정액수가 진료시 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제23조2에 의한 항목에 대한 진료분	O	0	의료급여정액수가 진료로 인한 요양급여일수와 중복되는 기간은 산정하지 않음	해당 명세서상 「의료급여수가의 기준 및 일반 기준」 제23조2에 의한 항목 관련 진료를 실시한 날
여성 청소년 대상 사람유두바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰·상담 사업 지원대상 진료 중 타상병 진료분 또는 타상병 진료 중 지원대상 상병 진료분	R	0	해당 진료 요양급여일수만 기재하되, 여성 청소년 대상 사람유두바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰·상담 진료 또는 타상병 진료로 인한 요양급여 일수와 중복되는 기간은 산정하지 않음	해당 명세서상 여성 청소년 대상 사람유두바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰·상담진료 또는 타상병 진료를 최초 실시한 날

항 목	세 부 작 성 요 령

구분	상해외인	입(내)원일수	요양급여일수	진료개시일
장기이식 수혜자가 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호가목4)의 규정에 의거 장기등 기증자의 장기등 적출 시 발생한 요양급여비용	S	입원 진료를 받은 실 일수를 기재	해당 요양급여비용 명세서에서 요양급여를 받은 실 일수를 기재함	해당 명세서상 해당 진료를 최초 실시한 날
보건복지부장관이 정하는 난임진료 요양급여비용과 동시에 타 상병 등 진료로 별도의 명세서를 작성하거나 타 상병 등 진료기간 중 보건복지부장관이 정하는 난임진료 요양급여비용으로 별도의 명세서 발생 진료분	T	입원 진료를 받은 실 일수를 기재	해당 요양급여비용 명세서에서 요양급여를 받은 실 일수를 기재함	해당 명세서상 해당 진료를 최초 실시한 날
「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제2항 및 별표1 제1호자목에 따른 임상연구 또는 임상시험에 참여하는 환자의 질병이나 부상 등을 위한 진료와 동시에 타 상병 진료분	U	0	타상병(기왕증 등) 관련 요양급여일수만 기재하되, 임상연구 관련 요양급여일수와 중복되는 기간은 산정하지 않음	해당 명세서상 해당 진료를 최초 실시한 날

※ 입원환자 의약품관리료는 퇴원일을 기준으로 일괄 산정하며, 이 경우 환자 본인부담률은 퇴원시점의 본인부담률에 따라 산정

○ 특정내역 관련

구분	특정내역(기재내용)	입(내)원일수	요양급여일수	진료개시일
등록 틀니 또는 치과 임플란트 대상 진료와 동시에 타 상병 진료(등록 틀니 또는	MT037(M)	0	해당 진료 요양급여일수만 기재. 단, 등록 틀니,	해당 명세서상 등록 틀니, 치과 임플란트

항 목	세 부 작 성 요 령

구분	특정내역 (기재내용)	입(내)원 일수	요양급여일수	진료개시일
치과 임플란트 대상 진료 포함)로 별도의 명세서를 작성하거나 타 상병 치료(등록 틀니 또는 치과 임플란트 대상 진료 포함)에 대한 진료기간 중 등록 틀니 또는 치과 임플란트 대상 진료분			치과 임플란트 또는 타상병 진료로 인한 요양일수와 중복되는 기간은 산정하지 않음	또는 타 상병에 대한 진료를 최초 실시한 날
특정기호 'F025' 대상 진료분(「국민건강보험법 시행령」 별표2 제3호너목에 따른 보건복지부장관이 정하여 고시하는 "약국 요양급여비용 총액의 본인부담률 산정 특례 대상" 질환 환자가 상급종합병원에서 진료 받는 경우, 보건복지부 장관이 정하여 고시한 본인부담률을 적용하는 외래 재진 진료)과 별도의 명세서를 분리작성·청구하는 경우	MT065 (A)	0	요양급여를 받은 실 일수를 기재	해당 명세서상 해당 진료를 최초 실시한 날
의료급여 수급권자가 「의료급여법 시행령」 별표 1 제1호 자목 및 제2호서목에 따른 잠복결핵 치료 관련 진료 중 타 상병을 동시에 진료하는 경우 급여비용총액 전부를 기금에서 부담하는 잠복결핵 치료 관련 진료 내역을 분리작성·청구하는 경우	MT065 (B)	입(내)원 진료를 받은 실 일수를 기재	해당 요양급여비용 명세서에서 요양급여를 받은 실 일수를 기재	해당 명세서상 잠복결핵 치료 관련 진료를 최초 실시한 날
「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조의2에 따라 임상연구 관련 진료로 명세서를 작성·청구하는 경우	MT065 (C)	입(내)원 진료를 받은 실 일수를 기재	해당 요양급여비용 명세서에서 요양급여를 받은 실 일수를 기재	해당 명세서상 해당 진료를 최초 실시한 날

항 목	세 부 작 성 요 령
	□ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제1호 나목에 의한 의약분업 예외환자가 요양기관(한의과 제외) 외래에서 원내 조제하여 약가 총액에 대한 본인부담률을 30% 적용하는 경우의 명세서 작성시 유의사항 ○ 본인부담률 30% 적용 의약분업예외 대상자 범위 - 「약사법」 제23조제4항 중 다음에 해당하는 외래환자로서 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 특례 대상자는 제외 ① 조현병(調絃病) 또는 조울증 등으로 자신 또는 타인을 해할 우려가 있는 정신질환자 ② 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제1군 감염병환자 ③ 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법령에 따른 상이등급 1급부터 3급까지에 해당하는 자 ④ 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」에 따른 5·18민주화운동부상자 중 장해등급 1급부터 4급까지에 해당하는 자 ⑤ 고엽제 후유의증 환자 지원 등에 관한 법령에 따른 고도장애인 ⑥ 장애인복지 관련 법령에 따른 1급·2급 장애인 및 이에 준하는 장애인 ⑦ 파킨슨병환자 ⑧ 한센병환자 ⑨ 장기이식을 받은 자에 대하여 이에 관련된 치료를 하는 경우 ※ 단, 기존의 외래 산정특례대상은 제외 ○ 본인부담률 30% 적용 진료비의 범위 - 요양급여비용 명세서 '3. 투약료'항의 약가금액만 해당되며, 의약품관리료, 조제·복약지도료 및 주사료(약가포함)를 제외한 금액 ○ 의약분업 예외구분코드 기재방법 - 의약분업예외 대상자에게 투여한 '3. 투약료'항의 경구·외용제는 (별표 7)에 의한 의약분업 예외 구분코드 중 환자 중심으로 코드(11~31)를 기재하고, 그 외 주사제(4항), 처치·검사 시 사용약제(8항·9항) 등은 약품구분단위의 코드(41~57)를 기재 **(예시)** 파킨슨병 환자에게 투약목적 경구약제 및 검사목적의 경구약제를 원내조제·투약한 경우 - 투약목적 약제: '3. 투약료'항에 기재 및 예외구분코드 "21" 기재 - 검사목적 약제: '9. 검사료'항에 기재 및 예외구분코드 "55" 기재

항 목	세 부 작 성 요 령
	○ 기 타 - 투약목적인 의약품의 경우에만 '3. 투약료'항에 청구하여 본인부담률 30%를 적용하며, 검사, 처치 등에 사용한 의약품은 적용대상이 아님. 다만, 동일 의약품의 투여목적이 달라질 수 있는 경우에는 '3. 투약료'항으로 청구가능 함 - 의약분업 예외대상자에게 의약분업 예외 의약품(마약 등)을 원내조제한 경우에도 '3. 투약료'항에 청구하여 본인부담률 30% 적용 - 의약분업 예외대상자가 응급진료, 양·한방 협의진료 시 양방 병(의)원에서 원내조제하는 등 기타 의약분업예외사유가 동시에 발생하는 경우에도 '3. 투약료'항 해당 의약품은 본인부담률 30% 적용 □ 15세 이하 아동 입원진료 본인일부부담금 산정방법 ○ 본인일부부담금

구 분	입원 본인부담률	특정기호
「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호가목2)에 따른 보건복지부장관이 정하여 고시하는 신생아 입원진료(조산아, 저체중 출생아 포함)	0%	F005
「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호자목에 따른 15세 이하 아동	5%	F018
「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목2)에 따른 6세 미만 아동	0%	F019
「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목2)에 따른 6세 이상 15세 이하 아동	3%	F020
「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호가목2)에 따른 보건복지부장관이 정하여 고시하는 신생아 입원진료를 제외한 2세 미만 영유아의 입원진료	0%	F027

※ 특정기호는 명일련 단위 특정내역 MT002(특정기호)에 기재
※ 특수장비(CT, MRI, PET)까지 포함하여 본인부담 0%(또는 5%, 3%)임.
단, 식대(가산식대포함)는 50% 본인부담(차상위 본인부담경감대상자는 식대(가산식대는 제외)는 20%)임
※ 신생아: 「모자보건법」 제2조제4호에 의한 출생 후 28일 이내의 영유아
조산아: 재태기간 37주 미만인 자
저체중 출생아: 출생체중 2,500g 이하인 자

○ 신생아(조산아, 저체중 출생아 포함)의 명세서 작성방법
- 특정기호(F005) 기재
- 분만(자연분만, 제왕절개분만)으로 산모와 신생아 진료비 분리청구

2. 진료내역별 사항

가. 의과 명세서

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>1) 진찰료</td><td>□ 외래에서 환자를 진찰한 경우에 처방전의 발행과 관계없이 산정하되, 기본진찰료와 외래관리료의 소정점수를 합하여 산정한다.

□ 상대가치점수표 제2부제1장 “기본진료료 [산정지침] 1.진찰료.가”항에 따라 산정하되, 그 금액을 “01항 01목 또는 02목”에 기재한다.

(예시) 동일 환자가 동일 날 종합병원 외래에 내원하여 내과와 신경과에서 각각 초진과 재진을 받은 경우
▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>코드 구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th><th>면허 종류</th><th>면허 번호</th></tr>
<tr><td>01</td><td>01</td><td>1</td><td>AA156</td><td>18,870</td><td>1</td><td>1</td><td>18,870</td><td>1</td><td>12345</td></tr>
<tr><td>01</td><td>02</td><td>1</td><td>AA256</td><td>14,200</td><td>1</td><td>1</td><td>14,200</td><td>1</td><td>56789</td></tr>
</table>
▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>(Ⅰ)</th><th>(Ⅱ)</th><th>코드</th><th>분 류</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th><th>면허 종류</th><th>면허 번호</th></tr>
<tr><td rowspan="2">1. 진찰료</td><td>①초진 1 회</td><td>18,870원</td><td></td><td>AA156</td><td>초진 진찰료</td><td>18,870</td><td>1</td><td>1</td><td>18,870</td><td>1</td><td>12345</td></tr>
<tr><td>②재진 1 회</td><td>14,200원</td><td></td><td>AA256</td><td>재진 진찰료</td><td>14,200</td><td>1</td><td>1</td><td>14,200</td><td>1</td><td>56789</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>가) 가정간호 기본방문료</td><td>□ 가정간호 기본방문료는 진료담당의사(의사 또는 한의사)의 진단과 처방에 따라 가정전문간호사가 가정간호대상 환자에게 가정간호를 행하는 경우에 산정하며, 외래 명세서의 진료내역 “01항 03목 응급 및 회송료 등”란에 기재하고, 실제 방문한 가정전문간호사의 면허종류와 면허번호 및 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 해당 특정기호 “V008(또는 V194, V231, V293, V251, V274, V801, V811)”을 반드시 기재한다.
※ 서면으로 청구하는 경우: 명세서 상단 “특정기호”란에 해당 특정기호 “V008(또는 V194, V231, V293, V251, V274, V801, V811)”을 반드시 기재하고, “1.진찰료-⑤가정간호기본방문료”의 기본진료, 약제, 특정재료 등(Ⅰ)란에 기재</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령
	□ 가정전문간호사 1인당 가정간호 방문 횟수(가정간호 기본방문료 총 청구건수를 의미함)는 월평균(또는 주평균) 1일 7회까지 인정(이 경우 의료급여 환자를 포함)하며, 가정간호 기본방문료를 산정하는 경우에는 1개월(또는 1주일) 동안 요양기관이 건강보험심사평가원에 신고한 가정전문간호사별 방문일수를 심사청구서별(접수번호별)로 첫 번째 명세서에만 특정내역(기재)란에 기재하여 청구한다. ※ 월평균(주평균) 가정간호 방문횟수(가정간호 기본방문료 총 청구건수): 1개월간(1주일간) 총 가정간호 기본방문료 청구건수 ÷ 1개월간(1주일간) 가정전문간호사 방문일수의 합 ※ 가정전문간호사 방문일수: 명일련 단위 특정내역 구분코드 'MT062'에 '1개월 또는 1주일 동안 각 가정전문간호사별 방문일수 합/가정전문간호사 면허번호/방문일수/가정전문간호사 면허번호/방문일수...' 순으로 기재 (서면으로 청구하는 경우에는 명세서 하단 "특정내역"란에 특정내역 구분코드 'MT062' 기재형식에 따라 기재하되, "1번 명일련"에 기재) □ 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설(「노인장기요양법」에 따른 장기요양기관을 포함) 내에서 시설입소자에게 가정간호를 실시한 경우에는 가정간호 기본방문료 소정점수의 50%를 산정하며, 이 경우 명세서 특정내역기재란에 해당 요양시설기호를 기재하여 청구한다. ※ 요양시설기호: 줄번호 단위 특정내역 구분코드 'JS015'에 기재 **(예시1)** A의원에서 1개월간 가정전문간호사 김OO(면허번호 12345)는 가정간호 방문일수가 22일이고, 이OO(면허번호 34567)은 방문일수가 11일인 경우 ▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

특정내역기재란				
명세서 일련번호	발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
00001	1		MT062	33/12345/22/34567/11

▶ 서면으로 청구하는 경우

특정내역	MT062 33/12345/22/34567/11

항 목	세 부 작 성 요 령

(예시2) A의원에서 김OO(면허번호 12345) 가정전문간호사가 가정간호를 방문하여 실시한 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
01	03	1	AN500	79,810	1	1	79,810	6	12345
특정내역기재란									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역			
1				MT002		V008			

주) MT002: '특정기호'를 표시하는 특정내역 구분코드

▶ 서면으로 청구하는 경우

구 분		(I)	(II)	코드	분 류	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
1. 진찰료	⑤가정간호기본방문료 1회	79,810원		AN500	가정간호 기본방문료	79,810	1	1	79,810	6	12345

(예시3) A의원에서 김OO(면허번호 12345) 가정전문간호사와 이OO(면허번호 45678) 가정전문간호사 2명이 함께 등록 암환자 B에게 최초 방문하여 가정간호를 실시한 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
01	03	1	AN500002	119,710	1	1	119,710	6	12345/45678
특정내역기재란									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역			
1				MT002		V194			

주) MT002: '특정기호'를 표시하는 특정내역 구분코드

▶ 서면으로 청구하는 경우

구 분		(I)	(II)	코드	분 류	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
1. 진찰료	⑤가정간호기본방문료 1회	119,710원		AN500002	가정간호 기본방문료	119,710	1	1	119,710	6	12345/45678

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>□ 가정간호요양급여가 적용되지 않는 경우
○ 가정간호요양급여대상 이외의 요양급여비용은 외래본인부담률을 적용하고, 요양급여비용 명세서 작성방법은 가정간호요양급여비용 명세서와 구분·작성하여 앞뒤로 연이어 작성한다.
· 가정간호요양급여기간 중에 가정간호를 받고 있는 상병(합병증 포함)으로 투약 또는 검사 등의 진료를 받기 위하여 요양기관에 환자가 직접 내원하여 진료를 받은 경우나 내원 당일에 다른 상병을 진료 받을 목적으로 다른 진료과에서 외래진료를 받은 경우
· 가정방문간호를 받던 날에 응급상황 등으로 당해 요양기관을 내원하여 가정간호를 받고 있는 상병(합병증 포함) 또는 내원 당일에 다른 상병을 진료 받을 목적으로 다른 진료과에서 진료를 받은 경우
· 가정방문간호를 받은 날 이외의 다른 날에 가정간호요양급여를 받고 있는 상병(합병증 포함)이외의 다른 상병으로 내원하여 검사, 투약, 처치 등을 받은 경우</td></tr>
<tr><td>나) 협의진찰료</td><td>□ 입원중인 환자의 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위하여 해당 환자의 주치의가 아닌 다른 진료과목 [또는 세부 전문과목(분야)] 의사가 진료시 산정하며, “01항 03목 응급 및 회송료 등”란에 기재한다.
※ 서면으로 청구하는 경우: “1.진찰료 ④응급 및 회송료”란의 “기본진료, 약제, 특정재료 등(Ⅰ)”란에 기재

(예시) 병원의 정형외과에 입원 중 내과전문의의 진료를 받은 경우
▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>줄번호</th><th>코드 구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>01</td><td>03</td><td>0005</td><td>1</td><td>AH700</td><td>13,980</td><td>1</td><td>1</td><td>13,980</td></tr>
<tr><td colspan="9">특정내역기재란</td></tr>
<tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td>줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="4">특정내역</td></tr>
<tr><td colspan="2">2</td><td>0005</td><td colspan="2">JT001주1)</td><td colspan="4">IM주2)</td></tr>
</table>
주1) JT001: ‘확인코드’를 표시하는 특정내역 구분코드
주2) IM: ‘내과’ 확인코드

▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>(Ⅰ)</th><th>(Ⅱ)</th><th>코드</th><th>분 류</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>1. 진찰료</td><td>④응급 및 회송료</td><td>13,980원</td><td></td><td>AH700</td><td>협의진찰료</td><td>13,980</td><td>1</td><td>1</td><td>13,980</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>다) 만성질환 관리료</td><td>□ 고혈압, 당뇨병 등의 상병으로 당해 의료기관에 지속적으로 내원하는 재진 환자에 대하여 교육·상담 등을 통하여 환자가 자신의 질병을 이해하고 합병증을 예방할 수 있도록 관리체계를 수립한 경우에 산정하며, “01항 03목 응급 및 회송료 등”란에 기재한다.
※ 서면으로 청구하는 경우: “1.진찰료-⑥만성질환관리료”의 (Ⅰ)란에 기재

(예시) 당뇨병 재진환자가 내과의원에 내원한 경우
▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>코드 구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th><th>면허 종류</th><th>면허 번호</th></tr>
<tr><td>01</td><td>02</td><td>1</td><td>AA254</td><td>12,590</td><td>1</td><td>1</td><td>12,590</td><td>1</td><td>12345</td></tr>
<tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>AH200</td><td>2,270</td><td>1</td><td>1</td><td>2,270</td><td></td><td></td></tr>
</table>
▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>(Ⅰ)</th><th>(Ⅱ)</th><th>코드</th><th>분 류</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th><th>면허 종류</th><th>면허 번호</th></tr>
<tr><td rowspan="2">1. 진찰료</td><td>②재진 1 회</td><td>12,590원</td><td></td><td>AA254</td><td>재진 진찰료</td><td>12,590</td><td>1</td><td>1</td><td>12,590</td><td>1</td><td>12345</td></tr>
<tr><td>⑥만성질환관리료 1 회</td><td>2,270원</td><td></td><td>AH200</td><td>만성질환 관리료</td><td>2,270</td><td>1</td><td>1</td><td>2,270</td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>2) 입원료</td><td>□ 입원료는 12시(정오)부터 익일 12시(정오)까지를 1일로 하여 1일당으로 산정하되, 입원과 퇴원이 24시간 이내에 이루어진 경우에는 전체 입원 시간이 6시간 이상인 경우에 한하여 1일의 입원료를 산정한다. 단, 0~6시 사이에 입원하거나, 18~24시에 퇴원한 경우에는 입원료 소정금액의 50%를 별도로 산정할 수 있으며, 이 경우 그 시간을 “특정내역(기재)란”에 기재한다.
☞ 입원료 산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려한 입원실 입실시간을 기준

(예시) 5세 소아가 2024.1.22. 03시에 4등급 5인실 간호관리료를 적용하는 종합병원의 소아과 병동에 입원하여 24일 14시에 퇴원한 경우
▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>줄번호</th><th>코드 구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>02</td><td>02</td><td>0001</td><td>1</td><td>AB2E4004</td><td>91,540</td><td>1</td><td>2</td><td>183,080</td></tr>
<tr><td>02</td><td>02</td><td>0002</td><td>1</td><td>AB2E4104</td><td>45,770</td><td>1</td><td>1</td><td>45,770</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령

특정내역기재란			
발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
2	0002	JS003	202401220300

주) JS003: 0-6시 사이 입원 시 '입원시각'을 표시하는 특정내역 구분코드

▶ 서면으로 청구하는 경우

입원일수	3 일	(Ⅰ)	(Ⅱ)	코 드	분 류	단가	일투	총투	금액
구 분									
2. 입원료	② 8세미만의 소아 2 일	228,850원		AB2E4004	종합병원입원료(계) 소아	91,540	1	2	183,080
				AB2E4104	종합병원입원료(계) 0~6시 소아	45,770	1	1	45,770
				특정내역	AB2E4104 입원료, 입원시간: 2024.1.22. 03:00 (또는 AB2E4104 입원료, 입원시간: 2024.1.22. 03시)				

가) 모자동실 입원료 등

□ 상대가치점수표 "제1장 기본진료료-2.입원료 등-다(4)"항에 따라 1일당으로 산정하여 "02항 99목 기타입원료"란에 기재한다.

※ 서면 및 전산매체로 청구하는 경우: "2.입원료-⑤신생아"의 (Ⅰ)란에 기재

(예시) 의원 모자동실에 2024.1.2. 12시부터 18시 30분까지(6시간 30분), 1월 3일 0시부터 19시까지(19시간) 재원하면서 모유수유를 한 경우 (총재실시간 25시간 30분)

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

항	목	줄번호	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
02	99	0001	1	AG412	80,390	1	1	80,390
02	99	0002	1	AG413	17,550	1	1	17,550

특정내역기재란			
발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
1		MS004[주1)]	3500
2	0001	JT029[주2)]	20240102/ 20240103/25

주1) MS004: '신생아체중'을 표시하는 특정내역 구분코드

주2) JT029: '모자동실 재원기간'을 표시하는 특정내역 구분코드

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>나) 낮병동
입원료</td><td>

▶ 서면으로 청구하는 경우

<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>(Ⅰ)</th><th>(Ⅱ)</th><th>코 드</th><th>분 류</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td rowspan="3">2. 입원료</td><td>⑤신생아 1일</td><td rowspan="3">97,940원</td><td rowspan="3"></td><td>AG412</td><td>모자동실 입원료</td><td>80,390</td><td>1</td><td>1</td><td>80,390</td></tr>
<tr><td></td><td>AG413</td><td>모유수유간호 관리료</td><td>17,550</td><td>1</td><td>1</td><td>17,550</td></tr>
<tr><td></td><td>특정 내역</td><td colspan="5">신생아체중: 3,500g
AG412 모자동실 입원료, 재원기간: 2024.1.2. ~ 2024.1.3. (재실시간 25시간)</td></tr>
</table>

□ 분만 후 당일 귀가 또는 이송한 경우, 지역응급의료기관, 응급의료시설, 응급의료기관이 아닌 종합병원 응급실·수술실 등에서 처치·수술 등을 받고 연속하여 6시간 이상 관찰 후 당일 귀가 또는 이송한 경우, 정신건강의학과의 ‘낮병동’에서 6시간 이상 진료를 받고 당일 귀가한 경우에 입원부담률에 따라 입원요양급여비용 명세서에 작성하되, 진료내역 “02항 99목 기타입원료”란에 기재하고, “특정내역기재란”에 그 시간을 명시한다.

※ 서면으로 청구하는 경우: “2.입원료 등-⑥기타”란의 (Ⅰ)란에 기재하고, 그 시간을 “특정내역”란에 명시한다.

☞ 낮병동 입원료의 산정 기산점은 의료기관에 내원하여 진료가 시작된 시간을 기준으로 함

(예시) 2024.1.22. 종합병원 응급실에 07시 내원하여 응급처치를 받고 당일 16시에 귀가한 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>줄번호</th><th>코드 구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>02</td><td>99</td><td>0002</td><td>1</td><td>AF200</td><td>40,240</td><td>1</td><td>1</td><td>40,240</td></tr>
<tr><td colspan="9">특정내역기재란</td></tr>
<tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td>줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="4">특정내역</td></tr>
<tr><td colspan="2">1</td><td></td><td colspan="2">MS005</td><td colspan="4">202401220700/202401221600</td></tr>
</table>

주) MS005: ‘낮병동 재원시간’을 표시하는 특정내역 구분코드

▶ 서면으로 청구하는 경우

<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>(Ⅰ)</th><th>(Ⅱ)</th><th>코 드</th><th>분 류</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td rowspan="2">2. 입원료</td><td>⑥기타 1 일</td><td>40,240원</td><td></td><td>AF200</td><td>낮병동 입원료</td><td>40,240</td><td>1</td><td>1</td><td>40,240</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>특정 내역</td><td colspan="5">AF200 낮병동 입원료, 재원시간: 2024.1.22. 07:00~16:00</td></tr>
</table>

</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령
다) 무균치료실 입원료	□ 조혈모세포이식환자를 「조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준」에 따른 시설 기준에 적합한 무균치료실에 격리하여 치료한 경우에 산정하며, “02항 99목 기타입원료”란에 기재한다. ※ 서면으로 청구하는 경우: “2.입원료등-⑥기타”란의 (Ⅰ)란에 기재 **(예시)** 2024.1.22. 조혈모세포이식을 실시 후 상급종합병원 1인용 무균치료실에서 7일간 격리하여 치료한 경우 ▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우 항 | 목 | 줄번호 | 코드구분 | 코드 | 단가 | 일투 | 총투 | 금액 02 | 99 | 0002 | 1 | AD100 | 636,260 | 1 | 7 | 4,453,820 ▶ 서면으로 청구하는 경우 구 분 | (Ⅰ) | (Ⅱ) | 코 드 | 분 류 | 단가 | 일투 | 총투 | 금액 2. 입원료 ⑥기타 7일 | 4,453,820원 | | AD100 | 무균치료실 | 636,260 | 1 | 7 | 4,453,820
라) 보육기료	□ 질병이 있는 신생아를 보육기에서 진료한 경우에 1일당으로 산정하며, “02항 99목 기타입원료”란에 기재한다. ※ 서면으로 청구하는 경우: “2.입원료 등-⑥기타”란의 (Ⅰ)란에 기재 **(예시)** 병원에서 보육기를 이용하여 1일간 신생아를 치료한 경우 ▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우 항 | 목 | 코드 구분 | 코드 | 단가 | 일투 | 총투 | 금액 02 | 99 | 1 | AM100 | 22,050 | 1 | 1 | 22,050 ▶ 서면으로 청구하는 경우 구 분 | (Ⅰ) | (Ⅱ) | 코 드 | 분 류 | 단가 | 일투 | 총투 | 금액 2. 입원료 ⑥기타 1 일 | 22,050원 | | AM100 | 보육기 | 22,050 | 1 | 1 | 22,050

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>마) 식대</td><td>□ 요양기관에 입원한 환자에게 의사처방에 의하여 식사를 제공하는 경우 식사종류(기본식사, 식사가산)에 따라 “02항 10목(기본식대), 11목(가산식대)”란에 각각 기재한다.
※ 서면으로 청구하는 경우: “2.입원료 등-⑦기본식대, ⑧가산식대”란의 (Ⅰ)란에 기재
(예시)
▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>코드 구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>02</td><td>10</td><td>1</td><td>Y2300</td><td>4,860</td><td>3</td><td>1</td><td>14,580</td></tr>
<tr><td>02</td><td>11</td><td>1</td><td>Z0010</td><td>620</td><td>3</td><td>1</td><td>1,860</td></tr>
</table>
▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>(Ⅰ)</th><th>(Ⅱ)</th><th>코 드</th><th>분 류</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td rowspan="2">2. 입원료</td><td>⑦기본식대</td><td>14,580원</td><td></td><td rowspan="2">Y2300
Z0010</td><td rowspan="2">일반식
일반식 가산(영양사)</td><td rowspan="2">4,860
620</td><td rowspan="2">3
3</td><td rowspan="2">1
1</td><td rowspan="2">14,580
1,860</td></tr>
<tr><td>⑧가산식대</td><td>1,860원</td><td></td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>3) 투약료

가) 단가</td><td>□ 보건복지부 고시 「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」 제2조(구입약가의 산정)에 따라 산정한다.

□ 작성예시
○ 매분기마다 약제구입이 발생된 경우
- 분기 가중평균가격(분기별 구입한 약제총액의 합을 총 구입량으로 나눈 가격)을 다음 분기 둘째 달 초일 진료분부터 3개월까지의 진료분의 구입약가로 산정. 단, 분기 가중평균가격이 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에 따른 상한금액을 초과하는 경우에는 상한금액을 구입약가로 산정
<table>
<tr><th colspan="4">의약품 구입내역</th><th colspan="2">청구내역</th></tr>
<tr><th>구입분기</th><th>구입일자</th><th>구입단가</th><th>구입량</th><th>진료월</th><th>단가</th></tr>
<tr><td rowspan="2">1/4분기</td><td>1월 7일</td><td>120원</td><td>120개</td><td rowspan="2">5월 1일 ~ 7월 31일</td><td rowspan="2">111원주1)</td></tr>
<tr><td>1월 14일</td><td>100원</td><td>100개</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령

의약품 구입내역				청구내역	
구입분기	구입일자	구입단가	구입량	진료월	단가
2/4분기	4월 7일	110원	200개	8월 1일 ~ 10월 31일	119원[주2)]
	5월 14일	130원	150개		
3/4분기	7월 7일	100원	200개	11월 1일 ~ 다음연도 1월 31일	97원[주3)]
	9월 14일	90원	100개		

주1) 1/4분기 가중평균가 적용: {(120×120)+(100×100)}/(120+100)=111원(원미만 4사5입)
주2) 2/4분기 가중평균가 적용: {(110×200)+(130×150)}/(200+150)=119원(원미만 4사5입)
주3) 3/4분기 가중평균가 적용: {(100×200)+(90×100)}/(200+100)=97원(원미만 4사5입)

○ 분기마다 약제구입이 발생되지 않은 경우(예: 수개월 분을 일시에 구입)
- 약제구입이 발생한 마지막 분기 가중평균가격을 계속하여 구입약가로 산정

의약품 구입내역				청구내역	
구입분기	구입일자	구입단가	구입량	진료월	단가
1/4분기	1월 7일	120원	120개	5월 1일 ~ 7월 31일	111원[주1)]
	1월 14일	100원	100개		
2/4분기	구입내역 없음			8월 1일 ~ 10월 31일	111원[주2)]
3/4분기	7월 7일	100원	200개	11월 1일 ~ 다음연도 1월 31일	97원[주3)]
	9월 14일	90원	100개		

주1) 1/4분기 가중평균가 적용: {(120×120)+(100×100)}/(120+100)=111원(원미만 4사5입)
주2) 1/4분기 가중평균가 계속 적용
주3) 3/4분기 가중평균가 적용: {(100×200)+(90×100)}/(200+100)=97원(원미만 4사5입)

○ 요양기관에서 처음 구입하여 사용한 경우(예: 비급여에서 급여로 전환)
- 상한금액표에 따른 상한금액 범위에서 최초 구입한 가격을 구입약가로 산정 (분기 가중평균가격이 산정되어 적용되기 전까지 산정)

의약품 구입내역				청구내역	
구입분기	구입일자	구입단가	구입량	진료월	단가
1/4분기	1월 7일 (최초구입)	120원	120개	1월 7일 ~ 4월 30일	120원[주1)]
	1월 14일	100원	100개		
	2월 3일	110원	200개	5월 1일 ~ 7월 31일	116원[주2)]
	3월 14일	130원	150개		

항 목	세 부 작 성 요 령

의약품 구입내역				청구내역	
구입분기	구입일자	구입단가	구입량	진료월	단가
2/4분기	4월 7일	100원	200개	8월 1일 ~ 10월 31일	97원[주3]
	5월 14일	90원	100개		

주1) 상한금액 범위에서 최초 구입한 단가를 구입약가로 적용
주2) 1/4분기 가중평균가 적용: {(120×120)+(100×100)+(110×200)+(130×150)}/(120+100+200+150)=116원(원미만 4사5입)
주3) 2/4분기 가중평균가 적용: {(100×200)+(90×100)}/(200+100)=97원(원미만 4사5입)

○ 재고량이 없는 약제(예: 반품처리 등)를 종전과 다른 가격으로 새로 구입하는 경우
- 상한금액표에 따른 상한금액 범위에서 새로 구입한 가격을 구입약가로 산정(처음 구입하여 사용한 약제로 보아 분기 가중평균가격이 산정되어 적용되기 전까지 산정)

의약품 구입내역				청구내역	
구입분기	구입일자	구입단가	구입량	진료월	단가
1/4분기	1월 7일	120원	120개	5월 1일 ~ 5월 13일	116원[주1]
	1월 14일	100원	100개		
	2월 3일	110원	200개	5월 14일 ~ 7월 31일	90원[주2] (단가변경)
	3월 14일	130원	150개		
2/4분기	5월 14일 (반품처리)	130원	-100개	8월 1일 ~ 10월 31일	88원[주3]
	5월 14일 (새로구입)	90원 (단가변경)	100개		
	6월 7일	85원	150개		
	6월 20일	90원	100개		

주1) 1/4분기 가중평균가 적용: {(120×120)+(100×100)+(110×200)+(130×150)}/(120+100+200+150)=116원(원미만 4사5입)
주2) 5월 14일 종전과 다른 가격으로 새로 구입한 단가를 구입약가로 적용
주3) 단가변경 이후 2/4분기 가중평균가 적용: {(90×100)+(85×150)+(90×100)}/(100+150+100)=88원(원미만 4사5입)

나) 1회투약량	□ 의약품의 경우 1회에 투여한 양(소수점 이하 다섯째 자리에서 4사5입)을 기재한다.
다) 1일투여량, 투여횟수	□ 의약품의 경우 1일에 투여한 횟수(소수점 이하 셋째 자리에서 4사5입)를 기재한다.

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>라) 총투여일수</td><td>□ 실 투약일수를 기재한다.

〈작성예시〉

□ 포스포정을 1회 2T씩 하루 3회, 5일간 처방한 경우
- 처방내역
<table><tr><th>코 드</th><th>1회투약량</th><th>일투</th><th>총투</th></tr><tr><td>664101610</td><td>2</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>- 진료(조제)내역: 처방내역 작성방법과 동일
<table><tr><th>코 드</th><th>1회투약량</th><th>일투</th><th>총투</th></tr><tr><td>664101610</td><td>2</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>
□ 1/3정 등 소분 투여 의약품
(예시) 아세트아미노펜정 1회 1/3정(또는 0.3333 등), 1일 3회, 3일분으로 처방한 경우
- 처방내역: 「1회투약량」 란은 처방전에 기재된 대로 작성하되, 처방전에 1/3로 기재된 경우에는 0.3333(소수점 다섯째 자리에서 4사5입)으로 기재하고, 「1일투여량(횟수)」 란은 처방전에 기재된 대로 3, 「총투여일수」 란도 처방전에 기재된 대로 3을 기재
<table><tr><th>코 드</th><th>1회 투약량</th><th>일투</th><th>총투</th></tr><tr><td>655403770</td><td>0.3333</td><td>3</td><td>3</td></tr></table>- 진료(조제)내역: 「1회투약량」 및 「1일투여량(횟수)」 란에는 1, 「총투여일수」 란에는 3을 기재
<table><tr><th>코 드</th><th>1회투약량</th><th>일투</th><th>총투</th></tr><tr><td>655403770</td><td>1</td><td>1</td><td>3</td></tr></table>
□ 시럽제 등 내복제
○ 생산규격단위로 처방한 경우
(예시) 푸로스판시럽 7.5mL/포를 하루 3회, 3일간 처방한 경우
- 처방내역: 「1회투약량」란에 총 투약량(1포)를 기재하고, 「1일투여량(횟수)」 및 「총투여일수」란에는 모두 3을 기재</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령

코 드	1회 투약량	일투	총투
641805275	1	3	3

- 진료(조제)내역: 처방내역 작성방법과 동일

코 드	1회투약량	일투	총투
641805275	1	3	3

○ 대용량 포장(분할조제용 시럽제)에서 소분조제 하도록 처방한 경우

(예시) 푸로스판 시럽 200(1)mL/병에서 5mL를 하루 3회, 3일간 처방한 경우

- 처방내역: 「1회투약량」란에 총 투약량(5mL)를 기재하고, 「1일투여량(횟수)」 및 「총투여일수」 란에는 모두 3을 기재

코 드	1회투약량	일투	총투
641806241	5	3	3

- 진료(조제)내역: 처방내역 작성방법과 동일

코 드	1회투약량	일투	총투
641806241	5	3	3

※ 최소단위(예: 1mL 등)로 등재된 의약품(예: 분할조제용 내복제 등)은 규격에 '(1)'을 병행표기하여 최소단위당 상한금액을 표기함

□ 외용 연고제

○ 생산규격단위로 처방한 경우

(예시) 생산규격단위 상한금액으로 등재된 더모베이트연고 15g을 처방한 경우

- 처방내역: 「코드」란에 15g규격의 더모베이트연고 약품코드를 기재하고, 「1회투약량」란에 총 투약량(1개)를 기재하고, 「1일투여량(횟수)」 및 「총투여일수」 란에는 모두 1로 기재

코 드	1회투약량	일투	총투
650002372	1	1	1

- 진료(조제)내역: 처방내역 작성방법과 동일

코 드	1회투약량	일투	총투
650002372	1	1	1

항 목	세 부 작 성 요 령

○ 대용량 포장에서 소분조제 하도록 처방한 경우

(예시) 도모호론크림 500g/병에서 20g을 처방한 경우

- 처방내역: 「코드」란에 500g규격의 도모호론크림 약품코드를 기재하고, 「1회투약량」란에 총 투약량 0.04(1/25, 소수점 다섯째 자리에서 4사5입)를 기재하고, 「1일투여량(횟수)」 및 「총투여일수」란에는 모두 1로 기재

코 드	1회투약량	일투	총투
657300413	0.04	1	1

- 진료(조제)내역: 처방내역 작성방법과 동일

코 드	1회투약량	일투	총투
657300413	0.04	1	1

□ 외용제 파스류

(예시) 트라스트패취를 1회 1매, 2일 1회, 10일분으로 처방한 경우

- 처방내역: 「1회투약량」 란에 총 투약량(5매)를 기재하고, 「1일투여량(횟수)」 및 「총투약일수」 란에는 모두 1로 기재

코 드	1회투약량	일투	총투
644702220	5	1	1

- 진료(조제)내역: 처방내역 작성방법과 동일

코 드	1회투약량	일투	총투
644702220	5	1	1

□ 팩단위 제제

○ 팩단위로 상한금액이 책정되는 경우(외용제)

(예시) 스피리바흡인용캡슐(30캡슐/팩) 1팩 또는 30캡슐을 처방한 경우

- 처방내역: 「1회투약량」, 「1일투여량(횟수)」 및 「총투여일수」 란에는 모두 1로 기재

코 드	1회투약량	일투	총투
653500521	1	1	1

- 진료(조제)내역: 처방내역 작성방법과 동일

항 목	세 부 작 성 요 령

코 드	1회투약량	일투	총투
653500521	1	1	1

○ 크리멘정 등 팩단위 제제(내복약)

(예시) 크리멘정 1회 1정, 1일 1회, 28일분으로 처방한 경우

- 처방내역: 「1회투약량」, 「1일투여량(횟수)」 및 「총투여일수」 란은 처방전대로 1, 1, 28로 기재

코 드	1회 투약량	일투	총투
641100820	1	1	28

- 진료(조제)내역: 「1회투약량」란은 0.0357(1/28, 소수점 다섯째 자리에서 4사5입), 「1일투여량(횟수)」란에는 1, 「총투여일수」란에는 28로 기재

코 드	1회투약량	일투	총투
641100820	0.0357	1	28

□ 분할투여한 인슐린제제(주사제)

(예시) 휴마로그주(1000unit/10mL/병) 1일 1회 4unit을 처방한 경우

- 처방내역: 「1회투약량」란은 0.004(4/1000, 소수점 다섯째 자리에서 4사5입)로 기재하고, 「1일투여량(횟수)」 및 「총투여일수」란에는 모두 1로 기재

코 드	1회투약량	일투	총투
670800351	0.004	1	1

- 진료(조제)내역: 처방내역 작성방법과 동일

코 드	1회투약량	일투	총투
670800351	0.004	1	1

□ 바이알이나 앰플 제제의 1회 투약량이 소수점이 발생하는 경우

- 진료(조제)내역 작성 시 1일 총량으로 기재 가능

(예시) 브이펜드주사(성분명: voriconazole 200mg) 448mg 1일 3회, 1일분을 처방한 경우

항 목	세 부 작 성 요 령

- 처방내역: 「1회투약량」란은 2.24(200mg×2.24=448mg)으로 기재하고, 「1일투여량(횟수)」란은 3, 「총투여일수」란은 1을 기재

코 드	1회투약량	일투	총투
648900371	2.24	3	1

- 진료(조제)내역: 1일 총량으로 기재할 경우 「1회투약량」란은 1, 「1일투여량(횟수)」란에는 7, 「총투여일수」란에는 1로 기재

코 드	1회투약량	일투	총투
648900371	1	7	1

□ 저함량 배수 처방(조제) 의약품인 경우

○ 제조업자(수입자)·성분·제형이 동일한 의약품 중 여러 함량으로 등재되어 있는 경우 저함량 의약품으로 배수 조제시 작성방법

- 특정내역 구분코드 'JT010'(약국의 경우 'JT009') 기재형식에 의거 해당 사유를 기재

〈배수 처방(조제) 사유별 코드〉

사 유	코드
용량 조절(titration) 중인 의약품	A
환자의 자가 조절이 필요한 의약품	B
투여시기 마다 1회 투약량을 달리하는 경우	C
기타 환자상태 등 고려 배수 조제가 불가피한 경우	E

※ 조제사유코드가 'E'인 경우는 구체적인 사유를 함께 기재

(예시) 아티반정 1mg 1일 3회, 3일분을 저함량으로 처방한 경우
(※ 642901150 아티반정 0.5mg 22원, 642901160 아티반정 1mg 41원)

- 처방내역

코 드	1회투약량	일투	총투
642901150	2	3	3
특정내역기재란			
특정내역구분		특정내역	
JT010		A	

※ 특정내역 JT010: 의료기관 처방인 경우

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>

- 진료(조제)내역

<table>
<tr><th>코 드</th><th>단가</th><th>1회투약량</th><th>일투</th><th>총투</th></tr>
<tr><td>642901150</td><td>22</td><td>2</td><td>3</td><td>3</td></tr>
<tr><td colspan="5">특정내역기재란</td></tr>
<tr><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="3">특정내역</td></tr>
<tr><td colspan="2">JT010</td><td colspan="3">A</td></tr>
<tr><td colspan="2">JT009</td><td colspan="3">A</td></tr>
</table>

※ 특정내역 JT010: 의료기관 원내조제인 경우
특정내역 JT009: 약국 조제분인 경우

</td></tr>
<tr><td>마) 퇴장방지 의약품 사용장려금 청구요령
(의치과, 약국)</td><td>

□ “상대가치점수표 제2부 제4장과 제15장”의 “퇴장방지의약품 사용장려비”는 “약제 급여 목록 및 급여 상한금액표”에 별도로 명시된 금액을 산정하며, 「장려금의 지급에 관한 기준」에서 정하는 바에 따라 작성·청구한다.

○ 사용장려금의 청구

- 원내에서 처방·조제하거나 의약분업예외지역 약국에서 직접 조제하는 경우에는 사용장려금을 구입약가와 구분하여 청구한다.
- 원외처방하는 경우에는 사용장려금만 청구한다.
- 요양급여비용명세서에는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」상의 사용장려금을 다음과 같이 기재한다.

<table>
<tr><th>구분</th><th colspan="2">의·치과</th><th colspan="2">약 국</th><th>비 고</th></tr>
<tr><td rowspan="3">단가</td><td rowspan="2">원내 조제</td><td>구입약가[주1)]</td><td rowspan="2">직접 조제</td><td>구입약가[주1)]</td><td rowspan="3">직접조제의 경우 의약분업예외지역에 한하여 산정함</td></tr>
<tr><td>사용장려금</td><td>사용장려금</td></tr>
<tr><td>원외 처방</td><td>사용장려금</td><td>처방 조제</td><td>구입약가[주1)]</td></tr>
<tr><td rowspan="3">예외 구분 코드</td><td rowspan="2">원내 조제</td><td>해당 예외구분코드</td><td rowspan="2">직접 조제</td><td>-</td><td rowspan="3">-</td></tr>
<tr><td>99[주2)]</td><td>99[주2)]</td></tr>
<tr><td>원외 처방</td><td>99[주2)]</td><td>처방 조제</td><td>해당없음</td></tr>
</table>

주1) 구입약가가 상한금액을 초과하는 경우: 상한금액
주2) 해당의약품의 사용장려금을 청구할 경우 요양급여비용명세서 ‘특정내역기재란’에 예외구분코드(‘99’)를 기재(서면의 경우 ‘예외구분코드’란에 기재)

</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령
	○ 사용장려금의 명세서 작성방법 ■ [명세서 진료내역(조제투약내역)] - 사용장려금 지급대상 퇴장방지의약품의 '구입약가'와 '사용장려금'을 각각의 줄에 분리하여 산정하되, '사용장려금'은 특정내역 구분코드 'JS002'란에 "99"를 기재한다. - 의·치과 명세서 진료내역에는 다음과 같이 기재한다. · '사용장려금'은 '03항(투약료)' 또는 '04항(주사료)'의 각 목에 산정하고, 특정내역 구분코드 'JS002'란에 "99"를 기재한다. · 마취, 이학요법료, 처치 및 수술, 영상진단 및 방사선치료, CT·MRI·PET 촬영 등에 투여된 퇴장방지의약품의 '사용장려금'은 '구입약가'와 동일하게 해당 '05항(마취료) ~ S항(특수장비)'의 각 목에 산정하고, 특정내역 구분코드 'JS002'란에 "99"를 기재한다. · 100분의100미만 본인부담 또는 전액(100/100)본인부담 퇴장방지의약품의 '사용장려금'도 동일하게 '03항(투약료) ~ S항(특수장비)'의 각 목에 산정하고, 특정내역 구분코드 'JS002'란에 "99"를 기재한다. ☞ '구입약가'는 해당 항(A항, B항, D항, E항, U항 등)의 각 목에 산정 - 약국 명세서 조제투약내역에는 다음과 같이 기재한다. · '사용장려금'은 '01항(약가)'의 각 목에 산정하고, 특정내역 구분코드 'JS002'란에 "99"를 기재한다. · 100분의100미만 본인부담 또는 전액(100/100)본인부담 퇴장방지의약품의 '사용장려금'도 동일하게 '01항(약가)'의 각 목에 산정하고, 특정내역 구분코드 'JS002'란에 "99"를 기재한다. ☞ '구입약가'는 해당 항(A항, B항, D항, E항, U항 등)의 각 목에 산정 ■ [명세서 일반내역] - '사용장려금'은 공단부담금으로 전액 청구하되, 진료(조제)내역 줄번호단위 특정내역 구분코드 'JS002'란의 "99"에 해당하는 금액을 합산하여 명세서 일반내역의 '요양급여비용총액 1'란과 '공단청구액'란에 전액을 포함하고, '본인일부부담금, 100분의100본인부담금총액, 100분의100미만 본인일부부담금'란에는 제외하여 청구한다.

항 목	세 부 작 성 요 령

□ 작성예시

○ 의료기관(의·치과)

(예시1) A종합병원 응급실에서 응급환자에게 사용장려금 지급 대상 퇴장방지의약품인 AOO정을 1회 1정씩 1일 1회, 1일분을 원내조제 투약한 경우(실구입가: 47원, 상한금액: 50원, 사용장려금: 5원)

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

항	목	줄번호	코드 구분	코드	분류명	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
03	01	0020	3	640000001	AOO정	47[주1)]	1	1	1	47
03	01	0021	3	640000001	AOO정	5[주2)]	1	1	1	5

특정내역기재란			
발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
2	0020	JS002[주3)]	11[주4)]
2	0021	JS002[주3)]	99[주5)]

일반내역		
요양급여비용총액 1	본인일부부담금	청구액
12,200	6,000[주6)]	6,200[주7)]

주1) 퇴장방지의약품 구입약가: 상한금액 범위 내 실구입가를 기재

주2) 사용장려금 단가: AOO정 상한금액(50원)의 10%(소수점 이하 반올림)

주3) 특정내역구분 JS002: '의약분업 예외 구분코드' 기재 또는 '퇴장방지의약품 사용장려금'을 청구하는 경우에 기재하는 특정내역 구분코드

주4) 특정내역 "11": '응급환자'를 표시하는 의약분업 예외 구분코드

주5) 특정내역 "99": 사용장려금 지급대상 퇴장방지의약품의 '사용장려금'을 표시하는 구분코드

주6) 사용장려금을 제외한 금액에 대하여「국민건강보험법 시행령」별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 3에 따른 본인일부부담금을 기재(100원 미만 절사)
: 6,000원=12,195원(12,200원(요양급여비용총액 1)-5원(사용장려금))×50%

주7) 사용장려금 전액 포함: 6,200원=12,200원(요양급여비용총액 1)-6,000원(본인일부부담금)

▶ 서면으로 청구하는 경우

코드	분류명 (예외구분코드)	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
640000001	[주1)](11) AOO정	47[주2)]	1	1	1	47
640000001	[주3)](99) AOO정	5[주4)]	1	1	1	5

구분	금액	구분	금액
15. 요양급여비용총액 1	12,200원	19. 청구액	[주6)]6,200원
16. 본인일부부담금	[주5)]6,000원		

주1) "11": '응급환자'를 표시하는 의약분업 예외구분코드

주2) 퇴장방지의약품 구입약가: 상한금액 범위 내 실구입가를 기재

주3) "99": 사용장려금 지급대상 퇴장방지의약품의 '사용장려금'을 표시하는 구분코드

주4) 사용장려금 단가: AOO정 상한금액(50원)의 10%(소수점 이하 반올림)

항 목	세 부 작 성 요 령

주5) 사용장려금을 제외한 금액에 대하여「국민건강보험법 시행령」별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 3에 따른 본인일부부담금을 기재(100원 미만 절사)
: 6,000원=12,195원(12,200원(요양급여비용총액 1)-5원(사용장려금))×50%
주6) 사용장려금 전액 포함: 6,200원=12,200원(요양급여비용총액 1)-6,000원(본인일부부담금)

(예시2) A의원에서 사용장려금 지급 대상 퇴장방지의약품인 BOO정을 1회 2정씩 1일 3회, 2일분의 원외처방전을 발행한 경우
(상한금액: 50원, 사용장려금: 5원)

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

항	목	줄번호	코드 구분	코드	분류명	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
03	01	0020	3	650000001	BOO정	5주1)	2	3	2	60
특정내역기재란										
발생단위구분			줄번호		특정내역구분			특정내역		
2			0020		JS002주2)			99주3)		

주1) 사용장려금 단가: BOO정 상한금액(50원)의 10%(소수점 이하 반올림)
주2) 특정내역구분 JS002: '의약분업 예외 구분코드' 기재 또는 '퇴장방지의약품 사용장려금'을 청구하는 경우에 기재하는 특정내역 구분코드
주3) 특정내역 "99": 사용장려금 지급대상 퇴장방지의약품의 '사용장려금'을 표시하는 구분코드

▶ 서면으로 청구하는 경우

코드	분류명 (예외구분코드)	단가	1회투약량	일투	총투	금액
650000001	주1)(99) BOO정	5주2)	2	3	2	60

주1) "99": 사용장려금 지급대상 퇴장방지의약품의 '사용장려금'을 표시하는 구분코드
주2) 사용장려금 단가: BOO정 상한금액(50원)의 10%(소수점 이하 반올림)

(예시3) A종합병원 응급실에서 응급환자에게 사용장려금 지급 대상 퇴장방지의약품이면서 선별급여(100분의50본인부담) 적용하는 DOO정을 원내 조제 투약한 경우
(실구입가: 2,000원, 상한금액: 2,000원, 사용장려금: 200원)

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

항	목	줄번호	코드 구분	코드	분류명	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
03	01	0001	3	640000000	DOO정	200주1)	1	1	1	200
A	01	0002	3	640000000	DOO정	2,000주2)	1	1	1	2,000

항 목	세 부 작 성 요 령

특정내역기재란			
발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
2	0001	JS002[주3]	99[주4]
2	0002	JS002[주3]	11[주5]
일반내역			
요양급여비용총액 1	본인일부부담금	청구액	100분의100미만 총액
12,200	6,000[주6]	6,200[주7]	2,000[주8]

주1) 사용장려금 단가: DOO정 상한금액(2,000원)의 10%(소수점 이하 반올림)
주2) 퇴장방지의약품 구입약가: 상한금액 범위 내 실구입가를 기재
주3) 특정내역구분 JS002: '의약분업 예외 구분코드' 기재 또는 '퇴장방지의약품 사용장려금'을 청구하는 경우에 기재하는 특정내역 구분코드
주4) 특정내역 "99": 사용장려금 지급대상 퇴장방지의약품의 '사용장려금'을 표시하는 구분코드
주5) 특정내역 "11": '응급환자'를 표시하는 의약분업 예외 구분코드
주6) 사용장려금을 제외한 금액에 대하여 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 3에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)을 기재(100원 미만 절사)
: 6,000원=12,000원(12,200원(요양급여비용총액 1)-200원(사용장려금))×50%
주7) 사용장려금 전액 포함: 6,200원=12,200원(요양급여비용총액 1)-6,000원(본인일부부담금)
주8) 선별급여 대상 퇴장방지의약품의 구입약가를 포함하고 사용장려금은 제외한 금액을 기재

▶ 서면으로 청구하는 경우

코드	분류명 (예외구분코드)	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
640000000	[주1](99) DOO정	200[주2]	1	1	1	200
640000000	[주3](11) DOO정	2,000[주4]	1	1	1	2,000

구분	금액	구분	금액
15. 요양급여비용총액 1	12,200원	19. 청구액	[주6]6,200원
16. 본인일부부담금	[주5]6,000원	25. 100분의100미만 총액	[주7]2,000원

주1) "99": 사용장려금 지급대상 퇴장방지의약품의 '사용장려금'을 표시하는 구분코드
주2) 사용장려금 단가: DOO정 상한금액(2,000원)의 10%(소수점 이하 반올림)
주3) "11": '응급환자'를 표시하는 의약분업 예외 구분코드
주4) 퇴장방지의약품 구입약가: 상한금액 범위 내 실구입가를 기재
주5) 사용장려금을 제외한 금액에 대하여 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 3에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)을 기재(100원 미만 절사)
: 6,000원=12,000원(12,200원(요양급여비용총액 1)-200원(사용장려금))×50%
주6) 사용장려금 전액 포함: 6,200원=12,200원(요양급여비용총액 1)-6,000원(본인일부부담금)
주7) 선별급여 대상 퇴장방지의약품의 구입약가를 포함하고 사용장려금은 제외한 금액을 기재

항 목	세 부 작 성 요 령

○ 약국

(예시1) 사용장려금 지급 대상 퇴장방지의약품인 AOO정을 1회 2정씩 1일 3회, 2일분을 처방조제한 경우
(실구입가: 47원, 상한금액: 50원, 사용장려금: 5원)

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

항	목	조제 구분	코드 구분	코드	분류명	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
01	01	-	3	640000001	AOO정	47주)	2	3	2	564

주) 처방조제 투약 시 퇴장방지의약품 사용장려금은 산정불가

▶ 서면으로 청구하는 경우

코드	분류명	조제 구분	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
640000001	AOO정	-	47주)	2	3	2	564

주) 처방조제 투약 시 퇴장방지의약품 사용장려금은 산정불가

(예시2) 의약분업 예외지역에서 사용장려금 지급 대상 퇴장방지의약품인 BOO정을 1회 2정씩 1일 3회, 2일분을 직접조제 투약한 경우
(실구입가: 47원, 상한금액: 50원, 사용장려금: 5원)

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

항	목	줄번호	코드 구분	코드	분류명	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
01	01	0001	3	650000001	BOO정	47주1)	2	3	2	564
01	01	0002	3	650000001	BOO정	5주2)	2	3	2	60

특정내역기재란			
발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
2	0002	JS002주3)	99주4)

일반내역		
요양급여비용총액 1	본인일부부담금	청구액
4,570	1,800주5)	2,770주6)

주1) 퇴장방지의약품 구입약가: 상한금액 범위 내 실구입가를 기재
주2) 사용장려금 단가: BOO정 상한금액(50원)의 10%(소수점 이하 반올림)
주3) 특정내역구분 JS002: '의약분업 예외 구분코드' 기재 또는 '퇴장방지의약품 사용장려금'을 청구하는 경우에 기재하는 특정내역 구분코드
주4) 특정내역 "99": 사용장려금 지급대상 퇴장방지의약품의 '사용장려금'을 표시하는 구분코드
주5) 사용장려금을 제외한 금액에 대하여 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>
별표 4에 따른 본인일부부담금을 기재(100원 미만 절사)
: 1,800원=4,510원(4,570원(요양급여비용총액 1)-60원(사용장려금))×40%
주6) 사용장려금 전액 포함: 2,770원=4,570원(요양급여비용총액 1)-1,800원(본인일부부담금)

▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>코드</th><th>분류명
(예외구분코드)</th><th>단가</th><th>1회
투약량</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>650000001</td><td>BOO정</td><td>47주1)</td><td>2</td><td>3</td><td>2</td><td>564</td></tr>
<tr><td>650000001</td><td>주2)(99) BOO정</td><td>5주3)</td><td>2</td><td>3</td><td>2</td><td>60</td></tr>
</table>
<table>
<tr><th>구분</th><th>금액</th><th>구분</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>6. 요양급여비용총액 1</td><td>4,570원</td><td>8. 청구액</td><td>주5)2,770원</td></tr>
<tr><td>7. 본인일부부담금</td><td>주4)1,800원</td><td></td><td></td></tr>
</table>
주1) 퇴장방지의약품 구입약가: 상한금액 범위 내 실구입가를 기재
주2) “99”: 사용장려금 지급대상 퇴장방지의약품의 ‘사용장려금’을 표시하는 구분코드
주3) 사용장려금 단가: BOO정 상한금액(50원)의 10%(소수점 이하 반올림)
주4) 사용장려금을 제외한 금액에 대하여 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 4에 따른 본인일부부담금을 기재(100원 미만 절사)
: 1,800원=4,510원(4,570원(요양급여비용총액 1)-60원(사용장려금))×40%
주5) 사용장려금 전액 포함: 2,770원=4,570원(요양급여비용총액 1)-1,800원(본인일부부담금)
</td></tr>
<tr><td>4) 전혈 및 혈액성분 제제</td><td>□ 상대가치점수표 “제16장 전혈 및 혈액성분제제료”의 경우는 “04항 99목 기타”란에 기재하며, 수혈에 적용된 검사와 혈액 및 혈액성분제제주사료의 경우에도 “99목 기타”란에 기재한다.

※ 서면으로 청구하는 경우: “4.주사료⑥수혈”란에 기재</td></tr>
<tr><td>5) 마취료</td><td>□ 상대가치점수표 제6장 제1절 마취료 중 “바-2(마취)”를 실시할 경우에는 마취관리기본[1시간 기준]으로 산정하며, 1시간을 초과하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가할 때 마다 마취유지료를 산정한다. 이때, 요양급여에 소요된 약제 및 재료에 대한 비용은 “약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준”에 따라 기재한다.

(예시) 병원급에서 전신마취를 1시간 40분 실시한 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>05</td><td>01</td><td>1</td><td>L1211</td><td>123,510</td><td>1</td><td>1</td><td>123,510</td></tr>
<tr><td>05</td><td>01</td><td>1</td><td>L1221</td><td>23,760</td><td>3</td><td>1</td><td>71,280</td></tr>
<tr><td>05</td><td>01</td><td>3</td><td>655400691</td><td>1,142</td><td>1</td><td>1</td><td>1,142</td></tr>
<tr><td>05</td><td>01</td><td>3</td><td>699900020</td><td>11</td><td>31.5</td><td>1</td><td>347</td></tr>
<tr><td>05</td><td>01</td><td>3</td><td>644912121</td><td>1,532</td><td>1</td><td>1</td><td>1,532</td></tr>
<tr><td>05</td><td>01</td><td>3</td><td>699917050</td><td>650</td><td>7</td><td>1</td><td>4,550</td></tr>
<tr><td>05</td><td>01</td><td>8</td><td>L9021001</td><td>3,530</td><td>2</td><td>1</td><td>7,060</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령
	주1) 마취약제·재료 단가는 상한금액 내에서 실제 구입한 금액을 기재 주2) 마취약제·재료 중 산소, 할로탄, 이소플루란, 석시닐콜린, 판크로니움, 아산화질소 등 약제는 코드구분을 "3"으로 기재하고, 탄산가스 흡수제(소다라임 등), 에테르 등 치료재료는 코드구분을 "8"로 기재 주3) 외래에서 마취시 사용한 약제는 '특정내역기재란'에 해당 예외구분코드(55)를 기재 주4) 금액은 원미만 4사5입하여 기재 ▶ 서면으로 청구하는 경우

구 분		(Ⅰ)	(Ⅱ)	코드	분류명	단가	일투	총투	금액
5. 마취료	① 1회	14,631원	194,790원	L1211	마취관리기본(1시간기준)	123,510	1	1	123,510
				L1221	마취유지(15분증가마다)	23,760	3	1	71,280
				655400691	석시틸콜린주 200mg	1,142	1	1	1,142
				699900020	산소 10L	11	31.5	1	347
				644912121	펜토탈소디움주	1,532	1	1	1,532
				699917050	아산화질소	650	7	1	4,550
				L9021001	탄산가스흡수제	3,530	2	1	7,060

주1) 단가는 상한금액내에서 실제 구입한 금액을 기재
주2) 외래에서 마취시 사용한 약제는 예외구분코드란에 "55"를 기재
주3) 금액은 원미만 4사5입하여 기재

○ 마취중 감시료 청구방법

- 상대가치점수표 제6장 제1절 마취료 중 바-3(마취중 감시료)은 마취(바-2) 중 감시를 실시한 경우에 산정하되, "05항 01목 마취"란에 기재한다.
  ※ 서면으로 청구하는 경우: "5.마취료" 란의 (Ⅱ)란에 기재

6) 조혈모세포 이식료

□ 조혈모세포의 수집, 생체외처리, 이식준비 및 주입료는 "08항 01목 처치 및 수술료"란에 기재한다.

※ 서면으로 청구하는 경우: "8. 처치및수술"란에 기재하되, 냉동처리료 및 보관료(X5020)는 (Ⅰ)란에 기재

(예시) 병원급에서 자가골수 조혈모세포이식을 한 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
08	01	1	X5062	1,181,150	1	1	1,181,150
08	01	1	X5114	901,520	1	1	901,520
08	01	1	X5020	1,260,830	1	1	1,260,830
08	01	1	X5120	80,130	1	1	80,130
08	01	1	X5132	199,060	1	1	199,060

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>(Ⅰ)</th><th>(Ⅱ)</th><th>코 드</th><th>분 류</th><th>단 가</th></tr>
<tr><td rowspan="5">8. 처치 및 수술료</td><td rowspan="5">①처치 및 수술 1종</td><td rowspan="5">1,260,830원</td><td rowspan="5">2,361,860원</td><td>X5062</td><td>조혈모세포수집(골수-자가)</td><td>1,181,150</td></tr>
<tr><td>X5114</td><td>생체외처리_종양세포제거</td><td>901,520</td></tr>
<tr><td>X5020</td><td>이식준비_냉동처리 및 보관</td><td>1,260,830</td></tr>
<tr><td>X5120</td><td>냉동된 조혈모세포의 해동</td><td>80,130</td></tr>
<tr><td>X5132</td><td>조혈모세포의 주입_골수-자가</td><td>199,060</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>7) 검사료</td><td>□ 검체검사를 위탁한 경우 “09항 02목 위탁검사”란에 기재하되, 검체검사를 의뢰한 요양기관에서 청구한다.

□ 「단가」는 해당 검체검사(분류코드)의 상대가치점수를 산정한 점수(산정코드 네 번째 자리 Z로 기재)에 검사기관(수탁기관) 유형별 점수당 단가를 적용하고, 검사료와 위탁검사관리료(채혈 등 가검물 채취 및 검사의뢰서 작성에 소요되는 비용, 소정금액의 10%)를 합한 1.1을 일투에 적용한다.
※ 검사기관(수탁기관)의 유형별 단가 적용(「검체검사 위탁에 관한 기준」 제5조)
· 의료기관인 요양기관: 해당 요양종별의 단가 적용
· 의과대학 기초의학교실, 진단검사의학교실, 기타 장관이 인정하는 기관: 의원의 단가 적용
· 치과대학구강병리학교실: 치과의원의 단가 적용

□ 특정내역기재란에 발생단위구분, 해당 줄번호, 해당 특정내역 구분코드(JS005)를 입력하고, 기재형식에 따라 [검사기관(수탁기관)기호/검사의뢰일]을 기재한다.
(예시) 병원급 요양기관에서 의원급 검사기관(수탁기관)에 의뢰한 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>줄번호</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>09</td><td>02</td><td>0001</td><td>1</td><td>D3230010Z</td><td>11,170</td><td>1.1</td><td>1</td><td>12,287</td></tr>
<tr><td colspan="9">특정내역기재란</td></tr>
<tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td colspan="2">줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="3">특정내역</td></tr>
<tr><td colspan="2">2</td><td colspan="2">0010</td><td colspan="2">JS005</td><td colspan="3">11380001/20240719</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>(Ⅰ)</th><th>(Ⅱ)</th><th>코드</th><th>분류</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td rowspan="2">9. 검사료</td><td rowspan="2">②위탁검사관리
③위탁검사 1종</td><td rowspan="2">1,228원
12,287원</td><td rowspan="2"></td><td>D3230010Z</td><td>Free
T3</td><td>11,170</td><td>1</td><td>1</td><td>12,287</td></tr>
<tr><td>특정내역</td><td colspan="5">D3230010Z, Free T3 , L, 11380001, 2024.7.19.</td></tr>
</table>
※ 특정내역란에 “해당 진료항목”과 “L”, “검사기관(수탁기관)기호”, “검사의뢰일”을 기재하며, 요양급여비용 명세서 “9. 검사료③위탁검사”란에는 해당 검사 항목의 소정검사료와 별도 산정가능한 재료대를 합산하여 기재</td></tr>
<tr><td>8) 영상진단 및 방사선 치료료</td><td>□ 영상진단(핵의학영상진단 및 골밀도검사 포함) 및 방사선치료료의 해당란(분류, 횟수란 등)에는 촬영부위, 촬영매수, 재료대 등을 다음과 같이 기재한다.</td></tr>
<tr><td>가) 일반영상진단</td><td>(예시) 의원급 일반영상진단(흉부 2매)의 경우
<table>
<tr><th>코드</th><th>분류명</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>G2102</td><td>흉부 일반영상진단 2매</td><td>11,310</td><td>1</td><td>1</td><td>11,310</td></tr>
<tr><td>K2053003</td><td>방사선필름 14" X 17"</td><td>1,710</td><td>2</td><td>1</td><td>3,420</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>나) 위장조영 특수영상진단</td><td>(예시) 병원급 위장조영특수영상진단 8매의 경우
<table>
<tr><th>코드</th><th>분류명</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>HA010</td><td>위장조영</td><td>42,140</td><td>1</td><td>1</td><td>42,130</td></tr>
<tr><td>K2056001</td><td>방사선필름 10" X 12"</td><td>858</td><td>4</td><td>1</td><td>3,432</td></tr>
<tr><td>K2058001</td><td>방사선필름 8" X 10"</td><td>572</td><td>4</td><td>1</td><td>2,288</td></tr>
<tr><td>664100510</td><td>로바스과립(4g)</td><td>311</td><td>1</td><td>1</td><td>311</td></tr>
<tr><td>650100021</td><td>가소콜액</td><td>25</td><td>10</td><td>1</td><td>250</td></tr>
<tr><td>625400012</td><td>바리탑에치디현탁용분말</td><td>26</td><td>300</td><td>1</td><td>7,800</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>다) CT영상진단</td><td>(예시) 병원급에서 조영제 사용 “복부 CT”를 상근하는 영상의학과 전문의가 판독하고, 판독소견서를 작성비치한 경우
▶ HA465006
조영제사용 복부CT(HA465)×[100%+10%(영상의학과전문의판독)]
= {1,586.16(조영제사용 복부CT)×(1+0.1)}
= 1,744.78(소수점 이하 셋째 자리에서 4사5입)×81.2원
= 141,680원(10원 미만 4사5입)</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령
라) MRI영상 진단	**(예시)** 종합병원에 입원한 A환자의 외부병원 뇌(일반) MRI를 영상의학과 전문의가 2024.7.1.에 판독하고, 2024.7.5.에 3.0테슬라 이상, 품질관리 적합판정된 장비로 뇌 MRI를 '조영제 주입 전·후 촬영' 방법으로 시행하고 영상의학과 전문의가 판독하여 판독소견서를 작성·비치한 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

항	목	줄번호	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
S	02	0050	1	HJ601	132,750	1	1	132,750
S	02	0051	1	HI201015	265,020	1	1	265,020
S	02	0052	1	HJ201004	126,660	1	1	126,660
S	02	0053	1	HB021	3,500	1	1	3,500
S	02	0054	3	641100391	34,143	1	1	34,143

특정내역기재란			
발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
2	0050	JT001[주1)]	HI101
2	0050	JT020[주2)]	20240701
2	0051	JT020[주2)]	20240705
2	0052	JT020[주2)]	20240705

주1) 특정내역 JT001: MRI 외부병원 필름 판독료 청구 시 실제 촬영된 자기공명영상진단(MRI) 확인 코드 기재
주2) 특정내역 JT020: 입원 진료시 MRI검사 시행일자, MRI 외부병원 필름 판독일자를 기재

▶ 서면으로 청구하는 경우

구 분		(Ⅰ)	(Ⅱ)	코드	분류	단가	일투	총투	금액
S. 특수장비	②MRI 1회	562,073원	원	HJ601	뇌MRI-외부병원 필름판독-영상의학과전문의	132.750	1	1	132,750
				HI201015	뇌MRI-조영제 주입전·후 촬영 판독(3테슬라 이상 품질관리 검사 적합판정)	265,020	1	1	265,020
				HJ201004	뇌MRI-조영제 주입전·후 촬영 판독료-영상의학과전문의 판독	126,660	1	1	126,660
				HB021	FULL PACS (특수영상)	3,500	1	1	3,500
				641100391	가도비스트주사	34,143	1	1	34,143
				특정내역	HJ601 외부필름판독료, HI101 HJ601 외부필름판독료, 2024.7.1. HI201015 뇌MRI,2024.7.5. HJ201004 뇌MRI판독료, 2024.7.5.				

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>마) 방사성 동위원소 사용시</td><td>□ 심근스캔(다-308-가)에 99m TcO4 20mci (Generator를 사용한 경우)와 Pyrophosphate 1vial을 사용한 경우
- 구입가: 99m TcO4 1mci 2,700원(상한금액 2,700원)
Pyrophosphate 1vial 14,540원(상한금액 14,546원)
☞ Generator를 이용한 99m TcO4를 사용한 경우에는 요양기관이 실제 구입한 금액을 불문하고 “약제 급여 목록 및 급여 상한금액표”에 등재된 상한금액(2,700원/mci)으로 기재

(예시)
▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table><tr><th>항</th><th>목</th><th>줄번호</th><th>코드 구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>10</td><td>01</td><td>0022</td><td>3</td><td>656900510</td><td>2,700</td><td>20</td><td>1</td><td>54,000</td></tr><tr><td>10</td><td>01</td><td>0023</td><td>3</td><td>656900871</td><td>14,540</td><td>1</td><td>1</td><td>14,540</td></tr><tr><td colspan="9">특정내역기재란</td></tr><tr><td colspan="3">발생단위구분</td><td colspan="2">줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="2">특정내역</td></tr><tr><td colspan="3">2
2</td><td colspan="2">0022
0023</td><td colspan="2">JS002
JS002</td><td colspan="2">45
45</td></tr></table>주) 방사성동위원소는 코드구분을 “3”으로 기재

▶ 서면으로 청구하는 경우
<table><tr><th>분류(예외구분코드)</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>(45) 울트라테크네카우제너레이터</td><td>2,700</td><td>20</td><td>1</td><td>54,000</td></tr><tr><td>(45) 테크네피로인산키트주사</td><td>14,540</td><td>1</td><td>1</td><td>14,540</td></tr></table>주) 예외구분코드 “45”: 의약분업 예외 의약품을 표기하는 구분자임</td></tr>
<tr><td>9) 보훈 등 100분의100 본인부담 및 비급여</td><td>□ 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 진료분과 보훈병원의 국비일반 대상자 진료분 및 국비보험(급여) 대상자 2차 명세서(보훈병원 의료수가기준을 적용한 진료내역)인 경우에 기재한다. 단, 보훈병원의 비급여항은 건강보험기준과 달리 적용하는 행위료 및 재료대를 기재한다.
□ 의약품, 치료재료, 진료행위에 따라 각 목별로 구분하여 기재하며, 의약품·치료재료가 아닌 경우 및 정맥내유지침 등 상대가치점수표에 따른 산정항목은 ‘03목 진료행위’에 기재한다.
※ ‘목’ 구분: 01(의약품), 02(치료재료), 03(진료행위)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>10) 기타</td><td></td></tr>
<tr><td>가) 준용항목</td><td>□ 준용항목이 요양기관 종별가산율이 적용되는 항목인 경우에는 해당 진료수가 코드별로 ‘일투’에 “종별가산율”을 적용한다.

(예시) 병원급 요양기관에서 나603(F6030) 철조법을 준용하여 부비동염에 STI(Sinus Trans Iluminator) 장비를 이용한 검사를 실시한 경우
▶정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>줄번호</th><th>코드구분</th><th>코 드</th><th>분류명</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>09</td><td>01</td><td>0022</td><td>2</td><td>JJJJJJ</td><td></td><td>7,330</td><td>1.05</td><td>1</td><td>7,697</td></tr>
<tr><td colspan="10">특정내역기재란</td></tr>
<tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td>줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="5">특정내역</td></tr>
<tr><td colspan="2">2</td><td>0022</td><td colspan="2">JS009</td><td colspan="5">부비동염에 STI 장비를 이용한 검사, 나603 철조법(F6030)×100%</td></tr>
</table>
주1) 특정내역구분 JS009: ‘준용항목’임을 표시하는 특정내역 구분코드
주2) 특정내역 “부비동염에 STI 장비를 이용한 검사, 나603×100%”: 진료행위명 및 산출식
▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>코드</th><th>분류</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>JJJJJJ</td><td>부비동염에 STI 장비를 이용한 검사</td><td>7,330</td><td>1.05</td><td>1</td><td>7,697</td></tr>
<tr><td>특정내역</td><td colspan="5">나603 철조법(F6030) (100%)에 준용함</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>나) 시설, 장비 등 공동이용시</td><td>□ 시설 등 공동이용을 의뢰한 요양기관에서 청구한다.
□ 「단가」는 공동이용하여 진료한 해당 진료수가(분류코드)의 상대가치점수에 시설, 장비 등을 제공한 요양기관의 유형별 점수당 단가를 적용하고, 공동이용 요양기관(시설, 장비 등 제공기관)의 요양기관 종별가산율을 일투에 적용한다.
□ 특정내역기재란에 발생단위구분, 해당 줄번호, 해당 특정내역 구분코드(JS006)를 입력하고, 기재형식에 따라 [실시기관(시설, 장비 등 제공기관) 요양기관기호/진료의뢰일]을 기재한다.
※ 서면으로 청구하는 경우: 특정내역란에 “해당 진료항목”과 “K”, “실시기관(시설, 장비 등 제공기관) 요양기관기호”, “진료의뢰일”을 기재

(예시) 병원에서 타 요양기관 장비를 공동 이용하여 호흡기능검사를 실시한 경우</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

<table>
<tr><td rowspan="4">① 병원급 요양기관의 시설, 장비 등을 공동 이용한 경우</td><td>구 분</td><td>항</td><td>줄</td><td>코드구분</td><td>코드</td><td>단가</td><td>일투</td><td>총투</td><td>금액</td></tr>
<tr><td></td><td>10</td><td>0022</td><td>1</td><td>F6002</td><td>22,960</td><td>1.05</td><td>1</td><td>24,108</td></tr>
<tr><td colspan="9">특정내역기재란</td></tr>
<tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td>줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="4">특정내역</td></tr>
<tr><td colspan="2">2</td><td>0022</td><td colspan="2">JS006</td><td colspan="4">11200020/20240723</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="4">② 의원급 요양기관의 시설, 장비 등을 공동 이용한 경우</td><td>구 분</td><td>항</td><td>줄</td><td>코드구분</td><td>코드</td><td>단가</td><td>일투</td><td>총투</td><td>금액</td></tr>
<tr><td></td><td>10</td><td>0022</td><td>1</td><td>F6002</td><td>22,960</td><td>1</td><td>1</td><td>22,960</td></tr>
<tr><td colspan="9">특정내역기재란</td></tr>
<tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td>줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="4">특정내역</td></tr>
<tr><td colspan="2">2</td><td>0022</td><td colspan="2">JS006</td><td colspan="4">11300020/20240723</td></tr>
</table>

주) 특정내역구분 JS006: '시설등 공동이용'임을 표시하는 특정내역 구분코드

▶ 서면으로 청구하는 경우

<table>
<tr><td rowspan="2">① 병원급 요양기관에 공동이용한 경우</td><td>F6002</td><td>호흡기능검사 -기류용적폐곡선</td><td>22,960</td><td>1.05</td><td>1</td><td>24,108</td></tr>
<tr><td>특정 내역</td><td colspan="5">F6002 호흡기능검사-기류용적폐곡선, K, 11200020, 2024.7.23</td></tr>
<tr><td rowspan="2">② 의원급 요양기관에 공동이용한 경우</td><td>F6002</td><td>호흡기능검사 -기류용적폐곡선</td><td>22,960</td><td>1</td><td>1</td><td>22,960</td></tr>
<tr><td>특정 내역</td><td colspan="5">F6002 호흡기능검사-기류용적폐곡선, K, 11300020, 2024.7.23.</td></tr>
</table>

</td></tr>
<tr><td>다) 개방병원 진료시</td><td>

□ 참여의의 참여 없이 개방병원에 검사 등만 의뢰하여 진료한 경우

○ 개방병원에 진료를 의뢰한 참여병·의원에서 청구한다.

○ 「단가」는 개방병원에서 진료한 해당 진료수가(분류코드)의 상대가치점수에 개방병원의 점수당 단가를 적용하고, 개방병원의 요양기관 종별가산율을 일투에 적용한다.

○ 특정내역 기재란에 발생단위구분, 해당 줄번호, 해당 특정내역 구분코드(JS007)를 입력하고, 기재형식에 따라 [실시기관(개방병원) 요양기관기호/진료의뢰일]을 기재한다.

※ 서면으로 청구하는 경우: 특정내역란에 "해당 진료항목"과 "P", "실시기관(개방병원) 요양기관기호", "진료의뢰일"을 기재

</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>
□ 참여의가 개방병원에서 입원, 외래 수술 등을 진료한 경우
○ 개방병원에서 청구한다.
○ 「단가」는 개방병원 단가를 적용하고, 개방병원 종별가산율은 요양급여비용총액 1 산출시 일괄 적용한다.
○ 특정내역 기재란에 발생단위구분, 해당 특정내역 구분코드(MT003)를 입력하고, 기재형식에 따라 [의뢰한 요양기관(참여병·의원)기호/진료형태]를 기재한다.
※ 서면으로 청구하는 경우: 명세서상단 '상해외인'란에 "P"를 기재하고, 특정내역란에 의뢰한 요양기관(참여병·의원)기호 및 진료형태(입원, 외래)를 기재

(예시1) 참여의의 참여 없이 개방병원(요양기관기호 11100010, 상급종합병원)에 연하장애평가를 의뢰·실시한 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>줄번호</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>09</td><td>01</td><td>0022</td><td>1</td><td>E7011</td><td>29,890</td><td>1.15</td><td>1</td><td>34,374</td></tr>
<tr><td colspan="9">특정내역기재란</td></tr>
<tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td colspan="2">줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="3">특정내역</td></tr>
<tr><td colspan="2">2</td><td colspan="2">0022</td><td colspan="2">JS007</td><td colspan="3">11100010/20240701</td></tr>
</table>
주) 특정내역구분 JS007: '개방병원 의뢰진료'임을 표시하는 특정내역 구분코드

▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>코드</th><th>분류</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>E7011</td><td>연하장애평가(X-ray포함)</td><td>29,890</td><td>1.15</td><td>1</td><td>34,374</td></tr>
<tr><td>특정내역</td><td colspan="5">- E7011 연하장애평가(X-ray포함), P, 11100010, 2024.7.1.</td></tr>
</table>
(예시2) 참여의가 개방병원에서 외래수술 등을 실시한 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table>
<tr><td colspan="4">특정내역기재란</td></tr>
<tr><td>발생단위구분</td><td>줄번호</td><td>특정내역구분</td><td>특정내역</td></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td>MT003</td><td>11300020/1</td></tr>
</table>
주) 특정내역구분 MT003: '개방병원 의뢰기관기호'임을 표시하는 특정내역 구분코드
</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령
라) 타 요양기관 진료의뢰시	▶ 서면으로 청구하는 경우

상 병 명	분류기호	수술	진료과목	상해외인	특정기호	당월요양개시일	당월요양일수 (원내투약일수포함)		진료결과
				P				일	

특정내역	의뢰한 요양기관(참여병·의원)기호 및 진료형태, 11300020, 입원

※「상해외인」 코드(V, W, X, Y)와「개방병원」 진료구분자(P)가 중복되는 경우 「상해외인」 코드를 우선하여 기재

□ 타 요양기관에 진료를 의뢰한 요양기관에서 청구한다.

□「단가」는 진료를 의뢰한 해당 진료수가(분류코드)의 상대가치점수에 의뢰받아 진료를 실시한 기관의 유형별 점수당 단가를 적용하고, 의뢰받아 진료를 실시한 기관의 요양기관 종별가산율을 일투에 적용한다.

□ 특정내역기재란에 발생단위구분, 해당 줄번호, 해당 특정내역 구분코드(JS008)를 입력하고, 기재형식에 따라 “의뢰받아 진료를 실시한 요양기관기호/진료의뢰일”을 기재한다.

※ 서면으로 청구하는 경우: 특정내역란에 “해당 진료항목”과 “T”, “의뢰받아 진료를 실시한 요양기관기호”, “진료의뢰일”을 기재

□ 요양급여비용 본인일부부담금

○ 진료를 의뢰한 요양기관의 진료형태(입원/외래)에 따른 본인부담률을 적용한다.

※ 외래진료 중 타 요양기관에 진료의뢰 한 경우에는 의뢰받아 진료를 실시한 요양기관에서도 해당 요양급여비용을 청구할 수 있다. 이 경우, 의뢰 받아 진료를 실시한 요양기관의 「단가」를 적용하고, 요양기관 종별가산율은 요양급여비용총액 1을 산출 시 일괄 적용 및 외래 본인부담률을 적용한다.

(예시) 심전도검사를 상급종합병원(요양기관기호 11100010)에 의뢰한 기관에서 청구하는 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

항	목	줄번호	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
09	01	0022	1	E6541	8,460	1.15	1	9,729
특정내역기재란								
발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역		
2		0022		JS008		11100010/20240701		

주) JS008: ‘위탁진료’임을 표시하는 특정내역 구분코드

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>코드</th><th>분 류</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>E6541</td><td>심전도검사-심전도기록및판독[표준12유도]</td><td>8,460</td><td>1.15</td><td>1</td><td>9,729</td></tr>
<tr><td>특정내역</td><td colspan="5">E6541 심전도검사-심전도기록및판독[표준12유도], T, 11100010, 2024.7.1</td></tr>
</table>
※ 특정내역란에 “해당 진료항목”과 “T”, “의뢰받아 진료를 실시한 요양기관기호”, “진료의뢰일”을 기재</td></tr>
</table>

나. 치과 명세서

항 목	세 부 작 성 요 령
1) 상병명	□ 통계청 고시 「한국표준질병·사인분류」에 따라 분류기호를 주상병, 부상병, 배제된 상병 순으로 기재하되, 주상병은 반드시 첫 번째 자리(제1단)에만 기재하고, 부상병, 배제된 상병은 각각 2개 이상인 경우 중요도 순으로 각각 기재한다. '상병분류구분'란에 주상병은 '1', 부상병은 '2', 배제된 상병은 '3'을 함께 기재하며, 심사평가원장이 정하여 공고한 "[별표 3] 치식구분 기재 요령"에 따라 상병의 부위(치식)를 표시한다.
2) 검사, 마취, 처치 및 수술	□ 외래의 경우 처치 및 수술은 내역에 따른 행위별 구분란에 그 단위금액 및 실시치아수 또는 실시횟수를 기재하고, 분류란에도 실시부위(치식), 코드(분류명), 실시치아수 또는 실시횟수 및 금액을 기재한다.

(예시)

구 분					기본진료 약제 특정재료 등 (I)	진료 행위 (II)	코 드	분 류	단 가	1일 투여량 또는 실시 횟수
8. 처치 및 수술료	보 통 ×	복 조 ×	즉 처 9,600×1	지각과민 ×	원	9,330원	5	U0060 즉일충전처치	9,600	1
	치수절단 ×	즉발근충 × ×	근관와동 ×	근관성형 ×	원	원	7-4	U1010 치주소파술 [1/3악당]	19,340	1
	발 수 ×	근세척 ×	근 충 ×	근관확대 ×	원	원	6	U4413 발치술(구치)	8,950	1
	치면세마 ×	치근활택술 ×	후 처 치 × × × ×	내소염 × × × ×	원	원	5	U0131 아말감충전 1면	3,180	1
	치석제거 ×	치주소파 19,340×1	치은박리 × ×	치은절제 ×	원	19,340원		L7233070 아말감캡슐	2,130	1
	치주처치 × ×	교합조정 ×	러 버 댐 ×	응급근관 ×	원	원				
	충전물연마 ×	신부착 ×	보철물 제거 × ×	치아진정 ×	원	원				
	발 유 치 ×	전 ×	구 8,950×1	난 ×	매 × × ×	원	8,950원			
	충 아 1면 말 2면 감 3면 전 4면	3,180×1	복 1면 × 합 2면 × 레 3면 × 진 4면 ×	와 1면 × 동 2면 × 형 3면 × 성 4면 ×	2,130원	3,180원				
	기 타				원	원				

주1) 분류란에 실시부위(치식) 기재시 F.D.I 2단위법(예시 : 45, 17—14, 46, 45)에 따라 기재하여도 됨

주2) 치과치료재료 청구 시 상한금액 범위 내에서 실구입가로 산정

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>□ 입원의 경우에는 실시한 처치 및 수술의 코드(분류명), 실시부위(치식), 실시 횟수 및 금액을 분류내역란에 기재하고, 실시종목수와 합계한 금액을 구분란과 진료행위(Ⅱ)란에 기재한다.

□ 검사, 마취의 경우에도 심사평가원장이 정하여 공고한 “[별표 3] 치식구분 기재 요령”에 따라 해당 부위(치식)를 표시한다.

□ 요양급여비용 명세서 “구분”란에 명시되어 있지 아니한 항목은 “기타”란에 기재하고, “분류”란에 그 내역을 상세히 기재한다.(서면만 해당)</td></tr>
<tr><td>3) 치료재료</td><td>□ 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」에 따라 치료재료에 산정하는 단가는 등재된 상한금액 범위 내에서 실구입가로 산정하되, “사용량”은 실사용량을 불문하고 상기 기준에서 정한 “사용기준량”으로 산정한다.
※ 근관충전용실러, 임시충전제, 근관충전제 등 행위료에 포함되어 별도 산정이 불가한 치료재료는 산정하지 아니함

□ 작성요령
○ 글래스아이오노머(화학중합)의 경우 1일 투여량 및 금액 산정방법
<table>
<tr><th>분류명</th><th>품 명</th><th>기준 사용량</th><th>코 드</th><th>구입금액 (원)</th><th>상한금액 (원)</th></tr>
<tr><td>글래스아이오노머</td><td>FUJI II(1-1 pack)</td><td>32회</td><td>L7250161</td><td>48,640</td><td>48,640</td></tr>
</table>
☞ FUJI II(1-1 pack)를 치아 1회에 사용하였을 경우 1일투여량 및 금액
- 1일 투여량: 기준사용량이 32회이므로 1회 ÷ 32회 = 0.03
- 금액: 48,640 × 0.03(1일 투여량)

(예시)

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>코드구분</th><th>코 드</th><th>단 가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>08</td><td>01</td><td>8</td><td>L7250161</td><td>48,640</td><td>0.03</td><td>1</td><td>1,459</td></tr>
</table>
주1) “단가”란은 상한금액의 범위 내에서 실제 구입한 금액을 기재
주2) “일투”는 소수점 이하 셋째 자리에서 4사5입하여 소수점 이하 둘째 자리까지 기재
주3) 치료재료 코드구분은 “8”을 기재

▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>코드</th><th>분 류</th><th>단 가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>L7250161</td><td>FUJI II(1-1 pack)</td><td>48,640</td><td>0.03</td><td>1</td><td>1,459</td></tr>
</table>
주1) “단가”란은 상한금액의 범위 내에서 실제 구입한 금액을 기재
주2) “일투”는 소수점 이하 셋째 자리에서 4사5입하여 소수점 이하 둘째 자리까지 기재</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>4) 치과처치 및 수술약어표</td><td>
<table>
<tr><th>약 어</th><th>원 어</th><th>약 어</th><th>원 어</th></tr>
<tr><td>보통</td><td>보통처치</td><td>치주처치</td><td>치주치료후처치</td></tr>
<tr><td>복조</td><td>치수복조</td><td>러버댐</td><td>러버댐장착</td></tr>
<tr><td>즉처</td><td>즉일충전처치</td><td>응급근관</td><td>응급근관처치</td></tr>
<tr><td>지각과민</td><td>지각과민처치</td><td>보철물제거</td><td>치관수복물또는보철물의 제거</td></tr>
<tr><td>즉발근충</td><td>당일발수·근충</td><td>치아진정</td><td>치아진정처치</td></tr>
<tr><td>근관와동</td><td>근관와동형성</td><td>발치 유</td><td>유치</td></tr>
<tr><td>근세척</td><td>근관세척</td><td>전</td><td>전치</td></tr>
<tr><td>근충</td><td>근관충전</td><td>구</td><td>구치</td></tr>
<tr><td>치은박리</td><td>치은박리소파술</td><td>난</td><td>난발치</td></tr>
<tr><td>내소염</td><td>구강내소염수술</td><td>매</td><td>매복치</td></tr>
<tr><td>후처치</td><td>수술후처치</td><td>-</td><td>-</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>5) 기타</td><td>□ 본인부담상한제 적용 명세서 분철방법
○ 등록 치과임플란트 진료와 타 진료 분리 및 본인부담상한제 적용여부
- 등록 치과임플란트 진료 및 타 진료(등록 틀니 등) 명세서 분리청구
- 등록 치과임플란트 진료 명세서는 본인부담상한제 미적용에 따라 본인부담상한액초과금 기재하지 않음

□ 그 외 기타사항은 의과명세서 작성요령과 동일하게 작성한다.</td></tr>
</table>

다. 한방 명세서

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>1) 단가, 금액</td><td>□ 기준처방(임의처방)별 1일당 약가 또는 “한약제제 급여목록 및 상한금액표”상의 단위가격을 기재하되, 기준처방(임의처방)별 1일당 약가는 원미만을 4사5입하여 금액을 정확히 기재한다.
□ 단미엑스산제(분할투여한 처방)인 경우 1일투여량 란에 1일 총투여량(소수점 이하 셋째 자리에서 4사5입)을 기재하며, 총투여일수 란에는 실 투여일수를 기재한다.
□ 금액은 기준처방(임의처방)별 1일당 약가 또는 “한약제제 급여목록 및 상한금액표” 단위가격에 1일 투여량 및 총투여일수를 곱하여 금액란에 기재한다.</td></tr>
<tr><td>2) 협의진찰료</td><td>□ 양·한방 협진체계로 양방요양기관에 입원중인 환자를 한방의사가 진료하는 경우 협의진찰료는 “01항 99목 기타”란에 기재한다.
※ 서면으로 청구하는 경우: “1. 진찰료 ③기타”란의 기본진료, 약제 등(Ⅰ)란에 기재
(예시)
▶ 정보통신망 및 전산매체로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>01</td><td>99</td><td>A</td><td>11900</td><td>6,640</td><td>1</td><td>1</td><td>6,640</td></tr>
</table>
▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th>기본진료, 약제 등 (Ⅰ)</th><th>진료행위 (Ⅱ)</th><th>분류</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>1.진찰료</td><td>③ 기타</td><td>6,640 원</td><td></td><td>11900 협의진찰료</td><td>6,640</td><td>1</td><td>1</td><td>6,640</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>3) 가정간호 기본방문료</td><td>□ 가정간호 기본방문료는 진료담당 한의사의 진단과 처방에 따라 가정전문간호사가 가정간호대상 환자에게 가정간호를 시행한 경우에 산정하며, 외래명세서의 진료내역 “01항 99목 기타”란에 기재하고, 실제 방문한 가정전문간호사의 면허종류와 면허번호 및 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 해당 특정기호 “V008(또는 V194, V231, V293, V251, V274, V801, V811)”을 반드시 기재한다.
※ 서면으로 청구하는 경우: 명세서 상단 “특정기호”란에 해당 특정기호 “V008(또는 V194, V231, V293, V251, V274, V801, V811)”을 반드시 기재하고, “1. 진찰료-④가정간호기본방문료”의 기본진료,약제 등(Ⅰ)란에 기재</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령
	□ 가정전문간호사 1인당 가정간호 방문 횟수(가정간호 기본방문료 총 청구건수를 의미함)는 월평균(또는 주평균) 1일 7회까지 인정(이 경우 의료급여 환자를 포함)하며, 가정간호 기본방문료를 산정하는 경우에는 1개월(또는 1주일) 동안 요양기관이 건강보험심사평가원에 신고한 가정전문간호사별 방문일수를 심사청구서별(접수번호별)로 첫 번째 명세서에만 특정내역 기재란에 기재하여 청구한다. ※ 월평균(주평균) 가정간호 방문횟수(가정간호 기본방문료 총 청구건수): 1개월간(1주일간) 총 가정간호 기본방문료 청구건수÷1개월간(1주일간) 가정전문간호사 방문일수의 합 ※ 가정전문간호사 방문일수: 명일련 단위 특정내역 구분코드 'MT062'에 '1개월 또는 1주일 동안 각 가정전문간호사별 방문일수 합/가정전문간호사 면허번호/방문일수/가정전문간호사 면허번호/방문일수...' 순으로 기재 (서면으로 청구하는 경우에는 명세서 하단 "특정내역"란에 특정내역 구분코드 'MT062' 기재형식에 따라 기재하되, "1번 명일련"에 기재) □ 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설(「노인장기요양법」에 따른 장기요양기관을 포함) 내에서 시설입소자에게 가정간호를 실시한 경우에는 가정간호 기본방문료 소정점수의 50%를 산정하며, 이 경우 명세서 특정내역기재란에 해당 요양시설기호를 기재하여 청구한다. ※ 요양시설기호: 줄번호 단위 특정내역 구분코드 'JS015'에 기재 **(예시1)** A한의원에서 1개월간 가정전문간호사 김OO(면허번호 12345)는 가정간호 방문일수가 22일이고, 이OO(면허번호 34567)은 방문일수가 11일인 경우 ▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우 <table><tr><td colspan="5">특정내역기재란</td></tr><tr><td>명세서 일련번호</td><td>발생단위구분</td><td>줄번호</td><td>특정내역구분</td><td>특정내역</td></tr><tr><td>00001</td><td>1</td><td></td><td>MT062</td><td>33/12345/22/34567/11</td></tr></table> ▶ 서면으로 청구하는 경우 <table><tr><td>특정내역</td><td>MT062 33/12345/22/34567/11</td></tr></table> 주) 특정내역 MT062는 첫 번째 명세서에 기재

항 목	세 부 작 성 요 령

(예시2) A한의원에서 김OO(면허번호 12345) 가정전문간호사가 가정간호를 방문하여 실시한 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
01	99	A	13500	84,040	1	1	84,040	6	12345
특정내역기재란									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분			특정내역		
1				MT002			V008		

주) MT002: '특정기호'를 표시하는 특정내역 구분코드

▶ 서면으로 청구하는 경우

구분		기본진료, 약제 등 (I)	진료행위 (II)	분류	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
1. 진찰료	④가정간호 기본방문료	84,040원		13500 가정간호 기본방문료	84,040	1	1	84,040	6	12345

(예시3) A한의원에서 김OO(면허번호 12345) 가정전문간호사와 이OO(면허번호 45678) 가정전문간호사 2명이 함께 등록 암환자 B에게 최초 방문하여 가정간호를 실시한 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
01	99	A	13500002	126,060	1	1	126,060	6	12345/45678
특정내역기재란									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분			특정내역		
1				MT002			V194		

주) MT002: '특정기호'를 표시하는 특정내역 구분코드

▶ 서면으로 청구하는 경우

구분		기본진료, 약제 등 (I)	진료행위 (II)	분류	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
1. 진찰료	④가정간호 기본방문료	126,060원		13500002 가정간호 기본방문료	126,060	1	1	126,060	6	12345/45678

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>4) 식대</td><td>□ 입원환자에게 식사를 제공하는 경우 식사종류(기본식사, 식사가산)에 따라 “02항 04목(기본식대), 11목(가산식대)”란에 각각 기재한다.
※ 서면으로 청구하는 경우: “2.입원료 등–④기본식대, ⑤가산식대”란의 (Ⅰ)란에 기재

(예시)
▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>02</td><td>04</td><td>A</td><td>62300</td><td>4,860</td><td>3</td><td>1</td><td>14,580</td></tr>
<tr><td>02</td><td>11</td><td>A</td><td>70010</td><td>620</td><td>3</td><td>1</td><td>1,860</td></tr>
</table>
▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th>기본진료, 약제 등 (Ⅰ)</th><th>진료행위 (Ⅱ)</th><th>분류</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td rowspan="2">2. 입원료</td><td>④기본식대</td><td>14,580원</td><td></td><td>62300 일반식</td><td>4,860</td><td>3</td><td>1</td><td>14,580</td></tr>
<tr><td>⑤가산식대</td><td>1,860원</td><td></td><td>70010 일반식 가산 (영양사)</td><td>620</td><td>3</td><td>1</td><td>1,860</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>5) 투약료

가) 임의처방</td><td>□ 정보통신망 및 전산매체 청구 시

(기재요령)
<table>
<tr><th>구분</th><th>임의처방</th><th>사용단미제</th></tr>
<tr><td>코드</td><td>C####0000
(####은 임의처방의 고유번호로서 동일 명세서 내에서 서로 다른 처방내역에 대한 코드가 중복되지 않도록 부여)</td><td>단미제 해당코드</td></tr>
<tr><td>단가</td><td>임의처방단가
(사용 단미제의 금액 SUM)</td><td>코드별 단가</td></tr>
<tr><td>일투</td><td>1(연령별 체감내용은 소수로 표현)</td><td>1일 총투여량</td></tr>
<tr><td>총투</td><td>약제 총 투여일수</td><td>1</td></tr>
<tr><td>금액</td><td>단가×일투×총투</td><td>단가×일투</td></tr>
<tr><td>준용명</td><td>임의처방명 (특정내역란에 기재)</td><td>기재하지 않음</td></tr>
<tr><td>가감 등 구분</td><td colspan="2">H#########
(#########의 자리에는 임의처방의 한약제제 코드와 동일한 9자리)</td></tr>
<tr><td>비고</td><td>요양급여비용총액 1에 산입</td><td>요양급여비용총액 1에는 관련 없음</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령

(예시)

줄	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	가감등구분
0001	**C**	**C00010000**	**673**	**1**	**3**	**2,019**	**HC00010000**
0002	C	623002560	65	2	1	130	HC00010000
0003	C	655001250	159	2	1	318	HC00010000
0004	C	655002090	62	2	1	124	HC00010000
0005	C	623002950	67	1.5	1	101	HC00010000

특정내역기재란			
발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
2	0001	JS009	강독작감탕

주1) JS009: '준용명(임의처방명)'임을 표시하는 특정내역 구분코드
주2) 단가: '한약제제 급여목록 및 상한금액표' 상의 단미제 중 단위 가격 1.00g인 제품 기준

□ 서면 청구시

○ 임의처방 1일 약가에 1일 투여량 및 총 투여일수를 곱한 후 원미만은 4사5입한다.

(예시)

분류	단가	일투	총투	금액
C00010000 강독작감탕	**673**	**1**	**3**	**2,019**
623002560 감초엑스산	65	2	-	130
655001250 강활엑스산	159	2	-	318
655002090 독활엑스산	62	2	-	124
623002950 작약엑스산	67	1.5	-	주)101
계	4종	7.5g	-	**673**

주) 한의사의 임의처방인 강독작감탕을 투여 시 작약엑스산의 1일 투여 금액은 100.5원(67×1.5=100.5)에서 원미만 4사5입하여 101원으로 하고, 1일 약가는 673원(130+318+124+101=673)으로 총 3일 투여 시 2,019원(673×1×3=2,019)으로 산정

항 목	세 부 작 성 요 령
	○ 임의처방을 6세 소아에게 투여 시 처방별 1일 약가에 1일 투여량 및 총 투여일수를 곱한 후 원미만은 4사5입 한다. **(예시)** 분류 / 단가 / 일투 / 총투 / 금액 **C00020000 가전평위산 / 1,969 / 0.5 / 3 / 주2)2,954** 623002950 작약 / 67 / 8 / - / 536 655002090 독활 / 62 / 7 / - / 434 661300180 감초 / 65 / 8 / - / 520 623003210 천문동 / 89 / 3.6 / - / 주1)320 655001250 강활 / 159 / 3 / - / 159 계 / 5종 / 29.6g / - / 1,969 주1) 6세 소아에게 한의사의 임의처방인 가전평위산 투여 시 천문동엑스산의 1일투여 금액은 320.4원(89×3.6=320.4)에서 원미만은 4사5입하여 320원으로 하고, 1일 약가는 1,969원(536+434+520+320+159=1,969)으로 기재 주2) 총 3일 투여 시 2,953.5원(1,969(1일 약가)×0.5×3=2,953.5)에서 원미만은 4사5입하여 2,954원으로 산정
나) 기준처방 또는 혼합엑스 산제	□ 기준처방별 1일약가에 1일투여량 및 총투여일수를 곱하여 산정한다. ① 성인 **(예시1)** 오적산을 3일 투여한 경우(기준처방 가격표의 복용기준으로 투여 시) 코드구분 / 코드 / 단가 / 일투 / 총투 / 금액 C / 655006390 / 1,621 / 1 / 3 / 4,863 **(예시2)** 오적산을 3일 투여한 경우(기준처방 가격표의 복용기준의 1.5배로 투여 시) 코드구분 / 코드 / 단가 / 일투 / 총투 / 금액 C / 655006390 / 1,621 / 1.5 / 3 / 주)7,295 주) 오적산을 복용기준의 1.5배로 총 3일 투여 시 7,294.5원(1,621(1일 약가)×1.5×3=7,294.5)에서 원미만은 4사5입하여 7,295원으로 산정 **(예시3)** 오적산을 3일 투여한 경우(기준처방 가격표의 복용기준의 2배로 투여 시) 코드구분 / 코드 / 단가 / 일투 / 총투 / 금액 C / 655006390 / 1,621 / 2 / 3 / 9,726

항 목	세 부 작 성 요 령

② 소아

(예시1) 오적산을 1세 이상 7세 미만 소아에게 복용기준으로 3일 투여한 경우

코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
C	655006390	1,621	0.5	3	주)2,432

주) 오적산을 복용기준의 0.5배로 총 3일 투여 시 2,431.5원(1,621(1일 약가)×0.5×3=2,431.5)에서 원미만은 4사5입하여 2,432원으로 산정

(예시2) 오적산을 1세이상 7세미만 소아에게 복용기준 1.5배로 3일 투여한 경우

코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
C	655006390	1,621	0.75	3	주)3,647

주) 오적산을 복용기준의 0.75배로 총 3일 투여 시 3,647.25원(1,621(1일 약가)×0.75×3=3,647.25)에서 원미만은 4사5입하여 3,647원으로 산정

(예시3) 오적산을 1세이상 7세미만 소아에게 복용기준 2배로 3일 투여한 경우

코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
C	655006390	1,621	1	3	4,863

다) 기준처방에 가감이 있는 경우

□ 기준처방약제에 가감이 있는 경우에는 기준처방약제, 가미제 및 감미제를 모두 기재하며, 감미제에 해당되는 경우 금액란에는 "-" 금액으로 기재한다. 또한, 기준처방, 단미엑스산제별로 가감등 구분코드를 다음과 같이 기재한다. 기준처방은 "B#########", 감미제는 "S#########", 가미제는 "A#########"의 코드를 기재하며, "#########"의 자리에는 기준처방의 한약제제 코드와 동일한 9자리를 기재한다.

(예시1) 오적산에 천문동엑스산 2g을 가(加)하고, 작약엑스산 1g을 감(減)한 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	**가감등구분**
C	655006390	1,621	1	3	4,863	**B655006390**
C	623003210	89	2	3	534	**A623003210**
C	623002950	67	1	3	-201	**S655006390**

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>▶ 서면으로 청구하는 경우
<table><tr><th>분류</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>655006390 오적산</td><td>1,621</td><td>1</td><td>3</td><td>4,863</td></tr><tr><td>623003210 가)천문동</td><td>89</td><td>2</td><td>3</td><td>534</td></tr><tr><td>623002950 감)작약</td><td>67</td><td>1</td><td>3</td><td>-201</td></tr><tr><td>계</td><td></td><td></td><td></td><td>5,196</td></tr></table>
(예시2) 오적산에 천문동엑스산 2g을 가(加)하고, 작약엑스산 1g을 감(減)한 경우(기준처방 가격표의 복용기준의 2배 용량으로 투여한 경우)

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table><tr><th>코드 구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th><th>가감등구분</th></tr><tr><td>C</td><td>655006390</td><td>1,621</td><td>2</td><td>3</td><td>9,726</td><td>B655006390</td></tr><tr><td>C</td><td>623003210</td><td>89</td><td>2</td><td>3</td><td>534</td><td>A623003210</td></tr><tr><td>C</td><td>623002950</td><td>67</td><td>1</td><td>3</td><td>-201</td><td>S655006390</td></tr></table>
▶ 서면으로 청구하는 경우
<table><tr><th>분류</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>655006390 오적산</td><td>1,621</td><td>2</td><td>3</td><td>9,726</td></tr><tr><td>623003210 가)천문동</td><td>89</td><td>2</td><td>3</td><td>534</td></tr><tr><td>623002950 감)작약</td><td>67</td><td>1</td><td>3</td><td>-201</td></tr><tr><td>계</td><td></td><td></td><td></td><td>10,059</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>6) 고정용신축성 붕대등 치료재료대 및 변증기술료</td><td>□ 변증기술료, 시술 및 처치 시 사용된 치료재료대의 비용은 “04항 99목 기타”란에 기재한다.
- 치료재료대는 ‘약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준’에 따라 상한금액 범위 내에서 요양기관에서 구입한 실구입가에 따른 실사용량으로 청구
※ 서면으로 청구하는 경우: 치료재료대는 “4.시술및처치료 ⑤기타”란의 기본진료, 약제 등(Ⅰ)란에 기재하고, 변증기술료는 “4.시술및처치료 ⑤기타”란의 진료행위(Ⅱ)란에 기재한다.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>

(예시)

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
04	99	A	40400(변증기술료)	4,380	1	1	4,380
04	99	H	K7203036 (탄력붕대7.5*215cm)	401	1	1	401

※ 탄력붕대의 코드구분은 반드시 “H”로 기재하여야 하며, 코드는 「치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표」에 등재된 코드로 청구하여야 함

▶ 서면으로 청구하는 경우

구 분		기본진료, 약제 등 (I)	진료 행위 (II)	분 류	단가	일투	총투	금액
4.시술 및 처치료	⑤기타	401	4,380	40400 변증기술료 K7203036 탄력붕대 7.5*215cm	4,380 401	1 1	1 1	4,380 401

</td></tr>
<tr><td>

7) 한방 물리치료

</td><td>

□ 한의사가 온냉경락요법을 실시하고 요양급여비용 청구시에는 “04항 99목 기타”란에 기재한다.

※ 서면으로 청구하는 경우: “4.시술및처치료 ⑤기타”란의 진료행위(II)란에 기재

(예시)

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

항	목	코드 구분	코 드	단가	일투	총투	금액
04	99	A	40700(경피경근온열요법)	2,380	1	1	2,380

▶ 서면으로 청구하는 경우

구분		기본진료, 약제 등 (I)	진료행위 (II)	분류	단가	일투	총투	금액
4.시술 및 처치료	⑤기타		2,380	40700 경피경근 온열요법	2,380	1	1	2,380

□ 추나요법

○ 추나요법은 건강보험심사평가원에 ‘추나요법 급여 사전 교육’(대한한의사협회 주관) 이수를 신고한 한의사가 한방 진료과목 개설 요양기관(요양병원 제외)에서 요양급여 대상인 추나요법을 시행한 경우에 산정한다.

</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령

○ 요양급여 대상 추나요법의 본인부담률은 「국민건강보험법 시행령」 별표2 제3호라목9)·10) 및 거목에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 '추나요법 요양급여 대상 질환 및 본인부담률'을 적용한다.

○ 하-71 추나요법 요양급여비용은 명세서 진료내역의 "04항(시술 및 처치료) 99목(기타)"란에 기재하고, 실제 추나요법을 실시한 한의사의 "면허종류"와 "면허번호"를 기재하여 청구한다.

※ 서면으로 청구하는 경우: "4.시술및처치료 ⑤기타"란의 진료행위(II)란에 기재

(예시) 한의원 외래에서 척추협착 질환으로 복잡추나를 시행한 경우 (건강보험 본인부담률 50%)

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

항	목	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액	면허 종류	면허번호
04	99	A	40720	42,110	1	1	42,110	3	12345
명세서 일반내역									
요양급여비용총액 1			본인일부부담금			청구액		100분의100미만 총액	
42,110주1)			21,000주2)			21,110주3)			

주1) 요양급여비용총액 1: 42,110원(10원미만 절사)
주2) 본인일부부담금: 42,110원(요양급여비용총액 1)×50%(추나요법 본인부담률)=21,000 (100원미만 절사)
주3) 청구액: 42,110원(요양급여비용총액 1)-21,000원(본인일부부담금)=21,110원

▶ 서면으로 청구하는 경우

구분		기본진료, 약제 등 (I)	진료행위 (II)	분류	단가	일투	총투	금액	면허 종류	면허 번호
4.시술료 및 처치료	⑤기타		42,110원	40720 추나요법-복잡추나	42,110	1	1	42,110	3	12345
11.소계		원	42,110원							
12.가산율		%	(원							
13.요양급여비용총액 1			42,110원							
14.본인일부부담금			21,000원							
17.청구액			21,110원							

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>
○ 한의사 1인당 1일 추나요법 실시 인원 적용기준에 따라, 1개월(또는 1주일) 동안 대한한의사협회 ‘추나요법 급여 사전 교육’을 이수한 각 한의사별 근무일수와 면허번호를 심사청구서별(접수번호별) 첫 번째 명세서에만 특정내역기재란(MT055)에 기재하여 청구한다.

※ 서면으로 청구하는 경우: 1번 명세서의 하단 “특정내역”란에 기재

※ 월평균(주평균) 추나요법 실시인원:
1개월(1주일)간 총 추나요법 청구건수(추나요법 실시 연인원)÷1개월(1주일)간 한의사 근무일수

※ 특정내역 MT055(추나요법 한의사 근무일수):
1개월 또는 1주일 동안 대한한의사협회 ‘추나요법 급여 사전 교육’을 이수한 각 한의사별 근무일수 합/한의사 면허번호/근무일수/한의사 면허번호/근무일수 ... 순으로 기재.
단, 주 3일 이상이면서 20시간 이상 근무하는 격일제, 시간제 근무자는 1개월(주단위 청구의 경우 1주일)동안 재직한 일수의 1/2(소수점이하 4사5입)로 기재하되, 최대 15일(주단위 청구는 주3일)을 초과할 수 없음

(예시) 월단위 청구기관인 경우

‘추나요법 급여 사전 교육’을 이수한 상근자 김OO(면허번호 12345)은 1개월간 실제 진료일수가 24일이고, 시간제 근무자 이OO(면허번호 34567)은 13일까지 재직 후 퇴사한 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table>
<tr><th colspan="5">특정내역기재란</th></tr>
<tr><th>명세서 일련번호</th><th>발생단위구분</th><th>줄번호</th><th>특정내역구분</th><th>특정내역</th></tr>
<tr><td>00001</td><td>1</td><td></td><td>MT055</td><td>31/12345/24/34567/7</td></tr>
</table>
주) 특정내역 MT055 기재형식: 9(4)/X(10)/9(2)

▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><td>특정내역</td><td>MT055 31/12345/24/34567/7</td></tr>
</table>
주) 특정내역 MT055는 첫 번째 명세서에 기재
</td></tr>
<tr><td>8) 기 타</td><td>□ 그 외 기타사항은 의과와 동일한 방법으로 기재한다.</td></tr>
</table>

라. 약국 명세서

※ 처방조제에 따른 요양급여비용을 청구하는 경우에는 처방전 상단 “타보험과의 구분표시” 란에 건강보험, 또는 기타(공무상 요양급여, 보훈 상이처·무자격자 등)로 표시된 처방전만 청구하여야 한다.

항 목	세 부 작 성 요 령
1) 특정기호	□ 만성신부전증환자 등 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 및 장기이식(신장, 간, 췌장 등)환자 등 「장기등 이식에 관한 법률」 등에 해당되는 경우 “작성요령 (별표 6) 특정기호 코드”의 해당 코드를 “특정내역기재란”에 반드시 기재한다. ※ 서면으로 청구하는 경우: 명세서 상단 “특정기호”란에 기재
2) 투약일수	□ 총 투약일수를 기재하되, 포장단위용량을 1일 투여량에 반영하는 점안액 등의 경우에는 처방전의 ‘조제시 참고사항’란의 실 투약일수를 반영하여 기재한다.
3) 약품명	□ “약제 급여 목록 및 급여 상한금액표”에 등재된 약품명(일반명 또는 제품명)으로 기재한다.
4) 단 가	□ “상대가치점수표”와 “약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준” 제2조에 따라 요양기관의 실구입가는 “의과명세서 작성요령”에 기재된 내용을 참조하여 산정·기재한다. 의약분업 예외지역 약국에서 직접조제·투약한 경우에도 동일하게 기재한다.
5) 1회투약량	□ 1회 투약한 양(소수점 이하 다섯째 자리에서 4사5입)을 기재한다. ※ 의약품에 해당
6) 1일투약량 및 총투약일수	□ 1일 총 투약량(의약품인 경우는 1일 투약횟수) 및 실투약일수를 기재한다.
7) 금 액	□ 단가, 1회투약량, 1일 투약횟수, 총 투약일수를 곱한 금액을 기재한다. 이때, 분할 투여가 가능한 약제를 일부만 사용한 경우 금액산정은 “약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준”에 따른 가격에 1일 투약량 및 총 투약일수를 곱한 후 원미만은 4사5입하여 기재한다.
8) 처방내역 및 조제투약내역	□ 처방내역과 동일하게 조제 투약한 경우 처방내역(사항)은 생략할 수 있으나, 처방전 발급기관기호, 처방전발급번호, 사용기간, 조제투약일자 등은 반드시 기재하여야 한다.

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>

□ 대체, 수정, 변경, 저가대체, 성분처방으로 처방내역과 조제내역이 상이한 경우, 처방내역의 기재방법과 조제내역의 기재방법이 일부라도 상이(동일 약제에 대한 동일 날 또는 투약기간별 투약방법 등)한 경우와 100/100본인부담약제가 포함된 경우(보훈국비환자 조제분의 경우에는 비급여 약제(건위소화제)도 포함)에는 해당 처방내역을 모두 기재하여야 한다.

□ 처방유형별 처방내역과 조제투약내역 기재방법

○ 1회투약량이 1정, 1일 3회, 7일분을 처방한 경우

■ 처방내역 **(생략가능)**

: 처방전에 기재된 대로 1-3-7로 기재

<table>
<tr><th colspan="5">처 방 내 역</th></tr>
<tr><th>코드</th><th>약품명</th><th>1회투약량</th><th>일투</th><th>총투</th></tr>
<tr><td>655403770</td><td>아세트아미노펜정</td><td>1</td><td>3</td><td>7</td></tr>
</table>

■ 조제투약내역

<table>
<tr><th colspan="8">조 제 투 약 내 역</th></tr>
<tr><th>코드</th><th>약 품 명</th><th>조제
구분</th><th>단가</th><th>1회
투약량</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>655403770</td><td>아세트아미노펜정</td><td></td><td>29</td><td>1</td><td>3</td><td>7</td><td>609</td></tr>
</table>

○ 1회투약량이 1/3정(또는 0.3333), 1일 3회 7일분을 처방한 경우
(1회투약량의 표현이 상이하더라도 1일 1정을 3번에 나누어 투약하라는 처방)

■ 처방내역 **(생략가능)**

: 처방전에 기재된 대로 0.3333-3-7로 기재

<table>
<tr><th colspan="5">처 방 내 역</th></tr>
<tr><th>코드</th><th>약품명</th><th>1회투약량</th><th>일투</th><th>총투</th></tr>
<tr><td>655403770</td><td>아세트아미노펜정</td><td>0.3333</td><td>3</td><td>7</td></tr>
</table>

■ 조제투약내역

: 「1일투약량」 란에는 실제 조제한 대로 '1'로 기재

<table>
<tr><th colspan="8">조 제 투 약 내 역</th></tr>
<tr><th>코드</th><th>약 품 명</th><th>조제
구분</th><th>단가</th><th>1회
투약량</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>655403770</td><td>아세트아미노펜정</td><td></td><td>29</td><td>1</td><td>1</td><td>7</td><td>203</td></tr>
</table>

</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령

○ **동일 약제에 대하여 투약기간별 투약방법(용법, 용량)을 달리**하여 처방한 경우(아침, 저녁 1정씩 7일분, 아침 2정씩 21일분을 처방한 경우 등)

■ 처방내역 **(생략불가)**

: 처방전에 기재된 대로 '1-2-7'과 '2-1-21'로 기재

처 방 내 역				
코드	약품명	1회투약량	일투	총투
655403770	아세트아미노펜정	1	2	7
655403770	아세트아미노펜정	2	1	21

■ 조제투약내역

조 제 투 약 내 역							
코드	약 품 명	조제 구분	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
655403770	아세트아미노펜정		29	1	2	7	406
655403770	아세트아미노펜정		29	2	1	21	1,218

※ 동일한 약제에 대하여 투약기간에 따라 용법, 용량이 상이한 경우에는 '1일 투약량'이 동일하더라도 처방내역을 기재하여야 함

○ **동일 약제에 대하여 동일날 투약방법(용법, 용량)을 달리**하여 처방하는 경우(아침 1회 1정, 저녁 1회 0.5정, 7일분을 처방한 경우등)

■ 처방내역 **(생략불가)**

: 처방전에 기재된 대로 1-1-7, 0.5-1-7로 기재

처 방 내 역				
코드	약품명	1회투약량	일투	총투
676300040	디아미크롱서방정	1	1	7
676300040	디아미크롱서방정	0.5	1	7

■ 조제투약내역

조 제 투 약 내 역							
코드	약 품 명	조제 구분	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
676300040	디아미크롱서방정		118	1	1	7	826
676300040	디아미크롱서방정		118	0.5	1	7	413

※ 동일한 약제에 대하여 동일날의 용법, 용량이 상이한 경우에는 처방내역을 기재하여야 함

항 목	세 부 작 성 요 령

○ **점비액 등 외용약**을 처방한 경우(나리타점비액 (12ml/병))

■ 처방내역 **(생략가능)**

:「1회투약량」,「1일투약량(횟수)」,「총투약일수」 란에 **'1'**로 기재

처 방 내 역				
코드	약품명	1회투약량	일투	총투
651200061	나리타점비액	1	1	1

■ 조제투약내역

:「1회투약량」,「1일투약량」,「총투약일수」 란에는 **'1'**로 기재

조 제 투 약 내 역							
코드	약품명	조제 구분	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
651200061	나리타점비액		4,128	1	1	1	4,128

※「처방전 '조제시 참고사항'」 란의 총투약일수(12일)를 '투약일수(요양급여일수)'에 산입함

○ **파스류**를 격일 처방한 경우(1회 1매, 2일에 1회, 10일분인 경우)

■ 처방내역 **(생략가능)**

:「1회투약량」 란에는 **총투약량 '5'**를 기재하고「1일투여횟수」,「총투약일수」 란에는 **'1'**로 기재

처 방 내 역				
코드	약품명	1회투약량	일투	총투
644702220	트라스트 패취	5	1	1

■ 조제투약내역

:「1회투약량」 란에 총 투약량(5)을 기재하고,「1일투약량」,「총투약일수」 란에는 **'1'**로 기재

조 제 투 약 내 역							
코드	약품명	조제 구분	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
644702220	트라스트 패취		482	5	1	1	2,410

※ 실 투여(사용)기간을 요양급여일수(투약일수)에 산입함

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>○ 크리멘정(28정/팩, 28일분)등과 같이 팩단위로 약가가 책정된 의약품이 처방된 경우

■ 처방내역 (처방내역 생략불가)
: 「1회투약량」, 「1일투여횟수」 및 「총투약일수」 란은 처방전대로 ‘1, 1, 28’로 기재

<table>
<tr><th colspan="5">처 방 내 역</th></tr>
<tr><th>코드</th><th>약품명</th><th>1회투약량</th><th>일투</th><th>총투</th></tr>
<tr><td>641100820</td><td>크리멘정</td><td>1</td><td>1</td><td>28</td></tr>
</table>

■ 조제투약내역
: 「1회투약량」 란에 0.0357(1/28, 소수점 다섯째 자리에서 4사5입), 「1일투약량」 란에는 ‘1’로 기재하고, 「총투약일수」 란에는 ‘28’로 기재

<table>
<tr><th colspan="8">조 제 투 약 내 역</th></tr>
<tr><th>코드</th><th>약품명</th><th>조제
구분</th><th>단가</th><th>1회
투약량</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>641100820</td><td>크리멘정</td><td></td><td>8,626</td><td>0.0357</td><td>1</td><td>28</td><td>8,626</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>9) 퇴장방지 의약품 사용장려금 청구요령</td><td>□ “상대가치점수표 제2부 제4장과 제15장”의 “퇴장방지의약품 사용장려비”는 “약제 급여 목록 및 급여 상한금액표”에 별도로 명시된 금액을 산정하며, 「장려금의 지급에 관한 기준」에서 정하는 바에 따라 기재하여 청구한다.

○ 사용장려금의 청구
- 의약분업 예외지역 약국에서 직접 조제하는 경우에는 사용장려금을 구입약가와 구분하여 청구한다.

<table>
<tr><th>구분</th><th>단 가</th><th>예외구분코드</th><th>비 고</th></tr>
<tr><td rowspan="2">직접조제</td><td>구입약가[주1)]</td><td>-</td><td rowspan="2">의약분업
예외지역 해당</td></tr>
<tr><td>사용장려금</td><td>99[주2)]</td></tr>
<tr><td>처방조제</td><td>구입약가[주1)]</td><td>해당없음</td><td></td></tr>
</table>
주1) 구입약가가 상한금액을 초과하는 경우: 상한금액
주2) 사용장려금: 상한금액의 10%를 적용(원미만 4사5입)하되, 사용장려금이 1원 미만일 경우에는 1원으로 산정</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>
○ 사용장려금의 명세서 작성방법
■ [명세서 조제투약내역]
- 조제투약내역에 사용장려금 지급대상 퇴장방지의약품의 ‘구입약가’와 ‘사용장려금’을 각각의 줄에 분리하여 산정하되, ‘사용장려금’은 ‘01항(약가)’의 각 목에 산정하고, 특정내역 구분코드 ‘JS002’란에 “99”를 기재한다.
· 100분의100미만 본인부담 또는 전액(100/100)본인부담 퇴장방지의약품의 ‘사용장려금’도 동일하게 ‘01항(약가)’의 각 목에 산정하고, 특정내역 구분코드 ‘JS002’란에 “99”를 기재한다.
☞ ‘구입약가’는 해당 항(A항, B항, D항, E항, U항 등)의 각 목에 산정
■ [명세서 일반내역]
- ‘사용장려금’은 공단부담금으로 전액 청구하되, 진료(조제)내역 줄번호단위 특정내역 구분코드 ‘JS002’란의 “99”에 해당하는 금액을 합산하여 명세서 일반내역의 ‘요양급여비용총액 1’란과 ‘공단청구액’란에 전액을 포함하고, ‘본인일부부담금, 100분의100 본인부담금총액, 100분의100미만 본인일부부담금’란에는 제외하여 청구한다.

□ 작성예시
(예시1) 사용장려금 지급 대상 퇴장방지의약품인 AOO정을 1회 2정씩 1일 3회, 2일분을 처방조제한 경우(실구입가: 47원, 상한금액: 50원, 사용장려금: 5원)
▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>조제 구분</th><th>코드 구분</th><th>코드</th><th>분류명</th><th>단가</th><th>1회 투약량</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>01</td><td>01</td><td>-</td><td>3</td><td>640000001</td><td>AOO정</td><td>47</td><td>2</td><td>3</td><td>2</td><td>564</td></tr>
</table>
※ 처방조제 투약 시 퇴장방지의약품 사용장려금은 산정불가
▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>코드</th><th>분류명</th><th>조제 구분</th><th>단가</th><th>1회 투약량</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>640000001</td><td>AOO정</td><td>-</td><td>47</td><td>2</td><td>3</td><td>2</td><td>564</td></tr>
</table>
※ 처방조제 투약 시 퇴장방지의약품 사용장려금은 산정불가
</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령

(예시2) 의약분업 예외지역에서 사용장려금 지급 대상 퇴장방지의약품인 BOO정을 1회 2정씩 1일 3회, 2일분을 직접조제 투약한 경우 (실구입가: 47원, 상한금액: 50원, 사용장려금: 5원)

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

항	목	줄번호	코드 구분	코드	분류명	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
01	01	0001	3	650000001	BOO정	47[주1)]	2	3	2	564
01	01	0002	3	650000001	BOO정	5[주2)]	2	3	2	60

특정내역기재란			
발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
2	0002	JS002[주3)]	99[주4)]

일반내역		
요양급여비용총액 1	본인일부부담금	청구액
4,570	1,800[주5)]	2,770[주6)]

주1) 퇴장방지의약품 구입약가: 상한금액 범위 내 실구입가를 기재
주2) 사용장려금 단가: BOO정 상한금액(50원)의 10%(소수점 이하 반올림)
주3) 특정내역구분 JS002: '의약분업 예외 구분코드' 기재 또는 '퇴장방지의약품 사용장려금'을 청구하는 경우에 기재하는 특정내역 구분코드
주4) 특정내역 "99": 사용장려금 지급대상 퇴장방지의약품의 '사용장려금'을 표시하는 구분코드
주5) 사용장려금을 제외한 금액에 대하여 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 4에 따른 본인일부부담금을 기재(100원 미만 절사)
: 1,800원=4,510원(4,570원(요양급여비용총액 1)-60원(사용장려금))×40%
주6) 사용장려금 전액 포함: 2,770원=4,570원(요양급여비용총액 1)-1,800원(본인일부부담금)

▶ 서면으로 청구하는 경우

코드	분류명 (예외구분코드)	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
650000001	BOO정	[주1)]47	2	3	2	564
650000001	[주2)](99) BOO정	[주3)]5	2	3	2	60

구분	금액	구분	금액
6. 요양급여비용총액 1	4,570원	8. 청구액	[주5)]2,770원
7. 본인일부부담금	[주4)]1,800원		

주1) 퇴장방지의약품 구입약가: 상한금액 범위 내 실구입가를 기재
주2) 예외구분코드 "99": 사용장려금 지급대상 퇴장방지의약품의 '사용장려금'을 표시하는 구분코드
주3) 사용장려금 단가: BOO정 상한금액(50원)의 10%(소수점 이하 반올림)
주4) 사용장려금을 제외한 금액에 대하여 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 4에 따른 본인일부부담금을 기재
: 1,800원=4,510원(4,570원(요양급여비용총액 1)-60원(사용장려금))×40%
주5) 사용장려금 전액 포함: 2,770원=4,570원(요양급여비용총액 1)-1,800원(본인일부부담금)

항 목	세 부 작 성 요 령
10) 대체조제 장려금 청구요령	□ 약사가 생물학적 동등성이 확보된 의약품 중 처방의약품보다 저가인 의약품으로 대체 조제한 경우 약가 차액의 30%를 산정하며, 조제투약내역 "01항(약가)"의 각 목(01(내복약), 02(외용), 03(주사))에 '조제구분'란은 "9"(저가대체 가산금)를 기재하고, '대체조제 장려금' 전액은 공단부담금(청구액)에 포함한다. □ 조제투약내역에 처방의약품과 대체조제한 의약품을 각각 기재한다. ○ 대체조제한 의약품에 대한 내용을 먼저 기재하고, 바로 다음 행에 처방의약품에 대한 내용을 기재 ○ 「조제구분」란의 경우 대체조제 의약품을 기재한 행에는 "4"를 기재하고, 처방의약품을 기재한 행에는 "9"를 기재 ○ 「단가」란의 경우 대체조제 의약품을 기재한 행에는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」상의 "상한금액 범위 내 요양기관의 실구입가"를 기재하고, 처방의약품을 기재한 행에는 "대체조제에 따른 장려금"을 기재 ○ 대체조제에 따른 장려금 산정 시 단위(규격)당 소수점 이하의 금액은 반올림 ○ 대체조제에 따른 장려금은 공단부담금에 전액 포함 (예시 1) **※ A정을 생물학적 동등성이 확보된 B정으로 대체 조제한 경우** ○ 처방내역 - A정(제품코드 600000010, 상한금액 1,000원)을 1회 1정씩 1일 2회 3일분 처방 ○ 조제투약내역 - B정(600000020, 상한금액: 715원, 실구입가: 700원)을 1회1정씩 1일 2회 3일분 조제 ▶ 정보통신망 및 전산매체로 청구하는 경우 (처방내역)

코드구분	코드	품명	1회투약량	일투	총투	본인부담률 구분코드
3	600000010	A정	1	2	3	

(청구내역)

항	목	코드	품명	단가	1회투약량	일투	총투	금액	조제 구분
01	01	600000020	B정	700	1	2	3	4,200	4[주1)]
01	01	600000010	A정	[주3)]90	1	2	3	540	9[주2)]

항 목	세 부 작 성 요 령

일반내역		
요양급여비용총액 1	본인일부부담금	청구액
10,590	3,000[주4)]	7,590[주5)]

주1) 조제구분 "4": 약사가 대체조제한 의약품을 기재한 행으로, 대체조제에 따른 장려금이 발생되는 의약품을 표시하는 구분코드임
주2) 조제구분 "9": 의료기관 처방의약품 및 대체조제에 따른 장려금을 기재한 행을 표시하는 구분코드임
주3) 대체조제 장려금: '01'항 각 목에 기재, 90원=300원(약가차액=1,000원-700원)×30%
주4) 본인일부부담금: 대체조제 장려금(조제구분 '9' 해당)을 제외한 금액에 대하여 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 4에 따른 본인일부부담금을 기재(100원미만 절사)
: 3,000원=10,050원(10,590원(요양급여비용총액 1)-540원(대체조제 장려금))×30%
주5) 청구액: 7,590원=10,590원(요양급여비용총액 1)-3,000원(본인일부부담금)

▶ 서면으로 청구하는 경우

(처방내역)

코드	약품명	1회투약량	일투	총투
600000010	A정	1	2	3

(청구내역)

코드	약품명	조제구분	단가	1회투약량	일투	총투	금액
600000020	B정	4[주1)]	700	1	2	3	4,200
600000010	A정	9[주2)]	[주3)]90	1	2	3	540

주1) 조제구분 "4": 약사가 대체조제한 의약품을 기재한 행으로, 대체조제에 따른 장려금이 발생되는 의약품을 표시하는 구분코드임
주2) 조제구분 "9": 의료기관 처방의약품 및 대체조제에 따른 장려금을 기재한 행을 표시하는 구분코드임
주3) 대체조제 장려금: 90원=300원(약가차액=1,000원-700원)×30%

(예시 2)

※ 선별급여 의약품 C정(본인부담률 50% 적용)을 생물학적 동등성이 확보된 D정(본인부담률 50% 적용 선별급여 의약품)으로 대체 조제한 경우

○ 처방내역
- C정(제품코드 600000030, 상한금액 1,500원)을 1회 1정씩 1일 2회 3일분 처방

○ 조제투약내역
- D정(600000040, 상한금액: 1,200원, 실구입가: 1,200원)을 1회1정씩 1일 2회 3일분 조제

항 목	세 부 작 성 요 령

▶ 정보통신망 및 전산매체로 청구하는 경우

(처방내역)

코드구분	코드	품명	1회투약량	일투	총투	본인부담률 구분코드
3	600000030	C정	1	2	3	A

(청구내역)

항	목	코드	품명	단가	1회투약량	일투	총투	금액	조제구분
01	01	600000030	C정	주1)90	1	2	3	540	9주2)
A	01	600000040	D정	1,200	1	2	3	7,200	4주3)

일반내역			
요양급여비용총액 1	본인일부부담금	청구액	100분의100미만 총액
6,390	1,700주4)	4,690주5)	7,200

주1) 대체조제 장려금: '01'항 각 목에 기재, 90원=300원(약가차액=1,500원-1,200원)×30%

주2) 조제구분 "9": 의료기관 처방의약품 및 대체조제에 따른 장려금을 기재한 행을 표시하는 구분코드임

주3) 조제구분 "4": 약사가 대체조제한 의약품을 기재한 행으로, 대체조제에 따른 장려금이 발생되는 의약품을 표시하는 구분코드임

주4) 본인일부부담금: 대체조제 장려금(조제구분 '9' 해당)을 제외한 금액에 대하여 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 4에 따른 본인일부부담금을 기재 (100원 미만 절사)
: 1,700원=5,850원(6,390원(요양급여비용총액 1)-540원(대체조제 장려금))×30%

주5) 청구액: 4,690원=6,390원(요양급여비용총액 1)-1,700원(본인일부부담금)

▶ 서면으로 청구하는 경우

(처방내역)

코드	약품명	1회투약량	일투	총투
600000030	A정	1	2	3

(청구내역)

코드	약품명	조제구분	단가	1회투약량	일투	총투	금액
600000040	D정	4주1)	1,200	1	2	3	7,200
600000030	C정	9주2)	주3)90	1	2	3	540

주1) 조제구분 "4": 약사가 대체조제한 의약품을 기재한 행으로, 대체조제에 따른 장려금이 발생되는 의약품을 표시하는 구분코드임

주2) 조제구분 "9": 의료기관 처방의약품 및 대체조제에 따른 장려금을 기재한 행을 표시하는 구분코드임

주3) 대체조제 장려금: 90원=300원(약가차액=1,500원-1200원)×30%

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>11) 성분처방에 따른 조제시 청구요령</td><td>□ 예시
(처방내역)
<table><tr><th>코드</th><th>품명</th><th>1회투약량</th><th>일투</th><th>총투</th></tr><tr><td>110702ATB</td><td>aspirin 500mg</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr></table>
▶ 정보통신망 및 전산매체로 청구하는 경우
(청구내역)
<table><tr><th>항</th><th>목</th><th>코드 구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>1회 투약량</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th><th>조제구분</th></tr><tr><td>01</td><td>01</td><td>3</td><td>641100070</td><td>48</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>288</td><td>5주)</td></tr></table>주) 조제구분 “5”: 성분처방에 따른 조제의약품임을 표시하는 구분코드임

▶ 서면으로 청구하는 경우
(청구내역)
<table><tr><th>코드</th><th>약품명</th><th>조제 구분</th><th>단가</th><th>1회 투약량</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>641100070</td><td>바이엘아스피린정</td><td>5</td><td>48</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>288</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>12) 공무상 요양급여 (공상) 해당자 약제비 산정요령</td><td>□ 공무상 요양급여에 대한 약제비는 전액 요양승인기관의 부담이므로 본인 일부부담금은 발생하지 않는다. 따라서 요양급여비용총액 1과 청구액은 같은 금액으로 산정한다.

□ 일반사항 기재요령
- ‘공상 등 구분’란에 구분코드 “1”을 기재</td></tr>
<tr><td>13) 보훈감면환자 약제비 산정요령</td><td>가. 보훈병원 보훈감면환자
□ 일반사항 기재요령
○ “공상 등 구분”란에 구분코드를 기재
- 구분코드: 3(보훈감면환자(30%)), 5(보훈감면환자(50%)),
6(보훈감면환자(60%)), J(보훈감면환자(90%))

□ 약제비 산정요령
※ 보훈감면환자가 보훈병원에서 발행한 처방전에 따라 약국에서 처방조제한 경우에만 산정

○ 요양급여비용총액 1에서 감면율에 해당하는 금액은 보훈병원으로 청구한다.</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령

○ 본인일부부담금
- 요양급여비용총액 1에서 보훈 청구액을 제외한 금액을 기준으로 환자 본인일부부담금을 산출하여 기재한다.

○ 청구액
- 요양급여비용총액 1에서 보훈청구액과 환자 본인일부부담금을 제외한 금액을 청구액으로 산정한다.

(예시) 요양급여비용총액 1이 20,000원일 경우(정률)

구 분		요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	보훈청구액	본인일부 부담금	청구액
감면율	100%	20,000	20,000	20,000	-	-
	90%	20,000	20,000	18,000	600	1,400
	60%	20,000	20,000	12,000	2,400	5,600
	50%	20,000	20,000	10,000	3,000	7,000
	30%	20,000	20,000	6,000	4,200	9,800

나. 보훈위탁진료 요양기관 보훈감면환자(보훈위탁진료 요양기관 발행 처방전)

□ 일반사항 기재요령

○ “공상 등 구분”란에 구분코드를 기재
- 구분코드: 6(보훈감면환자(60%)

○ 특정내역 MT038에 ‘A’ 기재

□ 약제비 산정요령

※ 도서벽지 지역*에 소재한 보훈위탁진료 요양기관에서 발행된 처방전에 따라 조제한 보훈감면환자(60%)만 해당

* 제주특별자치도, 강원특별자치도, 경상북도 울릉군, 인천광역시 옹진군, 전라남도 완도군·신안군·진도군(‘24.7.1.기준)

○ 본인일부부담금
- 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 기재한다.

○ 청구액
- 요양급여비용총액 1에서 본인일부부담금과 보훈청구액을 제외한 금액을 기재한다.

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>○ 보훈청구액
- 「국민건강보험법 시행령」별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표3에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)에서 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재한다.

(예시) 요양급여비용총액 1이 22,860원일 경우(정률)
<table>
<tr><th>감면율</th><th>요양급여
비용총액 2</th><th>요양급여
비용총액 1</th><th>보훈청구액</th><th>본인일부
부담금</th><th>청구액</th></tr>
<tr><td>60%</td><td>22,860</td><td>22,860</td><td>4,100</td><td>2,700</td><td>16,060</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>14) 구분
(서면만
해당)</td><td>□ 약가 및 조제료 등
○ 직접조제 명세서
- “1. 약가”란에는 약가금액 합계액을, “2. 조제료 등” 란에는 약국관리료, 조제기본료, 복약지도료, 조제료, 야간조제관리료를 합산한 금액을 기재하며, “3.의약품관리료”란에 의약품관리료를 기재한다.

○ 처방조제 명세서
- “약가(Ⅰ)” 란에는 약가금액을, “약국관리료, 조제기본료, 복약지도료, 조제료, 야간조제관리료”는 1. 약제비 “①부터 ④까지의 목 조제료 등(Ⅱ)”란에 각각 기재하고, “①부터 ④까지의 목”의 합계액을 “⑤목 소계(Ⅱ)”란에 기재하며, 의약품관리료는 1.약제비 “⑥목 의약품관리료(Ⅱ)” 란에 별도 기재한다.

□ 소계
- 1. 약제비항 약가(Ⅰ) 및 조제료 등(Ⅱ)의 각 목의 합계를 각각 기재한다.</td></tr>
<tr><td>15) 기타</td><td>□ 투약시 사용된 포장, 용기의 재료대는 소정 조제료에 포함되므로 별도 산정하지 않는다.</td></tr>
</table>

마. 보건기관 명세서

항 목	세 부 작 성 요 령
1) 기재항목	□ 처방전을 발급한 경우 - 방문횟수, 진찰횟수, 처방전발급횟수, 처방전발급번호, 총처방일수, 원외처방내역 ※ 보훈위탁진료 보건기관의 경우: 보훈 등 100분의100본인부담총액, 비급여총액, 진료비총액, 보훈청구액까지 기재 □ 의약분업 예외사유로 보건기관 내에서 조제투약한 경우 - 방문횟수, 진찰횟수, 투약일수, 예외구분코드, 진료내역(의약품) ※ 보훈위탁진료 보건기관의 경우: 보훈 등 100분의100본인부담총액, 비급여총액, 진료비총액, 보훈청구액까지 기재
2) 항목별 기재사항	□ “방문횟수”란에는 총 방문횟수를 기재한다. □ “진찰횟수”란에는 실제 진찰이 이루어진 횟수를 기재하되, 물리치료의 경우 일시에 처방·지시하여 의사의 진찰 없이 물리치료를 실시한 경우는 기재하지 않는다. □ “투약일수”란에는 의약분업 예외사유로 보건기관내 조제투약하는 경우의 실투약일수를 기재한다. □ “물리치료일수”는 물리치료를 실시한 일수를 기재한다. □ 의약분업대상 보건소 및 해당 보건지소에서 예외사항이 발생한 경우 또는 의약분업 예외 보건기관에서 원내조제·투약시에는 “특정내역기재란”에 예외구분코드를 기재한다. 단, 서면청구의 경우에는 “예외구분코드”란에 “작성요령 (별표 7) 의약분업 예외구분코드”의 해당코드를 기재한다. □ 의약분업 예외대상 보건기관에서 환자의 요청에 따라 처방전을 발급하는 경우에는 “처방전발급횟수, 처방전발급번호, 총처방일수”를 기재한다. □ 서면의 경우 1일 2회 이상 처방전을 발행한 경우는 실 발행횟수를 기재한다. “처방전 발급번호”는 발행된 처방전 각각의 발급번호를 모두 기재한다. □ 서면의 경우 “총처방일수”는 처방전당 처방일수의 합을 기재한다. □ 보건(지)소의 한방진료는 의약분업대상이 아니므로 원내조제투약시의 방문당 수가(1일투약포함)로 기재한다. □ 치과의 경우 치식은 상병에 해당하는 치식을 심사평가원장이 정하여 공고한 “[별표 3] 치식 구분 기재 요령”에 따라 치식란(서면의 경우 상병명란)에 기재한다.

항 목	세 부 작 성 요 령
	□ “처방전발급번호”는 처방전발급일과 처방전발급순서에 따라 일련번호를 순서대로 기재하여야 하며, 동일날 동일 수진자에게 의과, 치과에서 처방전을 발행할 경우에도 발급번호는 중복되지 않게 기재하여야 한다. □ 수진자별로 명세서를 작성하되, 명세서 하단의 “원외처방내역”에 해당 수진자의 처방전발급번호별 원외처방내역을 순차적으로 기재한다.
3) 진료내역 (의약품) 기재요령	□ 보건기관에서 의약분업 예외사항 발생으로 원내조제·투약시 해당의약품 내역(한방은 제외)을 기재한다. ※ 원외처방 발행으로 별도의 퇴장방지의약품 사용장려금 산정 목적의 의약품은 기재하지 않음 □ 보건진료소는 ‘진료내역(의약품)’을 기재하지 아니한다. □ 보훈위탁진료 보건기관의 보훈국비환자 진료분의 경우에는 보훈 등 100분의 100본인부담, 비급여 진료내역 및 의약품내역까지 기재하여야 한다. 이 경우 해당 진료내역(원내투여 의약품내역 포함)을 해당 항(V, W)에 기재한다. ※ 서면청구기관의 경우는「진료내역(의약품)-급여구분」란에 “V 또는 W”로 표기 □ 의약분업 예외구분코드 기재요령 ○ 정보통신망 및 전산매체 청구 - 명일련 단위(MS003) 및 줄번호 단위(JS002) 특정내역에 모두 기재한다. - ‘진료내역(의약품)’란에 기재하는 의약품의 예외구분코드(JS002) : 의약품별 투여목적에 따른 해당 예외구분코드 기재 - 명일련 단위의 예외구분코드(MS003) : ‘진료내역(의약품)’란에 기재하는 예외사유가 2개 이상인 경우에는 주된 투여목적에 해당되는 예외구분코드 기재 ○ 서면청구 - ‘예외구분코드’란에만 해당 예외구분코드를 기재한다. (‘진료내역(의약품)’란 해당 약제별 예외구분코드는 기재 생략)

항 목	세 부 작 성 요 령
4) 처방내역 기재요령	□ 원외처방전을 발행한 경우 처방전발급번호별로 원외처방내역을 순차적으로 기재한다. □ 보훈위탁진료 보건기관에서 보훈국비환자에게 보훈 등 100분의100본인부담 및 비급여 약제(건위소화제)를 처방한 경우에도 해당 처방내역을 기재하여야 한다. - 100분의100본인부담 의약품은 급여구분란에 'F'를 기재 (2018.8.31. 진료분까지 해당) (비급여 의약품(건위소화제)은 급여구분코드 미기재)
5) 기타	□ 100분의100 본인부담 의약품 원내 조제·투약시 유의사항 ○ 100분의100 본인부담 의약품 조제일수는 '투약일수' 및 '요양급여일수'에 산입하지 아니한다. ○ 건강보험 100분의100본인부담 조제내역을 'U'항에 기재한다. 단, 보훈위탁진료 보건기관인 경우는 'V'항에 해당 내역을 기재한다. ※ 서면청구기관의 경우: 보훈위탁진료 보건기관의 경우에는 「진료내역(의약품) - 급여구분」란에 'V'로 표기한다.

[보건기관 명세서 작성예시(원외처방한 경우)]

서식번호	GI08	보 건 기 관 요 양 급 여 비 용 명 세 서	요양기관	
진료형태	외래		기 호	31700000
			명 칭	000동구보건소

일련번호	증번호	가입자(세대주) 성 명	공상 등 구분	수진자		상병		진료과	면허종류	면허번호	당월요양개시일	방문횟수	진찰횟수	투약일수	물리치료일수	예외구분코드	원외처방			당월요양급여일수(원내투약일수포함)	요양급여비용									※ 심사내역	
				성명	주민등록번호	상병명	분류기호										처방전 발급 횟수	처방전 발급번호 / 점검번호	총 처방 일수		보훈 등 100분의 100본인 부담금 총액	비급여 총액	요양 급여 비용 총액 1	본인 일부 부담금	지원금	청구액	요양급여 비용 총액 2, 진료비 총액	보훈 청구액	건강보험 100분의 100본인부 담금 총액	보훈 본인일부 부담금	증	감
1	130018 19436	김경순		본인	600125 -xxx xxxx	관절통, 여러부위	M2550	1	1 의사	12345	2024. 1.19.	1	1	-			1	20240119-00047	3	1			5,930	500		5,430	5,930					

원 외 처 방 내 역 및 진 료 내 역 (의 약 품)							
처방전 발급번호	약품코드 (일반명 또는 제품명코드)	약품명 (일반명 또는 제품명)	1회 투약량	1회 투여일수	1회 투약일수	본인부담률 구분코드	
	코 드	분 류	단 가	1일 투여횟수 또는 실시횟수	총 투여일수 또는 실시횟수	금 액	급여 구분
20240119 -00047	657500640 649700190	솔라메트정 르네신정	1 1	2 2	3 3		

원 외 처 방 내 역 및 진 료 내 역 (의 약 품)							
처방전 발급번호	약품코드 (일반명 또는 제품명코드)	약품명 (일반명 또는 제품명)	1회 투약량	1회 투여일수	1회 투약일수	본인부담률 구분코드	
	코 드	분 류	단 가	1일 투여횟수 또는 실시횟수	총 투여일수 또는 실시횟수	금 액	급여 구분

3. 첨부자료

□ ‘상대가치점수표’의 각 장별 산정지침과 보건복지부 행정해석 등에 따라 첨부(증빙)자료를 제출하여야 하는 건에 대하여는 해당 요양급여비용명세서에 자료(검사결과지 등)를 첨부하여야 한다.
단, 작성요령 ‘별표 8. 특정내역 구분코드’ 특정내역항목을 특정내역 기재형식에 따라 검사결과 등을 기재하여 청구한 경우에는 첨부하지 않아도 된다.

□ 처방전을 발급한 요양기관에서 요양급여비용청구시 환자에게 발급한 처방전의 내역을 명세서에 기재하지 않을 경우에는 처방전 사본을 첨부하여야 한다.

□ 요양기관은 원료약, 요양기관 자체 조제(제제)약 및 치료재료에 대한 구입내역을 구입시마다 제출하되, 반드시 요양급여비용 명세서 접수 전에 제출하여야 한다.

※ 보훈위탁진료 요양기관의 경우 보훈국비 지원대상인 비급여 및 보훈 등 100분의100본인부담 치료재료에 대해서도 「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 따라 구입내역을 반드시 제출하여야 한다.

4. 보완청구 및 추가청구 요령

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>가. 보완청구</td><td>□ 요양기관에서 요양급여비용을 청구하였으나, 심사평가원에서 심사불능 처리된 건에 대하여는 해당사유를 보완하여 명세서를 재작성하고, 심사청구서에 첨부하여 다시 청구한다.
이때 반드시 원청구분 등과 구분·작성하여 청구하여야 한다.

▶ 정보통신망 및 전산매체로 청구하는 경우
<table><tr><th rowspan="2">구분</th><th rowspan="2">심사
청구서
청구구분</th><th colspan="5">명세서 청구구분</th></tr><tr><th>코드</th><th>접수번호</th><th>명세서
일련번호</th><th>사유코드</th><th>최초
입원개시일</th></tr><tr><td>기재
내역</td><td>1</td><td>1</td><td colspan="3">이미 통보된 심사결과통보서의 접수번호,
명세서일련번호, 심사불능사유코드</td><td>-</td></tr></table>
▶ 서면으로 청구하는 경우
- 심사청구서와 명세서 우측 하단 여백에 적색으로 “보완청구”로 표기
- 명세서에 원청구의 접수번호, 심사차수, 심사불능항목 사유코드, 명세서 일련번호 등을 기재</td></tr>
<tr><td>나. 추가청구</td><td>□ 요양기관이 요양급여비용을 지급 받은 명세서 중 진료내역의 일부가 당초 청구 시 누락되어 누락된 진료내역만을 추가로 청구하는 경우(수가, 치료재료 등 다른 진료내역을 동시에 추가로 청구하는 경우 포함)에는 명세서를 작성하여 심사청구서에 첨부하여 다시 청구한다.
이때 반드시 원청구분과 구분·작성하여 청구하여야 한다.

▶ 정보통신망 및 전산매체로 청구하는 경우
<table><tr><th rowspan="2">구분</th><th rowspan="2">심사
청구서
청구구분</th><th colspan="5">명세서 청구구분</th></tr><tr><th>코드</th><th>접수번호</th><th>명세서
일련번호</th><th>사유코드</th><th>최초
입원개시일</th></tr><tr><td>기재
내역</td><td>2</td><td>2</td><td colspan="2">이미 통보된 원청구서의
접수번호, 명세서일련번호</td><td>-</td><td>-</td></tr></table>
▶ 서면으로 청구하는 경우
- 심사청구서 우측 하단 여백에 적색으로 “추가청구”로 표기
- 이미 통보된 원청구서의 접수번호, 명세서 일련번호를 기재</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령
다. 기타	□ 분리청구, 추가청구건의 심사불능시 청구방법 ○ 분리청구 명세서가 심사불능된 경우 -「분리청구」 건으로 청구 - 청구명세서의 접수번호 및 명일련은 이전 진료분 접수번호 및 명일련을 기재 - 해당 심사불능사유를 보완 ○ 추가청구 명세서가 심사불능된 경우 -「추가청구」 건으로 청구 - 청구명세서의 접수번호 및 명일련은 원청구분 접수번호 및 명일련을 기재 - 해당 심사불능사유를 보완

5. 보훈국비(감면)환자 진료(조제)분 작성요령

가. 보훈국비환자 진료(조제)분

※ 보훈위탁진료 요양기관(동일한 기관에서 발행한 처방전에 따라 조제하는 약국포함)의 보훈국비환자 진료(조제)분인 경우에는 동 작성요령에 따라 요양급여비용을 산정한다.

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>1) 보훈국비 환자 지원범위</td><td>※「위탁병원의 국가부담 진료비용의 산정과 청구·심사·지급에 관한 업무처리 기준」(국가보훈부 고시)에 의함
□ 국비환자 질환유형별 국가 비용부담 범위
<table>
<tr><th rowspan="2">국비환자</th><th rowspan="2">질환유형</th><th colspan="2">지원범위</th></tr>
<tr><th>위탁진료기관</th><th>약국</th></tr>
<tr><td rowspan="3">·국가유공자(1~7급)
·고엽제 등급 판정자 (고도, 중도, 경도)
·고엽제 후유(의)증환자 (고엽제후유증 2세환자 포함)</td><td>국비질환 (상이처 또는 승인질환)</td><td>진료비 전액주2)</td><td>약제비 전액주5)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">국비질환 외 타질환</td><td>본인일부부담금주3)</td><td>약제비 전액</td></tr>
<tr><td>본인일부부담금90%주4)</td><td>본인일부부담금90%주6)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">·고엽제 등급기준 미달자
·경상이자</td><td>국비질환 (상이처 또는 승인질환)</td><td>진료비 전액</td><td>약제비 전액</td></tr>
<tr><td>국비질환 외 타질환</td><td>-</td><td>-</td></tr>
<tr><td rowspan="3">·무자격자주1)</td><td>국비질환 (상이처 또는 승인질환)</td><td>진료비 전액</td><td>약제비 전액</td></tr>
<tr><td rowspan="2">국비질환 외 타질환</td><td>진료비 전액</td><td>약제비 전액</td></tr>
<tr><td>본인일부부담금90%</td><td>본인일부부담금90%</td></tr>
</table>
주1) 무자격자: (보훈)국비진료대상자이면서 건강보험(또는 의료급여) 자격을 가지고 있지 아니한 자를 의미함
주2) 진료비 전액: 급여부문(100분의100본인부담금 포함)+본인일부부담금+비급여 부문*
주3) 본인일부부담금: 요양급여 범위내(100분의100본인부담금 포함)의 본인부담금+비급여 부문*
주4) 보훈 국비환자 중 일부본인부담대상 전상군경 등의 국비질환 이외 타(일반) 질환 진료는 보훈국비지원비용의 10% 본인부담
주5) 약제비 전액: 보험급여로 등재된 의약품(100분의100본인부담 포함)+비급여 의약품**+기술료
주6) 보훈 국비환자 중 일부본인부담대상 전상군경 등의 국비질환 외 타(일반) 질환 조제분은 위탁진료기관 진료비와 동일하되, 청구액(보험자부담액)은 국비지원
주7) 치과 임플란트 비용
- 2018.1.1. 진료분부터 보훈 국비환자 전액지원. 일부본인부담대상 전상군경 등은 10% 본인부담(즉, 본인부담액의 90% 지원)
* 비급여 부문: 초음파, MRI(급여대상 및 산정기준 외)만 해당
** 비급여 의약품: 건위소화제만 해당(대상품목: 국가보훈부 고시)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>□ 국비진료 지원항목
○ 급여부문
- 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상(100분의100본인부담 항목 포함)

○ 비급여부문
- 초음파: 상대가치점수표에 따름
(「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따른 질환별 급여대상 및 산정기준에 해당되지 않는 비급여인 경우와 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 행위 비급여 목록으로 한정)

- MRI: 상대가치점수표에 따름
(「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따른 질환별 급여대상 및 산정기준에 해당되지 않는 비급여인 경우와 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 행위 비급여 목록으로 한정)

- 건위소화제: 「위탁병원의 국가부담 진료비용의 산정과 청구·심사·지급에 관한 업무처리 기준」 중 별표 1에서 정한 항목</td></tr>
<tr><td>2) 심사청구서 및 명세서 구분방법</td><td>□ 국비환자 질환유형별 비용부담범위에 따라 청구서 ‘보험자구분’ 및 명세서 ‘공상 등 구분’란에 해당 코드를 각각 기재 및 구분·작성한다.
※ 보험자구분 ‘5’는 해당 의료급여진료구분과 의료급여종별구분을 기재

○ 보험자 구분
<table>
<tr><th>구 분</th><th>비 고</th></tr>
<tr><td>7: 보훈국비환자(상이처, 무자격자)</td><td>진료비(약제비) 전액을 국비지원하는 경우</td></tr>
<tr><td>4(또는 5): 건강보험(또는 의료급여)</td><td>본인일부부담금만 국비지원하는 경우</td></tr>
</table>
※ 단, 보훈 국비환자 중 일부본인부담대상 전상군경등에 해당하는 경우 보훈국비 지원비용의 10% 본인부담 실시

○ 공상 등 구분
<table>
<tr><th>구 분</th><th>비 고</th></tr>
<tr><td>7: 보훈국비환자(상이처, 무자격자)</td><td>진료비(약제비) 전액을 국비지원하는 경우</td></tr>
<tr><td>4: 보훈국비환자(건강보험, 의료급여 수급권자)</td><td>본인일부부담금만 국비지원하는 경우</td></tr>
</table>
※ 단, 보훈 국비환자 중 일부본인부담대상 전상군경등에 해당하는 경우 보훈국비 지원비용의 10% 본인부담 실시</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령

○ 특정내역(MT038: 보훈 본인부담 구분코드)

구 분	비 고
1:「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 제5조제3항 및 제9조제3호에 의거 본인부담금액의 10/100을 부담하는 전상군경등에 해당하는 경우 '1'을 기재	- 보훈국비지원비용의 10% 본인부담 (본인일부부담금의 90% 지원) - 2018.1.1. 진료분부터 전액 지원 (2018.1.1. 진료분부터 특정내역 MT038 '1' 삭제)
2: 보훈 국비환자 중 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 제5조제1항 단서 및 제9조 단서의 일부본인부담 대상 전상군경등에 해당하는 경우 '2'를 기재	- 보훈국비지원비용의 20% 본인부담 (본인일부부담금의 80% 지원) - 2018.1.1. 진료분부터 보훈국비지원 비용의 10% 본인부담 (본인일부부담금의 90% 지원)

○ 질환유형별 청구서 및 명세서 구분코드

국비환자	질환유형	위탁진료 요양기관			약 국		
		청구서 구분 (보험자)	명세서 구분 (공상구분)	특정 내역 (MT038)	청구서 구분 (보험자)	명세서 구분 (공상구분)	특정 내역 (MT038)
·국가유공자(1~7급) ·고엽제 등급판정자 ·고엽제휴유(의)증 환자(고엽제후유증 2세환자 포함)	국비질환 (상이처 또는 승인질환)	7	7	-	7	7	-
	국비질환 외의 타질환	4, 5	4	-	7	7	-
		4, 5	4	2	4, 5[주2)]	4	2
·고엽제 등급 기준 미달자[주1)] ·경상이자	국비질환 (상이처 또는 승인질환)	7	7	-	7	7	-
	국비질환 외의 타질환	4, 5	0[주3)]	-	4, 5	0	-
·무자격자	전 질환	7	7	-	7	7	-
	국비질환 외의 타질환	7	7	2	7	7	2

주1) 고엽제 등급기준 미달자 또는 경상이자의 경우 국비질환 외의 타(일반) 질환은 국비지원 대상이 아님

주2) 약국은 보훈국비환자 중「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」제2조제3의2 "일부본인부담대상 전상군경 등" 국비질환 외 타(일반) 질환 조제의 경우, 보험자종별구분란에 7 → 4(5), 공상등구분란에 7 → 4를 기재 [2013.1.1. 청구분부터]

☞ 보험자 종별구분 '5'는 청구명세서 작성 시 의료급여 청구방법에 따름

주3) 서면의 경우 '0'은 기재하지 않음

항 목	세 부 작 성 요 령
3) 명세서 기재요령	□ 진료내역 기재요령 ○ 급여구분에 따라 “01(진찰료)”항부터 “W(비급여)”항으로 구분하여 진료내역을 해당 항에 각각 기재한다. □ 요양급여비용 산정요령 ○ 요양급여비용총액 1 - 기본진료료, 약제 등 요양기관 종별가산율을 적용하지 않는 요양급여비용과 요양기관 종별가산율이 적용되는 진료행위료 및 가산금액을 모두 합하여 총 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재(보훈 등 100분의 100본인부담 및 비급여 금액 제외) ○ 본인일부부담금 -「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 본인일부부담금을 기재 - 본인일부부담금은 100원 미만 절사한 금액으로 기재하되, 입원진료의 경우에는 10원 미만 절사한 금액으로 기재 ○ 청구액 - 국비질환 진료(조제)분 (공상 등 구분 ‘7’): ‘0’으로 기재 - 국비질환 이외의 타(일반)질환 진료분 (공상 등 구분 ‘4’) : 요양급여비용총액 1에서 요양기관 본인일부부담률에 따른 금액을 제외한 금액으로 기재 ○ 진료비총액 - 비급여총액, 보훈 등 100분의100본인부담총액, 건강보험(의료급여) 100분의 100본인부담금총액 및 요양급여비용총액 1을 모두 합한 금액으로 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재 ○ 보훈청구액 - 진료비총액에서 본인일부부담금, 청구액, 보훈 본인일부부담금 및 건강보험(의료급여)100분의100본인부담금총액을 제외한 금액으로 기재 ○ 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액 - 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금을 합하여 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재

항 목	세 부 작 성 요 령
	○ 보훈 본인일부부담금 - 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 보훈 등 100분의100 본인부담액과 비급여를 합한 금액의 해당 본인일부부담금을 기재 - 본인일부부담금은 100원 미만 절사한 금액으로 기재하되, 입원진료의 경우에는 10원 미만 절사한 금액으로 기재 ○ 100분의100미만 총액 - A항, B항, D항 및 E항 치료재료, 약제 등 요양기관 종별가산율이 적용되지 않은 요양급여비용, 요양기관 종별가산율이 적용되는 진료행위와 가산금액을 합하여 총 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재 ○ 100분의100미만 본인일부부담금 -「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조에 따른 본인일부부담금을 기재하되 10원 미만 절사한 금액을 기재 ○ 100분의100미만 청구액(10원 미만 절사) - 100분의100미만 총액에서 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재 ○ 100분의100미만 보훈청구액 - 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 또는 보훈병원 국비일반(상이처, 무자격자) 및 보훈감면환자 명세서의 경우 100분의100미만 총액에서 100분의100미만 본인일부부담금 및 100분의100미만 청구액을 제외한 금액을 기재 **□ 명세서 작성예시** ○ 요양급여비용총액(33,380원), 보훈 등 100분의100본인부담총액(1,675원), 비급여총액(100,165원) 및 건강보험 100분의100본인부담금총액(15,000원), 100분의100미만 총액(548,740원), 100분의100미만 본인일부부담금총액(A항:274,370원) 기재 시(종합병원 외래인 경우)

항 목	세 부 작 성 요 령

- 보훈국비환자의 경우

구분	국비환자구분		산출방법	비고
	상이처, 무자격자	건강보험 가입자		
보훈 등 100분의100 본인부담 총액	1,675	좌동	'보훈 등 100/100'항의 (Ⅰ)란, (Ⅱ)란 금액과 요양기관 종별가산율을 합한 금액 (원미만 4사5입)	서면청구기관만 기재
비급여총액	100,165	좌동	'비급여'항의 (Ⅰ)란, (Ⅱ)란 금액과 요양기관 종별가산율을 합한 금액(원미만 4사5입)	
소계 1	29,137	좌동	"1"항부터 "T"항까지의 (Ⅰ)란, (Ⅱ)란의 해당 금액의 합계	
소계 2	3,860	좌동		
가산율(10%) 금액	386	좌동	진료행위 (Ⅱ)란의 소계란 금액에 요양기관종별 가산율을 곱한 금액 (원미만 4사5입) (소계2×요양기관종별가산율)	
요양급여 비용총액 1	33,380	좌동	- "1"항부터 "T"항까지의 기본진료, 약제 등 요양기관 종별가산율이 적용되지 않는 요양급여비용과 요양기관 종별가산율이 적용되는 진료행위료와 가산금액을 모두 합한 금액(10원 미만 절사) - 서면의 경우 소계1, 소계2, 가산율 금액을 합한 총 금액	
본인일부 부담금	0	좌동	{요양급여비용총액 1×본인부담률(100원 미만 절사)}에서 본인이 실제 부담한 금액('0')	
청구액	0	16,780	- 상이처, 무자격자(공상구분 '7')는 '0' - 건강보험(공상구분 '4')는 요양급여비용총액 1에서 요양기관 본인부담률에 따른 금액을 제외한 금액	
진료비총액	150,220	좌동	보훈 등 100분의100본인부담총액, 비급여총액, 건강보험 100분의100본인부담금총액, 요양급여비용총액 1을 합한 총 금액	
보훈청구액	136,720	118,440	진료비총액에서 본인일부부담금, 청구액 및 건강보험 100분의100본인부담금총액을 제외한 금액	
건강보험 100분의100 본인부담금총액	15,000	좌동	'건강보험 100/100본인부담'항의 (Ⅰ)란, (Ⅱ)란 금액과 요양기관 종별가산율을 합한 금액 (10원 미만 절사)	
보훈 본인 일부부담금	0	0		
100분의100 미만총액	548,740	548,740	100분의100미만 항의 총액 기재(10원 미만 절사)	
100분의100 미만본인일부부담금	0	0	본인이 실제 부담한 금액을 기재하는 것으로 해당사항 없음	
100분의100 미만 청구액	0	274,370	- 상이처, 무자격자: "0" - 건강보험(의료급여): 100/100미만총액에서 100/100미만 본인일부부담금을 제외한 금액	
100분의100 미만 보훈 청구액	548,740	274,370	- 상이처, 무자격자: 100/100미만총액 기재 - 건강보험(의료급여): 100/100미만총액에서 100/100미만 청구액을 제외한 금액을 기재	

항 목	세 부 작 성 요 령

- 일부본인부담대상 전상군경등의 국비질환 외 타(일반)질환의 경우

구분	국비환자구분		산출방법	비고
	무자격자	건강보험 가입자		
보훈 등 100분의100 본인부담 총액	1,675	좌동	'보훈 등 100/100'항의 (Ⅰ)란, (Ⅱ)란 금액과 요양기관 종별가산율을 합한 금액 (원미만 4사5입)	서면청구기관만 기재
비급여총액	100,165	좌동	'비급여'항의 (Ⅰ)란, (Ⅱ)란 금액과 요양기관 종별가산율을 합한 금액 (원미만 4사5입)	
소계 1	29,137	좌동	"1"항부터 "T"항까지의 (Ⅰ)란, (Ⅱ)란의 해당 금액의 합계	
소계 2	3,860	좌동		
가산율(10%) 금액	386	좌동	진료행위 (Ⅱ)란의 소계란 금액에 요양기관 종별 가산율을 곱한 금액 (원미만 4사5입) (소계2×요양기관종별 가산율)	
요양급여비 용총액 1	33,380	좌동	- "1"항부터 "T"항까지의 기본진료, 약제 등 요양기관 종별가산율이 적용되지 않는 요양급여비용과 요양기관 종별가산율이 적용되는 진료행위료와 가산금액을 모두 합한 금액 (10원 미만 절사) - 서면의 경우 소계1, 소계2, 가산율 금액을 합한 총 금액	
본인일부 부담금	3,300	1,600	{요양급여비용총액 1×본인부담률(100원 미만 절사)}에서 본인이 실제 부담한 금액	
청구액	0	16,780	- 상이처,무자격자(공상구분 '7')는 '0' - 건강보험(공상구분 '4')는 요양급여비용총액 1에서 요양기관 본인부담률에 따른 금액을 제외한 금액	
진료비총액	150,220	좌동	보훈 등 100분의100본인부담총액, 비급여총액, 건강보험 100분의100본인부담금총액, 요양급여비용총액 1을 합한 총 금액	
보훈청구액	121,820	106,740	진료비총액에서 본인일부부담금, 청구액, 건강보험 100분의100본인부담금총액 및 보훈 본인일부부담금을 제외한 금액	
건강보험 100분의100 본인부담금 총액	15,000	좌동	'건강보험 100분의100본인부담'항의 (Ⅰ)란, (Ⅱ)란 금액과 요양기관 종별가산율을 합한 금액(10원 미만 절사)	
보훈본인일 부부담금	10,100	좌동	'보훈 등 100분의100'항과 '비급여'항의 (Ⅰ)란, (Ⅱ)란 금액과 요양기관 종별가산율을 합한 금액의 본인이 실제 부담한 금액 (100원 미만 절사)	

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">구분</th><th colspan="2">국비환자구분</th><th rowspan="2">산출방법</th><th rowspan="2">비고</th></tr>
<tr><th>무자격자</th><th>건강보험
가입자</th></tr>
<tr><td>100분의100
미만 총액</td><td>548,740</td><td>548,740</td><td>100분의 100미만 항의 총액 기재
(10원 미만 절사)</td><td></td></tr>
<tr><td>100분의100
미만 본인일부
부담금</td><td>54,870</td><td>27,430</td><td>- 상이처,무자격자: 100분의100미만 총액의 10%를 기재
- 건강보험(의료급여): 100분의100미만 각 항별 본인부담률을 적용한 금액의 20%를 기재
(10원 미만 절사)</td><td></td></tr>
<tr><td>100분의100
미만 청구액</td><td>0</td><td>274,370</td><td>- 상이처,무자격자: “0”
- 건강보험(의료급여): 100분의100미만 총액에서 100분의100미만 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재</td><td></td></tr>
<tr><td>100분의100
미만 보훈
청구액</td><td>493,870</td><td>246,940</td><td>- 상이처,무자격자: 100분의100미만 총액에서 100분의100미만 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재
- 건강보험(의료급여): 100분의100미만 총액에서 100분의100미만 본인일부부담금과 100분의100미만 청구액을 제외한 금액을 기재</td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>4) 약제비 기재요령</td><td>※ 보훈국비환자가 보훈위탁진료 요양기관에서 발급받은 처방전에 따라 약국에서 조제한 경우 해당

□ 조제내역 기재요령
○ 급여구분에 따라 ‘01항(약가)’부터 ‘W항(비급여 약가)’으로 구분하여 ‘약가금액’을 각각 기재하며, 약국관리료, 조제기본료, 복약지도료, 조제료 및 의약품관리료는 “02항(조제료 등)”에 기재한다.

○ 다만, 비급여대상 의약품(건위소화제)이 보험급여 의약품보다 투약(조제)일수가 긴 경우 약국관리료, 조제기본료, 복약지도료, 조제료 및 의약품관리료는 “W항(비급여 약가)”에 기재한다.

□ 약제비 산정요령
○ 요양급여비용총액 1
- “01항(약가)”과 “02항(조제료 등)”을 합산한 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재(100분의100본인부담 및 비급여 제외)
○ 본인일부부담금
- 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 본인일부부담금을 기재하되, 100원 미만 절사한 금액으로 기재</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령
	○ 청구액 - 국비질환 진료(조제)분: '0'으로 기재 ○ 진료비총액 - 비급여총액, 보훈 등 100분의100본인부담총액, 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액 및 요양급여비용총액 1을 모두 합한 금액으로 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재 ○ 보훈청구액 - 진료비총액에서 본인일부부담금, 청구액, 보훈 본인일부부담금 및 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액을 제외한 금액으로 기재 ○ 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액 - 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금을 합하여 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재 ○ 보훈 본인일부부담금 -「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 보훈 등 100분의100 본인부담액과 비급여를 합한 금액의 해당 본인일부부담금을 기재하되, 100원 미만 절사한 금액으로 기재 ○ 100분의100미만 총액 - 100분의100미만항의 약제비용 총액에서 10원 미만 절사 ○ 100분의100미만 본인일부부담금 -「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조에 따른 본인일부부담금을 기재하되 10원 미만 절사한 금액을 기재 ○ 100분의100미만 청구액 - 보훈 국비환자 모두 "0"을 기재 ○ 100분의100미만 보훈청구액 - 100분의100미만 총액에서 100분의100미만 청구액 및 100분의100미만 본인 일부부담금을 제외한 금액을 기재 **□ 약제비 명세서 작성예시** (예시) 요양급여비용총액 1(22,860원), 보훈 등 100분의100본인부담총액(9,681원), 비급여총액(4,185원) 및 건강보험 100분의100본인부담금총액(15,000원), 100분의100미만 총액(A항:58,620원) 기재 시

항 목	세 부 작 성 요 령

- 보훈국비환자의 경우

구분	국비환자	산출방법	비고
보훈 등 100분의100 본인부담총액	9,681	'보훈 등 100분의100본인부담 약제비'항 (Ⅰ)란, (Ⅱ)란을 합한 금액 (원미만 4사5입)	서면청구기관만 기재
비급여총액	4,185	'비급여 약제비'항 (Ⅰ)란, (Ⅱ)란을 합한 금액 (원미만 4사5입)	
소계 1	13,946	'1.약제비'항 (Ⅰ)란 해당 금액의 합계	
소계 2	8,920	'1.약제비'항 (Ⅱ)란 해당 금액의 합계	
요양급여비용 총액 1	22,860	- '1.약가', '2.조제료 등'항의 요양급여비용을 합한 금액 (10원 미만 절사) - 서면의 경우 소계1, 소계2를 합한 금액	
본인일부부담금	0	{요양급여비용총액 1×본인부담률(100원 미만 절사)} 에서 본인이 실제 부담한 금액	
청구액	0	보훈국비환자는 모두 '0'을 기재	
진료비총액	51,720	보훈 등 100분의100본인부담총액, 비급여총액, 요양급여비용총액 1, 건강보험 100분의100본인부담금총액을 합한 총 금액(10원 미만 절사)	
보훈청구액	36,720	진료비총액에서 본인일부부담금, 청구액, 건강보험 100분의100본인부담금총액을 제외한 금액	
건강보험 100분의100본인부담금총액	15,000	'건강보험 100분의100본인부담 약제비'항 (Ⅰ)란을 합한 금액 (10원 미만 절사)	
보훈 본인일부부담금	0	보훈국비환자는 모두 '0'을 기재	
100분의100 미만 총액	58,620	100분의100미만 약제비항의 총액 기재 (10원 미만 절사)	
100분의100 미만 본인일부부담금	0	100분의100미만 약제비항에서 본인이 실제 부담한 금액	
100분의100 미만 청구액	0	보훈국비환자는 모두 '0'을 기재	
100분의100 미만 보훈 청구액	58,620	100분의100미만 약제비 총액 (10원 미만 절사)	

항 목	세 부 작 성 요 령

- 일부본인부담대상 전상군경등의 국비질환 외 타(일반)질환의 경우

구분	국비환자		산출방법	비고
	무자격자	건강보험 가입자		
보훈 등 100분의100 본인부담총액	9,681	9,681	'보훈 등 100분의100본인부담 약제비' 항 (Ⅰ)란, (Ⅱ)란을 합한 금액 (원미만 4사5입)	서면청구기관만 기재
비급여총액	4,185	4,185	'비급여 약제비'항 (Ⅰ)란, (Ⅱ)란을 합한 금액(원미만 4사5입)	
소계 1	13,946	13,946	'1.약제비'항 (Ⅰ)란 해당 금액의 합계	
소계 2	8,920	8,920	'1.약제비'항 (Ⅱ)란 해당 금액의 합계	
요양급여비용 총액 1	22,860	22,860	- '1.약가', '2.조제료 등' 항의 요양급여 비용을 합한 금액(10원 미만 절사) - 서면의 경우 소계1, 소계2를 합한 금액	
본인일부부담금	2,200	600	{요양급여비용총액 1×본인부담률(100원 미만 절사)}에서 본인이 실제 부담한 금액	
청구액	0	0	보훈국비환자는 모두 '0'을 기재	
진료비총액	51,720	51,720	보훈 등 100분의100본인부담총액, 비급여총액, 요양급여비용총액 1 및 건강보험 100분의100본인부담금총액을 합한 총 금액(10원 미만 절사)	
보훈청구액	33,220	34,820	진료비총액에서 본인일부부담금, 청구액, 건강보험 100분의100본인부담금 총액 및 보훈 본인일부부담금을 제외한 금액	
건강보험 100분의100 본인부담금총액	15,000	15,000	파스류 등 환자 전액본인부담 항목 기재: U항 총액 기재(10원 미만 절사)	
보훈 본인일부부담금	1,300	1,300	'보훈 등 100/100'항과 '비급여'항의 (Ⅰ)란, (Ⅱ)란 금액의 본인이 실제 부담한 금액(100원 미만 절사)	
100분의100 미만 총액	58,620	58,620	100분의100미만 약제비항의 총액 기재 (10원 미만 절사)	
100분의100 미만 본인일부부담금	5,860	2,930	- 상이처,무자격자: 100분의100미만 약제비 총액의 10%를 기재 - 건강보험(의료급여): 100분의100미만 각 항별 본인부담률을 적용한 금액의 10%를 기재 (10원 미만 절사)	
100분의100 미만 청구액	0	0	보훈국비환자는 모두 '0'을 기재	
100분의100 미만 보훈 청구액	52,760	55,690	100분의100미만 약제비 총액에서 100분의100미만 본인일부부담금과 100분의100미만 청구액을 제외한 금액을 기재	

항 목	세 부 작 성 요 령
5) 기타	**□ 초음파, MRI** - 보훈위탁진료 요양기관에서 보훈국비환자에게 초음파, MRI 산정시에는 해당 진단(검사)결과를 '특정내역기재란-기타내역(JX999 또는 MX999)'에 기재하여야 한다. ※ 서면청구기관의 경우에는 검사결과지를 첨부하여야 함 **□ 국비질환과 국비질환이외의 타(일반)질환 동시 진료시 청구방법** - 국비질환 및 타(일반)질환으로 명세서를 구분하여 각각 작성하되, 1일당 또는 방문당으로 산정하는 요양급여비용(입원료, 진찰료, 보건기관 방문당 수가 등)은 주된 진료를 기준으로 산정한다. **□ 국비질환과 국비질환이외의 타(일반)질환 동시진료 후 원외처방시 청구방법** ○ 대상자: 고엽제 등급기준 미달자 및 경상이자 ○ 보훈위탁진료 요양기관: 질환유형에 따른 투약목적(국비질환, 타질환)별 처방약제를 구분하여 처방전을 각각 발행한다. (처방전발급번호 각각 부여) - 국비질환 투여목적의 약제 처방전: '타보험과의 구분표시란' 「[✓]기타」 괄호안에 "보훈 상이처, 무자격자"로 기재 - 국비질환이외의 타(일반)질환 투여목적의 약제 처방전: 수진자의 해당 보험자 종별에 따라 '타보험과의 구분표시란' 「[ ]건강보험, [ ]의료급여 등」에 "✓" 표시 ○ 약국: 처방전별로 명세서를 각각 작성하되 약국관리료, 조제료 등 수기료는 조제일수가 긴 명세서(처방전)에 1회만 청구 ※ 조제일수가 동일한 경우(적은 경우 포함)에는 약제비용이 많은 명세서에 1회만 청구 **※ 국가유공자(4~7급)인 경우에는** ◦ 질환유형 구분없이 '타보험과의 구분표시란' 「[✓]기타」 괄호안에 "보훈 상이처, 무자격자" 로 기재하여 동일 처방전으로 발행 ◦ 단, 보훈 국비환자 중 일부본인부담대상 전상군경등의 국비질환 외의 타(일반) 질환인 경우 수진자의 해당 보험자 종별에 따라 '타보험과의 구분표시란' 「[ ]건강보험, [ ]의료급여 등」에 "✓" 표시하고, 「[✓]기타」 괄호안에 "보훈보험(or 급여)자격10%", "보훈무자격10%"를 기재하여 발행

항 목	세 부 작 성 요 령

□ **비급여 약제와 급여 약제 동시 조제시 비용 산정방법**

- 의약품관리료, 조제·복약지도료 등의 진료행위료는 조제일수가 긴 약제의 해당 '항'에 기재(산정)한다.

□ **100분의100본인부담 처방내역을 '특정내역(기재)란(JT999)'에 기재한다.**
(2018.8.31. 진료분까지 해당)

□ **치과 임플란트 본인일부부담 신설관련 지원 범위**

○ 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따라 전상군경 등의 65세 이상 사람의 치과임플란트 요양급여

구분	본인부담률	
	2014.7.9.	2018.1.1.
보훈 국비환자	10%	0%
일부본인부담 전상군경등	20%	10%

○ 타 상병 진료와 동시에 등록 치과임플란트 대상 진료 시 특정내역 구분코드 MT037에 'M'기재

○ 65세 이상 보훈국비환자가 국비질환으로 보훈위탁병원 입원 중 치과 임플란트 진료 시 명세서 작성 방법

- 명세서(2장)를 각각 분리하여 청구함
(특정내역 구분코드 MT038의 구분자 '1'은 2018.1.1. 진료분부터 삭제)

구분	특정내역 MT037	특정내역 MT038	본인부담률	본인부담상한제 적용유무
국비질환	기재하지 않음	기재하지 않음	0%	적용
등록 치과임플란트	M	1	10%	적용제외

나. 보훈감면환자 진료(조제)분

※ 보훈위탁진료 요양기관(동일한 기관에서 발행한 처방전에 따라 조제하는 약국포함)의 보훈감면환자 진료(조제)분인 경우에는 동 작성요령에 따라 요양급여비용을 산정한다.

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>1) 보훈감면환자 지원범위</td><td>※「위탁병원의 국가부담 진료비용의 산정과 청구·심사·지급에 관한 업무처리기준」(국가보훈부 고시)에 의함
□ 국비환자 질환유형별 국가 비용부담 범위
<table>
<tr><th rowspan="2">구분</th><th>보훈위탁진료 요양기관</th><th colspan="2">본인일부부담금 지원율</th></tr>
<tr><th>도서벽지지역주1)</th><th>보훈위탁진료 요양기관</th><th>약국</th></tr>
<tr><td>보훈감면 90%환자</td><td>-</td><td>90%주2)</td><td>-</td></tr>
<tr><td rowspan="2">보훈감면 60%환자</td><td>해당</td><td>60%주3)</td><td>60%</td></tr>
<tr><td>미해당</td><td>60%</td><td>-</td></tr>
</table>
주1) 제주특별자치도, 강원특별자치도, 경상북도 울릉군, 인천광역시 옹진군, 전라남도 완도군·신안군·진도군('24.7.1기준)
주2) 90%: 요양급여범위의 본인부담금 중 10% 환자본인부담
(단, 전액본인부담(100/100) 및 비급여 제외)
주3) 60%: 요양급여범위의 본인부담금 중 40% 환자본인부담
(단, 전액본인부담(100/100) 및 비급여 제외)

□ 감면진료 지원항목
○ 급여부문
- 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상
○ 전액본인부담(100/100) 및 비급여 제외</td></tr>
<tr><td>2) 심사청구서 및 명세서 구분방법</td><td>□ 감면환자 비용부담 범위에 따라 청구서 '보험자구분' 및 명세서 '공상 등 구분' 란에 해당 코드를 각각 기재하여 구분·작성한다.
○ 보험자 구분: 4(건강보험)
○ 공상 등 구분(약국만 기재)
<table>
<tr><th>구 분</th><th>비 고</th></tr>
<tr><td>6: 60%감면 보훈대상</td><td>본인일부부담금의 60% 지원</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>○ 특정내역(MT038: 보훈 본인부담 구분코드)
<table>
<tr><th>구 분</th><th>비 고</th></tr>
<tr><td>9: 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」제9조의2에 의거 본인부담금액의 10/100을 부담하는 경우 ‘9’를 기재</td><td>- 본인일부부담금의 90% 지원</td></tr>
<tr><td>4: 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」제9조의2에 의거 본인부담금액의 40/100을 부담하는 경우 ‘4’를 기재</td><td>- 본인일부부담금의 60% 지원</td></tr>
<tr><td>A: 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」제9조의2 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」제23조에 의거 본인부담금액의 40/100을 부담하는 경우 ‘A’를 기재</td><td>- 본인일부부담금의 60% 지원
※ 단, 도서벽지 지역 보훈위탁진료요양기관에서 발행된 처방전에 따라 조제한 보훈감면환자(60%)에 한함</td></tr>
</table>
○ 감면유형별 청구서 및 명세서 구분코드
<table>
<tr><th colspan="2">감면환자</th><th colspan="3">위탁진료 요양기관</th><th colspan="3">약국</th></tr>
<tr><th>감면율</th><th>도서벽지 지역</th><th>청구서 구분 (보험자)</th><th>명세서 구분 (공상구분)주)</th><th>특정내역 (MT038)</th><th>청구서 구분 (보험자)</th><th>명세서 구분 (공상구분)</th><th>특정내역 (MT038)</th></tr>
<tr><td>90%</td><td>-</td><td>4</td><td>0 (E)</td><td>9</td><td>4</td><td>0 (E)</td><td>-</td></tr>
<tr><td rowspan="3">60%</td><td>내</td><td>4</td><td rowspan="2">0 (E)</td><td>4</td><td rowspan="2">4</td><td>6</td><td>A</td></tr>
<tr><td>외</td><td>4</td><td>4</td><td>E</td><td>-</td></tr>
<tr><td>외</td><td>4</td><td>0 (E)</td><td>4</td><td>4</td><td>0 (E)</td><td>-</td></tr>
</table>
주) 서면의 경우 ‘0’은 기재하지 않음</td></tr>
<tr><td>3) 명세서 기재요령</td><td>□ 진료내역 기재요령
○ 급여구분에 따라 “01(진찰료)”항부터 “U(건강보험100분의100본인부담)”항으로 구분하여 진료내역을 해당 항에 각각 기재한다.</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령
	□ 요양급여비용 산정요령 ○ 요양급여비용총액 1 - 기본진료료, 약제 등 요양기관 종별가산율을 적용하지 않는 요양급여비용, 요양기관 종별가산율이 적용되는 진료행위료 및 가산금액을 모두 합하여 총 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재(건강보험 100분의100본인부담 및 비급여를 제외한 총 금액을 기재) ○ 본인일부부담금 -「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규정」에 따른 본인일부부담금을 기재 - 본인일부부담금은 100원 미만 절사한 금액으로 기재하되, 입원진료의 경우에는 10원 미만 절사한 금액으로 기재 ○ 청구액 - 요양급여비용총액 1에서 본인일부부담금과 보훈청구액을 제외한 금액을 기재 ○ 요양급여비용총액 2 - 요양급여비용총액 1과 건강보험100분의100본인부담금총액을 합하여 기재하되, 10원미만 절사한 금액을 기재 ○ 보훈청구액 -「국민건강보험법 시행령」별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표3에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)에서「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규정」에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재 ○ 건강보험 100분의100본인부담금총액 - 건강보험 100분의100본인부담금을 합하여 기재하되, 10원 미만 절사한 금액을 기재 ○ 100분의100미만 총액 - A항, B항, D항 및 E항 치료재료, 약제 등 요양기관 종별가산율이 적용되지 않은 요양급여비용, 요양기관 종별가산율이 적용되는 진료행위와 가산금액(원미만 4사5입)을 합하여 총 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재

항 목	세 부 작 성 요 령
	○ 100분의100미만 본인일부부담금 - 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」제3조에 따른 본인일부부담금 중 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규정」에 따른 본인일부부담금을 기재하되, 10원미만 절사한 금액을 기재 ○ 100분의100미만 청구액 - 100분의100미만 총액에서「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재 ○ 100분의100미만 보훈청구액 - 100분의100미만 총액에서 100분의100미만 본인일부부담금 및 100분의 100미만 청구액을 제외한 금액을 기재 ○ 100분의100미만 총액 - A항, B항, D항 및 E항 치료재료, 약제 등 요양기관 종별가산율이 적용되지 않은 요양급여비용, 요양기관 종별가산율이 적용되는 진료행위와 가산금액을 합하여 총 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재 ○ 100분의100미만 본인일부부담금 - 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조에 따른 본인일부부담금을 기재하되 10원 미만 절사한 금액을 기재 ○ 100분의100미만 청구액(10원 미만 절사) - 100분의100미만 총액에서 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재 ○ 100분의100미만 보훈청구액 - 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 또는 보훈병원 국비일반(상이처, 무자격자) 및 보훈감면환자 명세서의 경우 100분의100미만 총액에서 100분의100미만 본인일부부담금 및 100분의100미만 청구액을 제외한 금액을 기재

항 목	세 부 작 성 요 령

□ **명세서 작성예시**

○ 요양급여비용총액(33,380원), 보훈 등 100분의100본인부담총액(1,675원), 비급여총액(100,165원) 및 건강보험 100분의100본인부담금총액(15,000원), 100분의100미만 총액(274,370원), 100분의100미만 본인일부부담금총액(A항:137,190원) 기재 시 (종합병원 외래인 경우)

구분	감면율		산출방법	비고
	90%	60%		
보훈 등 100분의100 본인부담총액	0	좌동	보훈감면환자는 모두 '0'을 기재	서면청구기관만기재
비급여	0	좌동	보훈감면환자는 모두 '0'을 기재	
소계 1	29,137	좌동	"1항부터 "T"항까지의 (Ⅰ), (Ⅱ)란의 해당 금액의 합계	
소계 2	3,860	좌동		
가산율(10%) 금액	386	좌동	진료행위 (Ⅱ)란의 소계란 금액에 요양기관 종별가산율을 곱한 금액(원미만 4사5입) (소계 2 × 요양기관종별가산율)	
요양급여 비용총액 1	33,380	좌동	- "1"항부터 "T"항까지의 기본진료, 약제 등 요양기관 종별가산율이 적용되지 않는 요양급여비용과 요양기관 종별가산율이 적용되는 진료행위료와 가산금액을 모두 합한 금액(10원 미만 절사) - 서면의 경우 소계 1, 소계 2, 가산율 금액을 합한 총 금액	
본일일부 부담금	1,600	6,600	요양급여비용총액 1에서 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금(100원 미만 절사)	
청구액	16,780	좌동	요양급여비용총액 1에서 본인일부부담금과 보훈청구액을 제외한 금액	
요양급여 비용총액 2	48,380	좌동	건강보험100분의100본인부담금, 요양급여 비용총액 1을 합한 금액	
보훈청구액	15,000	10,000	「국민건강보험법 시행령」별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표3에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)에서 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액	
건강보험 100분의100 본인부담금 총액	15,000	좌동	건강보험100분의100본인부담금을 합한 금액 (10원 미만 절사)	

항 목	세 부 작 성 요 령
	<table><tr><th rowspan="2">구분</th><th colspan="2">감면율</th><th rowspan="2">산출방법</th><th rowspan="2">비고</th></tr><tr><th>90%</th><th>60%</th></tr><tr><td>보훈 본인 일부부담금</td><td>0</td><td>0</td><td>해당없음</td><td></td></tr><tr><td>100분의 100미만총액</td><td>274,370</td><td>좌동</td><td>100분의100미만 항의 총 금액 (10원 미만 절사)</td><td></td></tr><tr><td>100분의 100미만 본인일부 부담금</td><td>13,710</td><td>54,870</td><td>「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조에 따른 본인일부부담금 중 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금액(10원 미만 절사)</td><td></td></tr><tr><td>100분의 100미만 청구액</td><td>137,190</td><td>좌동</td><td>100분의100미만 총액에서 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」제3조에 따른 본인부담금을 제외한 금액</td><td></td></tr><tr><td>100분의 100미만 보훈청구액</td><td>123,470</td><td>82,310</td><td>100분의100미만 총액에서 100분의100미만 본인일부부담금 및 100분의100미만 청구액을 제외한 금액</td><td></td></tr></table>
4) 약제비 기재요령	※ 도서벽지 지역*에 소재한 보훈위탁진료 요양기관에서 발행된 처방전에 따라 조제한 보훈감면환자(60%)만 해당 * 제주특별자치도, 강원특별자치도, 경상북도 울릉군, 인천광역시 옹진군, 전라남도 완도군·신안군·진도군('24.7.1.기준) □ 조제내역 기재요령 ○ 급여구분에 따라 '01항(약가)'부터 'U항(건강보험100분의100본인부담)'으로 구분하여 '약가금액'을 각각 기재하며, 약국관리료, 조제기본료, 복약지도료, 조제료 및 의약품관리료는 '02항(조제료 등)'에 기재한다. □ 약제비 산정요령 ○ 요양급여비용총액 1 - "01항(약가)"과 "02항(조제료 등)"을 합산한 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재(건강보험 100분의100본인부담 및 비급여 제외) ○ 본인일부부담금 - 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 기재하되, 100원 미만 절사한 금액으로 기재

항 목	세 부 작 성 요 령
	○ 요양급여비용총액 2 - 요양급여비용총액 1과 건강보험 100분의100본인부담금총액을 합하여 기재하되, 10원미만 절사한 금액을 기재 ○ 청구액 - 요양급여비용총액 1에서 본인일부부담금과 보훈청구액을 제외한 금액을 기재 ○ 보훈청구액 -「국민건강보험법 시행령」별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표3에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)에서「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」및「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재 ○ 100분의100미만 총액 - 100분의100미만항의 약제비용 총액에서 10원 미만 절사 ○ 100분의100미만 본인일부부담금 -「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」제3조에 따른 본인일부부담금 중「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」및「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 기재하되, 10원미만 절사한 금액을 기재 ○ 100분의100미만 청구액 - 100분의100미만 총액에서「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」제3조에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재 ○ 100분의100미만 보훈청구액 - 100분의100미만 총액에서 100분의100미만 청구액 및 100분의100미만 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재 □ 명세서 작성예시 ○ 요양급여비용총액(22,860원), 비급여총액(4,185원), 건강보험 100분의100 본인부담금총액(15,000원), 100분의100미만 총액(A항:58,620원) 기재 시

항 목	세 부 작 성 요 령

구분	감면율(60%)	산출방법	비고
보훈 등 100분의100 본인부담총액	0	보훈감면환자는 모두 '0'을 기재	서면청구기관만기재
비급여	0	보훈감면환자는 모두 '0'을 기재	
소계 1	13,946	'1.약제비'항 (Ⅰ)란 해당 금액의 합계	
소계 2	8,920	'1.약제비'항 (Ⅱ)란 해당 금액의 합계	
요양급여 비용총액 1	22,860	- '1.약가', '2.조제료 등'항의 요양급여비용을 합한 금액(10원 미만 절사) 서면의 경우 소계1, 소계2를 합한 금액	
본일일부 부담금	2,700	요양급여비용총액 1에서 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금 (100원 미만 절사)	
청구액	16,060	요양급여비용총액 1에서 본인일부부담금과 보훈청구액을 제외한 금액을 기재	
요양급여 비용총액 2	37,860	건강보험100분의100본인부담금, 요양급여비용총액 1을 합한 금액	
보훈청구액	4,100	「국민건강보험법 시행령」별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표3에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)에서 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액	
건강보험 100분의100 본인부담금 총액	15,000	건강보험100분의100본인부담금을 합한 금액 (10원 미만 절사)	
보훈 본인 일부부담금	0	해당없음	
100분의 100미만총액	58,620	100분의100미만 약제비항의 총 금액(10원 미만 절사)	
100분의 100미만 본인일부 부담금	11,720	「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」제3조에 따른 본인일부부담금 중 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금액 (10원 미만 절사)	
100분의 100미만 청구액	29,310	100분의100미만 총액에서 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」제3조에 따른 본인부담금을 제외한 금액	
100분의 100미만 보훈청구액	17,590	100분의100미만 총액에서 100분의100미만 본인일부부담금 및 100분의100미만 청구액을 제외한 금액	

6. 희귀질환자 의료비지원사업에 따른 명세서 작성요령

항 목	세 부 작 성 요 령
가. 일반원칙	□ 지원대상자 - “희귀질환자 의료비지원사업 대상질환”에 해당하는 건강보험 가입자 중 희귀질환자 산정특례에 등록된 자에 한하여 환자가구와 부양의무자가구의 소득 및 재산이 기준을 만족하는 자 □ 지원대상 질환 - 크로이츠펠트-야콥병(A81.0) 등 1,272종 희귀질환 ※『2024년도 희귀질환자 의료비지원사업 안내』의 지원대상 질환목록 참조 (https://helpline.kdca.go.kr) □ 지원대상 관리 ○ 지원대상 범위 - 희귀질환의 진료 및 그 합병증으로 인한 진료에 소요된 의료비 중 요양급여분의 본인부담금(당일 발행한 처방전으로 약국 등 요양기관에서 의약품을 조제받는 경우도 포함됨) - 입원은 동일 진료과목 진료분, 외래는 같은 날 동일의사 진료분까지 본인부담금 지원함 - 지원대상 질환 및 그 합병증으로 인한 다른 진료과목 진료나 다른 의사의 진료를 받아 발생한 진료비용의 경우도 지원대상임 ○ 지원제외대상 - 비급여, 전액본인부담금(100/100) 및 100/100미만본인부담, 상급종합·종합병원·병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인의료재활시설)·정신병원 일반입원실의 2·3인실 및 정신과 입원실의 2·3인실 입원료, 한방 추나요법 ○ 지원대상자의 퇴록 - 장기이식: 만성신장병(N18)을 제외한 질환은 장기이식 후에도 지원 자격을 유지하며 만성신장병(N18)은 이식수술한 날까지 발생된 장기이식 관련 의료비는 지원하되, 장기이식수술을 실시한 날로 퇴록함
나. 요양급여비용 산정방법	지원대상 질환 진료와 지원대상이 아닌 타 상병에 대한 진료가 동시일 경우 지원 대상 진료분과 타 상병 진료분은 각각 분리 작성한다. □ 희귀질환자의 “지원대상 질환 진료분”인 경우 ○ 명세서 ‘공상 등 구분’란: ‘H’ 기재

항 목	세 부 작 성 요 령

○ 요양급여비용 산정방법

구분	산정방법
본인일부부담금	‘희귀질환자 의료비지원사업’에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 포함하여 기재
지원금	‘희귀질환자 의료비지원사업’에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용 기재

(예시1) 외래 요양급여비용총액 1이 100,000원인 경우

공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금	지원금	청구액
H	100,000	100,000	10,000	10,000	90,000

(예시2) 입원 요양급여비용총액 1이 500만원, 지원금 산정 제외 수가(상급종합 3인실 입원료)를 포함하여 청구한 경우

공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금	지원금[주]	청구액
H	500만원	500만원	70만원	510,780원	430만원

주) 지원금: 70만원(본인일부부담금)-{473,040원(3인실 입원료 총액)×40%(3인실 입원료 본인부담률)}=510,784원 ⇒ 510,780원(10원 미만 절사)

□ 희귀질환자의 “지원대상 질환과 동시에 진료한 타 상병 진료분”인 경우

○ 타 상병(기왕증 포함) 진료분의 범위

- 동일 진료과목(입원), 동일의사(외래)에게 지원대상 질환과 동시에 진료받은 질환 이외의 진료분

○ 기재요령

구분	기 재 방 법
상해외인	“I” 기재
(당월) 요양급여일수, 입원일수, 내원일수	타 상병 진료 또는 희귀질환 진료 관련 요양급여일수(또는 입원(내원)일수)만 기재 (중복되는 기간은 산정하지 않음)
당월 요양개시일, 내원일자	해당 명세서의 타 상병 진료 또는 희귀질환 진료를 최초 실시한 날

※ 상해외인 I: 희귀질환 지원대상자가 의료비 지원대상(합병증 포함)과 동시에 타 상병 진료로 별도의 명세서를 작성하거나 타상병 치료에 대한 진료기간 중 지원대상 상병(합병증 포함) 진료로 별도의 명세서 작성시 기재

○ 다만, DRG 진료분의 경우는 별도의 명세서 구분 없이 DRG 산정기준에 따라 일괄 청구함(의료비 지원대상임)

항 목	세 부 작 성 요 령

□ 본인부담상한제 적용 명세서 분철방법

○ 입원기간 중 지원대상자로 등록 및 본인부담상한제가 적용된 경우
- 등록이전과 등록이후(H) 명세서 분리청구

(예시) 등록 전 요양급여비용총액 1이 1,200만원, 등록 이후 요양급여비용총액 1이 3,000만원인 경우(본인부담상한액: '24년 808만원을 적용받는 경우)

	공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금주1)	지원금	본인부담 상한액초과금	청구액
등록 전	-	1,200만원	1,200만원	240만원	-	-	960만원

	공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금주2)	지원금 주3)	본인부담 상한액초과금주4)	청구액
등록 후	H	3,000만원	3,000만원	300만원	300만원	-	2,700만원

주1) 본인일부부담금: 1,200만원(요양급여비용총액 1)×20%(입원환자 본인부담률)=240만원 (10원 미만 절사)

주2) 본인일부부담금: 3,000만원(요양급여비용총액 1)×10%(산정특례 본인부담률)=300만원 (10원 미만 절사)

주3) 지원금: '희귀질환자 의료비지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용(=본인일부부담금)

주4) 본인부담상한액초과금: 본인일부부담금(540만원) 중 지원금(300만원)을 제외하여 본인부담상한액(808만원)을 초과한 금액

○ 동일 입원기간 중 지원대상 진료와 타 진료 분리 및 본인부담상한제 적용된 경우
- 지원대상 진료(H) 및 타 진료(I) 명세서 분리청구

(예시) 지원대상 진료 요양급여비용총액 1이 2,000만원, 타 진료 요양급여비용총액 1이 4,800만원인 경우(본인부담상한액: '24년 808만원을 적용받는 경우)

	공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금주1)	지원금 주2)	본인부담 상한액초과금	청구액
지원대상 진료	H	2,000만원	2,000만원	200만원	200만원	-	1,800만원

	상해 외인	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금주3)	지원금	본인부담 상한액초과금주4)	청구액
타 진료	I	4,800만원	4,800만원	960만원	-	152만원	3,840만원

주1) 본인일부부담금: 2,000만원(요양급여비용총액 1)×10%(산정특례 본인부담률)=200만원 (10원 미만 절사)

주2) 지원금: '희귀질환자 의료비지원사업'에서 해당 지원대상자에게 지원하는 비용(=본인일부부담금)

주3) 본인일부부담금: 4,800만원(요양급여비용총액 1)×20%(입원환자 본인부담률)=960만원 (10원 미만 절사)

주4) 본인부담상한액초과금: 본인일부부담금(1,160만원) 중 지원금(200만원)을 제외하여 본인부담상한액(808만원)을 초과한 금액

항 목	세 부 작 성 요 령
다. 기타	□ **지원방법** ○ 진료비 심사 후 지급 - 국민건강보험공단은 건강보험심사평가원이 지원 대상자의 의료비를 심사한 이후 요양기관에 요양급여 본인부담금을 지급 (본인부담금 청구 후 15~22일 소요) ※ 공휴일(토요일 포함)은 제외되며, 예탁금 부족 등 불가피한 사유가 있을 경우, 일시적으로 지연 지급될 수 있음

7. 차상위 본인부담경감대상자 지원사업에 따른 명세서 작성요령

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>가. 일반원칙</td><td>□ 지원 관리
○ 의료급여 수급권자였던 차상위 희귀난치성·중증질환자와 만성질환자, 18세 미만 아동을 건강보험 가입자로 전환 관리

□ 지원 대상자
○ 희귀질환자·중증난치질환자·중증질환자
- 보건복지부장관이 고시하는 희귀난치성질환 또는 중증질환을 가진 자
☞「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시)에 따른 희귀질환자, 중증난치질환자, 중증질환(암환자, 중증화상환자) 및 결핵질환자 및 잠복결핵감염자 산정특례대상

○ 만성질환자
- 희귀질환, 중증난치질환 또는 중증질환 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나, 6개월 이상 치료를 필요로 하는 자
☞ 희귀질환, 중증난치질환 및 중증질환자 중 건강보험 산정특례 미등록자 포함

○ 18세 미만인 자(18세가 도래되는 날이 속하는 해)

□ 지원 내용
○ 요양급여비용 본인부담 경감
- 대상자는 의료급여와 유사한 수준의 본인부담금만 부담하고, 일반 건강보험가입자 본인부담금과의 차액은 국고에서 지원

○ 건강보험료 지원
- 지역가입자에 대한 보험료 전액 국고지원</td></tr>
<tr><td>나. 명세서 구분 및 적용방법</td><td>□ 요양급여비용 명세서 구분
○ 건강보험(보험자구분 ‘4’) 명세서에 진료형태(입원, 외래)별로 각각 구분하여 일반 건강보험 진료분과 함께 청구한다.

○ 차상위 본인부담경감 대상자 진료분 구분을 위한 별도의 구분자를 명세서 ‘공상 등 구분’란에 기재한다.

<table>
<tr><th>공상 등 구분</th><th>대상자</th></tr>
<tr><td>C</td><td>차상위 희귀질환·중증난치질환 또는 중증질환 본인부담경감대상자</td></tr>
<tr><td>E</td><td>차상위 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자</td></tr>
<tr><td>F</td><td>차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>□ 각종 진료수가, 요양기관 종별가산율 등 요양급여비용은 건강보험 적용 방법에 따라 산정(적용)한다.</td></tr>
<tr><td>다. 요양급여 비용 산정방법</td><td>
□ 요양급여비용의 산정
○ 요양급여비용총액 1
- ‘01항~S항’까지의 기본진료, 약제 등 요양기관 종별가산율이 적용되지 않는 요양급여비용과 요양기관 종별가산율이 적용되는 진료행위료와 가산금액을 모두 합한 금액에서 10원 미만의 끝수는 절사하여 기재한다.

○ 본인일부부담금
- 「국민건강보험법 시행령」 [별표 2] 제3호 라목에 따른 본인일부부담금을 기재하며, 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자의 경우는 ‘장애인복지사업’에서 지원하는 장애인의료비를 제외한 금액을 기재한다.
※ 의원급 외래에서 본인일부부담금은 100원 미만 절사한 금액으로 산정해야 하나 장애인의료비가 발생된 경우에는 정액본인부담액에서 장애인의료비(750원)를 제외한 금액으로 기재

○ 청구액
- 요양급여비용총액 1에서 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재하며, 장애인의료비가 발생한 경우에는 요양급여비용총액 1에서 본인일부부담금과 장애인의료비를 제외한 금액을 기재한다.

○ 장애인의료비
- ‘장애인복지사업’에서 지원하는 본인일부부담금 지원 금액을 기재한다.
(비급여, 전액본인부담, 선별급여(100/100미만 본인부담), 식대, 65세 이상 틀니·임플란트, 상급종합·종합병원·병원·한방병원·정신병원 2·3인실 입원료 본인일부부담금, 한방 추나요법 의료비, 연간 외래진료 횟수 365회 초과 대상자의 외래진료는 지원금에서 제외)
<table>
<tr><th>구 분</th><th colspan="2">장애인의료비 지원금액</th></tr>
<tr><td rowspan="2">외 래</td><td>의원급</td><td>750원</td></tr>
<tr><td>병원급이상</td><td>본인일부부담금 전액</td></tr>
<tr><td>입 원</td><td colspan="2">본인일부부담금 전액(단, 식대금액은 제외)</td></tr>
</table>
※ 장애인의료비 청구시 요양기관에서 별도 보장기관기호를 표기할 필요 없음
</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령
라. 작성예시	□ 차상위 희귀질환·중증난치질환 또는 중증질환 본인부담경감대상자가 A병원에 입원한 경우 - 입원 요양급여비용총액 1(50만원) 중 식대비용이 9만원(기본식대비용 5만원, 가산식대비용 4만원)

▶ 정보통신망, 전산매체 및 서면으로 청구하는 경우

공상 등 구분	요양급여비용 총액 2	요양급여비용 총액 1	본인일부부담금	청구액
C	500,000	500,000	10,000주)	490,000

주) 기본식대비용(5만원)의 20% 금액

□ 차상위 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자가 B의원 외래에 내원하여 두부CT 촬영 후 원외처방 없이 원내주사만 1회 투여한 경우

- 요양급여비용총액 1(12만원) 중 두부CT 비용이 8만원

▶ 정보통신망 및 전산매체로 청구하는 경우

공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금	청구액	특정내역기재란
					MT020주2)
E	120,000	120,000	12,700주1)	107,300	01

주1) 정액본인부담액(1,500원)과 두부CT 비용의 14%(11,200원)를 합한 금액
주2) MT020: '원내 직접조제·투약횟수'를 표시하는 특정내역 구분코드

▶ 서면으로 청구하는 경우

공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금	청구액	직접조제 횟수란
E	120,000	120,000	12,700주)	107,300	01

주) 정액본인부담액(1,500원)과 두부CT 비용의 14%(11,200원)를 합한 금액

□ 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자가 C의원 외래에 내원하여 원외처방 없이 원내주사 1회 투여한 경우

▶ 정보통신망 및 전산매체로 청구하는 경우

공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금	장애인 의료비	청구액	특정내역기재란
						MT020주)
F	25,000	25,000	750	750	23,500	01

주) MT020: '원내 직접조제·투약횟수'를 표시하는 특정내역 구분코드

항 목	세 부 작 성 요 령

▶ 서면으로 청구하는 경우

공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금	장애인 의료비	청구액	직접조제 횟수란
F	25,000	25,000	750	750	23,500	01

□ 차상위 장애인 만성질환18세미만 본인부담경감대상자가 D병원에 입원한 경우
- 입원 요양급여비용총액 1(50만원) 중 식대비용이 9만원(기본식대금액이 5만원, 가산식대금액이 4만원)

▶ 정보통신망 및 전산매체로 청구하는 경우

공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금	장애인의료비	청구액
F	500,000	500,000	10,000주1)	57,400주2)	432,600

주1) 기본식대비용(5만원)의 20% 금액
주2) (요양급여비용총액 1-식대금액)의 14% 금액

▶ 서면으로 청구하는 경우

공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금	장애인의료비	청구액
F	500,000	500,000	10,000주1)	57,400주2)	432,600

주1) 기본식대비용(5만원)의 20% 금액
주2) (요양급여비용총액 1-식대금액)의 14% 금액

8. 계약의사(협약의료기관 의사)진료 명세서 작성요령

항 목	세 부 작 성 요 령
가. 일반원칙	□ 대상자 - 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설(「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양기관을 포함)내 시설입소자(사회복지시설에서 숙식하는 자를 뜻함) □ 해당 의사 - 의료기관에 소속된 계약의사 또는 협약의료기관 의사
나. 명세서 구분 및 작성방법	□ 명세서 구분 작성 ○ 계약의사(또는 협약의료기관 의사) 진료분 구분을 위한 별도의 명세서 구분자를 기재한다. - 명일련 단위 특정내역 구분코드 'MT001'(상해외인)란에 "J" 기재 ※ 서면으로 청구하는 경우: '상해외인'란에 "J" 기재 □ 요양급여비용 산정 대상 ○ 의료기관에 소속한 계약의사 또는 협약의료기관의 의사가 사회복지시설(「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양기관을 포함)내에서 시설입소자(사회복지시설에서 숙식하는 자를 뜻함)에게 진료 후 원외처방전을 발행한 경우 ○ 계약의사가 소속된 의료기관(또는 협약의료기관) 및 사회복지시설이 모두 의약분업예외지역에 위치해 있어 사회복지시설에서 진료 후 의료기관에서 원내조제하거나 한의사가 원내조제한 경우 ○ 사회복지시설에서 정신질환자(F20~F99)를 진료 후 의료기관에서 원내 직접조제·투약한 경우 ○ 동 원외처방전에 따른 약국의 처방조제분 □ 요양급여비용 산정방법 ○ 산정가능항목 - 원외처방에 소요된 비용 · 요양기관종별 재진진찰료 중 외래관리료 소정점수 ☞ 계약한의사 및 협약 한방의료기관의 의사는 진찰료에 외래관리료가 포함되어 있지 않아 산정할 수 없음

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>- 원외처방전
· 시설내 처방에 대하여 의료기관 원내 직접조제 범위에 해당되어 원내 직접조제한 경우 약제비 산정가능함(의약품관리료 및 조제료 포함)

○ 시설내 진료와 의료기관 방문 진료가 동일 날 함께 발생한 경우(시설내 진료와 의료기관 방문 진료후 입원한 당일 포함)에는 진료내역을 구분하여 명세서를 각각 작성함</td></tr>
<tr><td>다. 작성예시</td><td>□ A의원에 소속된 계약의사가 장기요양기관(노인요양시설)에서 진료 후 원외처방전을 발급한 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

<table>
<tr><th rowspan="2">요양급여
비용총액 2</th><th rowspan="2">요양급여
비용총액 1</th><th rowspan="2">본인일부
부담금</th><th rowspan="2">청구액</th><th>특정내역기재란</th></tr>
<tr><th>MT001주2)</th></tr>
<tr><td>3,410</td><td>3,410</td><td>1,000주1)</td><td>2,410</td><td>J</td></tr>
</table>
주1) 의원급 65세 이상이지만 본인부담률 30% 적용(100원 미만 절사)
주2) MT001: ‘상해외인’을 표시하는 특정내역 구분코드

▶ 서면으로 청구하는 경우

<table>
<tr><th>요양급여
비용총액 2</th><th>요양급여
비용총액 1</th><th>본인일부
부담금</th><th>청구액</th><th>상해외인란</th></tr>
<tr><td>3,410</td><td>3,410</td><td>1,000주)</td><td>2,410</td><td>J</td></tr>
</table>
주) 의원급 65세 이상이지만 본인부담률 30% 적용(100원 미만 절사)

□ 협약의료기관인 B병원 의사가 사회복지시설에서 암상병 관련 진료 후 원외처방전을 발급한 경우(등록 암환자)

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

<table>
<tr><th rowspan="2">요양급여
비용총액 2</th><th rowspan="2">요양급여
비용총액 1</th><th rowspan="2">본인일부
부담금</th><th rowspan="2">청구액</th><th colspan="2">특정내역기재란</th></tr>
<tr><th>MT001</th><th>MT002</th></tr>
<tr><td>4,330</td><td>4,330</td><td>200주)</td><td>4,130</td><td>J</td><td>V193</td></tr>
</table>
주) 본인부담률 5% 적용, 등록암환자 특정기호(V193) 함께 기재

▶ 서면으로 청구하는 경우

<table>
<tr><th>요양급여
비용총액 2</th><th>요양급여
비용총액 1</th><th>본인일부
부담금</th><th>청구액</th><th>상해외인란</th><th>특정기호란</th></tr>
<tr><td>4,330</td><td>4,330</td><td>200주)</td><td>4,130</td><td>J</td><td>V193</td></tr>
</table>
주) 본인부담률 5% 적용, 등록암환자 특정기호(V193) 함께 기재</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령

□ 협약의료기관인 A병원 의사가 장기요양기관(노인요양시설)에서 **차상위 만성질환자 진료** 후 원외처방전을 발급한 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금	청구액	특정내역기재란
					MT001[주2)]
E	4,330	4,330	1,000[주1)]	3,330	J

주1) 원외처방전을 발급한 경우 정액본인부담액(1,000원) 기재
주2) MT001: '상해외인'을 표시하는 특정내역 구분코드

▶ 서면으로 청구하는 경우

공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금	청구액	상해외인란
E	4,330	4,330	1,000[주1)]	3,330	J

주) 원외처방전을 발급한 경우 정액본인부담액(1,000원) 기재

□ A의원에 소속된 계약의사가 장기요양기관(노인요양시설)에서 **차상위 만성질환자 진료** 시 원내조제한 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금	청구액	특정내역기재란	
					MT001[주2)]	MT020[주3)]
E	3,410	3,410	1,500[주1)]	1,910	J	01

주1) 원내조제한 경우 정액본인부담액(1,500원) 기재
주2) MT001: '상해외인'을 표시하는 특정내역 구분코드
주3) MT020: '원내직접조제·투약횟수'를 표시하는 특정내역 구분코드

▶ 서면으로 청구하는 경우

공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금	청구액	상해외인란	직접조제 횟수란
E	3,410	3,410	1,500[주1)]	1,910	J	01

주) 원내조제한 경우 정액본인부담액(1,500원) 기재

□ A의원에 소속된 계약의사가 장기요양기관(노인요양시설)에서 **차상위 장애인 만성질환자 진료** 후 원외처방전을 발급한 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

항 목	세 부 작 성 요 령

공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금	장애인 의료비[주2]	청구액	특정내역기재란 MT001[주3]
F	3,410	3,410	250[주1]	750	2,410	J

주1) 원외처방전을 발급한 경우 정액본인부담액(1,000원) 중 장애인 의료비(750원)를 제외한 나머지 금액(250원)을 기재

주2) 장애인 의료비: 차상위 장애인 만성질환 · 18세미만 본인부담 경감대상자에게 '장애인복지사업'에서 지원하는 금액을 기재

주3) MT001: '상해외인'을 표시하는 특정내역 구분코드

▶ 서면으로 청구하는 경우

공상 등 구분	요양급여 비용총액 2	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금	장애인 의료비[주2]	청구액	상해외인란
F	3,410	3,410	250[주1]	750	2,410	J

주1) 원외처방전을 발급한 경우 정액본인부담액(1,000원) 중 장애인 의료비(750원)를 제외한 나머지 금액(750원)을 기재

주2) 장애인 의료비: 차상위 장애인 만성질환 · 18세미만 본인부담 경감대상자에게 '장애인 복지사업'에서 지원하는 금액을 기재

□ A의원에 소속된 계약의사가 장기요양기관(노인요양시설)에서 **차상위 장애인 만성질환자 진료** 시 원내조제한 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

공상 등 구분	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금	장애인 의료비[주2]	청구액	특정내역기재란 MT001[주3]	특정내역기재란 MT020[주4]
F	3,410	750[주1]	750	1,910	J	01

주1) 원내조제한 경우 정액본인부담액(1,500원) 중 장애인의료비(750원)를 제외한 나머지 금액(750원)을 기재

주2) 장애인 의료비: 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담 경감대상자에게 '장애인 복지사업'에서 지원하는 금액을 기재

주3) MT001: '상해외인'을 표시하는 특정내역 구분코드

주4) MT020: '원내직접조제·투약횟수'를 표시하는 특정내역 구분코드

▶ 서면으로 청구하는 경우

공상 등 구분	요양급여 비용총액 1	본인일부 부담금	장애인 의료비[주2]	청구액	상해외인란	직접조제 횟수란
F	3,410	750[주1]	750	1,910	J	01

주1) 원내조제한 경우 정액본인부담액(1,500원) 중 장애인 의료비(750원)을 제외한 나머지 금액(750원)을 기재

주2) 장애인 의료비: 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담 경감대상자에게 '장애인 복지사업'에서 지원하는 금액을 기재

Ⅳ. 요양병원 요양급여비용 작성요령

이 장에 별도로 정하지 않은 요양병원 입원 요양급여비용 심사청구서 및 명세서 작성요령은 Ⅰ~Ⅲ장 및 Ⅴ~Ⅷ장에 따른다.

1. 심사청구서 및 명세서 등 구분방법

항 목	세 부 작 성 요 령
가. 장기환자·제외환자	□ 요양병원에 입원한 환자의 경우 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(이하 "상대가치점수표"라 한다) 제3편제1부 요양병원 급여 일반원칙에 따라 장기환자와 제외환자로 명세서를 분리하여 청구서를 각각 작성한다. □ 요양병원에 입원한 장기환자의 요양급여비용은 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령(이하 "고시"라 한다) 제1편제2장제9조제9항에 따라 반드시 월단위로 구분하여 진료월 다음달 초일부터 월별로 청구한다.
나. 정액기간·특정기간	□ 요양병원에 입원한 장기환자는 고시 제1편제2장제8조제1항1호에 따라 요양병원형 수가 중 정액수가를 적용받는 기간과 특정기간인 행위별수가를 적용받는 기간으로 요양급여내역을 각각 분리하여 명세서를 작성한다. □ 상기 내역에 따라 명세서를 분리할 경우 정액수가 적용기간의 요양급여비용은 정액·정률 구분란에 "1"을 기재하여 작성(서면의 경우 별지 제10호의2서식) 하고, 특정기간인 행위별수가 적용기간의 요양급여비용은 정액·정률 구분란에 "2"로 기재하여 작성한다.(서면의 경우 별지 제10호서식)
다. 타보험 기왕증 진료	□ 자동차보험이나 산재보험 적용 환자가 입원중에 건강보험 적용 질환(기왕증)에 대해 진료를 받는 경우 해당 내역만 별도의 명세서에 작성하여 "제외환자"로 청구한다.

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>라. 심사청구서 및 명세서 구분방법 (입원환자)</td><td>
<table>
<tr><th colspan="3" rowspan="2">청구구분 \ 환자구분</th><th colspan="2">장기환자</th><th>제외환자</th></tr>
<tr><th>(정액수가)</th><th>특정기간
(행위별수가)</th><th>(행위별수가)</th></tr>
<tr><td rowspan="3">정보통신망</td><td>청구서</td><td>진료형태</td><td colspan="2">A: 요양병원 장기환자 입원(의과)</td><td>1: 의과입원</td></tr>
<tr><td rowspan="2">명세서</td><td>서식번호</td><td colspan="2">H120: 건강보험 의과 입원 요양급여비용 명세서</td><td>H020: 건강보험 의과 입원 요양급여비용 명세서</td></tr>
<tr><td>정액·정률 구분</td><td>1: 정액수가 적용</td><td>2: 행위별수가 적용</td><td>9: 정률</td></tr>
<tr><td rowspan="2">전산매체</td><td>청구서</td><td>진료형태</td><td colspan="2">A: 요양병원 장기환자 입원(의과)</td><td>1: 의과입원</td></tr>
<tr><td>명세서</td><td>정액·정률 구분</td><td>1: 정액수가 적용</td><td>2: 행위별수가 적용</td><td>9: 정률</td></tr>
<tr><td rowspan="2">서면</td><td colspan="2">청구서</td><td colspan="2">별지 제9호의3서식</td><td>별지 제9호의3서식</td></tr>
<tr><td colspan="2">명세서</td><td>별지 제10호의2서식</td><td>별지 제10호서식</td><td>별지 제10호서식</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

2. 명세서 일반내역

항 목	세 부 작 성 요 령
가. 청구구분	□ 고시 제1편제2장제8조제1항1호에 따라 장기환자가 동일 월에 정액수가 적용기간과 행위별수가 적용기간(특정기간) 등 여러 개의 명세서로 분리되는 경우 청구구분의 코드는 분리청구에 해당하는 구분코드 '3'을 기재한다. ※ 접수번호, 명세서일련번호에 대한 기재방법 ○ 최초 입원인 경우 - 최초 입원이면서 당월에 명세서가 분리된 경우 최초 입원일이 속한 명세서는 원청구로 작성한다. - 그 다음 명세서는 분리청구 명세서이므로 당초 청구한 명세서의 접수번호, 명세서일련번호는 각각 '9999999', '99999'로 기재한다. ○ 계속 입원인 경우 - 당초 청구한 명세서(전월 명세서)의 접수번호, 명세서일련번호를 당월에 분리된 모든 명세서에 동일하게 기재하되, 당초 청구한 명세서가 여러 개로 분리된 경우 명세서일련번호는 마지막 명세서의 일련번호를 기재한다.

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>(예시) 2024년 1월 5일 최초 입원한 경우
<table>
<tr><td>진료월</td><td>1월</td><td>1월</td><td>2월</td><td>2월</td><td>2월</td></tr>
<tr><td>접수번호</td><td>AAAAAAA</td><td>AAAAAAA</td><td>BBBBBBB</td><td>BBBBBBB</td><td>BBBBBBB</td></tr>
<tr><td>명세서일련번호</td><td>1</td><td>2</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td></tr>
<tr><td>청구구분</td><td></td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td></tr>
<tr><td>접수번호</td><td></td><td>9999999</td><td>AAAAAAA</td><td>AAAAAAA</td><td>AAAAAAA</td></tr>
<tr><td>명세서일련번호</td><td></td><td>99999</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr>
<tr><td>최초입원개시일</td><td></td><td>20240105</td><td>20240105</td><td>20240105</td><td>20240105</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>나. 본인일부부담금</td><td>□ 요양병원 입원환자의 본인일부부담금은 “요양급여비용 심사청구서·명세서 세부작성요령 Ⅲ. 요양급여비용 명세서 작성요령 1. 일반(공통)사항 가. 명세서 일반내역”의 7) 본인일부부담금과 같다.

□ 단, 「국민건강보험법 시행령」 제19조 제1항 [별표 2] 제1호 가목2)의 규정을 적용받는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 환자군에 해당하는 경우 본인일부부담률은 100분의 40으로 한다.</td></tr>
</table>

3. 명세서 진료내역

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>가. 요양병원 정액수가</td><td>□ 상대가치점수표 제3편제2부 [산정지침] 1.에 따라 산정하되, 그 금액을 “L항 01목”에 기재한다.

(예시) 의료고도 환자군에 해당하는 환자가 의사인력확보수준에 따른 입원료 차등 3등급과 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등 5등급인 요양병원에 계속 입원한 경우의 2024.7월분 명세서
▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table>
<tr><td>항</td><td>목</td><td>줄번호</td><td>코드 구분</td><td>코드</td><td>단가</td><td>일투</td><td>총투</td><td>금액</td></tr>
<tr><td>L</td><td>01</td><td>0001</td><td>1</td><td>A2100</td><td>59,500</td><td>1</td><td>31</td><td>1,844,500</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령
	▶ 서면으로 청구하는 경우

입원일수	31	일	(Ⅰ)	(Ⅱ)	코드	분 류	단가	일투	총투	금액
구 분										
L.요양병원정액	①31일		1,844,500원		A2100	의료고도	59,500	1	31	1,844,500

나. 특정항목

□ 상대가치점수표 제3편제2부 [산정지침] 3.에 따라 장기환자에게 정액수가를 적용하는 기간 동안 정액수가에 포함되지 않는 특정항목은 각 해당 항목에 기재한다.

(예시) 의사인력 확보수준에 따른 입원료 차등 3등급과 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등 5등급인 요양병원에 입원중인 의료고도 환자군에 해당하는 환자에게 일반식을 제공하고 재활기능 치료-보행치료를 실시한 경우 2024.7월분 명세서

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

항	목	줄번호	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
02	10	0001	1	Y2300	4,860	3	31	451,980
02	11	0002	1	Z0010	620	3	31	57,660
06	01	0003	1	MM302	16,570	1	21	347,970
L	01	0004	1	A2100	59,500	1	31	1,844,500

▶ 서면으로 청구하는 경우

구 분		(Ⅰ)	(Ⅱ)	코드	분 류	단가	일투	총투	금액
2.입원료	⑦기본식대 ⑧가산식대	451,980원 57,660원		Y2300 Z0010	일반식 일반식(영양사)	4,860 620	3 3	31 31	451,980 57,660
6.이학 요법료	① 1종	원	347,970원	MM302	재활기능치료 -보행치료	16,570	1	21	347,970
L.요양병원 정액	① 31일	1,844,500원		A2100	의료고도	59,500	1	31	1,844,500

다. 입원환자 의약품 관리료

□ 상대가치점수표 제3편제3부 [산정지침] 5.에 따라 입원환자 의약품관리료는 투약한 일수에 따라 특정기간이 종료되는 시점마다 각각 산정하여 “01항 03목”에 기재한다.

(예시) 2024.4.10일에 처음 입원한 장기환자가 2024.6.20일부터 7.14일까지 폐렴에 대한 치료로 매일 투약하고 행위별수가로 청구하는 경우 입원환자 의약품관리료는 특정기간 동안의 투약일수를 합산하여 7월 명세서에 작성

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우(2024.7월 명세서)
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>줄번호</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>01</td><td>03</td><td>0001</td><td>1</td><td>AL786</td><td>8,480</td><td>1</td><td>1</td><td>8,480</td></tr>
</table>
▶ 서면으로 청구하는 경우(2024.7월 명세서)
<table>
<tr><td colspan="2">입원일수 14 일
구 분</td><td>(Ⅰ)</td><td>(Ⅱ)</td><td>코드</td><td>분 류</td><td>단가</td><td>일투</td><td>총투</td><td>금액</td></tr>
<tr><td>1.진찰료</td><td>③ 의약품 관리료</td><td>8,480원</td><td></td><td>AL786</td><td>입원환자 의약품관리료 (16일~30일분)</td><td>8,480</td><td>1</td><td>1</td><td>8,480</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>라. 행위별 진료내역</td><td>□ 상대가치점수표 제3편제2부 [산정지침] 2.에 따른 정액수가를 적용하는 명세서에는 정액수가에 포함된 실제 행위별 진료내역을 “L항 81목 진찰료부터 94목 기타”란에 구분하여 해당 각 목에 기재하며 요양급여비용에는 산입하지 아니한다.

(예시) 의사인력 확보수준에 따른 입원료 차등 3등급과 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등 5등급인 요양병원에서 2024.7.1.일부터 2024.7.9일까지 의료고도로 입원한 환자에게 기본식사(완제품경관유동식-완제품)를 제공하고, 파모티딘정20mg(정액수가 포함항목)을 하루 2회씩 계속 복용 및 체위변경처치[1일당], 비강영양[1일당], 경피적혈액산소포화도측정[1일당]을 매일 실시한 경우
▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>줄번호</th><th>코드 구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>1회 투약량</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>02</td><td>10</td><td>0001</td><td>1</td><td>Y7001</td><td>5,200</td><td>1</td><td>3</td><td>9</td><td>140,400</td></tr>
<tr><td>L</td><td>01</td><td>0002</td><td>1</td><td>A2100</td><td>59,500</td><td>1</td><td>1</td><td>8</td><td>476,000</td></tr>
<tr><td>L</td><td>82</td><td>0003</td><td>1</td><td>AB500</td><td>21,930</td><td>1</td><td>1</td><td>8</td><td>175,440</td></tr>
<tr><td>L</td><td>83</td><td>0004</td><td>3</td><td>661901320</td><td>58</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td><td>1,044</td></tr>
<tr><td>L</td><td>88</td><td>0005</td><td>1</td><td>M0143</td><td>8,950</td><td>1</td><td>1</td><td>9</td><td>80,550</td></tr>
<tr><td>L</td><td>88</td><td>0006</td><td>1</td><td>Q2660</td><td>11,070</td><td>1</td><td>1</td><td>9</td><td>99,630</td></tr>
<tr><td>L</td><td>89</td><td>0007</td><td>1</td><td>E7230</td><td>8,670</td><td>1</td><td>1</td><td>9</td><td>78,030</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

4. 명세서 특정내역기재란

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>가. 명일련단위 작성 특정내역 항목</td><td>
□ MT010(폐렴 정보)
○ 요양병원의 장기환자에게 폐렴이 발생되어 행위별수가를 적용하는 경우 ‘폐렴 환자에 대한 점검표’ 6항목의 해당유무(각 사항에 해당하면 “Y”, 그렇지 않으면 “N”)와 진단일을 순서대로 기재한다.
- 기재형식: X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/ccyymmdd

(예시) 흉부방사선 상 신규의 폐침윤이 있고, 체온이 38.5℃이며, 백혈구 수 15,000/㎣, 새로 발생한 화농성 객담이 있고, 흉부 진찰소견 상 Rale 없고, PaO2 50mmHg로 2024.7.10일에 폐렴으로 진단한 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table>
<tr><th colspan="4">특정내역기재란</th></tr>
<tr><td>발생단위구분</td><td>줄번호</td><td>특정내역구분</td><td>특정내역</td></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td>MT010</td><td>Y/Y/Y/Y/N/Y/20240710</td></tr>
</table>
▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><td>특정내역</td><td>폐렴 정보, Y/Y/Y/Y/N/Y/20240710</td></tr>
</table>

□ MT011(패혈증 정보)
○ 요양병원의 장기환자에게 패혈증이 발생되어 행위별수가를 적용하는 경우 ‘패혈증 환자에 대한 점검표’ 5항목의 해당유무(각 사항에 해당하면 “Y”, 그렇지 않으면 “N”)와 진단일을 순서대로 기재한다.
- 기재형식: X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/ccyymmdd

(예시) pseudomonas aeruginosa 배양(+), 38.5℃, 심박동수 98회, 호흡수 30회, 백혈구수 12,000/㎣로 2024.7.21일에 패혈증으로 진단한 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table>
<tr><th colspan="4">특정내역기재란</th></tr>
<tr><td>발생단위구분</td><td>줄번호</td><td>특정내역구분</td><td>특정내역</td></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td>MT011</td><td>Y/Y/Y/Y/N/20240721</td></tr>
</table>
▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><td>특정내역</td><td>패혈증 정보, Y/Y/Y/Y/N/20240721</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>

□ MT058(체내출혈 정보)

○ 요양병원의 장기환자에게 체내출혈이 발생되어 행위별수가를 적용하는 경우 '체내출혈 환자에 대한 점검표' 3항목의 해당유무(각 사항에 해당하면 "Y", 그렇지 않으면 "N")와 시행일을 순서대로 기재한다.

- 기재형식: X(1)/X(1)/X(1)/ccyymmdd

(예시) 위장관 출혈로 혈변을 보여 혈액검사 후 2024년 7월 25일 수혈을 시행한 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

<table>
<tr><th colspan="4">특정내역기재란</th></tr>
<tr><th>발생단위구분</th><th>줄번호</th><th>특정내역구분</th><th>특정내역</th></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td>MT058</td><td>Y/Y/N/20240725</td></tr>
</table>

▶ 서면으로 청구하는 경우

특정내역	체내출혈 정보, Y/Y/N/20240725

□ MT063(요양병원 입원 중 진료의뢰)

○ 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따라 요양병원 입원 중인 산정특례 대상자를 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표3], [별표4] 및 [별표4의2]에 따른 산정특례 대상 상병명으로 다른 요양기관에 진료 의뢰한 경우 요양기관기호(의뢰한 요양병원은 의뢰받은 요양기관의 기관기호, 의뢰받은 요양기관은 의뢰한 요양병원의 기관기호)와 의뢰일자를 기재한다.

- 기재형식: 9(8)/ccyymmdd

(예시) A요양병원(12345678)에 입원 중인 등록 암환자(V193, 등록번호 0123456789)를 2024년 1월 5일 해당 암 상병 관련으로 B병원(23456789)으로 진료 의뢰한 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

<table>
<tr><th rowspan="2">구분</th><th colspan="4">특정내역기재란</th></tr>
<tr><th>발생단위구분</th><th>줄번호</th><th>특정내역구분</th><th>특정내역</th></tr>
<tr><td>A 요양병원</td><td>1</td><td></td><td>MT063</td><td>23456789/20240105</td></tr>
<tr><td>B 병원</td><td>1</td><td></td><td>MT063</td><td>12345678/20240105</td></tr>
</table>

▶ 서면으로 청구하는 경우

A 요양병원	특정내역	요양병원 입원 중 진료의뢰, 23456789/20240105
B병원	특정내역	요양병원 입원 중 진료의뢰, 12345678/20240105

</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령
나. 줄번호단위 작성 특정내역 항목	□ JT007(치매검사결과) ○ 치매치료제 중 Acetylcholinesterase inhibitor제제(예: 아리셉트정, 엑셀론정 등)나 memantine제제(예: 에빅사정 등)를 투여하거나 신경인지기능검사를 시행한 경우 MMSE 검사결과/검사실시일/CDR 검사결과/검사실시일/GDS 검사결과/검사실시일 순서대로 기재한다. - 기재형식: 9(2)/ccyymmdd/9(1).V9(1)/ccyymmdd/9(1)/ccyymmdd **(예시1)** 2024.4.20일에 실시한 MMSE 검사결과가 16이고, 2024.3.11일에 실시한 GDS 검사결과가 3인 경우 ▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

항	목	줄번호	코드구분	코드	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
L	83	0001	3	652105760	1,889	1	1	31	58,559
특정내역기재란									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역			
2		0001		JT007		16/20240420///3/20240311			

▶ 서면으로 청구하는 경우

코드	분 류	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
652105760	아리셉트정	1,889	1	1	31	58,559
특정내역	652105760 아리셉트정, MMSE 16(2024.4.20.), GDS 3(2024.3.11.)					

(예시2) 2024.1.20일에 실시한 MMSE 검사결과가 16이고, 2024.5.1일에 실시한 CDR 검사결과가 2인 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

항	목	줄번호	코드구분	코드	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
L	83	0001	3	652105760	1,889	1	1	31	58,559
특정내역기재란									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역			
2		0001		JT007		16/20240120/2.0/20240501//			

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>코드</th><th>분 류</th><th>단가</th><th>1회 투약량</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>652105760</td><td>아리셉트정</td><td>1,889</td><td>1</td><td>1</td><td>31</td><td>58,559</td></tr>
<tr><td>특정내역</td><td colspan="6">652105760 아리셉트정, MMSE 16(2024.1.20.), CDR 2(2024.5.1.)</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

5. 환자평가표 제출

항 목	세 부 작 성 요 령
가. 정액명세서당 환자평가표 제출	□ **정액명세서에는 반드시 환자평가표를 제출해야 한다.** ○ 원청구 및 보완청구 명세서 동일 적용 ○ 적용예외 - 추가청구 명세서 - 부득이하게 환자평가표를 미작성하여 선택입원군 수가를 적용하는 경우 □ **동월에 정액명세서를 2건 이상으로 분리 작성하는 경우** ○ 월초(또는 특정기간 이후)에 작성된 환자평가표를 각각 제출하며, 이때 환자평가표 내역 중 요양개시일은 각각 기재한다. □ **월말 입원으로 환자평가표가 익월에 작성된 경우** ○ 익월에 작성된 환자평가표를 각각 제출하며, 이 때 환자평가표 내역 중 요양개시일은 각각 기재한다. □ **환자평가표 작성일로부터 그 달 말일까지의 잔여일수가 7일 이하로 익월의 환자평가표를 생략한 경우** ○ 당월의 환자평가표를 익월에도 동일하게 제출하며, 이 때 환자평가표 내역 중 요양개시일은 익월의 요양개시일을, 평가구분은 '3'으로 기재한다. ※ 평가구분 3: '이전 환자평가표를 적용하는 경우'를 의미

6. 기타

항 목	세 부 작 성 요 령
가. 산정특례 대상의 타상병 발생시 청구방법	□ **산정특례대상자 진료분 청구방법** 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 따라 중증질환 산정특례 대상자 및 제5조에 따른 희귀질환 및 중증난치질환 산정특례 대상자가 요양병원에 입원하여 장기환자에 해당하는 경우 청구방법 ○ 산정특례 대상 상병 및 관련 합병증에 대한 진료는 산정특례대상(중증질환자 5%, 희귀질환 및 중증난치질환자 10% 본인부담)임 ○ 산정특례 대상과 전혀 관련 없는 타상병(기왕증 포함)의 진료는 산정특례 대상이 아니므로 행위별 수가를 적용하여 제외환자로 분리청구 한다. - 다만, 동일 진료과목 의사에게 진료를 받은 경우는 산정특례 대상이므로 “장기환자”로 청구한다. ※ 분리청구 시 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 작성요령」 제1편 행위 요양급여비용 제4장 심사청구서 및 명세서 작성요령 제24조의 1. 상해외인에 해당하는 코드를 기재하여 청구함

Ⅴ. 호스피스, 연명의료중단등결정 요양급여비용 작성요령

이 장에 별도로 정하지 않은 호스피스, 연명의료중단등결정 요양급여비용 심사청구서·명세서 세부작성요령은 「요양급여비용 심사청구서·명세서 세부작성요령」 Ⅰ~Ⅳ장 및 Ⅵ~Ⅸ장에 따른다.

1. 입원형 호스피스

가. 심사청구서 및 명세서 등 구분방법

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>1) 심사청구서 및 명세서 구분방법</td><td>□ 입원형 호스피스전문기관에 입원 중 일반병동(행위별수가 적용)과 호스피스병동(호스피스 입원일당 정액수가 적용) 간 전동이 발생할 경우, 각각의 요양급여내역을 구분하여 각각 작성한다.
<table>
<tr><th colspan="3">환자구분
청구구분</th><th>호스피스병동
(정액수가)</th><th>일반병동
(행위별수가)</th></tr>
<tr><td rowspan="2">정보통신망</td><td>청구서</td><td>진료형태</td><td>B: 호스피스 정액 입원(의과)</td><td>1: 의과입원</td></tr>
<tr><td>명세서</td><td>서식번호</td><td>H020: 건강보험 의과 입원 요양급여비용 명세서</td><td>H020: 건강보험 의과 입원 요양급여비용 명세서</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

나. 명세서 일반내역

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>1) 호스피스병동 최초입원 개시일</td><td>□ 일반병동과 호스피스병동 간 전동이 발생하여 각각의 요양급여내용을 구분하여 청구할 경우, ‘호스피스병동 최초입원개시일’은 호스피스병동에 최초 입원한 일자(년, 월, 일)를 기재하고, ‘일반병동 최초입원개시일’은 전체 입원기간(호스피스병동 입원기간 포함) 중 최초 입원한 일자(년, 월, 일)를 기재한다.

(예시) 2024.1.5. 일반병동 최초 입원 → 2024.1.17. 호스피스병동 → 2024.2.2. 일반병동 → 2024.2.10. 호스피스병동으로 전동하여 계속 입원하는 경우
<table>
<tr><td>입원개시일</td><td>1월 5일</td><td>1월 17일</td><td>2월 2일</td><td>2월 10일</td></tr>
<tr><td>입원병동</td><td>일반병동</td><td>호스피스병동</td><td>일반병동</td><td>호스피스병동</td></tr>
<tr><td>진료형태</td><td>1</td><td>B</td><td>1</td><td>B</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령

입원개시일	1월 5일	1월 17일	2월 2일	2월 10일
접수번호	AAAAAAA	BBBBBBB	CCCCCCC	DDDDDDD
명세서일련번호	12	3	6	11
청구구분		3	3	3
접수번호		AAAAAAA	BBBBBBB	CCCCCCC
명세서일련번호		12	3	6
최초입원개시일		20240117	20240105	20240117

다. 명세서 진료내역

항 목	세 부 작 성 요 령
1) **호스피스 입원일당 정액**	□ 상대가치점수표 제4편제2부제1장 [산정지침] 1. 내지 7.에 따라 산정하되, 그 금액을 “L항 02목 호스피스 정액수가”에 기재한다. **(예시)** 간호사 확보수준에 따른 입원료 가산 1등급, 사회복지사 확보수준에 따른 정액수가 가산 2등급인 병원의 호스피스병동 3인실에 15일 동안 입원한 경우(호스피스 보조활동 제공)

항	목	줄번호	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
L	02	0001	1	WJ342	395,140	1	14	5,531,960

(예시) 간호사 확보수준에 따른 입원료 가산 3등급, 사회복지사 확보수준에 따른 정액수가 가산 1등급인 상급종합병원 호스피스병동 1인실에 10일 동안 입원한 경우(호스피스 보조활동 미제공)

항	목	줄번호	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
L	02	0001	1	WM161	335,020	1	9	3,015,180

2) **급여 별도산정**	□ 상대가치점수표 제4편제2부제2장 [산정지침]에 따라 호스피스 입원 일당 정액수가 이외에 별도로 산정하는 항목은 행위별 수가코드를 이용하여 해당 항목에 맞추어 기재한다. □ 상대가치점수표 제4편제2부제2장 [급여 별도산정 목록] 1. 전인적 돌봄 상담료와 2. 임종관리료는 “02항 99목 기타입원료”란에 기재한다.

항 목	세 부 작 성 요 령

(예시) 종합병원 호스피스병동 4인실에 2024.7.1.부터 입원하여 전인적 돌봄 상담 '초회' 1회와 '제2회부터'를 1회 받고, 2024.7.9. 임종실에 입실하여 2024.7.11. 사망한 경우(호스피스 보조활동 제공)

항	목	줄번호	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
02	99	0001	1	WG201	107,600	1	1	107,600
02	99	0002	1	WG202	72,450	1	1	72,450
L	02	0003	1	WJ200	420,940	1	8	3,367,520
L	02	0004	1	WL200	520,040	1	2	1,040,080
L	82	0005	1	AB2J1	109,490	1	10	1,094,900

3) 행위별 진료내역

□ 상대가치점수표 제4편제2부제1장 [산정지침] 5.에 따라 입원일당 정액수가에 포함된 실제 행위별 진료내역 모두를 "L항 81목 진찰료부터 94목 기타"란에 구분하여 해당 각 목에 기재하며 요양급여비용에는 산입하지 아니한다.

○ 별도산정 항목을 제외한 정액수가 해당 내용만을 기재한다.

○ 의약품관리료는 호스피스병동 입원기간의 투약일수를 기준으로 기재한다.

○ 행위별 진료내역의 입원료는 호스피스병동과 일반병동을 포함한 최초입원일 기준으로 체감 적용하며 입원환자 간호관리료 차등제 1등급인 4인실 입원료로 기재한다.

○ 상대가치점수표 제4편제2부제1장 [산정지침] 5. 바목에 따른 요법치료를 시행한 경우 아4 작업 및 오락요법(NN040)으로 "L항 87목 정신요법료"에 기재한다.

(예시) 종합병원 호스피스병동 4인실에 2024.7.1.부터 2024.7.21.까지 입원하여 기본식사와 아이알코돈정5mg(급여 별도산정 항목)을 계속 복용하고, 요법치료를 총 6회 받은 경우(호스피스 보조활동 제공)

항	목	줄번호	코드 구분	코드	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
02	10	0001	1	Y2200	5,110		3	20	306,600
03	01	0002	3	649501370	390	1	1	20	7,800
L	02	0003	1	WJ200	420,940		1	20	8,418,800
L	81	0004	1	AL686	15,340		1	1	15,340
L	82	0005	1	AB2J1	109,490		1	15	1,642,350
L	82	0006	1	AB2J1800	98,550		1	5	492,750
L	83	0007	1	J2000	1,700		1	20	34,000
L	87	0008	1	NN040	5,080		1	6	30,480

라. 명세서 특정내역기재란

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>1) 명일련단위 작성 특정내역 항목</td><td>□ MS005(낮병동재원시간)
○ 외래(또는 응급실)를 통하여 호스피스병동에 입원하여 입원과 퇴원이 24시간 이내에 이루어진 경우 해당 날짜와 재원기간 From/To를 기재한다.
- 기재형식: ccyymmddhhmm/ccyymmddhhmm

(예시) 종합병원 호스피스병동 4인실에 2024.2.1. 오전 10시 10분부터 오후 5시까지 입원한 경우(호스피스 보조활동 제공, 입원료 가산 기본등급)
<table><tr><th>항</th><th>목</th><th>줄번호</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>L</td><td>02</td><td>0001</td><td>1</td><td>WJ200300</td><td>210,470</td><td>1</td><td>1</td><td>210,470</td></tr><tr><td colspan="9">특정내역기재란</td></tr><tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td>줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="4">특정내역</td></tr><tr><td colspan="2">1</td><td>0001</td><td colspan="2">MS005</td><td colspan="4">202402011010/202402011700</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>2) 줄번호단위 작성 특정내역 항목</td><td>□ JS008(위탁진료)
○ 호스피스전문기관(진료 의뢰한 기관)에서 타 요양기관으로 진료 의뢰한 당일은 입원일당 정액수가 소정점수의 30%만 산정하며, 해당 입원일당 정액수가의 특정내역 구분코드(JS008)를 입력하고 의뢰받아 진료를 실시한 요양기관기호와 진료의뢰일을 기재한다.
- 작성요령: 의뢰받아 진료를 실시한 요양기관기호/진료의뢰일
- 기재형식: 9(8)/ccyymmdd

(예시) 의원 호스피스병동에 입원 중 당해 요양기관에 장비가 갖추어져 있지 아니하여 2024.2.1. 경피적 배액관교환술을 다른 요양기관(요양기관기호: 11100010)에 의뢰한 경우
<table><tr><th>항</th><th>목</th><th>줄번호</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>L</td><td>02</td><td>0001</td><td>1</td><td>WJ408</td><td>103,360</td><td>1</td><td>1</td><td>103,360</td></tr><tr><td colspan="9">특정내역기재란</td></tr><tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td>줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="4">특정내역</td></tr><tr><td colspan="2">2</td><td>0001</td><td colspan="2">JS008</td><td colspan="4">11100010/20240201</td></tr></table></td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령
	□ JX999(기타내역) ○ 다음과 같이 줄번호 단위 특정내역 구분코드 'JX999'란에 해당내용을 기재하며, 반드시 타 'JX999'와 구분될 수 있도록 줄을 달리하여 기재한다. - **임종관리료 및 임종실 입원료** 호스피스병동 임종실(또는 1인실)에서 임종한 경우 및 임종관리료를 산정하는 경우, 타 호스피스전문기관 이용 이력을 포함하여 최초 호스피스를 이용한 유형 및 일자를 기재한다. ※ 호스피스 이용 이력: 호스피스 완화의료시스템(중앙호스피스센터)에 등록되어있는 호스피스 이용내역을 기재 · 작성요령: 호스피스최초이용/호스피스유형코드/최초이용일 · 기재형식: 호스피스최초이용/9(1)/ccyymmdd ※ 호스피스 유형코드 1: 입원형, 2: 가정형, 3: 자문형 왼쪽 첫 번째 칸부터 붙여서 기재함 **(예시)** 2024.7.1. A 자문형 호스피스전문기관에 최초 호스피스 이용 내역이 있는 환자가 2024.8.1. B 의원급 호스피스전문기관에 입원하여 입원 초일부터 임종실에 입원 후 2024.8.3. 사망한 경우(임종돌봄 및 호스피스 보조활동 제공)

항	목	줄번호	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
02	99	0001	1	WH400	87,240	1	1	87,240
L	02	0002	1	WL400	421,910	1	2	843,820
L	82	0003	1	AB4J1	80,610	1	2	161,220

특정내역기재란			
발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
2	0001	JX999	호스피스최초이용/3/20240701
2	0002	JX999	호스피스최초이용/3/20240701

마. 기타

항 목	세 부 작 성 요 령
1) **보훈위탁진료 요양기관 보훈국비환자 진료분**	□ **(보훈국비환자 지원범위 중) 국비진료 지원 항목** ○ 비급여 부문 중 초음파, MRI, 건위소화제는 상대가치점수표 제4편제2부제1장 [산정지침] 5.에 따라 호스피스 입원일당 정액에 포함된 항목으로 "L항의 행위별 진료내역"에 기재하며, 요양급여비용총액에 산입하지 않는다.

2. 가정형 호스피스

가. 심사청구서 및 명세서 등 구분방법

항 목	세 부 작 성 요 령
1) 심사청구서 및 명세서 구분방법	□ 가정형 호스피스전문기관이 호스피스 대상 환자의 가정을 방문하여 호스피스를 시행한 경우 요양급여내역을 다음과 같이 작성한다.

청구구분 \ 환자구분			가정형 호스피스
정보통신망	청구서	진료형태	C: 가정형 호스피스 외래(의과)
	명세서	서식번호	H021: 건강보험 의과 외래 요양급여비용 명세서

□ 상급종합병원, 종합병원의 요양급여비용 명세서는 진료분야구분 항목을 반드시 구분하여 작성한다.

□ 동일 수진자의 요양급여비용 명세서는 방문일자별로 구분하여 연이어 각각 작성한다.

□ 가정형 호스피스를 받은 날에 응급상황 등 불가피한 사유로 당해 요양기관을 내원하여 외래·입원진료를 받은 경우 요양급여비용 심사청구서 및 명세서를 구분하여 작성한다.

나. 명세서 진료내역

항 목	세 부 작 성 요 령
1) 가정형 호스피스 방문료	□ 상대가치점수표 제4편제3부제1장 [산정지침] 1.에 따라 산정하되, 그 금액은 “01항 03목 응급 및 회송료 등”란에 기재한다. □ 실제 방문한 의료인 등의 면허종류와 면허번호는 진료내역의 “면허종류”, “면허번호”란에 반드시 기재한다. **(예시1)** 종합병원 가정형 호스피스 전담간호사가 말기 암환자의 가정을 방문한 경우(면허번호: 12345)

항	목	줄번호	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
01	03	0001	1	AP270	90,340	1	1	90,340	6	12345

(예시2) 종합병원 가정형 호스피스 전담간호사 2명이 말기 암환자의 가정을 방문한 경우(면허번호: 12345, 45678)

항	목	줄번호	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
01	03	0001	1	AP270	90,340	1	2	180,680	6	12345/ 45678

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>(예시3) 종합병원 가정형 호스피스 사회복지사가 말기 암환자의 가정을 방문한 경우(자격번호: 1-54321)
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>줄번호</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th><th>면허종류</th><th>면허번호</th></tr>
<tr><td>01</td><td>03</td><td>0001</td><td>1</td><td>AP290</td><td>54,090</td><td>1</td><td>1</td><td>54,090</td><td>7</td><td>154321</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>2) 방문료 임종 가산 적용 시</td><td>□ 상대가치점수표 제4편제3부제1장 [산정지침] 1.에 따라 산정하되, 그 금액은 “01항 03목 응급 및 회송료 등”란에 주된 방문료 소정점수의 30% 가산된 금액을 기재한다.

□ 실제 방문한 의료인의 면허종류와 면허번호는 진료내역의 “면허종류”, “면허번호”란에 반드시 기재한다.

(예시) 종합병원 가정형 호스피스 전담간호사가 야간에 말기 암환자의 가정을 방문하여 임종돌봄 및 관리를 실시하고, 임종돌봄 프로토콜을 작성 및 보관한 경우(면호번호: 12345)
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>줄번호</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th><th>면허종류</th><th>면허번호</th></tr>
<tr><td>01</td><td>03</td><td>0001</td><td>1</td><td>AP270510</td><td>144,540</td><td>1</td><td>1</td><td>144,540</td><td>6</td><td>12345</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>3) 통합환자 관리료</td><td>□ 상대가치점수표 제4편제3부제1장 [산정지침] 1.에 따라 산정하되, 그 금액을 “01항 03목 응급 및 회송료 등”란에 기재한다.

※ 내원일자는 가정형 호스피스 초기평가지 또는 환자관리기록지를 작성한 일자로 기재한다.

(예시) 타기관 호스피스병동에서 퇴원한 말기 암환자를 종합병원 가정형 호스피스 전담간호사가 첫 가정방문 후 호스피스팀이 팀 회의를 통해 환자 상태 평가 및 계획수립, 환자 방문 중 또는 후의 팀원 간 전화보고, 환자·가족의 전화상담 등 상시적인 환자관리 및 서비스 제공하고, 초기평가지를 작성·보관한 경우(초회의 경우)
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>줄번호</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>01</td><td>03</td><td>0001</td><td>1</td><td>AP230400</td><td>44,260</td><td>1</td><td>1</td><td>44,260</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>4) 교통비</td><td>□ 상대가치점수표 제4편제3부제1장 [산정지침] 1.에 따라 산정하되, 그 금액을 “01항 03목 응급 및 회송료 등”란에 기재한다.</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령
	(예시) 종합병원 가정형 호스피스 전담간호사가 가정 방문용 차량을 이용하여 말기 암환자의 가정을 방문한 경우(면허번호: 12345)

항	목	줄번호	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
01	03	0001	1	AP010	8,790	1	1	8,790		
01	03	0002	1	AP270	90,340	1	1	90,340	6	12345

다. 명세서 특정내역기재란

항 목	세 부 작 성 요 령
1) 명일련단위 작성 특정내역 항목	□ MT002(특정기호) ○ 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표2]에 따라 특정내역 구분코드 'MT002'란에 특정기호 V301(또는 V302, V303, V304)를 기재한다.

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	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표 4]에 따라 등록 희귀질환자 중 폐포단백질증(J84.0), 특발성 폐섬유증(J84.1), 원발성 담즙성 경변증(K74.3) 환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병으로 가정형 호스피스를 받은 경우	V303
4	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표 4의2]에 따라 중증난치질환자 중 인체면역결핍바이러스병(B20~B24) 환자가 5년간 해당 상병으로 가정형 호스피스를 받은 경우	V304

2) 줄번호단위 작성 특정내역 항목	□ **JX999(기타내역)** ○ 다음과 같이 줄번호 단위 특정내역 구분코드 'JX999'란에 해당내용을 기재하며, 반드시 타 JX999와 구분될 수 있도록 줄을 달리하여 기재한다. **- 방문료** · 기재요령: 방문 시작시각과 종료시각 기재 · 기재형식: ccyymmddhhmm/ccyymmddhhmm

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>

- 교통비

· 기재요령: 이동에 소요된 시간을 출발시각과 환자 가정에 도착시각으로 기재

· 기재형식: ccyymmddhhmm/ccyymmddhhmm

- 임종가산

· 기재요령: 임종구분 'Z', 임종돌봄 및 관리 시작날짜와 종료날짜, 소요시간(분), 임종 돌봄 프로토콜 작성여부 기재

※ 프로토콜 작성 시 'Y' 기재, 방문시작과 종료시간 별도 기재

· 기재형식: X(1)/ccyymmdd/ccyymmdd/9(2)/X(1)

(예시) 종합병원 가정형 호스피스 전담간호사가 말기 암환자의 가정을 방문하여 임종돌봄 및 관리(60분소요, 임종 돌봄 프로토콜 작성)를 제공한 경우(이동시간 20분소요)

항	목	줄번호	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	0001	1	AP010	8,790	1	1	8,790
01	03	0002	1	AP270500	117,440	1	1	117,440

특정내역기재란			
발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
2	0001	JX999	202407010950/202407011010
2	0002	JX999	202407011010/202407011130
2	0002	JX999	Z/20240701/20240701/60/Y

</td></tr>
</table>

3. 자문형 호스피스

가. 명세서 진료내역

항 목	세 부 작 성 요 령
1) 자문형 호스피스 수가	□ 상대가치점수표 제4편제4부제1장에 따라 자문형 호스피스 수가 청구 시, 자문형 호스피스 입원료 등(임종실 입원료, 격리실 입원료)은 “02항 99목 기타입원료”란에, 그 외는 “01항 03목 응급 및 회송료 등”란에 기재한다. **(예시)** 종합병원 자문형 호스피스전문기관의 자문형 호스피스팀이 일반병동에 입원한 말기 암환자에게 2024.1.3. 호스피스 사전상담을 시행한 후 호스피스 이용동의를 받아 2024.1.5. 전인적 돌봄 상담(초회)을 실시하고, 2024.1.11. 임종이 임박하여 자문형 호스피스 임종실로 이동 후 2024.1.13. 임종한 경우

항	목	줄번호	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	0024	1	WQ200	35,800	1	1	35,800
01	03	0025	1	WP211	107,600	1	1	107,600
02	99	0026	1	WP240	244,330	1	2	488,660

나. 명세서 특정내역기재란

항 목	세 부 작 성 요 령
1) 줄번호단위 작성 특정내역 항목	□ JT034(호스피스 상담정보) ○ 상대가치점수표 제4편제4부제1장제1절에 따라 호스피스 사전상담료(완-10)를 산정하는 경우, 실제 상담을 시행한 의료인의 면허종류, 상담일자, 소요시간, 호스피스 이용 동의서 작성여부를 기재한다. · 기재요령: 면허종류코드/상담일자/소요시간(분)/이용동의서 작성여부(작성 시 “Y”, 그렇지 않으면 “N”) · 기재형식: 9(1)/ccyymmdd/9(3)/X(1) ※ 면허종류 코드 1: 의사, 6: 간호사, 왼쪽 첫 번째 칸부터 붙여서 기재함 **(예시)** 종합병원 자문형 호스피스전문기관의 자문형 호스피스 전담간호사가 일반병동에 입원 중인 호스피스대상환자 및 보호자에게 2024.1.3. 호스피스 사전상담을 60분 간 시행하고 환자가 호스피스 이용 동의서를 작성한 경우

항 목	세 부 작 성 요 령

항	목	줄번호	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	0024	1	WQ200	35,880	1	1	35,880
특정내역기재란								
발생단위구분		줄번호		특정내역구분	특정내역			
2		0024		JT034	6/20240103/060/Y			

□ JX999(기타내역)

○ 다음과 같이 줄번호 단위 특정내역 구분코드 (JX999)란에 해당내용을 기재하며, 반드시 타 (JX999)와 구분될 수 있도록 줄을 달리하여 기재한다.

- **자문형 호스피스 돌봄 상담료**

· 기재요령: 실제 상담한 의료인 등의 면허종류, 돌봄 상담 시작과 종료 날짜, 소요시간(분) 기재

· 기재형식: 9(1)/ccyymmdd/ccyymmdd/9(2)

※ 면허종류 1: 의사, 6: 간호사, 7: 사회복지사

- **임종관리료 및 임종실 입원료**

자문형호스피스 임종실(또는 1인실)에서 임종한 경우 및 임종관리료를 산정하는 경우, 타 호스피스전문기관 이용 이력을 포함하여 최초 호스피스를 이용한 유형 및 일자를 기재한다.

※ 호스피스 이용 이력: 호스피스 완화의료시스템(중앙호스피스센터)에 등록 되어있는 호스피스 이용내역

· 기재요령: 호스피스최초이용/호스피스 유형코드/최초이용일

· 기재형식: 호스피스최초이용/9(1)/ccyymmdd

※ 호스피스 유형코드 1: 입원형, 2: 가정형, 3: 자문형

(예시) 종합병원의 일반병동에 입원 후 2024.1.3. 자문형 호스피스팀으로부터 최초로 전인적 돌봄 상담을 받은 말기 암환자가 2024.1.7. 임종이 임박하여 임종실로 이동 후 임종관련 신체적·심리사회적 돌봄과 지지를 제공받고, 2024.1.9. 임종한 경우

항	목	줄번호	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	0022	1	WP211	107,600	1	1	107,600
01	03	0023	1	WP230	80,440	1	1	80,440
02	99	0024	1	WP240	244,330	1	2	488,660

항 목	세 부 작 성 요 령

특정내역기재란			
발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
2	0022	JX999	1/20240103/20240103/60
2	0022	JX999	6/20240103/20240103/60
2	0022	JX999	7/20240103/20240103/60
2	0023	JX999	호스피스최초이용/3/20240103
2	0024	JX999	호스피스최초이용/3/20240103

4. 연명의료중단등결정

가. 명세서 진료내역

항 목	세 부 작 성 요 령
1) 연명의료중단등결정 수가	□ 상대가치점수표 제4편제5부제1장 [산정지침]에 따라 산정하되, 그 금액은 “01항 03목 응급 및 회송료 등”란에 기재한다.

(예시1) 상급종합병원에서 사전연명의료의향서가 작성되어 있지 않은 환자를 대상으로 연명의료중단등결정 계획 단계 진행 및 동일 기관에서 연명의료중단등결정 이행을 위한 일련의 과정을 진행하고 관련 서식을 각각 작성·등록한 경우

항	목	줄번호	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	0023	1	WU120	59,040	1	1	59,040
01	03	0024	1	WU140	14,760	1	1	14,760

(예시2) 임종과정의 환자 판단 과정에서 담당의사 외 의사가 2차 확인 서명하고 관련 서식을 작성·등록한 경우

항	목	줄번호	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	0001	1	WU501	11,470	1	1	11,470

나. 명세서 특정내역기재란

항 목	세 부 작 성 요 령
1) 줄번호단위 작성 특정내역 항목	□ JT001(확인코드) ○ 상대가치점수표 제4편제5부제1장제1절 연명의료중단등결정 협진료(연4-주3)를 산정하는 경우, “별첨1. 확인코드 및 혈명코드”를 참조하여 해당 진료과목의 확인코드를 기재하되, 확인코드가 여러 개 발생할 경우 「/」로 구분하여 기재한다. · 기재형식: X(5)

(예시1) 종합병원에서 연명의료중단등결정 과정 중 다른 진료과목(호흡기내과) 전문의가 협진을 시행한 경우

항 목	세 부 작 성 요 령

항	목	줄번호	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	0004	1	WU503	11,470	1	1	11,470
특정내역기재란								
발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역		
2		0004		JT001		IMPUL		

(예시2) 상급종합병원에서 연명의료중단등결정 과정 중 호흡기내과, 혈액종양내과, 신경과 전문의가 협진을 시행한 경우

항	목	줄번호	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	0004	1	WU503	11,470	1	3	34,410
특정내역기재란								
발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역		
2		0004		JT001		IMPUL/IMHEM/NEURO		

□ JT035(연명의료중단등결정 관련 서식 등록정보)

○ 상대가치점수표 제4편제5부제1장에 따라 연명의료중단등결정 수가를 산정하는 경우, 제4편제1부 1. 일반기준 라.에 따른 '관련 서식' 및 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 Ⅶ. 호스피스, 연명의료중단등결정 제5부제1장 '말기환자등 상담료 산정기준'에 따른 '별도서식'의 등록완료일자와 해당 관련 서식 코드를 기재하며, 두 가지 이상의 서식을 작성하는 경우 반드시 줄을 달리하여 기재한다.

· 기재요령: 관련 서식 등록완료일자/관련 서식 코드
· 기재형식: ccyymmdd/X(2)
※ 관련 서식 코드
별도서식: 00, 제1호서식: 01, 제9호서식: 09, 제10호서식: 10, 제11호서식: 11, 제12호서식: 12, 제13호서식: 13

(예시) 상급종합병원에서 사전연명의료의향서가 작성되어 있는 환자에게 2024. 1.1. 임종과정에 있는 환자 판단서(제9호서식) 및 연명의료중단등결정에 대한 환자의사 확인서(제10호서식)를 작성하고, 2024.1.2. 연명의료정보처리시스템에 등록 완료한 경우

항 목	세 부 작 성 요 령

항	목	줄번호	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	0001	1	WU110	41,330	1	1	41,330
01	03	0002	1	WU501	11,470	1	1	11,470

특정내역기재란			
발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
2	0001	JT035	20240102/10
2	0002	JT035	20240102/09

□ JX999(기타내역)

○ 상대가치점수표 제4편제5부 연명의료중단등결정 이행관리료(연3-나)를 산정하는 경우, 연명의료중단등결정 계획을 수립한 요양기관기호, 연명의료중단등결정 계획 관련 서식 코드를 기재한다.

· 기재형식: 9(8)/X(2)

※ 관련 서식 코드

별도 서식 : 00, 제1호서식: 01, 제9호서식: 09, 제10호서식: 10, 제11호서식: 11, 제12호서식: 12, 제13호서식: 13

(예시) 2024.1.2. A상급종합병원(요양기호: 11100000)에서 연명의료중단등결정 계획 수립(제12호서식 작성 및 연명의료정보처리시스템에 등록) 후, B요양병원으로 전원되어 2024.1.30. 연명의료중단등결정 이행을 진행하고 연명의료중단등결정 이행서(제13호서식)를 작성 및 연명의료정보처리시스템에 등록 완료한 경우

항	목	줄번호	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	0003	1	WU350	37,810	1	1	37,810

특정내역기재란			
발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
2	0003	JT035	20240130/13
2	0003	JX999	11100000/12

Ⅵ. 처방전 작성 예시

1. 처방전 작성방법

항 목	세 부 작 성 요 령
가. 타보험과의 구분표시란	【 [ ]건강보험 [ ]의료급여 [ ]산업재해보험 [ ]자동차보험 [ ]기타( ) 】 ○ 해당하는 보험 [ ]에 "V" 표시 ○ 기타의 경우 ( )에 해당사항을 기재 (예) 공무상요양급여의 경우: (공무상요양급여) 또는 (공상)으로 표시 전액 보훈국비부담의 경우: (보훈 상이처·무자격자)로 표시 보훈 10% 본인부담의 경우: (보훈보험(또는 급여)자격10%)으로 표시, (보훈무자격10%)로 표시
나. 발급 연월일 및 번호	(년 월 일 - 제 호) ○ 발급 연월일과 일자별 일련번호를 기재하되, 일련번호는 동일 의료기관에서 동일 날 중복되지 않는 번호로 기재
다. 환자의 성명 및 주민등록번호	○ 수진자의 성명 및 주민등록번호를 기재
라. 처방전발급 의료기관	○ 의료기관의 명칭 기재 및 의사·치과의사와 약사간의 연락체계를 구축하기 위해 의료기관의 전화번호·Fax번호·E-mail 주소 등을 명기
마. 질병분류 기호	○ 질병분류기호(통계청 고시에 따른 「한국표준질병·사인분류」)를 기재. 다만, 환자가 기재를 원하지 않는 경우에는 이를 생략할 수 있음
바. 처방의료인의 성명 및 면허종류	○ 처방전을 발행한 의사·치과의사의 성명을 기재하고 서명 또는 날인함. (「전자서명법」에 따른 전자서명도 인정)
사. 처방내역	□ 처방내역 기재항목 ○ 처방 의약품의 명칭 및 코드 - 명칭: 대한약전에서 정한 명칭, 일반명칭 또는 제품명을 기재 ※ "대한약전에서 정한 명칭" 또는 "일반명칭"이란 소위 "성분명"으로서 '아스피린'이나 '아세틸살리실산' 또는 'Aspirin'을 말하며, "제품명"이란 소위 "상품명"으로서 당해 품목의 허가(신고) 명칭인 '바이엘 아스피린정 500mg을 말함 - 코드: "약제 급여 목록 및 급여 상한금액표"에 등재된 보험등재약(제품코드) 또는 일반명(주성분)코드, 원료약 코드를 기재

항 목	세 부 작 성 요 령
	○ 1회 투약량: 1회에 투여하는 의약품량을 기재 ○ 1일 투여횟수: 1일에 투여하는 횟수를 기재 ○ 총투약일수: 실 투여일수를 기재 ○ 본인부담률구분코드: 100분의100미만 본인부담 하는 선별급여 약제, 100분의100 본인부담하는 약제를 처방한 경우에 항목설명란을 참조하여 환자 본인이 부담할 비용의 부담률에 부여된 구분코드를 기재 ※ 구분코드 · A: 100분의50 본인부담 · B: 100분의80 본인부담 · D: 100분의30 본인부담 · U: 건강보험(의료급여) 100분의100 본인부담 · V: 보훈 등 100분의100 본인부담 · W: 비급여 (☞ 보훈 환자만 해당) ○ 용법: 식전, 식후 등 복용방법을 기재 ○ 주사제 처방명세: 원내 또는 원외처방 주사제를 모두 기재 □ 기타 처방내역 기재요령 ○ **(연고제 외용약)** 생산규격단위 상한금액으로 등재된 연고제를 처방하는 경우 - 【예: 더모베이트연고 15g을 처방한 경우】 · 「1회투약량」, 「1일투여횟수」, 「총투약일수」 란에는 모두 '1'로 기재 · 「용법」란에 '투약방법(예: 하루에 수회 도포)'을 기재 · 「조제 시 참고사항」란에 '총투약일수(예: 5일분)'으로 기재 ○ **(파스류 외용약)** 파스 종류의 외용약을 격일 처방하는 경우 - 【예: 트라스트패취 1회 1매, 2일 1회, 10일분으로 처방한 경우】 · 「1회투약량」란에 총 투약량(5매)를 기재하고, 「1일투여횟수」와 「총투약일수」 란에는 '1'로 기재 · 「용법」란에 '투약방법(예: 2일에 1매 사용)'을 기재 · 「조제 시 참고사항」란에 '총투약일수(예: 5일분)'으로 기재 ○ **(팩단위 의약품)** 크리멘정 등 팩단위(28정/1팩, 28일분)로 처방하는 경우 - 【예: 크리멘정 1회 1정, 1일 1회, 28일분으로 처방한 경우】 · 「1회투약량」, 「1일투여횟수」, 「총투약일수」 란에 각각 '1', '1', '28'로 기재 ○ **(1/3정 등 소분투여)** 소아환자 등에게 의약품 1정을 3회로 분할 처방하는 경우 - 【예: 아세트아미노펜정 1회 1/3정(또는 0.3333 등), 1일 3회, 3일분으로 처방한 경우】

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>· 「1회투약량」란은 ‘1/3’ 또는 ‘0.3333’(소수점 이하 다섯째자리에서 4사5입)으로 기재하고, 「1일투여횟수」 및 「총투약일수」 란에는 각각 ‘3’ 기재

【처방내역 작성예시】
<table>
<tr><th>처방 의약품의
명칭 및 코드</th><th>1회
투약량</th><th>1일
투여횟수</th><th>총투약
일수</th><th>본인
부담률
구분코드</th><th colspan="2">용 법</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2" rowspan="2">매식(전, 간, 후)
시 분 복용</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>아젭틴비액 10ml</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td></td><td colspan="2">1회 2번, 1일 2회 분무</td></tr>
<tr><td>더모베이트연고 15g</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td></td><td colspan="2">하루에 수회 도포</td></tr>
<tr><td>트라스트 패취</td><td>5</td><td>1</td><td>1</td><td></td><td colspan="2">2일에 1매</td></tr>
<tr><td>크리멘정</td><td>1</td><td>1</td><td>28</td><td></td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>아세트아미노펜정</td><td>0.3333</td><td>3</td><td>3</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5">주사제 처방명세([ ]원내조제, [ ]원외처방)</td><td>조제 시
참고사항</td><td>본인부담
구분기호</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td rowspan="4">아젭틴비액
총투약일수: 5일
더모베이트연고
총투약일수: 5일
트라스트 패취
총투약일수: 5일</td><td rowspan="4"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>아. 조제 시
참고사항</td><td>○ 연고제, 파스 등 외용제의 총 투약일수를 기재
○ 저함량 의약품을 배수 처방하는 경우 해당 처방사유를 기재</td></tr>
<tr><td>자. 본인부담
구분기호</td><td>○ 만성신부전 환자의 투석 등 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 본인부담률을 적용하는 경우에는 그 해당 특정기호를 기재
○ 희귀질환자 지원대상자, 차상위 본인부담경감대상자 등 환자 본인부담률 산정과 관련된 환자정보를 기재</td></tr>
<tr><td>차. 사용기간</td><td>【 발급일부터 ( )일간 】
○ “사용기간”은 환자가 동 처방전에 따라 조제 받을 수 있는 유효기간으로서 이 기간이 경과한 때에는 해당 처방전에 따라 조제 받을 수 없다.
○ ( )안에 해당일수를 처방의가 정하여 기재</td></tr>
<tr><td>카. 의약품
조제 명세</td><td>○ 처방전에 따라 약국에서 약사가 조제 시 기재
- “조제기관의 명칭”란에 약국명을 기록하고, 조제약사 성명, 조제량(조제일수), 조제연월일을 기재
- 처방전의 변경·수정확인 및 대체조제 시 그 내용 등을 기록</td></tr>
</table>

2. 처방전 작성예시

가. 의료기관에서 발행하는 처방전 작성예시

처 방 전

[✔]건강보험 [ ]의료급여 [ ]산업재해보험 [ ]자동차보험 [ ]기타( )

※ [ ]에는 해당되는 곳에 "✔"표시를 합니다.

요양기관기호: 11374560

발급 연월일 및 번호		2024년 7월 1일 - 제 01234 호	의료기관	명 칭	처방의원
환자	성 명	김 갑 돌		전화번호	(02) 777 - 7777
	주민등록번호	640706-XXXXXXX		팩스번호	(02) 777 - 7777

질병분류기호		처방 의료인의 성명	허 준 (서명 또는 날인)		면허종류	의 사
					면허번호	제 10109 호

※ 환자가 요구하면 질병분류기호를 적지 않습니다.

처방 의약품의 명칭 및 코드	1회 투약량	1일 투여횟수	총 투약일수	본인 부담률구분코드	용 법
AAOO정 650000001	1	3	7		매 식(전, 간, 후) 시 분 복용
BBOO정 650000002	1	3	7	A	
CCOO정 650000003	1	3	7	B	
DDOO정 650000004	1	3	7	D	
EEOO정 650000005	1	3	7	U	

주사제 처방명세([ ]원 내 조제, [ ]원 외 처방)					조제 시 참고 사항	본인부담 구분기호

사용기간	발급일부터 (2)일간	사용기간 내에 약국에 제출하여야 합니다.

의약품 조제 명세

조제 명세	조제기관의 명칭		처방의 변경·수정·확인·대체 시 그 내용 등
	조제약사	성명 (서명 또는 인)	
	조제량 (조제일수)		
	조제연월일		

항목 설명	1. 본인부담률 구분코드: 「국민건강보험법 시행령」별표2 제4호 및 제6호에 따른 약제를 처방한 경우 본인이 부담할 비용의 부담률에 부여된 해당 구분코드를 기재 (구분코드) ■ A: 100분의 50 본인부담, B: 100분의 80 본인부담, D: 100분의 30 본인부담 ■ U: 건강보험(의료급여) 100분의100 본인부담, V: 보훈 등 100분의100 본인부담, W: 비급여(보훈만 해당) 2. 본인부담 구분기호: 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 본인부담 산정특례 대상 특정기호 등을 기재

※ 의료법 시행규칙[별지 제9호서식] 개정(2018.9.28.시행) 210㎜×297㎜[일반용지 70g/㎡(재활용품)]

나. 조제기관(약국)에서 기재하는 처방전 작성예시

처 방 전

[✔]건강보험 [ ]의료급여 [ ]산업재해보험 [ ]자동차보험 [ ]기타( )

※ [ ]에는 해당되는 곳에 "✔"표시를 합니다.

요양기관기호: 11374560

발급 연월일 및 번호		2024년 7월 1일 - 제 01234 호	의료기관	명 칭	처방의원
환자	성 명	김 갑 돌		전화번호	(02) 777 - 7777
	주민등록번호	640706-XXXXXXX		팩스번호	(02) 777 - 7777

질병분류기호		처방 의료인의 성명	허 준 (서명 또는 날인)		면허종류	의 사
					면허번호	제 10109 호

※ 환자가 요구하면 질병분류기호를 적지 않습니다.

처방 의약품의 명칭 및 코드	1회 투약량	1일 투여횟수	총 투약일수	본인 부담률구분코드	용 법
AAOO정 650000001	1	3	7		매 식(전, 간, 후) 시 분 복용
BBOO정 650000002	1	3	7	A	
CCOO정 650000003	1	3	7	B	
DDOO정 650000004	1	3	7	D	
EEOO정 650000005	1	3	7	U	

주사제 처방명세([ ]원 내 조제, [ ]원 외 처방)					조제 시 참고 사항	본인부담 구분기호

사용기간	발급일부터 (2)일간	사용기간 내에 약국에 제출하여야 합니다.

의약품 조제 명세

조제 명세			
	조제기관의 명칭	조제약국	처방의 변경 · 수정 · 확인 · 대체 시 그 내용 등
	조제약사	성명 홍 길 동 (서명 또는 인)	
	조제량 (조제일수)	7일분	
	조제연월일	2024. 7. 1.	

항목 설명	
	1. 본인부담률 구분코드: 「국민건강보험법 시행령」별표2 제4호 및 제6호에 따른 약제를 처방한 경우 본인이 부담할 비용의 부담률에 부여된 해당 구분코드를 기재 (구분코드) ■ A: 100분의 50 본인부담, B: 100분의 80 본인부담, D: 100분의 30 본인부담 ■ U: 건강보험(의료급여) 100분의100 본인부담, V: 보훈 등 100분의100 본인부담, W: 비급여(보훈만 해당) 2. 본인부담 구분기호: 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 본인부담 산정특례 대상 특정기호 등을 기재

※ 의료법 시행규칙[별지 제9호서식] 개정(2018.9.28.시행)

210㎜×297㎜[일반용지 70g/㎡(재활용품)]

Ⅶ. 100분의100본인부담 작성요령

1. 작성원칙

항 목	세 부 작 성 요 령
가. 진료(조제) 내역	□ 전액(100/100)본인부담 요양급여 행위 및 치료재료, 약제는 명세서 진료내역(조제투약내역)의 “U항(건강보험(의료급여) 100분의100본인부담)” 각목에 작성하여야 한다. ○ 서면의 경우에도 동일하게 “U항. 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담”에 작성하여야 한다.
나. 처방내역	□ 전액(100/100)본인부담 요양급여 약제를 원외처방한 경우 명세서 처방내역의 ‘본인부담률 구분코드’란에 구분코드 ‘U’를 반드시 작성하여야 한다. ※ 본인부담률 구분코드 ‘U’: 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담 ○ 서면으로 청구하는 경우에도 처방내역에 ‘처방전 발급번호’를 기재한 순서대로 각각 구분하여 약품코드, 약품명, 1회투약량, 1일투여횟수, 총투약일수, 본인부담률 구분코드를 기재하여야 한다. ○ 보건기관 - 전액(100/100)본인부담 요양급여 약제를 처방하는 경우 명세서 처방내역의 ‘본인부담률 구분코드’란에 구분코드 ‘U’를 반드시 기재하여야 한다.

2. 100분의100본인부담 약제

항 목	세 부 작 성 요 령
가. 처방전	□ 처방내역 ○ 타약제와 동일하게 100분의100본인부담 약제도 “의약품의 명칭 및 코드, 1회투약량, 1일투여횟수, 총투약일수”를 기재한다. ○ 동일 약제가 보험급여와 100분의100본인부담 약제로 구분될 경우 100분의100본인부담 약제는 ‘U’항에 기재한다. □ 100분의100본인부담 약제내역 기재요령 ○ 처방된 약제 중 100분의100본인부담 약제는 반드시 ‘본인부담률구분코드’란에 ‘U’를 기재한다. **(예시)** A약제를 10일분 처방 시 100분의100본인부담 하는 경우 ☞ ‘본인부담률 구분코드’란에 ‘U’를 기재

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>나. 명세서</td><td>□ 작성방법
○ 의료기관
- 처방내역: 처방내역(사항)란에 기재하며, 동일 약제가 보험급여와 100분의100본인부담 약제로 구분될 경우 100/100본인부담 약제는 'U'항에 기재한다.
- 원내조제내역: '진료내역(조제투약내역)'에 기재
○ 약국: 처방내역('처방내역(사항)란')과 조제투약내역을 모두 기재
○ 동일 약제에 대한 보험급여 및 100분의100본인부담 동시 조제투약시: 보험급여내역과 100분의100본인부담내역은 '진료(조제)내역'에 100/100 본인부담 약제는 'U'항에 기재한다.

□ 약제비 및 조제료 등 행위료 산정방법
○ 약제비: 약제상한금액표에 따른 상한금액 범위 내에서 해당기관의 실구입 가격을 본인에게 100분의100 부담토록 함
○ 행위료
- 원내 조제투약시: 의약품관리료 등 관련수가 산정가능
- 약국 처방조제시: 조제료, 의약품관리료 등 관련 수가 산정가능</td></tr>
<tr><td>다. 작성예시

(1) 의료기관 (의·치과)</td><td>□ 소마지나정을 1일 1정씩 30일분을 100분의100본인부담으로 원외처방전을 발행한 경우
- 처방내역의 '본인부담률 구분코드'란에 'U'를 기재한다.

▶ 정보통신망 및 전산매체로 청구하는 경우
- 처방내역 -
<table><tr><th>처방전 발급번호</th><th>처방 일수</th><th>코드 구분</th><th>코드</th><th>약품명</th><th>1회 투약량</th><th>일투</th><th>총투</th><th>본인부담률 구분코드</th></tr><tr><td rowspan="2">20240701000001</td><td rowspan="2">30</td><td>3</td><td>655403770</td><td>아세트아미노펜정</td><td>1</td><td>3</td><td>7</td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>642201210</td><td>소마지나정</td><td>1</td><td>1</td><td>30</td><td>U</td></tr></table>※ 서면청구도 동일함

□ 소마지나정을 1일 1정씩 30일분 중 15일분은 보험급여로, 15일분은 100분의100본인부담으로 원외처방전을 발행한 경우
- 동일 약제가 보험급여와 100분의100본인부담 약제로 구분될 경우 100/100본인부담 약제는 처방내역의 '본인부담률 구분코드'란에 'U'를 기재한다.</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령

▶ 정보통신망 및 전산매체로 청구하는 경우

- 처방내역 -

처방전 발급번호	처방 일수	코드 구분	코드	약품명	1회 투약량	일투	총투	본인부담률 구분코드
20240701000001	30	3	655403770	아세트아미노펜정	1	3	7	
		3	**642201210**	**소마지나정**	**1**	**1**	**15**	
		3	**642201210**	**소마지나정**	**1**	**1**	**15**	U

※ 서면청구도 동일함

□ 소마지나정을 외래에서 1일 1정씩 30일분을 100분의100본인부담으로 **원내조제투약**한 경우

- 'U'항에 기재하며, 의약품관리료 등의 관련 수가는 요양급여비용으로 산정한다.

▶ 정보통신망 및 전산매체로 청구하는 경우

- 진료내역 -

항	목	코드 구분	코드	단가	1회 투약량	일투	총투	금액	면허 종류	면허 번호
01	02	1	AA257	16,100		1	1	16,100	1	1234
01	03	1	AL100	40		1	1	40		
03	01	3	655403770	29	1	3	7	609		
U	**01**	**3**	**642201210**	**1,106**	**1**	**1**	**30**	**33,180**		

▶ 서면으로 청구하는 경우

- 진료내역 -

코드	(예외구분코드) 분류	단가	1회 투약량	일투	총투	금액	면허 종류	면허 번호
[1항.진찰료]								
AA257	재진진찰료	16,100		1	1	16,100	1	1234
AL100	외래환자 의약품 관리료	40		1	1	40		
[3항.투약료]								
655403770	아세트아미노펜정	29	1	3	7	609		
[U항.건강보험100분의100본인부담]								
642201210	**소마지나정**	**1,106**	**1**	**1**	**30**	**33,180**		

항 목	세 부 작 성 요 령
	□ 소마지나정을 입원환자에게 1일 1정씩 30일분 투약시 15일분은 보험급여로, 15일분은 100분의100본인부담으로 **원내조제투약**한 경우 - 보험급여분과 100분의100본인부담 약제내역을 진료내역에 기재하여 청구하고, 의약품관리료 등의 관련 수가는 요양급여비용으로 산정한다. ▶ 정보통신망 및 전산매체로 청구하는 경우 - 진료내역 -

항	목	코드구분	코드	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
01	03	1	AL586	22,010		1	1	22,010
03	01	1	J2000	1,700		1	30	51,000
03	01	3	655403770	29	1	3	7	609
03	**01**	**3**	**642201210**	**1,106**	**1**	**1**	**15**	**16,590**
U	**01**	**3**	**642201210**	**1,106**	**1**	**1**	**15**	**16,590**

▶ 서면으로 청구하는 경우
- 진료내역 -

코드	(예외구분코드) 분류	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
[1항.진찰료]						
AL586	입원환자 의약품관리료	22,010		1	1	22,010
[3항.투약료]						
J2000	입원환자 조제.복약지도료	1,700		1	30	51,000
655403770	아세트아미노펜정	29	1	3	7	609
642201210	**소마지나정**	**1,106**	**1**	**1**	**15**	**16,590**
[U항.건강보험100 분의100본인부담]						
642201210	**소마지나정**	**1,106**	**1**	**1**	**15**	**16,590**

(2) 보건기관

□ 소마지나정을 1일 1정씩 30일분을 100분의100본인부담으로 **원외처방전을 발행**한 경우

원 외 처 방 내 역						
처방전 발급번호	약품코드 (일반명 또는 제품명코드)	약품명 (일반명 또는 제품명)	1회 투약량	일투	총투	**본인부담률 구분코드**
2024070100002	642201210	소마지나정	1	1	30	**U**

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>(3) 약국</td><td>
□ 소마지나정을 1일 1정씩 30일분을 100분의100본인부담으로 처방조제한 경우
- ‘처방내역(사항)’란: 처방내역을 모두 기재(100분의100본인부담 약제 포함)
- U항: 100분의100본인부담 조제내역 기재
- 조제료 등의 관련 수가: 요양급여비용으로 산정

▶ 정보통신망 및 전산매체로 청구하는 경우
- 처방내역 -
<table>
<tr><th>코드</th><th>약품명</th><th>1회투약량</th><th>일투</th><th>총투</th><th>본인부담률
구분코드</th></tr>
<tr><td>655403770</td><td>아세트아미노펜정</td><td>1</td><td>3</td><td>7</td><td></td></tr>
<tr><td>642201210</td><td>소마지나정</td><td>1</td><td>1</td><td>30</td><td>U</td></tr>
</table>

- 조제투약내역 -
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>코드
구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>1회
투약량</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th><th>조제구분</th></tr>
<tr><td>01</td><td>01</td><td>3</td><td>655403770</td><td>29</td><td>1</td><td>3</td><td>7</td><td>609</td><td></td></tr>
<tr><td>02</td><td>01</td><td>1</td><td>Z1000</td><td>740</td><td></td><td>1</td><td>1</td><td>740</td><td></td></tr>
<tr><td>02</td><td>01</td><td>1</td><td>Z2000</td><td>1,610</td><td></td><td>1</td><td>1</td><td>1,610</td><td></td></tr>
<tr><td>02</td><td>01</td><td>1</td><td>Z3000</td><td>1,090</td><td></td><td>1</td><td>1</td><td>1,090</td><td></td></tr>
<tr><td>02</td><td>01</td><td>1</td><td>Z4326</td><td>9,500</td><td></td><td>1</td><td>1</td><td>9,500</td><td></td></tr>
<tr><td>02</td><td>01</td><td>1</td><td>Z5000</td><td>640</td><td></td><td>1</td><td>1</td><td>640</td><td></td></tr>
<tr><td>U</td><td>01</td><td>3</td><td>642201210</td><td>1,106</td><td>1</td><td>1</td><td>30</td><td>33,180</td><td></td></tr>
</table>

▶ 서면으로 청구하는 경우
- 처방내역 -
<table>
<tr><th>코드</th><th>약품명</th><th>1회
투약량</th><th>1일투여
횟수</th><th>총투약
일수</th><th>본인부담률
구분코드</th></tr>
<tr><td>655403770</td><td>아세트아미노펜정</td><td>1</td><td>3</td><td>7</td><td></td></tr>
<tr><td>642201210</td><td>소마지나정</td><td>1</td><td>1</td><td>30</td><td>U</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령

- 조제투약내역 -

코드	(예외구분코드) 분류	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
[1항.약가]						
655403770	아세트아미노펜정	29	1	3	7	609
[2항.조제료]						
Z1000	약국관리료	740		1	1	740
Z2000	조제기본료	1,610		1	1	1,610
Z3000	복약지도료	1,090		1	1	1,090
Z4326	내복약조제료(30일분)	9,500		1	1	9,500
Z5000	의약품관리료	640		1	1	640
[U항.건강보험100분의 100본인부담]						
642201210	**소마지나정**	**1,106**	**1**	1	30	**33,180**

□ 소마지나정을 1일 1정씩 30일분 투약시 15일분은 본인일부부담급여로, 15일분은 100분의100본인부담으로 처방조제한 경우

- '처방내역(사항)'란: 처방내역을 모두 기재(100분의100본인부담약제 포함)
- '조제투약내역'란: 보험급여분과 100분의100본인부담 약제 기재
- 조제료 등의 관련 수가: 요양급여비용으로 산정하되 '조제투약 내역'란에 기재

▶ 정보통신망 및 전산매체로 청구하는 경우

- 처방내역 -

코드	약품명	1회 투약량	1일투여 횟수	총투약 일수	**본인부담률 구분코드**
655403770	아세트아미노펜정	1	3	7	
642201210	**소마지나정**	**1**	**1**	**15**	
642201210	**소마지나정**	**1**	**1**	**15**	**U**

항 목	세 부 작 성 요 령

- 조제투약내역 -

항	목	코드 구분	코드	단가	1회 투약량	일투	총투	금액	조제구분
01	01	3	655403770	29	1	3	7	609	
01	**01**	**3**	**642201210**	**1,106**	**1**	**1**	**15**	**16,590**	
02	01	1	Z1000	740		1	1	740	
02	01	1	Z2000	1,610		1	1	1,610	
02	01	1	Z3000	1,090		1	1	1,090	
02	01	1	Z4326	9,500		1	1	9,500	
02	01	1	Z5000	640		1	1	640	
U	**01**	**3**	**642201210**	**1,106**	**1**	**1**	**15**	**16,590**	

▶ 서면으로 청구하는 경우

- 처방내역 -

코드	약품명	1회 투약량	1일투여 횟수	총투약 일수	**본인부담률 구분코드**
655403770	아세트아미노펜정	1	3	7	
642201210	**소마지나정**	**1**	**1**	**15**	
642201210	**소마지나정**	**1**	**1**	**15**	**U**

- 조제투약내역 -

코드	(예외구분코드) 분류	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
[1항.약가]						
655403770	아세트아미노펜정	29	1	3	7	609
642201210	**소마지나정**	**1,106**	**1**	**1**	**15**	**16,590**
[2항.조제료]						
Z1000	약국관리료	740		1	1	740
Z2000	조제기본료	1,610		1	1	1,610
Z3000	복약지도료	1,090		1	1	1,090
Z4326	내복약조제료(30일분)	9,500		1	1	9,500
Z5000	의약품관리료	640		1	1	640
[U항.건강보험100분의 100본인부담]						
642201210	**소마지나정**	**1,106**	**1**	**1**	**15**	**16,590**

3. 100분의100본인부담 치료재료 및 진료행위

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>가. 치료재료</td><td>
(예시) 수액필터(IV In Line Filter)를 TPN 제제 주입시 1개 사용하고, 1개는 필터 사용이 명시되지 않은 약제 주입 시 사용하여 요양급여기준에 따라 환자 본인이 전액 본인부담한 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구할 경우
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>1일
실시횟수</th><th>총
실시횟수</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>08</td><td>01</td><td>8</td><td>M1007001</td><td>4,400</td><td>1</td><td>1</td><td>4,400</td></tr>
<tr><td>U</td><td>02</td><td>8</td><td>M1007010</td><td>4,400</td><td>1</td><td>1</td><td>4,400</td></tr>
</table>

▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>코 드</th><th>분 류</th><th>단 가</th><th>1일
실시횟수</th><th>총
실시횟수</th><th>금 액</th></tr>
<tr><td>[8.처치및수술료]
M1007001
[U항.건강보험100분의100본인부담]
M1007001</td><td>IV FILTER

IV FILTER</td><td>4,400

4,400</td><td>1

1</td><td>1

1</td><td>4,400

4,400</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>나. 진료행위</td><td>
(예시) 요양병원 지역사회 연계 관리료 Ⅱ를 산정하는 경우 교통비는 환자가 전액(100/100) 본인부담토록 한 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구할 경우
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>1일
실시횟수</th><th>총
실시횟수</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>U</td><td>03</td><td>1</td><td>AW004</td><td>8,790</td><td>1</td><td>1</td><td>8,790</td></tr>
</table>

▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>코 드</th><th>분 류</th><th>단 가</th><th>1일
실시횟수</th><th>총
실시횟수</th><th>금 액</th></tr>
<tr><td>[U항.건강보험100분의100본인부담]
AW004</td><td>요양병원 지역사회
연계 교통비[1회방문당]</td><td>8,790</td><td>1</td><td>1</td><td>8,790</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

Ⅷ. 외래요양급여비용 본인일부부담금

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>의원급</td><td>

□ 의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원

○ 의원·치과의원(의약분업예외지역 제외) 및 보건의료원(한방과 제외)

- 외래 요양급여비용총액 1의 30%를 본인이 부담하되, 65세 이상이면서 외래 요양급여비용총액 1이 15,000원 이하일 경우에는 정액 본인일부부담금을 적용한다.
- 임신부 외래진료의 경우 요양급여비용 총액 1의 10%를 본인이 부담한다.
- 6세 미만의 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률의 100분의 70에 해당되는 비용을 부담한다. 단, 1세 미만 영유아의 경우 요양급여비용총액 1의 5%를 본인이 부담한다.

(예시1) 요양급여비용총액 1이 14,000원일 경우

<table>
<tr><th rowspan="2">구 분</th><th colspan="2">금 액</th></tr>
<tr><th>65세 미만</th><th>65세 이상</th></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 2</td><td>14,000원</td><td>14,000원</td></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 1</td><td>14,000원</td><td>14,000원</td></tr>
<tr><td>본인일부부담금</td><td>4,200원</td><td>1,500원</td></tr>
<tr><td>청구액</td><td>9,800원</td><td>12,500원</td></tr>
</table>

(예시2) 요양급여비용총액 1이 26,500원일 경우

<table>
<tr><th>구 분</th><th>금 액</th></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 2</td><td>26,500원</td></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 1</td><td>26,500원</td></tr>
<tr><td>본인일부부담금</td><td>7,900원</td></tr>
<tr><td>청구액</td><td>18,600원</td></tr>
</table>

※ “본인일부부담금”은 100원 미만을 절사하여 기재

○ 의원·치과의원(의약분업예외지역만 해당), 보건의료원(한방과만 해당), 한의원

- 외래 요양급여비용총액 1의 30%를 본인이 부담하되(단, 65세 이상일 경우 25,000원 초과하는 경우와 투약처방을 하는 경우에는 30,000원 초과), 65세 이상이면서 외래 요양급여비용총액 1이 15,000원 이하일 경우에(투약처방을 하는 경우 포함) 정액 본인일부부담금을 적용한다.
- 임신부 외래진료의 경우 요양급여비용 총액 1의 10%를 본인이 부담한다.
- 6세 미만의 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률의 100분의 70에 해당되는 비용을 부담한다. 단, 1세 미만 영유아의 경우 요양급여비용총액 1의 5%를 본인이 부담한다.

</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>
(예시1) 요양급여비용총액 1이 14,000원일 경우
<table>
<tr><th rowspan="2">구 분</th><th colspan="2">금 액</th></tr>
<tr><th>65세 미만</th><th>65세 이상</th></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 2</td><td>14,000원</td><td>14,000원</td></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 1</td><td>14,000원</td><td>14,000원</td></tr>
<tr><td>본인일부부담금</td><td>4,200원</td><td>1,500원</td></tr>
<tr><td>청구액</td><td>9,800원</td><td>12,500원</td></tr>
</table>
(예시2) 투약처방을 하는 경우로써 요양급여비용총액 1이 18,000원일 경우
<table>
<tr><th rowspan="2">구 분</th><th colspan="2">금 액</th></tr>
<tr><th>65세 미만</th><th>65세 이상</th></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 2</td><td>18,000원</td><td>18,000원</td></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 1</td><td>18,000원</td><td>18,000원</td></tr>
<tr><td>본인일부부담금</td><td>5,400원</td><td>1,800원</td></tr>
<tr><td>청구액</td><td>12,600원</td><td>16,200원</td></tr>
</table>
(예시3) 요양급여비용총액 1이 31,000원일 경우
<table>
<tr><th>구 분</th><th>금 액</th></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 2</td><td>31,000원</td></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 1</td><td>31,000원</td></tr>
<tr><td>본인일부부담금</td><td>9,300원</td></tr>
<tr><td>청구액</td><td>21,700원</td></tr>
</table>
※ “본인일부부담금”은 100원 미만을 절사하여 기재
</td></tr>
<tr><td>동지역
병원</td><td>
□ 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원
- 진찰료 총액(진찰료에 가산되는 금액 포함)을 포함한 요양급여비용총액 1의 40%를 본인이 부담한다.
- 임신부 외래진료의 경우 요양급여비용총액 1의 20%를 본인이 부담한다.
- 6세 미만일 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률의 100분의 70에 해당되는 비용을 부담한다. 단, 1세 미만 영유아의 경우 요양급여비용총액 1의 10%를 본인이 부담한다.
(예시) 요양급여비용총액 1이 35,000원일 경우
<table>
<tr><th>구 분</th><th>금 액</th></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 2</td><td>35,000원</td></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 1</td><td>35,000원</td></tr>
<tr><td>본인일부부담금</td><td>14,000원</td></tr>
<tr><td>청구액</td><td>21,000원</td></tr>
</table>
※ “본인일부부담금”은 100원 미만을 절사하여 기재
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>읍·면지역
병원</td><td>□ 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원
- 진찰료 총액(진찰료에 가산되는 금액 포함)을 포함한 요양급여비용총액 1의 35%를 본인이 부담한다.
- 임신부 외래진료의 경우 요양급여비용총액 1의 20%를 본인이 부담한다.
- 6세 미만일 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률의 100분의 70에 해당되는 비용을 부담한다. 단, 1세 미만 영유아의 경우 요양급여비용총액 1의 10%를 본인이 부담한다.

(예시) 요양급여비용총액 1이 14,000원일 경우
<table><tr><th>구 분</th><th>금 액</th></tr><tr><td>요양급여비용총액 2</td><td>14,000원</td></tr><tr><td>요양급여비용총액 1</td><td>14,000원</td></tr><tr><td>본인일부부담금</td><td>4,900원</td></tr><tr><td>청구액</td><td>9,100원</td></tr></table>※ “본인일부부담금”은 100원 미만을 절사하여 기재</td></tr>
<tr><td>동지역
종합병원</td><td>- 진찰료 총액(진찰료에 가산되는 금액 포함)을 포함한 요양급여비용총액 1의 50%를 본인이 부담한다.
- 임신부 외래진료의 경우 요양급여비용총액 1의 30%를 본인이 부담한다.
- 6세 미만일 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률의 100분의 70에 해당되는 비용을 부담한다. 단, 1세 미만 영유아의 경우 요양급여비용총액 1의 15%를 본인이 부담한다.

(예시) 요양급여비용총액 1이 35,000원일 경우
<table><tr><th>구 분</th><th>금 액</th></tr><tr><td>요양급여비용총액 2</td><td>35,000원</td></tr><tr><td>요양급여비용총액 1</td><td>35,000원</td></tr><tr><td>본인일부부담금</td><td>17,500원</td></tr><tr><td>청구액</td><td>17,500원</td></tr></table>※ “본인일부부담금”은 100원 미만을 절사하여 기재</td></tr>
<tr><td>읍·면지역
종합병원</td><td>- 진찰료 총액(진찰료에 가산되는 금액 포함)을 포함한 요양급여비용총액 1의 45%를 본인이 부담한다.
- 임신부 외래진료의 경우 요양급여비용총액 1의 30%를 본인이 부담한다.
- 6세 미만일 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률의 100분의 70에 해당되는 비용을 부담한다. 단, 1세 미만 영유아의 경우 요양급여비용총액 1의 15%를 본인이 부담한다.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>(예시) 요양급여비용총액 1이 16,000원일 경우
<table>
<tr><th>구 분</th><th>금 액</th></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 2</td><td>16,000원</td></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 1</td><td>16,000원</td></tr>
<tr><td>본인일부부담금</td><td>7,200원</td></tr>
<tr><td>청구액</td><td>8,800원</td></tr>
</table>
※ “본인일부부담금”은 100원 미만을 절사하여 기재</td></tr>
<tr><td>상급종합병원</td><td>- 진찰료 전액(진찰료에 가산되는 금액 포함)과 요양급여비용총액 1에서 진찰료 전액을 제외한 요양급여비용총액 1의 60%를 본인이 부담한다.
- 임신부 외래진료의 경우 요양급여비용총액 1의 40%를 본인이 부담한다.
- 6세 미만일 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률의 100분의 70에 해당되는 비용을 부담한다. 단, 1세 미만 영유아의 경우 요양급여비용총액 1의 20%를 본인이 부담한다.

(예시) 어깨의 유착성 피막염 상병으로 상급종합병원 마취과에서 초진진찰을 받은 경우 (요양급여비용총액 1이 28,800원일 경우)
<table>
<tr><th>구 분</th><th>금 액</th></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 2</td><td>28,800원</td></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 1</td><td>28,800원</td></tr>
<tr><td>본인일부부담금</td><td>25,500원</td></tr>
<tr><td>청구액</td><td>3,300원</td></tr>
<tr><td colspan="2">☞ 20,770 + {(28,800 − 20,770) × 0.6} = 25,500원</td></tr>
</table>
※ “본인일부부담금”은 100원 미만을 절사하여 기재</td></tr>
<tr><td>보건소</td><td>- 방문당 외래 요양급여비용이 12,000원을 초과할 경우에는 정률 본인일부부담금 계산방법(요양급여비용총액 1의 100분의 30)에 의하고, 12,000원 이하일 경우에는 정액 본인일부부담금(“별첨 2. 보건기관 수가 및 본인부담액표(외래)” 참조)을 적용한다. 단, 6세 미만일 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률(정률에 해당, 정액은 미적용)의 100분의 70에 해당되는 비용을 부담한다.(다음 예시는 1회 방문 기준)

(예시1) 보건소 내에서 의과진료 시 1일분 투약한 경우
(요양급여비용총액 1: 7,730원)
<table>
<tr><th>구 분</th><th>금 액</th></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 2</td><td>7,730원</td></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 1</td><td>7,730원</td></tr>
<tr><td>본인일부부담금</td><td>1,100원</td></tr>
<tr><td>청구액</td><td>6,630원</td></tr>
</table>
※ “본인일부부담금”은 100원 미만을 절사하여 기재</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>
(예시2) 보건소 내에서 의과진료 시 7일분 투약한 경우(정률)
(요양급여비용총액 1: 18,530원)
<table>
<tr><th>구 분</th><th>금 액</th></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 2</td><td>18,530원</td></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 1</td><td>18,530원</td></tr>
<tr><td>본인일부부담금</td><td>5,500원</td></tr>
<tr><td>청구액</td><td>13,030원</td></tr>
</table>
※ “본인일부부담금”은 100원 미만을 절사하여 기재
</td></tr>
<tr><td>보건지소</td><td>
- 방문당 외래 요양급여비용이 12,000원을 초과할 경우에는 정률 본인일부부담금 계산방법(요양급여비용총액 1의 100분의 30)에 의하고, 12,000원 이하일 경우에는 정액 본인일부부담금(“별첨 2. 보건기관 수가 및 본인부담액표(외래)” 참조)을 적용한다. 단, 6세 미만일 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률(정률에 해당, 정액은 미적용)의 100분의 70에 해당되는 비용을 부담한다.

(예시1) 보건지소 내에서 의과진료 시 2일 투약을 하고, 환자에게 원외처방전을 발급하였을 때 (요양급여비용총액 1: 8,810원)
<table>
<tr><th>구 분</th><th>금 액</th></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 2</td><td>8,810원</td></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 1</td><td>8,810원</td></tr>
<tr><td>본인일부부담금</td><td>900원</td></tr>
<tr><td>청구액</td><td>7,910원</td></tr>
</table>
※ “본인일부부담금”은 100원 미만을 절사하여 기재

(예시2) 보건지소 내에서 치과진료 시 7일분 투약한 경우
(요양급여비용총액 1: 12,230원)
<table>
<tr><th>구 분</th><th>금 액</th></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 2</td><td>12,230원</td></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 1</td><td>12,230원</td></tr>
<tr><td>본인일부부담금</td><td>3,600원</td></tr>
<tr><td>청구액</td><td>8,630원</td></tr>
</table>
※ “본인일부부담금”은 100원 미만을 절사하여 기재

(예시3) 보건지소 내에서 의과진료 시 2일분의 투약과 재활 및 물리치료를 동시에 실시한 경우(요양급여비용총액 1: 10,310원)
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><th>구 분</th><th>금 액</th></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 2</td><td>10,310원</td></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 1</td><td>10,310원</td></tr>
<tr><td>본인일부부담금</td><td>1,400원</td></tr>
<tr><td>청구액</td><td>8,910원</td></tr>
</table>
※ “본인일부부담금”은 100원 미만을 절사하여 기재

(예시4) 보건지소 내에서 의과진료 시 7일분 투약한 경우(정률)
(요양급여비용총액 1: 17,810원)
<table>
<tr><th>구 분</th><th>금 액</th></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 2</td><td>17,810원</td></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 1</td><td>17,810원</td></tr>
<tr><td>본인일부부담금</td><td>5,300원</td></tr>
<tr><td>청구액</td><td>12,510원</td></tr>
</table>
※ “본인일부부담금”은 100원 미만을 절사하여 기재
</td></tr>
<tr><td>보건진료소</td><td>
- 방문당 외래 요양급여비용이 12,000원을 초과할 경우에는 정률 본인일부부담금 계산방법(요양급여비용총액 1의 100분의 30)에 의하고, 12,000원 이하일 경우에는 정액 본인일부부담금(“별첨 2. 보건기관 수가 및 본인부담액표(외래)” 참조)을 적용한다. 단, 6세 미만일 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률(정률에 해당, 정액은 미적용)의 100분의 70에 해당되는 비용을 부담한다.

(예시1) 보건진료소 내에서 2일분 투약한 경우(요양급여비용총액 1: 7,010원)
<table>
<tr><th>구 분</th><th>금 액</th></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 2</td><td>7,010원</td></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 1</td><td>7,010원</td></tr>
<tr><td>본인일부부담금</td><td>900원</td></tr>
<tr><td>청구액</td><td>6,110원</td></tr>
</table>
※ “본인일부부담금”은 100원 미만을 절사하여 기재

(예시2) 보건진료소 내에서 7일분 투약한 경우(정률)
(요양급여비용총액 1: 15,110원)
<table>
<tr><th>구 분</th><th>금 액</th></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 2</td><td>15,110원</td></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 1</td><td>15,110원</td></tr>
<tr><td>본인일부부담금</td><td>4,500원</td></tr>
<tr><td>청구액</td><td>10,610원</td></tr>
</table>
※ “본인일부부담금”은 100원 미만을 절사하여 기재
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>약 국</td><td>

□ 처방전에 의하지 아니하고 의약품을 조제 받은 경우

- 방문당 외래 요양급여비용이 4,000원을 초과할 경우에는 정률 본인일부부담금 계산방법(요양급여비용총액 1의 100분의 40)에 의하고, 4,000원 이하일 경우에는 정액 본인일부부담금을 적용한다.

(예시1) 1일분 요양급여비용총액 1이 2,940원인 경우(정액)

<table>
<tr><th>구 분</th><th>금 액</th></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 2</td><td>2,940원</td></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 1</td><td>2,940원</td></tr>
<tr><td>본인일부부담금</td><td>1,400원</td></tr>
<tr><td>청구액</td><td>1,540원</td></tr>
</table>

※ “본인일부부담금”은 100원 미만을 절사하여 기재

(예시2) 2일분 요양급여비용총액 1이 3,240원인 경우(정액)

<table>
<tr><th>구 분</th><th>금 액</th></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 2</td><td>3,240원</td></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 1</td><td>3,240원</td></tr>
<tr><td>본인일부부담금</td><td>1,600원</td></tr>
<tr><td>청구액</td><td>1,640원</td></tr>
</table>

※ “본인일부부담금”은 100원 미만을 절사하여 기재

(예시3) 4일분 요양급여비용총액 1이 3,950원인 경우(정액)

<table>
<tr><th>구 분</th><th>금 액</th></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 2</td><td>3,950원</td></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 1</td><td>3,950원</td></tr>
<tr><td>본인일부부담금</td><td>2,000원</td></tr>
<tr><td>청구액</td><td>1,950원</td></tr>
</table>

※ “본인일부부담금”은 100원 미만을 절사하여 기재

(예시4) 4일분 요양급여비용총액 1이 6,000원인 경우(정률)

<table>
<tr><th>구 분</th><th>금 액</th></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 2</td><td>6,000원</td></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 1</td><td>6,000원</td></tr>
<tr><td>본인일부부담금</td><td>2,400원</td></tr>
<tr><td>청구액</td><td>3,600원</td></tr>
</table>

※ “본인일부부담금”은 100원 미만을 절사하여 기재

</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령

□ **처방전에 따라 의약품을 조제 받은 경우**

- 방문당 외래 요양급여비용총액 1의 30%를 본인이 부담하되, 65세 이상이면서 요양급여비용총액 1이 10,000원 이하일 경우에는 정액 본인일부부담금(1,000원)을 적용한다.
  단, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제6조에 따라 약국 요양급여비용의 본인부담률 산정특례 대상으로 상급종합병원 외래 진료시 의사가 발행한 처방전에 따라 약국에서 의약품을 조제받는 경우 약국 요양급여비용총액 1의 50%, 종합병원 외래 진료시 의사가 발행한 처방전에 따라 약국에서 의약품을 조제받는 경우 약국 요양급여비용총액 1의 40%를 본인이 부담한다.

(예시1) 처방전에 따른 요양급여비용총액 1이 9,800원인 경우

구 분	금 액	
	65세미만	65세이상
요양급여비용총액 2	9,800원	9,800원
요양급여비용총액 1	9,800원	9,800원
본인일부부담금	2,900원	1,000원
청구액	6,900원	8,800원

※ "본인일부부담금"은 100원 미만을 절사하여 기재

(예시2) 처방전에 따른 요양급여비용총액 1이 13,000원인 경우

구 분	금 액
요양급여비용총액 2	13,000원
요양급여비용총액 1	13,000원
본인일부부담금	3,900원
청구액	9,100원

※ "본인일부부담금"은 100원 미만을 절사하여 기재

(예시3) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제6조에 따른 약국 요양급여비용의 본인부담률 산정특례 대상으로 상급종합병원 외래 진료시 발행한 처방전에 따른 요양급여비용총액 1이 16,000원인 경우

구 분	금 액
요양급여비용총액 2	16,000원
요양급여비용총액 1	16,000원
본인일부부담금	8,000원
청구액	8,000원

※ "본인일부부담금"은 100원 미만을 절사하여 기재

Ⅸ. 특정내역 구분코드 작성요령

1. 명일련단위 작성 특정내역 항목

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td>MS001</td><td>원내투약일수
(경구·외용)</td><td>◆ 의약분업예외사항이 발생하여 경구 또는 외용 약제를 원내에서 조제·투약시 해당 명세서의 실 투약일수를 기재(입원인 경우 퇴원약 조제·투약일수까지 포함, 의·치과 및 한방명세서 해당)
※ 치료를 위한 투약 목적으로 처방·조제되는 「제3항(투약 및 조제료)」 약제의 투약일수를 기재
※ 약제별 투약일수 기재여부
<table>
<tr><th>구 분</th><th>투약일수 기재여부</th></tr>
<tr><td>전염병예방접종약, 진단용의약품
(의약분업예외구분코드 “41”)</td><td>투약일수 미기재</td></tr>
<tr><td>신장투석액 등
(의약분업예외구분코드 “45”)</td><td>- 마약, 희귀의약품, 제제약 등 투약의 목적으로 사용된 약제는 투약일수 기재
- 신장투석액 등 기계장치를 이용하거나, 시술에 사용된 약제는 투약일수 미기재</td></tr>
<tr><td>검사, 처치 또는 수술시 사용한 약제
(의약분업예외구분코드 “55”)</td><td>투약일수 미기재</td></tr>
<tr><td>기 타
- 질정 또는 벤토린흡입액 등 처치시 사용된 약제</td><td>- 처치시 투여하는 경우에는 투약일수 미기재
(의약분업예외구분코드 “55” 해당)
- 퇴원약으로 처방·조제한 경우에는 투약일수 기재</td></tr>
<tr><td>- 방광내약액주입(자365-1) 목적으로 사용된 항암제</td><td>투약일수 미기재</td></tr>
<tr><td>- 퇴장방지의약품 사용장려금의 산정을 위해 기재하는 경우</td><td>투약일수 미기재
(의약분업예외구분코드 “99”)</td></tr>
<tr><td>- 100분의100본인부담약제</td><td>투약일수 미기재</td></tr>
<tr><td>- 보건기관 등 방문당 진료비 청구시</td><td>투약일수 미기재</td></tr>
</table>
◆ 기재형식: 9(3)
◆ (예시)
1. 원내 조제·투약일이 3일인 경우
MS001 003
2. 2024.1.22일 내과에서 10일분, 2024.1.26일 신경과에서 20일분 조제·투약한 경우 (중복되는 투약일수는 미기재)
MS001 024</td></tr>
</table>

구분 코드	특정내역	작성요령 및 기재형식
		3. 2024.1.22일 내과에서 10일분, 신경과에서 20일분 조제·투약한 경우 (중복되는 투약일수는 미기재) MS001 020 ◆ 적용일: 2005.1.1.부터
MS002	원내투약일수 (주사제)	◆ 주사제를 원내투여한 경우 해당 명세서의 주사제 실 투여일수(인슐린 등 분할 투여 주사제 포함)를 기재(입원인 경우 퇴원약 조제일수까지 포함, 의·치과 명세서 해당) ※ 치료를 위한 투약 목적으로 처방·조제되는 「제4항(주사료)」 약제의 투약일수를 기재 ※ 약제별 투약일수 기재여부 〈MS001 표 참조〉 ◆ 기재형식: 9(3) ◆ (예시) 원내 투약일이 1일인 경우 MS002 001 ◆ 적용일: 2005.1.1.부터
MS003	의약분업 예외구분코드	◆ 보건기관에서 의약분업예외사항에 해당되어 원내 직접 조제한 경우 해당 예외구분코드(별표 7. 의약분업예외구분코드 참조)를 기재 ◆ 기재형식: 9(2) ◆ (예시) 의약분업예외지역에 위치한 보건기관의 경우 MS003 01 ◆ 적용일: 2005.1.1.부터 2023.6.1.부터(정신건강의학과 정액 의료급여명세서 제외)
MS004	신생아체중 (*)	◆ 모든 분만 명세서와 신생아 명세서의 경우 신생아 체중을 기재. 분만 명세서에는 출생 당시의 신생아 체중으로 기재하고, 신생아 명세서에는 입원(또는 출생) 당시 신생아 체중을 그램(gram) 단위로 기재 ◆ 기재형식: 9(4) ◆ (예시) 1. 임신 37주에 쌍태아(2.84kg과 2.65kg)를 분만한 경우 MS004 2840 MS004 2650 2. 위 쌍태아 중 둘째 아기가 생후 3일부터 황달이 심하여 계속 입원치료를 한 경우 (신생아 명세서) MS004 2650 3. 위 2.의 아기를 2주후 거주지 인근 병원으로 이송하여 황달치료를 계속한 경우 (입원 당시 2.75kg) MS004 2750 ◆ 적용일: 2005.1.1.부터

구분 코드	특정내역	작성요령 및 기재형식
MS005	낮병동, 응급실 재원시간 (*)	♦ 낮병동, 응급실 재원시 해당 입원날짜와 재원기간의 From/To를 기재 ♦ 단, 응급의료 전용헬기 이송의 경우 헬기가 현장에 도착 후 진찰·처치·수술 등을 시작한 날짜 및 시각을 기재 ♦ 기재형식: ccyymmddhhmm/ccyymmddhhmm ♦ (예시) 2024.1.18일 오전 10시 10분부터 오후 5시까지 입원한 경우 MS005 202401181010/202401181700 ♦ 적용일: 2005.1.1.부터 2016.1.1. 진료분부터(응급실 재원시간)
MS006	중증환자 (뇌혈관, 심장질환) 수술일자 (*)	♦ 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별첨 1, 2] 상병의 뇌혈관 또는 심장질환자가 입원하여 [별첨 1, 2]에 해당하는 수술을 실시한 경우(특정기호 V191, V192) 수술일자를 기재 ♦ 기재형식: ccyymmdd ♦ (예시) 2024.1.25일 입원하여 2024.1.26일 수술한 경우 MS006 20240126 ♦ 적용일: 2005.9.1.부터
MS007	암질환 Stage 분류	♦ 등록 암환자가 C00~C97 상병으로 진료를 받은 경우 원발암 상병코드와 확인된 병기 Stage 분류를 기재 ※ MS008과 선택기재 가능 ♦ 기재형식: X(6)/X(2) ♦ (예시) 위 유문부 악성 신생물로 StageⅢA 인 경우 MS007 C1641/3A ♦ 적용일: 2006.3.1. 진료분부터(2006.5.31.까지 기재 유예)
MS008	암질환 TNM 분류	♦ 등록 암환자가 C00~C97 상병으로 진료를 받은 경우 원발암 상병코드와 확인된 병기 TNM 분류를 기재 ※ MS007과 선택기재 가능 ♦ 기재형식: X(6)/X(3)/X(2)/X(2) ♦ (예시) 위 유문부 악성 신생물로 T2aN2M0 인 경우 MS008 C1641/T2a/N2/M0 ♦ 적용일: 2006.3.1. 진료분부터(2006.5.31.까지 기재 유예)
MS009	항암화학요법 투여단계 및 주기	♦ 등록 암환자가 C00~C97 상병으로 항암화학요법제를 투여 받은 경우 투여단계(line) 및 투여주기(Cycle)를 기재 ※ 투여주기는 2 cycle 이상인 경우 From/To를 모두 기재 ♦ 기재형식: 9(1)/9(2)/9(2) ♦ (예시) 1. 항암요법 1차(1st line)에 3주기(cycle) 투여시 MS009 1/03/ 항암요법 1차(1st line)에 3주기부터 5주기(cycle)까지 투여시 MS009 1/03/05

구분 코드	특정내역	작성요령 및 기재형식
		2. 1군 항암제로 1st line 2~3 cycle까지 투여 후 regimen이 변경되어 2군 항암제로 2nd line 1cycle을 투여한 경우 MS009 1/02/03 MS009 2/01/ ♦ 적용일: 2006.3.1. 진료분부터(2006.5.31.까지 기재 유예)
MS010	민원처리결과 급여결정 진료분 (*)	♦ 심사평가원 민원처리결과 급여결정으로 해당 요양급여비용을 청구하는 경우는 'Y'를 기재 ※ 동 특정내역을 기재하는 경우에는 세부 결정사항(내용) 등을 기타내역(MX999, JX999)에 기재하거나 관련 자료를 별도 첨부 ♦ 기재형식: X(1) ♦ (예시) 자기공명영상(MRI)이 급여 결정되어 해당 내역을 청구할 경우 MS010 Y MX999 민원처리 결정내용 등을 요약 기재 (JX999) ♦ 적용일: 2007.7.1.부터
MS011	야간 및 공휴일 수술 (**)	♦ 질병군 입원 진료 중 18시~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 수술을 한 경우 수술 또는 마취를 시행한 날과 시작한 시각을 기재 ♦ 기재형식: ccyymmddhhmm ♦ 적용일: 2012.7.1. 진료분부터
MS012	비급여 약제 처방(조제)내역 (의료기관)	♦ 특정내역 구분코드 MT001(상해외인)에 "J" 기재 시 진료 후 비급여 약제만을 처방(조제)하는 경우 비급여약제 내역을 기재 약품코드/1회투약량/1일투여량/총투여일수/약품명 ♦ 기재형식: X(9)/9(5).V9(4)/9(5).V9(2)/9(3)/X(50) ♦ (예시) 계약의사가 의료기관이 아닌 사회복지 시설내에서 시설입소자를 진료 후 비급여 약제만을 원외처방한 경우 MS012 642102360/1/3/7/큐자임정 MT001 J ♦ 적용일: 2013.7.1. 청구분부터
MT001	상해외인 (*)	♦ 한국표준질병·사인분류의 제20장에 따라 상병의 원인에 해당하는 분류기호 중 영문 첫 자리(V, W, X, Y)만 기재 ♦ 의과, 치과, 한의과가 개설된 병원급이상 의료기관 및 보건의료원에서 의과(치과, 한의과) 입원기간 중 한의과(의과, 치과) 협의 진료로 별도의 명세서 작성시 'C'를 기재 ♦ 고위험임신부 자연분만 및 제왕절개분만으로 인한 동일 입원기간 중 타 상병 진료로 별도의 명세서 작성시 'D'를 기재 ♦ 차상위 (장애인) 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자 및 의료급여 수급권자의 정신건강의학과 입원진료 중 다른 진료과목 전문의 진료로 별도의 명세서 작성시 'E'를 기재

구분 코드	특정내역	작성요령 및 기재형식
		♦ 중증질환자, 희귀질환자 및 중증난치질환자, 결핵질환자 및 잠복결핵감염자가 해당 산정특례 대상 상병(합병증 포함)과 동시에 타 상병 진료로 별도의 명세서를 작성하거나 타 상병 치료에 대한 진료기간 중 해당 산정특례 대상 상병(합병증 포함) 진료로 별도의 명세서 작성시 'F'를 기재 ♦ 의료급여 수급권자 및 차상위 (장애인) 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자가 외래에서 의사 진찰 없이 예약된 검사만을 실시하여 그 해당 내역을 별도 명세서로 작성하는 경우 'H'를 기재 ♦ 희귀질환 지원대상자(공상 등 구분 'H')가 의료비 지원대상 상병(합병증 포함)과 동시에 타 상병 진료로 별도의 명세서에 작성하거나, 타 상병 치료에 대한 진료기간 중 지원대상 상병(합병증 포함) 진료로 별도의 명세서 작성시 'I'를 기재 ♦ 의료기관에 소속된 계약의사 또는 협약의료기관의 의사가 해당 의료기관이 아닌 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설(「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양기관을 포함)내에서 시설입소자(사회복지시설에서 숙식하는 자를 뜻함)에게 진료 후 원외처방한 경우(약국의 처방조제 포함), 계약의사가 소속된 의료기관(또는 협약의료기관) 및 사회복지시설이 모두 의약분업예외지역에 해당되어 사회복지시설에서 진료 후 의료기관에서 원내조제하거나 한의사가 원내조제한 경우, 의료기관에 소속된 계약의사(또는 협약의료기관 의사)가 사회복지시설에서 정신질환자를 진료 후 의료기관에서 원내 직접조제·투약한 경우 'J'를 기재 ♦ 타법령(산재보험, 자동차보험 등)으로 입원진료 중 동일한 진료와 무관한 그 외 질병(기왕증 포함)진료로 별도의 명세서 작성시 'K'를 기재 ♦ 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 명세서 작성시 'M'을 기재 ♦ 잠복결핵감염 검진비지원대상이 해당 대상 상병과 동시에 타 상병 진료로 별도의 명세서를 작성하거나, 타 상병 치료에 대한 진료기간 중 해당 지원대상 상병 진료로 별도의 명세서 작성시 'N'을 기재 ♦ 의료급여정액수가 진료 시 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제23조2에 의한 항목을 실시한 경우 별도의 명세서 작성 시 'O'를 기재 ♦ 여성 청소년 대상 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰·상담사업 지원대상이 해당 지원대상 상병과 동시에 타 상병 진료로 별도의 명세서를 작성하거나 타 상병 치료에 대한 진료기간 중 해당 지원대상 상병 진료로 별도의 명세서 작성시 'R'을 기재 ♦ 장기이식 수혜자가 국민건강보험법 시행령 별표2 제3호가목4)의 규정에 의거 장기등기증자의 장기등 적출시 발생한 요양급여비용에 대해 별도 명세서 작성시 'S'를 기재 ♦ 보건복지부장관이 정하는 난임진료 요양급여비용과 동시에 타 상병 등 진료로 별도의 명세서를 작성하거나 타 상병 등 진료기간 중 보건복지부장관이 정하는 난임진료 요양급여비용으로 별도의 명세서 작성시 'T'를 기재

구분 코드	특정내역	작성요령 및 기재형식
		◆「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제2항 및 별표1 제1호 자목에 따른 임상연구 또는 임상시험에 참여하는 환자의 질병이나 부상 등을 위한 진료와 동시에 타 상병 진료로 별도의 명세서 작성시 'U'를 기재 ◆ 기재형식: X(1) ◆ (예시) 1. 낙상으로 인한 거골의 골절인 경우 MT001 W (질환의 원인에 해당되는「W」만 기재) 2. 뇌혈관질환자(V191)가 입원기간 중 타 상병(관절염) 진료로 타 상병 진료분 명세서 별도 작성시 MT001 F 3. 골절로 인하여 정형외과 입원 중 등록 암상병 관련 항암제 복용 등으로 등록 암 관련 명세서 별도 작성시 MT001 F MT002 V193 4. 의료급여 수급권자가 외래에서 의사 진찰 없이 예약된 검사만 실시하여 해당 내역만을 별도의 명세서에 작성시 MT001 H 5. 콜만증후군(V165) 환자가 타 상병(결막염) 진료로 타 상병 진료분 명세서 별도 작성시 MT001 I MT002 V165 6. A의원에 소속된 계약의사가 장기요양기관(노인요양시설)에서 진료 후 원외처방전을 발급한 경우 MT001 J 7. 자동차보험으로 입원진료 중 기왕증(고혈압) 진료로 타상병 진료분 명세서 별도 작성시 MT001 K 8. 임상연구 요양급여 적용 대상자가 임상연구 관련 진료 중 타 상병(감기) 진료로 타 상병(감기) 진료분 명세서 별도 작성시 MT001 U ◆ 적용일: 2005.1.1.부터
MT002	특정기호 (*)	◆ 만성신부전증환자, 암환자, 조혈모세포이식대상질환자, 혈우병환자, 장기(간장, 심장, 췌장)이식환자 등 별표 6. "특정기호코드"의 사항에 해당되는 기호를 기재 ◆ 기재형식: X(4) ◆ (예시) 만성신부전증환자의 인공신장 투석시(등록 중증난치질환자) MT002 V001 ◆ 적용일: 2005.1.1.부터

구분 코드	특정내역	작성요령 및 기재형식
MT003	개방병원진료시 의뢰기관기호 (*)	◆ 「의료법」 제39조(시설 등의 공동이용)에 따라 참여의가 개방병원에서 입원 및 외래수술 등 요양급여를 행하고 동 소요비용을 개방병원에서 청구할 경우 진료를 의뢰한 요양기관(참여 병·의원)기호 및 의뢰 당시 환자의 참여 병·의원에서의 진료형태(입원:1, 외래:2)를 기재 ◆ 기재형식: 9(8)/9(1) ◆ 적용일: 2005.1.1.부터
MT004	소명자료 구분	◆ 전산청구 시 우편 또는 전송망 등으로 명세서와 관련된 소명자료를 첨부하는 경우 'Y'를 기재 ※ MT015, MT016(제출자료목록표)을 기재한 경우는 생략 가능 ◆ 기재형식: X(1) ◆ 적용일: 2005.1.1.부터
MT005	주민등록번호 상이건 (*)	◆ 건강보험증(의료급여증)과 주민등록증상의 주민등록번호가 상이한 경우에는 주민등록증에 기재되어 있는 주민등록번호를 기재(생년월일 다음의 '-' 기재 생략) ◆ 기재형식: 9(13) ◆ 적용일: 2005.1.1.부터
MT008	의사(약사)별 진료(조제)일수	◆ 1개월 또는 1주일 동안 각 의사(약사)별 실제 진료(조제)한 일수를 의사(약사) 주민번호 앞자리(생년월일)/실제 진료(조제)한 일수/의사(약사) 주민번호 앞자리(생년월일)/실제 진료(조제)한 일수 순으로 기재 (첫 번째 명일련에만 기재) ※ 단, 주 3일이상이면서 20시간 이상 근무하는 격일제, 시간제 근무자는 1개월(주단위청구의 경우 1주일) 동안 재직한 일수의 1/2로 기재(소수점 이하 4사5입)하되, 최대 월 15일(주단위청구의 경우 주 3일)을 초과할 수 없음 ※ 치과의원, 한의원, 보건의료원, 약국 해당 ◆ 기재형식: 9(6)/9(2) ◆ (예시) 월단위 청구기관인 경우 상근자 김○○(630718-XXXXXXX)는 1개월간 실제 진료일수가 24일이고, 시간제 근무자 강○○(690602-XXXXXXX)는 13일까지 재직 후 퇴사한 경우 MT008 630718/24/690602/07 ◆ 적용일: 2005.11.1.부터
MT010	폐렴정보 (요양병원)	◆ 요양병원의 장기환자에게 폐렴이 발생되어 행위별수가를 적용하는 경우 '폐렴 환자에 대한 점검표' 6항목의 해당유무(각 사항에 해당하면 "Y", 그렇지 않으면 "N")와 진단일을 순서대로 기재 ◆ 기재형식: X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/ccyymmdd

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>♦ (예시) 흉부방사선 상 신규의 폐침윤이 있고, 체온이 38.5℃이며, 백혈구수 15,000/㎣, 새로 발생한 화농성 객담이 있고, 흉부 진찰소견 상 Rale 없고, PaO2 50mmHg로 2024.1.10일에 폐렴으로 진단한 경우
MT010 Y/Y/Y/Y/N/Y/20240110
♦ 적용일: 2008.1.1. 진료분부터</td></tr>
<tr><td>MT011</td><td>패혈증정보
(요양병원)</td><td>♦ 요양병원의 장기환자에게 패혈증이 발생되어 행위별수가를 적용하는 경우 ‘패혈증 환자에 대한 점검표’ 5항목의 해당유무(각 사항에 해당하면 “Y”, 그렇지 않으면 “N”)와 진단일을 순서대로 기재
♦ 기재형식: X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/ccyymmdd
♦ (예시) pseudomonas aeruginosa 배양(+), 38.5℃, 심박동수 98회, 호흡 수 30회, 백혈구수 15,000/㎣로 2024.1.21일에 패혈증으로 진단한 경우
MT011 Y/Y/Y/Y/Y/20240121
♦ 적용일: 2008.1.1. 진료분부터</td></tr>
<tr><td>MT014</td><td>등록번호
(*)</td><td>♦ 등록 중증질환자, 희귀질환자 및 중증난치질환자, 결핵질환자 및 잠복결핵 감염자가 해당 산정특례 대상 상병(합병증 포함)으로 진료를 받은 경우 또는 등록 틀니 및 치과임플란트 환자가 대상 상병으로 진료를 받은 경우에 등록번호를 기재
※ 건강보험 환자의 경우 10자리(단, 등록 틀니 대상의 경우 11자리, 치과임플란트 대상의 경우 13자리), 의료급여환자의 경우 15자리(치과임플란트 대상의 경우 18자리)까지 기재
♦ 기재형식: 9(20)
♦ (예시) 중증진료 등록(건강보험)을 한 위암환자(등록번호: 0105123456)가 해당 상병에 대한 진료를 한 경우
MT014 0105123456
♦ 적용일: 2005.9.1.부터</td></tr>
<tr><td>MT015</td><td>제출자료
목록표</td><td>♦ 요양급여비용청구시 심사참고자료 등을 제출하는 경우 기재하되, 아래의 제출자료별 코드를 참조하여 ‘제출자료코드/제출자료코드/.....’형태로 기재
〈제출자료별 세부코드〉
<table>
<tr><th>구분</th><th>제출자료명</th><th>코드</th><th>제출자료명</th><th>코드</th></tr>
<tr><td rowspan="6">진료
기록부</td><td>입퇴원기록지</td><td>01</td><td>의사지시기록지</td><td>02</td></tr>
<tr><td>수술기록지</td><td>03</td><td>마취기록지</td><td>04</td></tr>
<tr><td>경과기록지</td><td>05</td><td>간호기록지</td><td>06</td></tr>
<tr><td>중환자실기록지</td><td>07</td><td>투약기록지</td><td>08</td></tr>
<tr><td>신경차단술시술기록지</td><td>09</td><td>혈액투여기록지</td><td>10</td></tr>
<tr><td>재활·물리치료기록지</td><td>11</td><td>방사선치료기록지</td><td>12</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><th>구분</th><th>제출자료명</th><th>코드</th><th>제출자료명</th><th>코드</th></tr>
<tr><td rowspan="4">검사
결과지</td><td>검체검사결과지</td><td>21</td><td>병리검사결과지</td><td>22</td></tr>
<tr><td>기능검사결과지</td><td>23</td><td>내시경, 천자 및 생검료 결과지</td><td>24</td></tr>
<tr><td>골밀도검사결과지</td><td>25</td><td>핵의학영상진단결과지</td><td>26</td></tr>
<tr><td>판독결과지</td><td>27</td><td>-</td><td>-</td></tr>
<tr><td rowspan="4">영상
자료</td><td>X-RAY 필름</td><td>41</td><td>CD</td><td>42</td></tr>
<tr><td>디스켓</td><td>43</td><td>Full PACS</td><td>44</td></tr>
<tr><td>비디오테이프</td><td>45</td><td>Roll film</td><td>46</td></tr>
<tr><td>Cine 필름</td><td>47</td><td>file (mail)</td><td>48</td></tr>
<tr><td rowspan="2">기타
자료</td><td>의사소견서</td><td>61</td><td>장기입원사유서</td><td>62</td></tr>
<tr><td>중환자실 장기입원사유서</td><td>63</td><td>교과서적 자료 등 근거자료</td><td>64</td></tr>
</table>
◆ 기재형식: X(2)
◆ (예시) ‘수술기록지’, ‘의사소견서’를 제출하는 경우
MT015 03/61
◆ 적용일: 2006.1.1.부터
</td></tr>
<tr><td>MT016</td><td>제출자료
목록표
(기타)</td><td>◆ 요양급여비용청구시 심사참고자료 등을 제출하는 경우 기재하되, ‘MT015’에서 정한 제출자료 이외의 자료를 제출하는 경우 기재
- 평문(FreeText) ※ 영문(200자), 한글(100자)
◆ 기재형식: X(200)
◆ (예시) ‘협의진료기록지’를 제출하는 경우
MT016 협의진료기록지
◆ 적용일: 2006.1.1.부터</td></tr>
<tr><td>MT018</td><td>본인부담
구분코드</td><td>◆ 의료급여 자격관리시스템(국민건강보험공단)에서 전송받은 본인부담구분코드를 기재(의료급여수가의 기준 및 일반기준 별표 1 ‘본인부담 구분’의 사항에 해당되는 구분코드를 기재)
〈본인부담구분코드〉
<table>
<tr><th>구분코드</th><th>대 상</th></tr>
<tr><td>M001</td><td>선택의료급여기관 적용자(조건부연장승인자) 1종</td></tr>
<tr><td>M002</td><td>선택의료급여기관 자발적 참여자 1종</td></tr>
<tr><td>M003</td><td>18세 미만인자 1종</td></tr>
<tr><td>M004</td><td>임산부 1종</td></tr>
<tr><td>M005</td><td>(구)등록 희귀난치성질환자 1종(2013.09.30이전 등록 수급권자)</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

구분코드	특정내역	작성요령 및 기재형식

구분코드	대 상
M007	20세 미만인 자로 중·고등학교 재학 중인 자 1종
M008	가정간호대상자 1종
M009	응급환자인 선택의료급여기관 이용자 1종
M010	장애인보조기기 지급받는 선택의료급여기관 이용자 1종
M011	행려환자 1종
M012	노숙인진료시설을 이용하는 노숙인 1종
M013	응급·분만으로 노숙인진료시설 이외의 의료급여기관을 이용하는 노숙인 1종
M014	노숙인진료시설에서 의뢰되어 제3차의료급여기관을 이용하는 노숙인 1종
M015	등록 희귀난치성질환자 1종(2013.10.01.~2018.12.31.등록 수급권자)
M016	등록 중증질환자 1종
M017	등록 결핵질환자 1종
M018	등록 희귀질환자 1종
M019	등록 중증난치질환자 1종
B001	선택의료급여기관 적용자(조건부연장승인자) 2종
B002	선택의료급여기관 자발적 참여자 2종
B003	응급환자인 선택의료급여기관 이용자 2종
B004	장애인보조기기 지급받는 선택의료급여기관 이용자 2종
B005	선택의료급여기관에서 의뢰된 자(1·2종)
B006	선택의료급여기관에서 의뢰되어 재의뢰된 자(1·2종)
B007	선택의료급여기관 적용대상자이면서 사회복지시설에서 선택의료급여기관이 아닌 기관의 계약의사에게 진료 받은 자 중 원외처방전을 발행 받은 자 또는 원내 직접 조제·투약 받은 자(1·2종)
B008	제3선택의료급여기관(한의원) 또는 제4선택의료급여기관(치과의원)에서 진료받은 자(1·2종)
B009	선택의료급여기관 적용자로서 「선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용절차 등에 관한 규정」에 따른 경과규정 적용자 등 의료급여의뢰서를 제출한 것으로 갈음하는 자(1·2종)

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><th>구분코드</th><th>대 상</th></tr>
<tr><td>B010</td><td>임신부 2종</td></tr>
<tr><td>B011</td><td>등록 조산아 및 저체중 출생아 2종</td></tr>
<tr><td>B012</td><td>정신질환자가 조현병(F20~F29) 외 정신질환으로 관련 진료를 받은 당일 외래진료(2종)</td></tr>
<tr><td>B013</td><td>「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」별표4의2 구분6과 구분7에 해당하는 치매질환으로 진료를 받은 당일 입원진료 및 외래진료(2종)</td></tr>
<tr><td>B014</td><td>연장승인(선택의료급여기관) 미신청자(불승인자)로서 「의료급여법 시행령」 [별표1] 제3호다목에 따른 의료급여비용을 적용받는 사람(1·2종)</td></tr>
<tr><td>B015</td><td>1세 미만 수급권자 중 만성질환자의 외래진료(2종)</td></tr>
<tr><td>B030</td><td>잠복결핵 치료 관련 외래진료(1·2종)</td></tr>
</table>
※ M005, M015, M016, M017, M018, M019를 기재하는 경우 MT014(등록번호)를 기재
◆ 기재형식: X(4)
◆ (예시) 의료급여 1종 수급권자(자발적 참여자)가 선택병의원에서 진료를 받은 경우
MT018 M002
◆ 적용일: 2007.7.1.부터
</td></tr>
<tr><td>MT019</td><td>진료확인번호</td><td>◆ 「선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용절차 등에 관한 규정」 제3조제4항에 따라 의료급여 자격관리시스템(국민건강보험공단)에서 전송받은 진료확인번호(23자리) 중 요양기호 및 진료일자 중 첫 번째 2자리를 제외한 13자리 「진료일자(6)+0+일련번호(6)」을 기재
☞ 진료확인번호(23자리) 구성: 요양기관기호(8)+진료일자(8)+0+일련번호(6)
◆ 기재형식: X(13)
◆ (예시) 자격관리시스템(국민건강보험공단)에서 전송받은 진료확인번호가 ‘11100001202407010111111’인 경우
MT019 2407010111111
◆ 적용일: 2007.7.1.부터</td></tr>
<tr><td>MT020</td><td>원내 직접조제·투약 횟수</td><td>◆ 의료급여 수급권자 및 차상위 (장애인) 만성질환·18세미만 본인부담경감 대상자가 외래진료 당일 의약분업 예외사항 발생으로 모든 의약품(경구, 외용제, 주사제 등)을 원외처방전 발행 없이 원내에서 직접조제·투약하는 경우 직접 조제·투약 횟수를 기재. 다만, 원외처방전 발행과 원내 직접조제가 동시에 이루어진 경우는 기재하지 않음</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>〈기재 대상〉<table><tr><th>구분</th><th>기재대상</th></tr><tr><td>의료급여 1종 수급권자</td><td>제1차, 2차, 3차 의료급여기관 외래진료분</td></tr><tr><td>의료급여 2종 수급권자</td><td>제1차 의료급여기관 외래진료, 만성질환자(의료급여 수가의 기준 및 일반기준 제17조)의 제2차 의료급여기관 외래진료</td></tr><tr><td>차상위 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자
차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자</td><td>의원급(의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원) 외래진료,
병원급(병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원) 및 종합병원에서 「의료급여법시행령」 별표 1 제2호 가목에 따른 만성질환자의 외래진료</td></tr></table>◆ 기재형식: 9(2)
◆ (예시) 의료급여 1종 수급권자가 선택 병·의원 원내에서 1회 직접 조제 투약하는 경우
MT020 01
◆ 적용일: 2008.4.1. 진료분부터</td></tr>
<tr><td>MT021</td><td>입원 유형</td><td>◆ 정신건강의학과 정액 입원환자의 경우 최초 입원일의 입원유형을 기재
1: 자의입원 2: 보호의무자에 의한 입원
3: 시장·군수·구청장에 의한 입원 4: 응급입원
9: 기타
◆ 기재형식: 9(1)
◆ 적용일: 2009.1.1.부터</td></tr>
<tr><td>MT022</td><td>퇴원 유형</td><td>◆ 정신건강의학과 정액 입원환자의 경우 퇴원일의 퇴원유형을 기재
1: 자의퇴원 2: 보호의무자에 의한 퇴원
3: 정신보건심의위원회의 퇴원 명령 9: 기타
◆ 기재형식: 9(1)
◆ 적용일: 2009.1.1.부터</td></tr>
<tr><td>MT023</td><td>퇴원 후
거주지</td><td>◆ 정신건강의학과 정액 입원환자의 경우 퇴원 후 의료급여수급권자의 거주지를 기재
1: 자가 2: 사회복지시설 9: 기타
◆ 기재형식: 9(1)
◆ 적용일: 2009.1.1.부터</td></tr>
</table>

구분 코드	특정내역	작성요령 및 기재형식
MT024	임부정보 및 임부금기 의약품 처방(조제)사유 (의료기관 및 약국)	◆ 의료기관(의·치과 및 보건기관)에서 환자에게 의약품을 처방·조제하거나 약국에서 의약품을 조제(직접조제 포함) 시 임부 여부를 확인하여 임부인 경우 'Y'를 기재하고 임부금기 의약품코드와 구체적 처방(조제) 사유를 기재 Y(임부)/임부금기 의약품코드/구체적 사유 ※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재(영문200자, 한글100자) ※ 임부금기 의약품이 2개 이상인 경우 각각 기재 ◆ 기재형식: X(1)/X(9)/X(200) ◆ 적용일: 2009.1.1. 진료(조제)분부터
MT025	물리치료사 공휴일근무 현황	◆ 1개월 또는 1주일동안 물리치료사가 공휴일 근무한 경우 공휴일 근무일자와 근무자수를 기재(접수번호별 첫 번째 명일련에만 기재) ※ 공휴일 근무일수가 2일 이상인 경우 각각 기재 ※ 단, 시간제, 격일제 근무자는 주3일 이상 이면서 주20시간 이상인 경우 0.5인으로 산정 ◆ 기재형식: ccyymmdd/9(1).V9(1) ◆ (예시) 1. 월단위로 청구하는 A병원에서 2024.1월 중 물리치료사가 공휴일을 2일간 근무한 경우(1월 1일(공휴일) 상근 1인, 1월 14일(일요일) 상근 1인 및 비상근 1인 근무) MT025 20240101/1.0 (※ 1인) MT025 20240115/1.5 (※ 1.5인) ☞ 2024.1월 진료분 청구시 동일정보를 접수번호별 첫 번째 명세서에만 기재 2. 주단위로 청구하는 B의원에서 2024년 1월 1일(공휴일) 상근 물리치료사 1인 근무한 경우 MT025 20240101/1.0 ☞ 2024.1월 첫째 주 진료분 청구시 동일정보를 접수번호별 첫 번째 명세서에만 기재 ◆ 적용일: 2008.10.27.부터
MT026	인공호흡시간 (*)	◆ 1세 미만의 영아가 입원하여 인공호흡을 실시한 경우 실제 실시한 인공호흡 시간을 기재. 동일 입원기간 중 총 발생시간을 합산하여 시간(hours)단위로 기재 ※ 총 발생한 인공호흡 시간을 합산하여 30분 기준으로 4사5입함 ◆ 기재형식: 9(5) ◆ (예시) 8개월 된 영아가 10일간 입원(2024.1.1.~1.10.)하여 인공호흡을 1월 2일 50분, 1월 3일 4시간40분, 1월 5일 3시간 실시한 경우(총 합산 시간 8시간30분) MT026 00009 ◆ 적용일: 2008.10.27.부터

구분 코드	특정내역	작성요령 및 기재형식
MT027	영아체중 (*)	◆ 생후 29일 이상 1세 미만 영아 명세서의 경우 입원당시의 체중이 2,500 그램(gram) 미만인 경우 해당 체중을 그램(gram)단위로 기재 ◆ 기재형식: 9(4) ◆ (예시) 3개월 된 영아의 입원당시의 체중이 2.4kg(2400gram)인 경우 MT027 2400 ◆ 적용일: 2008.10.27.부터
MT028	산정특례 대상 세부 상병명	◆「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 산정특례 대상 상병명이 「한국표준질병·사인분류」의 제1상병 하단의 세부 상병명에 해당되는 경우 해당 '상병분류기호/세부 상병명(한글)' 형태로 기재 ◆ 기재형식: X(6)/X(200) ◆ (예시) 콜만증후군으로 진료한 경우 MT028 E230/콜만증후군 ※ 서면청구기관인 경우에는 명세서하단 '특정내역'란에 기재 ※ 상병명(주상병 또는 부상병)은 현행대로 상병분류기호 'E230'으로 기재 ◆ 적용일: 2008.10.27.부터
MT030	질병군 분리청구	◆ 질병군 진료로 30일을 초과 입원한 경우, 30일 초과분에 대하여 행위별 수가로 청구 시 질병군 분류번호를 기재 ◆ 기재형식: X(6) ◆ 적용일: 2009.7.1. 진료분부터
MT031	인공수정체 재료대 (**)	◆ 질병군 진료로 인공수정체수술을 실시하는 경우 치료재료의 사용내역을 기재(1일사용 횟수는 소수셋째자리에서 4사5입하여 소수둘째자리까지 기재하며, 금액은 원미만 4사5입하여 기재). 다만, 인공수정체의 단가는 "약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준"에 따라 상한가이내의 실구입가를 기재 사용일자/코드구분/코드/단가/1일사용횟수/총사용일수/금액 ※ 질병군(DRG) 요양급여비용 청구기관만 해당 ◆ 기재형식: ccyymmdd/X/X(9)/9(10)/9(5).V9(2)/9(3)/9(10) ◆ 적용일: 2010.7.1. 진료분부터
MT032	개문시각	◆ 상대가치점수표 제1편제2부제1장 및 제15장에 따라 차등수가 미적용 진찰료(조제료 등)를 산정하는 경우(산정코드 세 번째 자리에 '1'을 기재) 해당 진료(조제)일자의 개문시각을 기재 ※ 의과의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원, 약국 해당 ◆ 기재형식: ccyymmddhhmm

구분코드	특정내역	작성요령 및 기재형식
		♦ (예시) 2024년 7월 2일 오전 9시 25분에 개문하고 오후 7시 45분에 진료(조제)한 경우 MT032 202407020925 ※ 야간가산 시간은 특정내역 구분코드 JS010(야간가산)에 반드시 기재하여야 함 ♦ 적용일: 2010.7.1. 진료분부터
MT036	의료의 질 점검 내용 (**)	♦ 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2편 질병군 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수의 별지 서식 “의료의 질 향상을 위한 점검표”의 수술일과 점검사항을 작성요령에 따라 순서대로 기재(미시행, 없음 및 이상의 경우 N, 시행, 있음 및 정상의 경우 Y로 표기) ♦ 기재형식: ccyymmdd/X(1)/9(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(2)/X(1)/X(1)/9(2)/X(1)/X(1)/9(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(20)/X(40)/X(20)/X(40)/X(1)/X(40) ♦ 적용일: 2012.7.1. 진료분부터 2023.3.1. 진료분부터 (4. 안과계 질병군 수술전 진료의 점검사항)
MT037	등록 틀니, 치과임플란트 및 타 상병 진료	♦ 등록 틀니 또는 치과임플란트 대상 진료와 동시에 타 상병 진료(등록 틀니 또는 치과임플란트 대상 진료 포함)로 별도의 명세서를 작성하거나 타 상병 치료(등록 틀니 또는 치과임플란트 대상 진료 포함)에 대한 진료기간 중 등록 틀니 또는 치과임플란트 대상 진료로 별도의 명세서 작성 시 ‘M’을 기재 ♦ 기재형식: X(1) ♦ (예시) 등록 틀니 대상 상병과 동시에 타 상병(치주염) 진료로 타 상병 진료분 명세서 별도 작성시 MT037 M ♦ 적용일: 2012.7.1. 진료분부터
MT038	보훈 본인부담 구분코드 (의료기관 및 약국) (*)	♦ 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」제5조제1항에 단서 및 제9조 단서의 일부본인부담대상 전상군경 등에 해당하는 경우 ‘2’를 기재 ♦ 보훈병원에서 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」제6조제1항에 따라 본인부담금액의 10/100, 40/100, 50/100, 70/100을 부담하는 보훈감면환자에 해당하는 경우 ‘9’ ‘4’, ‘5’, ‘7’을 기재 ♦ 보훈위탁진료 요양기관에서 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따라 본인부담금액의 10/100, 40/100을 부담하는 보훈감면환자에 해당하는 경우 ‘9’, ‘4’를 기재 ♦ 보훈위탁진료 요양기관에서 발행한 처방전에 따라 조제한 약국에서 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따라 본인부담금액의 40/100을 부담하는 보훈감면환자에 해당하는 경우 ‘A’를 기재 ♦ 기재형식: X(1) ♦ 적용일: 구분코드 ‘2’의 적용일은 2013.1.1.청구분(2012.7.1.이후 진료분)부터, 보훈대상자 국비지원 확대에 따른 65세 이상 치과임플란트

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>구분코드 ‘1’은 2018.1.1. 진료분부터 삭제
◆ 적용일: 2013.1.1. 청구분(2012.7.1. 이후 진료분)부터
2024.7.17. 진료(조제)분부터(보훈위탁진료 요양기관 보훈감면환자)</td></tr>
<tr><td>MT039</td><td>복강경 수술 중 개복하여 수술(**)</td><td>◆ 복강경을 이용한 수술 중 부득이한 사유로 개복하여 수술을 종결한 경우 “Y”로 기재
◆ 기재형식: X(1)
◆ 적용일: 2013.7.1. 진료분부터</td></tr>
<tr><td>MT040</td><td>본인부담금 발생횟수</td><td>◆ 의료급여 수급권자 및 차상위(장애인) 만성질환·18세 미만 본인부담경감대상자가 외래 진료시 1일 2회 이상 진찰한 경우 본인부담금 발생횟수 기재
※ 응급실의 경우 진료의사가 환자상태를 종합적으로 파악하고 다른 진료과목·전문분야 전문의에게 진료를 요청하여 해당 전문의가 응급환자를 직접 진료한 경우 진찰료 횟수와 관계없이 01로 계산
〈기재 대상〉
<table>
<tr><th>구분</th><th>기재대상</th></tr>
<tr><td>의료급여1종 수급권자</td><td>제1차, 2차, 3차 의료급여기관 외래진료분</td></tr>
<tr><td>의료급여2종 수급권자</td><td>제1차 의료급여기관 외래진료, 만성질환자(의료급여 수가의 기준 및 일반기준 제17조)의 제2차 의료급여기관 외래진료</td></tr>
<tr><td>차상위 만성질환·18세 미만 본인부담경감대상자
차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자</td><td>의원(치과의원, 한의원, 보건의료원 포함) 외래진료, 병원(치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원 포함) 및 종합병원에서 「의료급여법 시행령」 별표 1 제2호 가목에 따른 만성질환자의 외래진료</td></tr>
</table>
◆ 기재형식: 9(2)
◆ (예시) 차상위 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자가 A의원 정형외과 외래에서 골절로 진찰만 하고 같은 날 동일 상병으로 일반외과에서 진료 후 원외처방 없이 원내주사 1회 투여한 후 별도의 상병으로 내과에서 진료 후 원외처방전을 발급 받은 경우(진찰료 2회 산정)
MT040 03
◆ 적용일: 2013.9.1. 청구분부터</td></tr>
<tr><td>MT041</td><td>산부인과 가산점수 산정(**)</td><td>◆ 상대가치점수표 제2편제2부제4장 산부인과 적용지침 2.에 따라 산부인과 가산점수를 산정한 경우 ‘Y/최종월경시작일(LMP, Last Menstrual Period)’ 형태로 순서대로 기재
◆ 기재형식: X(1)/ccyymmdd
◆ 적용일: 2013.7.1. 진료분부터
2021.10.1. 청구분부터(기재형식 ccyymmdd 추가)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td>MT043</td><td>국가재난
의료비 지원
대상유형</td><td>◆ 대형사고, 자연재해, 전쟁 등으로 인한 재난발생 시 정부의 의료비지원이 있는 경우 아래의 지원 유형을 참조하여 ‘유형코드/유형상세코드’ 형태로 기재
〈지원 유형〉
<table>
<tr><th>지원유형</th><th>유형코드</th><th colspan="2">유형상세</th><th>유형상세코드</th></tr>
<tr><td rowspan="2">특별재난</td><td rowspan="2">1</td><td rowspan="2">이태원
사고</td><td>공단대납</td><td>01</td></tr>
<tr><td>환자납부</td><td>02</td></tr>
<tr><td>전상자</td><td>2</td><td colspan="2">-</td><td>-</td></tr>
<tr><td rowspan="2">기타</td><td rowspan="2">3</td><td colspan="2">밀양화재</td><td>01</td></tr>
<tr><td colspan="2">코로나바이러스감염증-19</td><td>02</td></tr>
</table>
◆ 기재형식: 9(1)/X(2)
◆ 적용일: 2015.1.1. 진료(조제)분부터
2018.1.26. 진료(조제)분부터(유형코드 3, 유형상세코드 01)
2020.1.4. 진료분부터(유형코드 3, 유형상세코드 02)
2022.10.29. 진료(조제)분부터(유형코드 1, 유형상세코드 01,02)</td></tr>
<tr><td>MT045</td><td>조혈모세포
이식 관련
분리청구
사유코드</td><td>◆ 「조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준」에 따라 조혈모세포이식 관련 입원 진료기간의 요양급여비용을 분리청구 시 아래의 분리청구 유형을 참고하여 해당 유형코드를 기재
〈분리청구 유형〉
<table>
<tr><th>분리청구 유형</th><th>유형코드</th></tr>
<tr><td>사전승인 신청 후 심의결과를 통보 받은 경우</td><td>1</td></tr>
<tr><td>사전승인 절차를 거치지 않은 경우</td><td>2</td></tr>
<tr><td>사전승인 심의결과 취소를 신청한 경우</td><td>3</td></tr>
</table>
◆ 기재형식: 9(1)
◆ (예시)
1. 입원환자의 조혈모세포이식 관련 요양급여비용을 분리청구 시 사전승인 신청 후 심의결과를 통보받은 경우
MT045 1
2. 입원환자의 조혈모세포이식 관련 요양급여비용을 분리청구 시 사전승인 절차를 거치지 않는 경우
MT045 2
◆ 적용일: 2014.12.1. 진료분부터(선별급여대상 조혈모세포 이식 분리청구)
2023.1.1. 진료분부터(사전승인내용에 따른 조혈모세포 이식 분리청구)</td></tr>
</table>

구분 코드	특정내역	작성요령 및 기재형식
MT046	응급환자 중증도 분류기준 (*)	◆ 한국 응급환자 중증도 분류기준(KTAS)에 해당되는 중증도 등급 기재 ◆ 기재형식: 9(1) ◆ 적용일: 2016.1.1. 진료분부터
MT047	손상 중증도 점수 (*)	◆ 손상중증도점수(ISS)에 해당되는 점수 기재 ◆ 기재형식: 9(2) ◆ 적용일: 2016.1.1. 진료분부터
MT048	응급의료센터 구분코드 (*)	◆ 동일 의료기관이 두개 이상의 응급의료센터를 지정받은 경우 주된 진료를 받은 응급의료센터를 기재 1: 중앙응급의료센터(2022.12.21. 진료분까지 해당) 2: 권역응급의료센터 3: 지역응급의료센터 4: 소아전문응급의료센터 5: 화상전문응급의료센터 6: 권역외상센터 7: 외상전문응급의료센터 ◆ 기재형식: 9(1) ◆ 적용일: 2016.1.1. 진료분부터 2022.12.22. 진료분부터(중앙응급의료센터 삭제)
MT049	최초 입원시점	◆ 응급의료센터 내원환자의 요양급여개시일과 입원료가 산정되는 첫 입원일이 다른 경우 최초 입원시점을 기재 ※ 입원기간 중간에 분리 청구하는 경우에도 최초 입원시점을 기재 ◆ 기재형식: ccyymmddhhmm ◆ 적용일: 2016.1.1. 진료분부터
MT050	한의사 토요일·공휴일 근무현황	◆ 한의원에서 토요일·공휴일의 진찰료에 대하여 차등수가를 제외(N차등)하는 경우 1개월 또는 1주일동안 한의사가 근무한 토요일·공휴일의 근무일자와 한의사수를 기재(접수번호별 첫 번째 명일련에만 기재) ※ 토요일·공휴일 근무일수가 2일 이상인 경우 각각 기재 ※ 단, 시간제, 격일제 근무자는 주3일 이상이면서 주20시간 이상인 경우 0.5인으로 산정 ◆ 기재형식: ccyymmdd/9(1).V9(1) ◆ 적용일: 2016.7.1. 진료분부터
MT051	조산아 등록번호	◆ 조산아 및 저체중 출생아가 외래진료를 받은 경우에 등록번호를 기재 ◆ 기재형식: 9(20) ◆ 적용일: 2017.1.1. 진료분부터

구분 코드	특정내역	작성요령 및 기재형식
MT052	치매질환 사전승인번호 (의료기관)	◆ 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」[별표 4의2] 구분 제7호에 해당하는 자가 진료를 받은 경우에 사전승인번호를 기재 ◆ 기재형식: 9(20) ◆ 적용일: 2017.10.1. 진료분부터
MT053	임상연구정보서비스(CRIS) 등록번호 (*)	◆ 「임상연구의 요양급여 적용에 관한 기준」에 따라 임상연구에 대한 요양급여 적용 결정자의 진료비 청구시 임상연구정보서비스(CRIS) 등록번호(7자리)를 기재 ◆ 기재형식: 9(7) ◆ (예시) 1. 임상연구정보서비스(CRIS) 등록번호가 1234567인 임상연구 요양급여 적용 대상자 진료분의 명세서 작성시 MT053 1234567 2. 임상연구정보서비스(CRIS) 등록번호가 5000인 임상연구 요양급여 적용 대상자 진료분의 명세서 작성시 MT053 0005000 ◆ 적용일: 2018.5.1. 청구분부터
MT054	선천성 악안면 기형 치료 대상자 등록번호	◆ 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형 치료 대상자로 등록된 자가 해당 진료를 받은 경우에 등록번호를 기재 ◆ 기재형식: 9(20) ◆ 적용일: 2019.3.25. 진료분부터(구순구개열) 2021.10.1. 진료분부터(선천성 악안면 기형)
MT055	추나요법 한의사 근무일수	◆ 1개월 또는 1주일 동안 대한한의사협회 '추나요법 급여 사전 교육'을 이수한 각 한의사별 근무일수 합/한의사 면허번호/근무일수/한의사 면허번호/근무일수.....순으로 기재(접수번호별 첫 번째 명세서에만 기재) ※ 단, 주 3일이상이면서 20시간 이상 근무하는 격일제, 시간제 근무자는 1개월(주단위 청구의 경우 1주일) 동안 재직한 일수의 1/2(소수점이하 4사5입)로 기재하되, 최대 15일(주단위 청구는 주 3일)을 초과할 수 없음 ◆ 기재형식: 9(4)/X(10)/9(2) ◆ (예시) 월단위 청구기관인 경우 '추나요법 급여 사전 교육'을 이수한 상근자 김OO(면허번호 12345)은 1개월간 실제 근무일수가 24일이고, 시간제 근무자 이OO(면허번호 34567)은 13일까지 재직 후 퇴사한 경우 MT055 31/12345/24/34567/7 ◆ 적용일: 2019.4.8. 진료분부터

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td>MT058</td><td>체내출혈 정보</td><td>◆ 요양병원의 장기환자에게 체내출혈이 발생되어 행위별 수가를 적용하는 경우 ‘체내출혈 환자에 대한 점검표’ 항목별 해당유무(해당하면 “Y”, 그렇지 않으면 “N”)와 시행일을 순서대로 기재
◆ 기재형식: X(1)/X(1)/X(1)/ccyymmdd
◆ (예시) 위장관 출혈로 혈변을 보여 혈액검사 후 2024.3.25.에 수혈을 시행한 경우
MT058 Y/Y/N/20240325
◆ 적용일: 2019.11.1. 진료분부터</td></tr>
<tr><td>MT059</td><td>문제의약품
유형</td><td>◆ 유해성분 함유 문제의약품 재처방 · 재조제시 아래의 문제의약품 유형을 참조하여 유형코드/세부유형코드 형태로 기재
〈문제의약품 유형〉
<table>
<tr><th>문제의약품</th><th>유형코드</th><th>세부유형</th><th>세부유형코드</th></tr>
<tr><td>라니티딘</td><td>A</td><td>재처방·재조제</td><td>01</td></tr>
<tr><td>니자티딘</td><td>B</td><td>재처방·재조제</td><td>01</td></tr>
<tr><td>메트포르민</td><td>C</td><td>재처방·재조제</td><td>01</td></tr>
<tr><td>로사르탄</td><td>D</td><td>재처방·재조제</td><td>01</td></tr>
</table>
◆ 기재형식: X(1)/X(2)
◆ (예시)
1. 환자가 2019.9.20. 처방받은 라니티딘정 150mg 15일분을 7일분 복용 후 남은 8일분을 가지고 의료기관(의원)에 2019.9.27. 내원하여 OO정 150mg 8일분으로 재처방·재조제 받은 경우
MT059 A/01
2. 환자가 2019.11.15. 처방받은 니자티딘정 150mg 15일분을 7일분 복용 후 남은 8일분을 가지고 의료기관(의원)에 2019.11.22. 내원하여 OO정 150mg 8일분으로 재처방·재조제 받은 경우
MT059 B/01
3. 환자가 2020.5.19. 처방받은 메트포르민정 500mg 15일분을 7일분 복용 후 남은 8일분을 가지고 의료기관(의원)에 2020.5.26. 내원하여 OO정 500mg 8일분으로 재처방·재조제 받은 경우
MT059 C/01
4. 환자가 2021.11.30. 처방받은 로사르탄정 50mg 15일분을 7일분 복용 후 남은 8일분을 가지고 의료기관(의원)에 2021.12.7. 내원하여 OO정 50mg 8일분으로 재처방·재조제 받은 경우
MT059 D/01
◆ 적용일: 2019.9.26. 진료(조제)분부터(유형코드 A, 세부유형코드 01)
2019.11.22. 진료(조제)분부터(유형코드 B, 세부유형코드 01)
2020.5.26. 진료(조제)분부터(유형코드 C, 세부유형코드 01)
2021.12.7. 진료(조제)분부터(유형코드 D, 세부유형코드 01)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td>MT060</td><td>인공수정체
제외금액 유형
(**)</td><td>◆ 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2편 질병군 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제2부 제1장 안과 적용지침 2.에 따라 인공수정체 제외금액이 있는 경우에는 아래의 제외유형을 참조하여 기재
〈인공수정체 제외 유형〉<table><tr><th>인공수정체 제외 유형</th><th>코드</th></tr><tr><td>연성 인공수정체, 단안 제외</td><td>1</td></tr><tr><td>연성 인공수정체, 양안 제외</td><td>2</td></tr><tr><td>경성 인공수정체, 단안 제외</td><td>3</td></tr><tr><td>경성 인공수정체, 양안 제외</td><td>4</td></tr></table>◆ 기재형식: 9(1)
◆ 적용일: 요양개시일이 2020.1.1. 이후인 진료분부터</td></tr>
<tr><td>MT062</td><td>가정전문간호사
방문일수</td><td>◆ 1개월 또는 1주일 동안 각 가정전문간호사별 방문일수 합/가정전문간호사 면허번호/방문일수/가정전문간호사 면허번호/방문일수.....순으로 기재
(접수번호별 첫 번째 명세서에만 기재)
◆ 기재형식: 9(4)/X(10)/9(2)
◆ (예시)
1. 월단위 청구기관
1개월간 가정전문간호사 김○○(면허번호 12345)은 가정간호 방문일수가 22일이고, 이○○(면허번호 34567)은 방문일수가 11일인 경
MT062 33/12345/22/34567/11
2. 주단위 청구기관
1주일간 가정전문간호사 김○○(면허번호 23456)은 가정간호 방문일수가 5일이고, 이○○(면허번호 45678)은 방문일수가 3일인 경우
MT062 8/23456/5/45678/3
◆ 적용일: 2020.1.1. 진료분부터</td></tr>
<tr><td>MT063</td><td>요양병원
입원 중
진료의뢰</td><td>◆ 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따라 요양병원 입원 중인 산정특례 대상자를 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표3], [별표4] 및 [별표4의2]에 따른 산정특례 대상 상병명으로 다른 요양기관에 진료의뢰 한 경우 요양기관기호(의뢰한 요양병원은 의뢰받은 요양기관의 기관기호, 의뢰받은 요양기관은 의뢰한 요양병원의 기관기호)와 의뢰일자를 기재
◆ 기재형식: 9(8)/ccyymmdd
◆ (예시) A요양병원(12345678)에 입원 중인 등록 암환자(V193, 등록번호 0123456789)를 2024년 1월 5일 해당 암 상병 관련으로 B병원(23456789)으로 진료 의뢰한 경우</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><td rowspan="2">특정내역
구분코드</td><td colspan="2">특정내역</td></tr>
<tr><td>의뢰한 기관(A요양병원)</td><td>의뢰받은 기관(B병원)</td></tr>
<tr><td>MT002</td><td>V193</td><td>V193</td></tr>
<tr><td>MT014</td><td>0123456789</td><td>0123456789</td></tr>
<tr><td>MT063</td><td>23456789/20240105</td><td>12345678/20240105</td></tr>
</table>
* 특정내역 MT002(특정기호): 암환자 등「요양급여비용 청구방법, 심사청구서 명세서 서식 및 작성요령」별표6. “특정기호코드”의 사항에 해당되는 기호 기재
* 특정내역 MT014(등록번호): 등록 중증질환자, 희귀질환자 및 중증난치질환자가 해당 산정특례 대상 상병으로 진료를 받은 경우 해당 등록번호 기재
◆ 적용일: 2020.1.1. 진료분부터
</td></tr>
<tr><td>MT064</td><td>질병군
적용제외 유형</td><td>
◆ 상대가치점수표 제2편제1부 질병군 급여 일반원칙 등에 따라 질병군 적용에서 제외되어 행위별로 적용하는 경우 질병군 적용제외 사유를 아래의 제외 유형을 참조하여 ‘유형코드/유형상세코드’ 형태로 기재
〈제외 유형〉
<table>
<tr><th>제외유형</th><th>유형코드</th><th>유형상세</th><th>유형상세코드</th></tr>
<tr><td>자격변동</td><td>A</td><td>-</td><td>-</td></tr>
<tr><td>로봇 보조 수술</td><td>B</td><td>-</td><td>-</td></tr>
<tr><td rowspan="2">의료비 지원 등
동시 진료</td><td rowspan="2">C</td><td>코로나바이러스
감염증-19</td><td>01</td></tr>
<tr><td>특별재난</td><td>02</td></tr>
</table>
◆ 기재형식: X(1)/X(2)
◆ (예시) 충수절제술을 위하여 입원한 환자가 코로나바이러스감염증-19 진단검사 시행 결과 코로나19 대응지침에 따른 코로나19 진단검사비 지원 대상으로 질병군 적용 대상에서 제외되어 행위별 수가를 적용하는 경우
MT064 C/01
◆ 적용일: 2020.8.1. 청구분부터
2022.1.1. 진료분부터(유형코드 D)
2023.1.1. 진료분부터(유형코드 D 삭제)
</td></tr>
<tr><td>MT065</td><td>명세서
분리유형
(*)</td><td>◆ 동일 수진자에 대한 요양급여내역 중 특정의 진료내역(또는 처방 · 조제내역)을 아래의 명세서 분리유형에 따라 명세서를 각각 분리하여 작성 · 청구하는 경우에 해당 유형코드를 기재</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>〈명세서 분리유형 및 유형코드〉
<table><tr><th>명세서 분리유형</th><th>유형코드</th></tr><tr><td>특정기호 ‘F025’ 대상 진료분(「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호너목에 따른 보건복지부장관이 정하여 고시하는 “약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상” 질환 환자가 상급종합병원에서 진료 받는 경우, 보건복지부장관이 정하여 고시한 본인부담률을 적용하는 외래 재진 진료)과 별도의 명세서를 분리작성·청구하는 경우</td><td>A</td></tr><tr><td>의료급여 수급권자가 「의료급여법 시행령」 별표 1 제1호자목 및 제2호서목에 따른 잠복결핵 치료 관련 진료 중 타 상병을 동시에 진료하는 경우 급여비용총액 전부를 기금에서 부담하는 잠복결핵 치료 관련 진료 내역을 분리작성·청구하는 경우</td><td>B</td></tr><tr><td>「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조의2에 따라 임상연구 관련 진료로 명세서를 작성·청구하는 경우</td><td>C</td></tr></table>
* 약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상 질환(보건복지부 고시):
「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제6조 및 [별표6] 제1호에 해당
◆ 기재형식: X(1)
◆ (예시)
1. 상급종합병원에서 ‘H0454(비루관의 후천적 협착)’ 상병으로 외래 재진 진료 후 지속적인 치료가 필요하여 1단계 요양기관으로 회송하여 ‘가-5 회송료’ 수가를 별도 명세서에 분리·작성하는 경우
MT065 A
2. 의료급여 수급권자의 잠복결핵에 대한 진료기간 중 타 상병(골절)에 대한 진료로 잠복결핵 치료 관련 진료분을 별도 명세서에 분리·작성하는 경우
MT065 B
3. 첨단의료복합단지 내 지정 의료연구개발기관에서 임상연구 관련 진료로 명세서를 작성·청구하는 경우
MT065 C
◆ 적용일: 2020.10.8. 이후 최초로 실시하는 진료분부터(유형코드 A)
2022.3.22. 진료(조제)분부터(유형코드 B)
2023.7.1. 진료분부터(유형코드 C)</td></tr>
<tr><td>MT066</td><td>진료의뢰
회송번호
(*)</td><td>◆ 상대가치점수표 제1편제2부제1장 가-5 회송료를 산정하는 경우 진료의뢰·회송 중계시스템에 등록된 ‘의뢰회송번호’를 기재
◆ 기재형식: 9(19)
◆ (예시) 2024년 10월 9일 A상급종합병원(요양기호 12345678)에서 B요양기관으로 환자 회송 시 회송환자 일련번호가 5번째인 경우
MT066 1234567824100900005
◆ 적용일: 2020.10.8. 이후 최초로 실시하는 진료분부터</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td>MT072</td><td>고가의약품
급여관리
유형
(*)</td><td>◆ 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」에 따라 고가의약품 급여관리 관련 명세서 작성 시 아래의 관리 의약품 유형을 참조하여 “유형코드/약제투여일자/평가일자”를 순서대로 기재

〈관리 의약품 유형〉
<table><tr><th>관리 의약품</th><th>유형코드</th></tr><tr><td>킴리아주</td><td>001</td></tr><tr><td>졸겐스마주</td><td>002</td></tr><tr><td>스핀라자주</td><td>003</td></tr><tr><td>에브리스디건조시럽</td><td>004</td></tr><tr><td>럭스터나주</td><td>005</td></tr></table>◆ 기재형식: X(3)/ccyymmdd/ccyymmdd
◆ (예시)
1. 2024년 1월 2일 킴리아주를 투여한 경우
MT072 001/20240102
2 2023년 8월 1일 졸겐스마주 투여 후, 2024년 1월 15일 반응평가를 시행한 경우
MT072 002/20230801/20240115
◆ 적용일: 2023.1.1. 진료분부터(유형코드 001, 002)
2023.10.1. 진료분부터(유형코드 003, 004)
2024.2.1. 진료분부터(유형코드 005)</td></tr>
<tr><td>MX999</td><td>기타내역
(*)</td><td>◆ 특정내역의 구분코드가 없는 기타 추가내역은 평문(FreeText)으로 기재
※ 영문(700자), 한글(350자)
◆ 기재형식: X(700)
◆ 적용일: 2005.1.1.부터</td></tr>
</table>

2. 줄번호(확장번호)단위로 작성하는 특정내역 항목

구분코드	특정내역	작성요령 및 기재형식
JS002	의약분업예외 구분코드 (*)	♦ 의약분업 예외사항 발생으로 의료기관에서 원내 조제·투약이 이루어진 경우 해당 예외구분코드(별표 7. 의약분업예외구분코드 참조)를 기재하고, 퇴장방지 의약품 사용장려금을 청구할 경우 구분코드 '99'를 기재 ♦ 기재형식: 9(2) ♦ (예시) 응급환자에게 원내투약한 경우 JS002 11 ♦ 적용일: 2005.1.1.부터
JS003	입원시각 (*)	♦ 0-6시 사이에 입원한 경우에는 입원시간을 기재 ♦ 기재형식: ccyymmddhhmm ♦ (예시) 2024.1.18일 05시 20분에 입원한 경우 JS003 202401180520 ♦ 적용일: 2005.1.1.부터
JS004	퇴원시각 (*)	♦ 18-24시 사이에 퇴원한 경우 퇴원시간을 기재 ♦ 기재형식: ccyymmddhhmm ♦ (예시) 2024.1.18일 19시 30분에 퇴원한 경우 JS004 202401181930 ♦ 적용일: 2005.1.1.부터
JS005	검체검사 위탁 (*)	♦ 검체검사를 수탁기관에 의뢰한 경우 '수탁기관기호/검사의뢰일(ccyymmdd)' 형태로 기재 ♦ 기재형식: 9(8)/ccyymmdd ♦ 적용일: 2005.1.1.부터
JS006	시설 등의 공동이용 진료 (*)	♦ 의료자원을 공동 이용하는 계약에 따라 계약된 요양기관의 시설, 인력 및 장비 등을 이용한 경우 '실시기관기호/진료의뢰일(ccyymmdd)' 형태로 기재 ♦ 기재형식: 9(8)/ccyymmdd ♦ 적용일: 2005.1.1.부터
JS007	개방병원 의뢰진료 (*)	♦ 참여 병·의원이 개방병원에 검체검사 외의 검사 등을 의뢰한 경우 '개방병원 요양기관기호/의뢰일(ccyymmdd)' 형태로 기재 ♦ 기재형식: 9(8)/ccyymmdd ♦ 적용일: 2005.1.1.부터
JS008	위탁진료 (*)	♦ 의료자원을 공동 이용하는 계약에 따른 경우가 아닌 시설·장비 및 인력 등을 보유한 다른 요양기관에 진료를 의뢰한 경우 '실시한 요양기관기호/진료의뢰일(ccyymmdd)' 형태로 기재함 ♦ 기재형식: 9(8)/ccyymmdd ♦ 적용일: 2005.1.1.부터

구분 코드	특정내역	작성요령 및 기재형식
JS009	준용명 (*)	♦ 상대가치점수표에 분류되지 않은 항목을 「상대가치점수표」 상의 비슷한 진료행위로 준용하여 'JJJJJJ'코드로 청구시 실제 진료한 행위명과 산출식을 기재하고, 한의사의 임의처방 청구시에는 임의처방명을 평문(FreeText)으로 기재함 ♦ 기재형식: X(700) ※ 영문(700자), 한글(350자) ♦ (예시) 부비동염에 STI(Sinus Trans Iluminator) 장비를 이용한 검사를 실시한 경우 JS009 부비동염에 STI 장비를 이용한 검사, 나603 철조법×100% ♦ 적용일: 2005.1.1.부터
JS010	야간가산, 응급의료수가 (*)	♦ 진찰료 또는 수술·처치, 마취료 등 야간가산시 실시시간 기재 ♦ 응급진료 전문의 진찰료 및 권역외상센터 전문의 진찰료 관련 진료시각 및 수술·처치·마취료 등 응급의료행위 가산 관련 실시시각 기재 ♦ 기재형식: ccyymmddhhmm ♦ (예시) 2024년 7월 15일 19시 30분에 환자가 내원하여 진료한 경우 JS010 202407151930 ♦ 적용일: 2005.1.1. 진료분부터 2016.1.1. 진료분부터(응급의료수가)
JS011	혈명코드	♦ 한방 침술시 해당 혈명코드를 기재하되, 혈명코드가 두개 이상일 경우 「/」로 구분하여 기재함 ♦ 기재형식: X(5) ♦ (예시) 투자법침술을 7월 15일 내·외관혈에 실시하고, 7월 20일 곤륜·태계혈에 실시한 경우 JS011 PC006/TE005 JS011 BL060/LE239 ♦ 적용일: 2005.1.1.부터
JS012	기준초과 사전심사 약제	♦ 기준초과 사전심사 약제에 해당하는 경우 'Y'를 기재 ♦ 기재형식: X(1) ♦ 적용일: 2014.4.1. 진료분부터
JS013	기본·유도초음파 세부내역 (*)	♦ 기본(단순, 응급·중환자-단일표적)초음파, 유도초음파를 시행한 경우 세부내역을 기재 해부학적 구분코드/수가코드(5단코드)/구체적 사유 ※ 수가코드(5단코드)는 기본·유도초음파를 시행하게 된 관련 행위코드(검사, 처치 및 수술료 등)를 기재 ※ 구체적 사유는 관련 행위코드가 불분명한 경우 평문(Free Text)으로 기재(영문200자, 한글100자)

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>〈해부학적 구분코드〉
<table>
<tr><th>코드</th><th>부위</th><th>코드</th><th>부위</th></tr>
<tr><td>A</td><td>뇌</td><td>H</td><td>남성생식기(전립선·정낭 등)</td></tr>
<tr><td>B</td><td>안</td><td>I</td><td>여성생식기</td></tr>
<tr><td>C</td><td>비·부비동</td><td>J</td><td>근골격</td></tr>
<tr><td>D</td><td>경부</td><td>K</td><td>연부</td></tr>
<tr><td>E</td><td>흉부·유방</td><td>L</td><td>혈관</td></tr>
<tr><td>F</td><td>복부(간·담낭·췌장·대장 등)</td><td>M</td><td>신경(말초신경 등)</td></tr>
<tr><td>G</td><td>비뇨기계(신장·부신·방광)</td><td>N</td><td>기타</td></tr>
</table>
◆ 기재형식: X(1)/X(5)/X(200)
◆ (예시)
1. 중심정맥관 삽입시 확인: 단순초음파(Ⅱ) 청구
JS013 L/O1650/
2. 초음파 유도하 갑상선 생검: 유도초음파(Ⅱ) 청구
JS013 D/C8591/
3. 초음파 유도하 유방 수술전 tattooing: 유도초음파(Ⅰ) 청구
JS013 E/ /수술전 tattooing
◆ 적용일: 2016.10.1. 진료분부터</td></tr>
<tr><td>JS014</td><td>응급의료
전용헬기</td><td>◆ 응급의료 전용헬기 이송 중 진찰·처치·수술 등을 실시한 경우 ‘1’을 기재
◆ 기재형식: 9(1)
◆ 적용일: 2018.7.1. 진료분부터</td></tr>
<tr><td>JS015</td><td>요양시설
가정간호</td><td>◆ 가정간호를 요양시설(「노인장기요양법」에 따른 장기요양기관)에서 제공하는 경우 요양시설 기호를 기재
◆ 기재형식: 9(11)
◆ (예시) 가정전문간호사가 ○○요양원(12345678901)에서 가정간호를 제공한 경우
JS015 12345678901
◆ 적용일: 2020.1.1. 진료분부터</td></tr>
<tr><td>JS016</td><td>뇌, 뇌혈관,
경부혈관 MRI
대상유형</td><td>◆ 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따라 뇌, 뇌혈관, 경부혈관 자기공명영상진단(MRI)의 급여대상 중 ‘두통, 어지럼’에 해당하여 시행한 경우 아래의 유형을 참조하여 “유형코드”를 기재함
〈 두통·어지럼 유형 〉
<table>
<tr><th>유형</th><th>코드</th></tr>
<tr><td>벼락두통</td><td>01</td></tr>
<tr><td>발살바 또는 성행위 관련 두통</td><td>02</td></tr>
<tr><td>소아의 두통</td><td>03</td></tr>
<tr><td>암 또는 면역억제상태 환자의 두통</td><td>04</td></tr>
<tr><td>중추성 어지럼</td><td>05</td></tr>
<tr><td>군발두통을 포함한 삼차자율신경계 두통 또는 조짐 동반 편두통</td><td>06</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

구분 코드	특정내역	작성요령 및 기재형식
		◆ 기재형식: X(2) ◆ (예시) 1. 벼락두통 증상이 발생된 환자에서 급성 뇌내출혈 등이 의심되나 CT 검사로 원인 감별이 어려워 MRI를 시행하는 경우 JS016 01 2. 특징적인 신경학적 이상증상(일측성 측두부 두통으로 동측에 결막충혈 발생 등)을 동반한 군발두통으로 뇌 이상 여부의 확인이 필요하여 MRI를 시행하는 경우 JS016 06 ◆ 적용일: 2023.10.1. 진료분부터
JS018	B형간염표면항원 중화검사	◆ 상대가치점수표 제1편제2부제2장 누701다(1)주2. B형간염표면항원 중화검사를 산정하는 경우 선행검사인 누701다(1) B형간염표면항원 정성검사의 '검사결과'를 기재 ※ 소수점 이하 둘째자리에서 절사함 ◆ 기재형식: 9(2).V9(1) ◆ (예시) 2024년 1월 1일에 시행한 누701다(1) B형간염표면항원 정성검사 결과 3.08으로 위양성이 의심되어 누701다(1)주2. B형간염표면항원 중화검사를 실시한 경우 JS018 3.0 ◆ 적용일: 2024.1.1. 진료분부터
JT001	확인코드 (*)	◆ 진료행위에 대한 추가기술 사항을 구분하는 코드로서 "별첨 1. 확인코드"를 참조하여 기재하되, 확인코드가 여러개 발생할 경우 「/」로 구분하여 기재함 ◆ 기재형식: X(5) ◆ (예시) 1. 족관절(양측)을 촬영한 경우 JT001 B 2. 영상의학과, 호흡기내과, 심장혈관흉부외과, 방사선종양학과 전문의가 다학제 통합진료를 실시한 경우 JT001 DR/IMPUL/CS/TR ◆ 적용일: 2005.1.1.부터
JT003	중환자실 입원기간 (*)	◆ 중환자실(신생아중환자실 포함)에 입원한 경우 중환자실 입원기간 From/To를 기재 ◆ 기재형식: ccyymmdd/ccyymmdd ◆ (예시) 2024.1.20.부터 2024.1.23.까지 및 2024.1.27.부터 2024.1.30.까지 중환자실에 입원한 경우 JT003 20240120/20240123 JT003 20240127/20240130 ◆ 적용일: 2005.1.1.부터 2015.7.15. 진료분부터(호스피스 임종실) 2022.1.1. 진료분부터(호스피스 임종실 제외)

구분코드	특정내역	작성요령 및 기재형식
JT004	신생아 중환자실	♦ 신생아중환자실에 입원한 경우 재태기간, 출생시 체중(gram단위)을 기재함. ※ 재태기간은 주수를 만으로 기재하되, 재태기간 산정시 1주미만의 끝수는 절사(切捨)함 ♦ 기재형식: 9(2)/9(4) ♦ (예시) 33주 2일째 1,450g의 체중으로 출생한 신생아가 2024.1.20.부터 2024.1.27.까지 신생아중환자실에 입원한 경우 JT003 20240120/20240127 JT004 33/1450 ♦ 적용일: 2005.1.1.부터
JT005	분만, 임산부초음파 (*)	♦ 모든 분만 명세서 및 임산부초음파를 시행하는 경우 임신주수를 기재하여야 함 ※ 임신주수 산정시 1주미만의 끝수는 절사(切捨)함 ※ 동 특정내역이 발생한 분만명세서의 경우 신생아체중(MS004)도 동시에 기재하여야 함(특정내역 구분코드 'MS004' 작성요령 및 기재형식 참조) ♦ 기재형식: 9(2) ♦ (예시) 임신 40주 3일에 제왕절개만출술로 첫 아이를 출산(체중: 3.25kg)한 경우 JT005 40 MS004 3250 ♦ 적용일: 2005.1.1. 진료분부터 2016.10.1. 진료분부터(임산부초음파)
JT006	DUR관련 확인 코드	♦ 약국 조제시 상호금기 및 연령금기 약제에 대하여 처방의사에게 확인 후 조제시 기재하며, 'H/확인시간/관련조제약품코드(,관련조제의약품코드)/양측확인자성명/확인내용' 형태로 기재함 · H: 약사가 병용금기 또는 연령금기 약제에 대하여 처방전발행 의사에게 확인한 경우에만 기재 · 확인시간: 확인시간을 기재 · 관련조제약품코드: 상호금기인 경우에는 상호금기 해당 약제를 각각 쉼표(,)로 구분하여 기재하며, 연령금기인 경우에는 해당 약품코드만 기재 · 양측확인자성명: 발행기관 처방의사와 약국 조제약사의 확인자 이름을 기재하되, 쉼표(,)로 구분하여 기재 ♦ 기재형식(상호금기인 경우): X(1)/HHMM/X(9),X(9)/X(30)/X(500) ♦ 기재형식(연령금기인 경우): X(1)/HHMM/X(9)/X(30)/X(500) ♦ (예시) 1. 상호금기인 경우: H/1330/641100060,670602010/이처방, 김조제/A와 B가 병용금기 고시항목임을 알려주고 처방변경 등을 문의한 결과 ( ) 사유로 처방변경하지 않겠다고 함

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>2. 연령금기인 경우:
H/1330/646900690/이처방, 김조제/A가 연령금기 고시항목임을 알려주고 처방변경 등을 문의한 결과 ( )사유로 처방변경하지 않겠다고 함
♦ 적용일: 2005.1.1.부터</td></tr>
<tr><td>JT007</td><td>치매검사결과</td><td>♦ 치매치료제 중 Acetylcholinesterase inhibitor 제제(예: 아리셉트정, 엑셀론정 등)나 Memantine 제제(예: 에빅사정 등)를 투여하거나 신경인지검사를 시행한 경우 MMSE 검사결과/검사실시일/CDR 검사결과/검사실시일/GDS 검사결과/검사실시일 순서대로 기재
♦ 기재형식: 9(2)/ccyymmdd/9(1).V9(1)/ccyymmdd/9(1)/ccyymmdd
♦ (예시)
1. 2024.1.20일에 실시한 MMSE 검사결과가 16이고, 2024.5.1일에 실시한 GDS 검사결과가 3인 경우
JT007 16/20240120///3/20240501
2. 2024.1.20일에 실시한 MMSE 검사결과가 16이고, 2024.5.1일에 실시한 CDR 검사결과가 2인 경우
JT007 16/20240120/2.0/20240501//
♦ 적용일: 2008.1.1. 진료분부터</td></tr>
<tr><td>JT009</td><td>저함량 배수 조제 의약품 조제사유
(약국)</td><td>♦ 제조업자(수입자)·성분·제형이 동일한 의약품 중 여러 함량으로 등재되어 있는 경우 고함량 의약품으로 조제하지 않고 저함량 의약품으로 배수 조제시 해당 조제사유를 기재(처방 및 직접조제 모두 해당)
(조제사유코드가 'E'인 경우는 구체적인 사유를 함께 기재)
조제사유코드/구체적 사유
※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재(영문 200자, 한글 100자)
〈배수 조제사유별 코드〉
<table>
<tr><th>사 유</th><th>코드</th></tr>
<tr><td>용량 조절(titration) 중인 의약품</td><td>A</td></tr>
<tr><td>환자의 자가 조절이 필요한 의약품</td><td>B</td></tr>
<tr><td>투여시기 마다 1회 투약량을 달리하는 경우</td><td>C</td></tr>
<tr><td>처방전 발행의사에게 고함량 의약품으로의 처방변경이 불가능함을 확인 후 조제한 경우</td><td>D</td></tr>
<tr><td>기타 환자상태 등 고려 배수 조제가 불가피한 경우</td><td>E</td></tr>
</table>
♦ 기재형식: X(1)/X(200)
♦ (예시) 저함량 배수처방된 A약제에 대하여 고함량 의약품으로의 처방변경이 불가능함을 처방의사로부터 확인 후 조제한 경우
JT009 D
♦ 적용일: 2007.8.1.부터</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td>JT010</td><td>저함량 의약품
배수
처방(조제)사유
(의료기관)</td><td>♦ 제조업자(수입자)·성분·제형이 동일한 의약품 중 여러 함량으로 등재되어 있는 경우 고함량 의약품으로 처방(또는 원내조제)하지 않고 저함량 의약품으로 배수 처방하거나 원내조제하는 경우 해당 처방(원내조제)사유를 기재 (처방(조제)사유코드가 'E'인 경우는 구체적인 사유를 함께 기재)
처방(조제)사유코드/구체적 사유
※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재(영문 200자, 한글 100자)

〈배수 처방(조제) 사유별 코드〉
<table><tr><th>사 유</th><th>코드</th></tr><tr><td>용량 조절(titration) 중인 의약품</td><td>A</td></tr><tr><td>환자의 자가 조절이 필요한 의약품</td><td>B</td></tr><tr><td>투여시기 마다 1회 투약량을 달리하는 경우</td><td>C</td></tr><tr><td>기타 환자상태 등 고려 배수 조제가 불가피한 경우</td><td>E</td></tr></table>♦ 기재형식: X(1)/X(200)
♦ (예시) 약제를 환자의 자가 조절이 필요하여 A약제를 저함량 배수처방한 경우
JT010 B
♦ 적용일: 2007.10.1.부터</td></tr>
<tr><td>JT011</td><td>병용·연령금기
등 약제
처방(조제)사유
(의료기관 및
약국)</td><td>♦ 의료기관(의·치과, 보건기관)이 병용·연령금기 등 약제를 원외처방하거나 원내조제하는 경우 또는 약국이 병용·연령금기 등 약제를 직접 조제하는 경우에는 구체적 사유를 기재
※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재(영문 400자, 한글 200자)
♦ 기재형식: X(400)
♦ (예시)
1. 병용금기인 경우
JT011 A와 B가 병용금기이나 ( ) 사유로 처방(또는 조제)함
2. 연령금기인 경우
JT011 A가 연령금기이나 ( ) 사유로 처방(또는 조제)함
♦ 적용일: 2008.4.1. 진료(조제)분부터</td></tr>
<tr><td>JT012</td><td>동일성분
의약품
중복 처방사유
(의료기관)</td><td>♦ 의료기관(의·치과 및 보건기관) 외래 진료분 원외처방전의 일부 의약품을 동일성분 의약품으로 중복처방 시 해당 처방 사유코드를 기재
중복처방 사유코드/구체적 사유
※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재(영문200자, 한글100자)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>〈중복처방 사유별 코드〉<table><tr><th>사 유</th><th>코드</th></tr><tr><td>환자가 장기 출장이나 여행으로 인하여 의약품이 소진되기 전 처방을 받아야 하는 경우</td><td>A</td></tr><tr><td>의약품 부작용, 용량 조절 등으로 약제 변경이 불가피하거나, powder 형태의 조제 등으로 인하여 기존 처방의약품 중 특정 성분만을 구분하여 별도 처방할 수 없는 경우</td><td>B</td></tr><tr><td>항암제 투여 중인 환자나 소아환자로서 구토로 인해 약 복용 중 약제가 소실된 경우 등 환자의 귀책사유 없이 약제가 소실·변질된 경우</td><td>C</td></tr><tr><td>A부터 C까지에 해당하지 않는 사유로 환자가 6개월에 215일 이상의 처방을 원하여 약값의 전액을 본인 부담하는 경우</td><td>E</td></tr></table>♦ 기재형식: X(1)/X(200)
♦ 적용일: 2008.10.1. 처방분부터</td></tr>
<tr><td>JT013</td><td>수술일자
(*)</td><td>♦ 수술일자를 기재하는 수술(‘별첨 8. 수술일자 기재 수술’ 참조)을 시행한 경우 해당 수술일자를 기재
※ 동 수술 중 양측으로 구분되는 수술(‘별첨 9. 양측으로 구분되는 수술’ 참조)인 경우에는 특정내역 구분코드 JT001(확인코드)에 좌·우측 여부를 동시에 기재함
♦ 기재형식: ccyymmdd
♦ (예시) 2024년 7월 2일 오른쪽 고관절 인공관절 치환술을 시행한 경우
JT013 20240702
♦ 적용일: 2010.7.1. 진료분부터</td></tr>
<tr><td>JT014</td><td>향정신성 약물 장기처방(조제) 사유
(의료기관)</td><td>♦ 의료기관(의·치과 및 보건기관) 외래 진료시 아래와 같은 대상성분의 향정신성 약물을 1회에 30일을 초과하여 원외처방하거나 원내조제하는 경우 ‘Y/구체적 사유’를 기재
(구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재(영문 200자, 한글 100자))
※ 대상성분:
Alprazolam, Bromazepam, Brotizolam, Chlordiazepoxide, Clobazam, Clorazepate dipotassium, Clotiazepam, Diazepam, Ethyl loflazepate, Etizolam, Flurazepam, Lorazepam, Mexazolam, Pinazepam, Zolpidem 등
♦ 기재형식: X(1)/X(200)
♦ (예시) JT014 Y/중증 정신질환자
♦ 적용일: 2011.9.1. 청구분부터</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td>JT015</td><td>내시경적
점막하 박리
절제술(ESD)
병리 조직검사
결과
(*)</td><td>♦ 내시경적 점막하 박리절제술(ESD)시 실시한 병리조직검사 결과를 병변별로 기재
조직학적 유형(분화정도 포함)/침윤깊이/림프관 침범 여부/혈관 침범 여부/절제면의 암세포 존재 여부/절제병변의 가로/절제병변의 세로
※ 조직학적 유형(분화정도 포함)과 침윤깊이는 평문(Free Text)으로 기재 (영문 150자, 한글 75자)
※ 림프관 침범 여부, 혈관 침범 여부 및 절제면의 암세포 존재 여부는 Y(Present 등 포함) 또는 N(Absent 등 포함)으로 기재
※ 절제된 병변의 가로와 세로는 밀리미터(mm) 단위로 기재
♦ 기재형식: X(150)/X(150)/X(1)/X(1)/X(1)/9(3)/9(3)
♦ (예시) JT015 early gastric carcinoma, EGC type IIb+IIc, tubular adenocarcinoma, well differentiated, intestinal type/invasion to submucosa(depth of invasion: 0.5mm from muscularis mucosae), (safety margin: 1mm from deep resection margin)/N/N/N/18/15
♦ 적용일: 2011.11.1. 진료분부터</td></tr>
<tr><td>JT017</td><td>내용액제
처방(조제)사유
(의료기관)</td><td>♦ 의료기관(의·치과 및 보건기관)이 동일성분의 정제 또는 캡슐제가 있는 내용액제(시럽 및 현탁액 등)를 처방하거나 원내 조제하는 경우 해당 처방(원내조제)사유를 기재
(처방(조제)사유코드가 'E'인 경우는 구체적인 사유를 함께 기재)
※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재(영문 200자, 한글 100자)
〈내용액제 처방(조제)사유별 코드〉
<table>
<tr><th>사 유</th><th>코드</th></tr>
<tr><td>고령으로 인한 연하곤란이 있어 정제 또는 캡슐제를 삼킬 수 없는 경우</td><td>A</td></tr>
<tr><td>치매로 인한 연하곤란이 있어 정제 또는 캡슐제를 삼킬 수 없는 경우</td><td>B</td></tr>
<tr><td>경관영양(tube feeding) 상태로 정제 또는 캡슐제를 삼킬 수 없는 경우</td><td>C</td></tr>
<tr><td>A부터 C까지 해당하지 않는 사유로 정제 또는 캡슐제를 삼킬 수 없는 경우</td><td>E</td></tr>
</table>
♦ 기재형식: X(1)/X(200)
♦ (예시) 고령으로 인한 연하곤란이 있어 정제를 삼킬 수 없는 환자에게 내용액제를 처방·조제한 경우
JT017 A
♦ 적용일: 2012.1.1. 진료분부터</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td>JT018</td><td>건강검진
실시 당일
진찰료
산정사유</td><td>♦ 국민건강보험법에 따른 건강검진 실시 당일 별도의 진찰료를 산정하는 경우 해당 사유코드를 모두 기재
(진찰료 산정 사유코드에 ‘F’ 또는 ‘G’인 경우는 구체적인 사유를 함께 기재)
※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재(영문200자, 한글100자)
〈진찰료 산정 사유코드〉<table><tr><th>사 유</th><th>코드</th></tr><tr><td>원외처방전 발급</td><td>A</td></tr><tr><td>원내직접조제(경구, 외용제, 주사제 등)</td><td>B</td></tr><tr><td>이학요법</td><td>C</td></tr><tr><td>처치 및 수술</td><td>D</td></tr><tr><td>검사</td><td>E</td></tr><tr><td>「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」 제1편 제3부 행위 비급여 목록에 따라 산정 가능한 진료행위</td><td>F</td></tr><tr><td>A부터 F까지에 해당하지 않는 사유</td><td>G</td></tr></table>♦ 기재형식: X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(200)/X(1)/X(200)
♦ (예시) 건강검진과는 별도로 질환에 대한 진찰이 이루어져 진찰 이외에 원외처방전 발급, 이학요법 및 방사선 촬영을 한 경우
JT018 A//C/////G/방사선일반영상진단
♦ 적용일: 2012.4.1. 진료분부터</td></tr>
<tr><td>JT019</td><td>필요시
투약하는
약제(PRN)
처방(조제)
(의료기관 및
약국)</td><td>♦ 필요시 투약하는 약제(PRN)를 의료기관(의·치과 및 보건기관)에서 원외처방하거나 원내조제하는 경우 또는 약국에서 조제하는 경우 ‘P’를 기재
♦ 기재형식: X(1)
♦ (예시) 디아제팜정을 필요시 투약하는 약제(PRN)로 처방한 경우
JT019 P
♦ 적용일: 2012.10.1.</td></tr>
<tr><td>JT020</td><td>시행일자 등
(*)</td><td>♦ 입원 진료시 초음파검사 시행일자, MRI검사 시행일자, MRI 외부병원 필름 판독일자를 기재
♦ 입원 진료시 상대가치점수표 제1편제2부제2장 나-721-1 관상동맥내 압력측정술을 산정하는 경우 시행일자를 기재
※ 시행일자가 여러 날인 경우 “/”로 구분하여 기재
♦ 기재형식: ccyymmdd
♦ (예시) 입원 진료 중 2024년 10월 1일과 10월 5일에 초음파검사를 실시한 경우
JT020 20241001/20241005</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>♦ 적용일: 2013.10.1. 진료분부터(초음파검사)
2018.11.1. 진료분부터(MRI검사)
2024.6.1. 진료분부터(관상동맥내 압력측정술)</td></tr>
<tr><td>JT021</td><td>관상동맥
분류</td><td>♦ 경피적 관상동맥 스텐트를 삽입한 혈관의 해당 번호를 기재
♦ 상대가치점수표 제1편제2부제2장 나-721-1 관상동맥내 압력측정술, 제9장 자-655 경피적 관상동맥확장술, 자-656 경피적 관상동맥스텐트삽입술 및 자-657 경피적 관상동맥죽상반절제술을 산정하는 경우 시행한 혈관의 해당 번호를 기재
※ 혈관이 여러 개 발생할 경우 “/”로 구분하여 기재

〈혈관별 번호〉
<table><tr><th>혈관명</th><th>번호</th></tr><tr><td>좌주관상동맥(Left Main Coronary Artery, LM)</td><td>1</td></tr><tr><td>좌전하행동맥(Left Anterior Descending Artery, LAD)</td><td>2</td></tr><tr><td>좌회선동맥(Left Circumflex Artery, LCx)</td><td>3</td></tr><tr><td>우관상동맥(Right Coronary Artery, RCA)</td><td>4</td></tr><tr><td>관상동맥 이식부위 혈관(Graft)</td><td>5</td></tr></table>※ 스텐트를 삽입한 해당 혈관을 모두 기재하여야 하며, 분지혈관의 경우 해당 주혈관으로 기재함
♦ 기재형식: 9(1)
♦ (예시)
1. 경피적 관상동맥 스텐트를 좌전하행동맥, 좌회선동맥에 삽입한 경우
JT021 2/3
2. 경피적 관상동맥 확장술을 좌주관상동맥에 시행한 경우
JT021 1
♦ 적용일: 2015.10.1. 진료분부터(스텐트)
2024.6.1. 진료분부터(관상동맥 중재 시술·검사)</td></tr>
<tr><td>JT022</td><td>차일드-퍼 분류(Child-Pugh Class: 잔여 간기능검사 분류) 점수</td><td>♦ 색전성 약물방출미세구를 사용하는 경우 차일드-퍼 분류(Child-Pugh Class: 잔여 간기능 검사 분류)상 점수(5~15)를 기재
♦ 기재형식: 9(2)
♦ (예시) 색전성 약물방출미세구를 산정하는 간세포암환자의 차일드-퍼 분류(Child-Pugh Class : 잔여 간기능검사 분류) 점수가 5점인 경우
JT022 5
♦ 적용일: 2016.5.15. 진료분부터</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td>JT023</td><td>신경인지기능검사
세부검사항목코드</td><td>♦ 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따른 신경인지기능검사 개별검사를 하는 경우 시행일과 세부검사항목코드를 기재하되, 세부검사항목코드가 두 개 이상일 경우 “/”로 구분하여 기재
♦ 기재형식: ccyymmdd/X(4)
♦ (예시) 2024.10.20. 신경인지기능검사 유형Ⅰ의 무시증후군검사, 손가락 이름대기검사, 신체부위 가리키기 검사를 시행한 경우
JT023 20241020/A001/A005/A006
♦ 적용일: 2017.10.1. 진료분부터</td></tr>
<tr><td>JT024</td><td>골밀도검사</td><td>♦ 소아청소년에게 골밀도검사 시행 시 검사결과(Z-score)를 ‘음수·양수 구분코드/수치결과’ 순서대로 기재
〈음수·양수 구분코드〉<table><tr><th>구분</th><th>코드</th></tr><tr><td>음수</td><td>1</td></tr><tr><td>양수</td><td>2</td></tr></table>♦ 기재형식: X(1)/9(1).V9(1)
♦ (예시) 15세 여아에 실시한 골밀도검사 결과상 L3의 Z-score가 -2.0 SD로 확인되는 경우
JT024 1/2.0
♦ 적용일: 2019.3.1. 진료분부터</td></tr>
<tr><td>JT026</td><td>원격협진
(*)</td><td>♦ 상대가치점수표 제1편제2부제1장 가8-2 원격협의진찰료를 산정하는 경우 요양기관기호(원격협진을 의뢰한 기관은 자문한 의사·치과의사·한의사가 속한 기관의 요양기관기호, 원격협진 자문한 기관은 원격협진 의뢰한 기관의 요양기관기호)와 의뢰(자문)한 날짜를 ‘요양기관기호/시행일자’ 형태로 순서대로 기재
♦ 기재형식: 9(8)/ccyymmdd
♦ (예시)
1. A의원에 입원중인 환자를 A의원(요양기관기호 12345678) 의사가 2024년 8월 1일과 2024년 8월 3일에 각각 B병원(요양기관기호 34567890)의 호흡기내과 의사에게 원격협진을 의뢰하는 경우
- A의원 입원 명세서:
JT026 34567890/20240801
JT026 34567890/20240803
- B병원 외래 명세서:
JT026 12345678/20240801
JT026 12345678/20240803</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>2. A의원(요양기관기호 12345678)에 입원 중인 환자를 C의원(요양기관기호 87654321)에 2024년 8월 1일 하루에 3번 원격협진을 의뢰한 경우(하루에 여러 차례 시행해도 요양기관별 환자당 1일 1회 산정)
- A의원 입원 명세서:
JT026 87654321/20240801
- C의원 외래 명세서:
JT026 12345678/20240801
♦ 적용일: 2020.8.1. 진료분부터</td></tr>
<tr><td>JT029</td><td>재원기간
(*)</td><td>♦ 상대가치점수표 제1편제2부제1장 가-34 입원환자 전담전문의 관리료를 산정하는 경우 입원전담전문의 병동별 재원기간의 날짜(From/To)와 신고한 운영병동 명칭(Unit명)을 순서대로 기재
♦ 기재형식: ccyymmdd/ccyymmdd/X(100)
♦ (예시1) 입원환자 전담전문의 병동(신고: Unit명: A병동)에 3일간(2024.1.25. ~ 2024.1.27.) 입원한 경우
JT029 20240125/20240127/A병동
♦ 적용일: 2021.1.25. 진료분부터(입원환자 전담전문의 관리료)

♦ 상대가치점수표 제3편제3부 요-55 요양병원 입원환자 안전관리료를 산정하는 경우 6인 이하 입원실에 재원한 기간의 날짜(From/To)를 기재
♦ 기재형식: ccyymmdd/ccyymmdd
♦ (예시2) 2024년 1월 1일에 A요양병원 7인실로 입원한 환자가 1월 15일 6인실로 전실 후 1월 30일에 퇴원 한 경우
JT029 20240115/20240130
♦ 적용일: 2022.1.1. 진료분부터(요양병원 입원환자 안전관리료

♦ 상대가치점수표 제1편제2부 가-7나 모자동실 입원료를 산정하는 경우 '모자동실 최초입실일자(From)/최종퇴실일자(To)/총재실시간'를 순서대로 기재
♦ 기재형식: ccyymmdd/ccyymmdd/X(100)
♦ (예시3) 2024년 1월 8일부터 10일까지 모자동실에 입원하여 총재실시간이 24시간인 경우
JT029 20240108/20240110/24
♦ 적용일: 2024.1.1. 진료분부터(모자동실 입원료)</td></tr>
<tr><td>JT030</td><td>체중</td><td>♦ 요양급여내역 중 아래의 체중 기재유형에 해당하는 진료(또는 처방·조제)의 경우에는 해당 유형코드와 체중(gram단위)을 순서대로 기재
〈체중 기재유형〉
<table><tr><th>유형코드</th><th>유형 세부내용</th></tr><tr><td>A</td><td>입원 중인 수술 시행일 체중이 1,500g 미만 소아에게 상대가치점수표 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (22) 및 제6장 마취료 [산정지침] (11)에 따라 가산하여 산정하는 경우</td></tr></table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>※ 체중 기재 시 반드시 빈 칸 또는 띄어쓰기 없이 왼쪽부터 붙여서 그램(gram) 단위로 기재
♦ 기재형식: X(1)/9(6)
♦ (예시)
1. 수술 시행일 체중 1,400g 소아에게 심방중격결손조성술(O1705)을 시행하여 상대가치점수표 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (22)에 따라 가산하여 산정하는 경우
JT030 A/1400
2 2024년 4월 1일 수술 시행일 체중 900g인 소아에게 폐동맥판협착증 수술(O1750)에 대하여 기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취(L1211)를 시행하여 상대가치점수표 제1편 제2부 제6장 마취료 [산정지침] (11)에 따라 가산하여 산정하는 경우
JT030 A/900
♦ 적용일: 2021.3.1. 진료분부터(수술료 산정지침 22)
2021.4.1. 진료분부터(마취료 산정지침 11)</td></tr>
<tr><td>JT034</td><td>호스피스
상담 정보</td><td>♦ 상대가치점수표 제4편제4부 완-10 호스피스 사전상담료를 산정하는 경우에 상담을 시행한 의료인의 면허종류, 상담일자, 소요시간(단위: 분), 호스피스 이용 동의여부를 기재하되, 아래의 면허종류코드를 참조하여 ‘실제 상담을 실시한 의료인의 면허종류코드/상담일자/소요시간(단위: 분)/동의여부(동의 시 “Y”, 그렇지 않으면 “N”)’ 형태로 순서대로 기재
〈면허종류코드〉
<table><tr><th>면허종류</th><th>면허종류코드</th></tr><tr><td>의사</td><td>1</td></tr><tr><td>간호사</td><td>6</td></tr></table>♦ 기재형식: 9(1)/ccyymmdd/9(3)/X(1)
♦ (예시)
1. 2024.1.2. A자문형호스피스전문기관의 자문형 호스피스팀의 의사가 말기암환자에게 40분간 사전상담을 실시한 후 호스피스 이용 동의서를 받은 경우
JT034 1/20240102/040/Y
2. 2024.1.2. B자문형호스피스전문기관의 자문형 호스피스팀의 의사와 간호사가 말기암환자에게 각 20분씩 사전상담을 실시한 후 호스피스 이용 동의서를 받은 경우
JT034 1/20240102/020/Y
JT034 6/20240102/020/Y
♦ 적용일: 2022.1.1. 진료분부터</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td>JT035</td><td>연명의료
중단등결정
관련 서식
등록정보</td><td>♦ 상대가치점수표 제4편제5부 연명의료중단등결정 수가를 산정하는 경우, 제4편 제1부 1. 일반기준 라.에 따른 '관련 서식' 및 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따른 '별도 서식'의 등록완료일자와 해당 관련 서식 코드를 기재하되, 아래의 관련 서식 코드를 참고하여 '등록완료일자/관련 서식 코드' 형태로 순서대로 기재함
〈서식코드〉
<table><tr><th>관련 서식</th><th>서식코드</th></tr><tr><td>별도 서식</td><td>00</td></tr><tr><td>제1호서식</td><td>01</td></tr><tr><td>제9호서식</td><td>09</td></tr><tr><td>제10호서식</td><td>10</td></tr><tr><td>제11호서식</td><td>11</td></tr><tr><td>제12호서식</td><td>12</td></tr><tr><td>제13호서식</td><td>13</td></tr></table>♦ 기재형식: ccyymmdd/X(2)
♦ (예시) 사전연명의료의향서가 작성되어 있는 환자에게 상급종합병원에서 2024.1.1. 임종과정에 있는 환자 판단서(제9호서식) 및 연명의료중단등결정에 대한 환자의사 확인서(제10호서식)를 작성하고, 2024.1.2. 연명의료정보처리시스템에 등록한 경우
JT035 20240102/09
JT035 20240102/10
♦ 적용일: 2022.1.1. 진료분부터</td></tr>
<tr><td>JT036</td><td>48시간 초과
홀터기록 검사</td><td>♦ 상대가치점수표 제1편제2부제2장제3절 나725-다(2) 48시간 초과 홀터기록을 산정하는 경우, 홀터기록 시작일시와 종료일시, 환자가 사용한 의료기기 정보를 기재하되, '기록시작일시/기록종료일시/의료기기 정보' 형태로 순서대로 기재
※ '의료기기 정보'는 「의료기기법 시행규칙」에 따른 식품의약품안전처장의 의료기기 제조 또는 수입 품목의 허가번호(또는 인증번호, 신고번호)를 기재
♦ 기재형식: ccyymmddhhmm/ccyymmddhhmm/X(20)
♦ (예시)
1. 2024년 2월 1일 오후 2시부터 2024년 2월 5일 오후 5시 30분까지 홀터기록을 실시한 경우
(☞ 사용한 홀터기록 장비의 식품의약품안전처 의료기기 제조 인증번호가 '제인 22-9999 호'인 경우)
JT036 202402011400/202402051730/제인22-9999호
2. 입원환자가 홀터기록 검사를 ① 2024년 2월 1일 오전 10시부터 2월 5일 오후 6시까지, ② 2024년 2월 10일 오전 9시부터 2월 15일 오전 9시까지 실시한 경우
(☞ 사용한 홀터기록 장비의 식품의약품안전처 의료기기 수입 허가번호가</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>‘제 수허 22 - 999 호’인 경우)
JT036 202402011000/202402051800/수허22-999호
JT036 202402100900/202402150900/수허22-999호
♦ 적용일: 2022.2.1. 진료분부터</td></tr>
<tr><td>JT037</td><td>혁신의료기술
시행일자
(*)</td><td>♦ 상대가치점수표 제5편제1부에 따라 혁신의료기술 분류항목 및 분류항목에 별도로 규정한 약제, 치료재료대를 산정하는 경우 시행일자를 기재.
단, 시행일자가 여러 날인 경우 “/”로 구분하여 기재
♦ 기재형식: ccyymmdd
♦ (예시) 2024년 8월 20일 급성 심근경색증 환자에게 혁신의료기술인 심근재생을 위한 자가말초혈액 줄기세포 치료술을 시행하고 청구하는 경우
JT037 20240820
♦ 적용일: 2022.8.1. 진료분부터</td></tr>
<tr><td>JT038</td><td>응급실
영상검사
판독 완료일자</td><td>♦ 상대가치점수표 제1편제2부제3장제2절 ‘주’항에 따라 CT, MRI 영상검사의 ‘응급실 내 긴급 판독 가산’을 산정하는 경우 판독 완료일자를 기재단, 판독 완료일자가 여러 날인 경우 “/”로 구분하여 기재
♦ 기재형식: ccyymmdd
♦ (예시) 2024년 1월 15일 오전 9시 응급실에 내원한 환자에게 MRI(특수검사-확산)검사 및 영상의학과 전문의 판독완료 후, 오후 10시 중환자실로 전실한 경우
JT038 20240115
♦ 적용일: 2024.1.1. 진료분부터</td></tr>
<tr><td>JT039</td><td>NGS 유전자
패널검사 고형암
조직유형</td><td>♦ 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따라 상대가치점수표 제1편제2부제2장 나-598-1 차세대염기서열분석(NGS) 기반 유전자 패널검사 중 ‘비유전성 유전자검사-고형암’을 산정하는 경우 해당 조직유형코드를 기재
〈조직유형코드〉
<table>
<tr><th colspan="3">조직유형</th><th>코드</th></tr>
<tr><td rowspan="4">진행성·
전이성·
재발성</td><td rowspan="3">폐암</td><td>비소세포성 선암종</td><td>01</td></tr>
<tr><td>혼합 암종
(비소세포성 선암종이 포함된 혼합 암종)</td><td>02</td></tr>
<tr><td>이외의 기타 악성 신생물
(소세포폐암, 편평상피세포암, 대세포암 등)</td><td>03</td></tr>
<tr><td colspan="2">폐암 외 고형암</td><td>04</td></tr>
<tr><td colspan="3">조기암</td><td>99</td></tr>
</table>
♦ 기재형식: X(2)
♦ (예시) 진행성·전이성·재발성 폐선암(Adenocarcinoma)환자에게 ‘NGS</td></tr>
</table>

구분 코드	특정내역	작성요령 및 기재형식
		유전자 패널검사-비유전성 유전자검사-고형암'을 시행한 경우 JT039 01 ♦ 적용일: 2023.12.1. 진료분부터
JX999	기타내역 (*)	♦ 특정내역의 구분코드가 없는 기타 추가내역은 평문(FreeText)으로 기재 ※ 영문(700자), 한글(350자) ♦ 기재형식: X(700) ♦ 적용일: 2005.1.1.부터

3. 처방내역단위로 작성하는 특정내역 항목

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td>CT001</td><td>동일 성분
의약품 중복
처방사유
(의료기관)</td><td>◆ 의료기관(의·치과 및 보건기관) 외래 진료분 원외처방전의 모든 의약품을 동일 성분 의약품으로 중복처방시 해당 중복처방 사유코드를 기재
중복처방 사유코드/구체적 사유
※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재(영문 200자, 한글 100자)

〈중복처방 사유별 코드〉
<table><tr><th>사 유</th><th>코드</th></tr><tr><td>환자가 장기 출장이나 여행으로 인하여 의약품이 소진되기 전 처방을 받아야 하는 경우</td><td>A</td></tr><tr><td>의약품 부작용, 용량 조절 등으로 약제 변경이 불가피하거나, powder 형태의 조제 등으로 인하여 기존 처방의약품 중 특정 성분만을 구분하여 별도 처방할 수 없는 경우</td><td>B</td></tr><tr><td>항암제 투여 중인 환자나 소아환자로서 구토로 인해 약 복용 중 약제가 소실된 경우 등 환자의 귀책사유 없이 약제가 소실·변질된 경우</td><td>C</td></tr><tr><td>A부터 C까지에 해당하지 않는 사유로 환자가 6개월에 215일 이상의 처방을 원하여 약값의 전액을 본인 부담하는 경우</td><td>E</td></tr></table>◆ 기재형식: X(1)/X(200)
◆ 적용일: 2008.10.1. 처방분부터</td></tr>
<tr><td>CT002</td><td>처방내역
특정기호
(의료기관)</td><td>◆ 상급종합병원 또는 종합병원에서 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제6조에 해당하는 상병으로 외래진료 후 원외처방한 경우 해당 특정기호를 기재
◆ 기재형식: X(4)
◆ 적용일: 2011.10.1. 진료분부터</td></tr>
</table>

Ⅹ. 질병군 요양급여비용 작성요령

이 장에 별도로 정하지 않은 질병군 요양급여비용 심사청구서 및 명세서 작성요령은 Ⅰ~Ⅲ장 및 Ⅵ~Ⅸ장에 따른다.

【 청구시 유의사항 】

1. 질병군 진료 요양기관은 7개 질병군에 대하여 반드시 질병군 요양급여비용 청구방법에 따라 청구한다.

2. 요양급여비용 심사청구서 및 명세서는 해당 요양기관 종사자가 직접 작성하여야 한다. 다만, 대행청구단체로 하여금 심사청구를 하게 하는 경우에는 대행청구단체의 작성자를 기재하고, 2인 이상이 공동으로 작성한 경우에는 작성책임자의 성명, 생년월일을 기재하여야 한다.

3. 요양급여비용 심사청구서 등 전자서명이 필요한 전자문서는 요양기관 대표자(청구인)가 청구내용 및 금액을 확인한 후 지정된 전송항목에 전자서명을 하여야 한다.

4. 입원진료가 종료된 날 또는 내원 당일 퇴원한 날(입원 30일까지를 질병군으로 적용받은 경우는 입원 30일째 되는 날)이 속한 날의 다음 주 월요일부터 청구할 수 있다.

5. 보훈위탁진료 요양기관은 보훈국비환자 지원범위에 따라 국비질환 진료분과 국비질환 이외의 타 질환 진료분의 명세서를 구분하여 청구서를 각각 작성한다.

질환유형	보험자구분
· 국비질환(상이처 또는 승인질환) · 무자격자의 모든 질환	‘7’(보훈(상이처, 무자격자))
· 국비질환 이외의 타 질환	‘4’(건강보험)

6. 동일인에 대한 입원일부터 퇴원일(입원 30일까지를 질병군으로 적용받은 경우는 입원 30일째 되는 날)까지의 질병군 요양급여비용 명세서는 1건으로 청구하되, 30일을 초과하여 입원진료를 받은 경우 그 초과분과 질병군 진료 이외의 목적으로 입원하여 입원일수가 6일을 초과한 시점에 예상치 못하게 질병군 수술이 이루어진 경우 입원일로부터 수술시행 전일까지의 진료분은 행위별 수가로 청구한다.

【 세부작성요령 】

1. 일반사항

가. 명세서 일반내역

항 목	세 부 작 성 요 령
1) **질병군번호**	□ 질병군 분류번호는 보건복지부 고시 “건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(이하 “상대가치점수표”라 한다) 제2편 제3부 질병군 분류번호 결정요령”을 참조하여 주진단 및 기타진단, 수술, 연령, 진료결과 등에 의해 결정된 질병군 분류번호 총 6자리를 기재한다.
2) **최초입원 개시일**	□ 질병군 진료 이외의 목적으로 입원하여 입원일수가 6일을 초과한 시점에 예상치 못하게 질병군 수술이 이루어져 분리청구하는 경우 최초 입원일자(연월일)를 기재한다.
3) **요양급여일수**	□ 질병군으로 진료를 받은 실 일수를 기재하되, 입원일수에 투약일수를 산입하여 산정한다. 이때 입원일수와 투약일수가 중복될 때에는 1일로 계산한다.
4) **입원일수**	□ 입원한 날부터 퇴원일(입원 30일까지를 질병군으로 적용받은 경우는 입원 30일째 되는 날)까지의 실 일수를 기재하고, 질병군 진료 이외의 목적으로 입원하여 입원일수가 6일을 초과한 시점에 예상치 못하게 질병군 수술이 이루어진 경우에는 수술 실시일부터 퇴원일까지의 실 일수를 기재한다.(내원당일 퇴원하는 경우는 1일로 기재한다)
5) **입원경로**	□ 요양기관 도착경로와 입원경로를 각각 구분하여 해당항목의 코드를 기재한다. ■ 도착경로 ■ 입원경로

1	2	3
타요양기관 경유	응급구조대 후송	기 타

1	2
응 급 실	외래

(예시) 다른 요양기관으로부터 이송되어 응급실을 경유하여 입원한 경우

입원경로	11

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>6) 요양급여 비용총액 1</td><td></td></tr>
<tr><td>가) 일반원칙</td><td>□ 질병군별 점수 산정요령에 따라 산정된 점수 총합에 「국민건강보험법」 제45조 제3항과 동법 시행령 제21조제1항에 따른 점수당 단가를 곱하여 10원 미만 4사5입한 금액을 요양급여비용 총액으로 산출한다.
□ 위의 비용 외에 별도로 산정하는 비용(식대, 외과전문의 가산 등)이나 제외금액(1인실 이용 또는 인공수정체 제외금액)이 있는 경우에는 위 산출비용(10원 미만 4사5입한 금액)에 별도 산정된 비용(원 미만 4사5입)을 합산하고 제외금액을 제하여 최종적으로 10원 미만 절사하여 요양급여비용총액 1에 기재한다. (질병군에서의 100분의100미만 총액, 100분의100본인부담 및 비급여 금액은 제외)</td></tr>
<tr><td>나) 질병군별 상대가치 점수의 산정</td><td>□ 질병군별 점수 산정요령
<table>
<tr><td>정상군</td><td>【질병군별 기준 상대가치점수+{(가입자 등의 입원일수−질병군별 평균 입원일수)×질병군별 일당 상대가치점수}】×20/100 +
【질병군별 기준 상대가치점수】×80/100</td></tr>
<tr><td>하단 열외군</td><td>【질병군별 기준 상대가치점수+{(가입자 등의 입원일수−질병군별 평균 입원일수)×질병군별 일당 상대가치점수}】×20/100 +
【질병군별 기준 상대가치점수-{(질병군별 정상군 하한 입원일수-가입자 등의 입원일수)×질병군별 일당 상대가치점수}】×80/100</td></tr>
<tr><td>상단 열외군</td><td>【질병군별 기준 상대가치점수+{(가입자 등의 입원일수−질병군별 평균 입원일수)×질병군별 일당 상대가치점수}】×20/100 +
【질병군별 기준 상대가치점수+{(가입자 등의 입원일수-질병군별 정상군 상한 입원일수)×질병군별 일당 상대가치점수}】×80/100</td></tr>
</table>
□ 질병군별 야간·공휴 점수 추가 산정요령
<table>
<tr><td>정상군</td><td>【[질병군별 기준 상대가치점수+{(가입자 등의 입원일수−질병군별 평균 입원일수)×질병군별 일당 상대가치점수}]+{질병군별 야간·공휴 점수}】×20/100 + 【{질병군별 기준 상대가치점수+질병군별 야간·공휴 점수}】×80/100</td></tr>
<tr><td>하단 열외군</td><td>【[질병군별 기준 상대가치점수+{(가입자 등의 입원일수−질병군별 평균 입원일수)×질병군별 일당 상대가치점수}]+{질병군별 야간·공휴 점수}】×20/100 + 【[질병군별 기준 상대가치점수-{(질병군별 정상군 하한 입원일수-가입자 등의 입원일수)×질병군별 일당 상대가치점수}]+{질병군별 야간·공휴 점수}】×80/100</td></tr>
<tr><td>상단 열외군</td><td>【[질병군별 기준 상대가치점수+{(가입자 등의 입원일수−질병군별 평균 입원일수)×질병군별 일당 상대가치점수}]+{질병군별 야간·공휴 점수}】×20/100 + 【[질병군별 기준 상대가치점수+{(가입자 등의 입원일수-질병군별 정상군 상한 입원일수)×질병군별 일당 상대가치점수}]+{질병군별 야간·공휴 점수}】×80/100</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>비고 1. 정상군은 입원일수가 정상군 하한과 정상군 상한 사이인 경우를 말한다.
2. 하단열외군은 입원일수가 정상군 하한 미만인 경우를 말한다.
3. 상단열외군은 입원일수가 정상군 상한을 초과하는 경우를 말한다.
4. 질병군별 기준 상대가치점수는 질병군별 평균입원일수만큼 입원했을 때 발생하는 입원 건당 상대가치점수를 말한다.
5. 질병군별 일당 상대가치점수는 입원일수가 1일 증가함에 따라 추가되는 질병군별 상대가치점수를 말한다.
6. 질병군별 평균 입원일수는 해당 질병군의 요양급여에 평균적으로 소요되는 입원일수를 말한다.
7. 상대가치점수의 총합은 소수점 이하 둘째 자리까지로 한다.(산식 중 곱셈과 나눗셈이 있는 경우는 계산 과정마다 소수점 이하 셋째 자리에서 4사5입)</td></tr>
<tr><td>다) 요양급여비용 열외군</td><td>□ 요양급여비용 열외군의 요양급여비용총액 1은 다음 산정기준에 의해 결정된 금액에 10원 미만 절사한 금액을 기재한다. 이 경우 행위별 진료비총액과 질병군 요양급여비용총액은 각각 그 작성요령에 따른다.

요양급여비용열외군 요양급여비용총액 1
=질병군 요양급여비용총액+(행위별 진료비총액-질병군 요양급여비용총액-1백만원)</td></tr>
<tr><td>7) 본인일부부담금</td><td>□ 아래 계산식에 따라 산정된 금액의 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2]에 따른 본인부담률에 해당하는 금액(10원 미만 4사5입)을 기재한다.

<table><tr><td>정상군, 상·하단 열외군</td><td>【질병군별 기준 상대가치점수+{(가입자 등의 입원일수-질병군별 평균 입원일수)×질병군별 일당 상대가치점수}】×점수당 단가</td></tr><tr><td>야간 및 공휴 수술의 경우</td><td>【[질병군별 기준 상대가치점수+{(가입자 등의 입원일수-질병군별 평균 입원일수)×질병군별 일당 상대가치점수}]+{질병군별 야간·공휴 점수}】×점수당 단가</td></tr></table>
주) 위 기준의 점수산출은 소수점 이하 둘째 자리까지 구함
(산식 중 곱셈과 나눗셈이 있는 경우는 계산과정마다 소수점 이하 셋째 자리에서 4사5입)

□ 위의 비용 외에 별도로 산정하는 비용(식대, 외과전문의 가산 등)이나 제외금액(1인실 이용 또는 인공수정체 제외금액)이 있는 경우에는 위의 계산에 따른 본인일부부담금(10원 미만 4사5입한 금액)에 별도 산정된 비용의 본인일부부담금을 합산하고 제외금액의 본인일부부담금을 제하여 최종적으로 10원 미만 절사하여 기재한다.

□ 요양급여비용 열외군의 본인일부부담금은 위에 따른 본인일부부담금에 행위별 진료비총액에서 질병군 요양급여비용총액과 100만원을 제외한 금액의 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2]에 따른 본인부담률에 해당하는 금액을 합하여 산정하고 최종적으로 10원 미만 절사한 금액을 기재한다.

질병군 요양급여비용의 본인일부부담금+(행위별 진료비총액-질병군 요양급여비용총액-1백만원)×「국민건강보험법 시행령」[별표 2]에 따른 본인부담률</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령
	□ 「국민건강보험법 시행령」 제19조에 따른 본인부담상한액초과금이 발생한 경우에도 실제 본인이 부담한 금액과 본인부담상한액초과금을 합하여 기재한다. □ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제3호라목1)에 따른 차상위 희귀질환·중증난치질환 또는 중증질환 본인부담경감대상자인 경우 및 제3호라목2)에 따른 6세 미만 아동인 경우 본인부담률 100분의 0을 적용하고 입원기간 중 식대금액이 발생한 경우에는 기본식대비용의 20% 금액을 합하여 최종 10원 미만 절사하여 기재한다. □ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제3호마목 및 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 따른 등록 중증질환자에 대한 요양급여로 입원진료 시 본인부담률 100분의 5를 적용하고 입원기간 중 식대금액이 발생한 경우에는 식대총액의 50% 금액을 합하여 최종 10원 미만 절사하여 기재한다. □ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제3호나목2) 및 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조에 따른 등록 희귀질환·중증난치질환자에 대한 요양급여로 입원진료 시 본인부담률 100분의 10을 적용하고 입원기간 중 식대금액이 발생한 경우에는 식대총액의 50% 금액을 합하여 최종 10원 미만 절사하여 기재한다. □ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제3호라목2)에 따른 차상위 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자와 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자의 경우 본인부담률 100분의 14를 적용하고 입원기간 중 식대금액이 발생한 경우에는 기본식대비용의 20% 금액을 합하여 10원 미만 절사하여 기재한다. 다만, 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자의 경우는 '장애인복지사업'에서 지원하는 장애인의료비를 제외한 금액을 기재한다. □ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제3호아목에 따른 제왕절개분만을 위한 입원진료에 대하여 요양급여를 받는 경우에는 본인부담률 100분의 5를 적용하고 입원기간 중 식대금액이 발생한 경우에는 식대총액의 50% 금액을 합하여 최종 10원 미만 절사하여 기재한다. 단, 차상위 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자와 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자의 경우 제왕절개분만을 위한 입원진료에 대한 본인부담률 100분의 0을 적용하고 입원기간 중 식대금액이 발생한 경우에는 기본식대비용의 20% 금액을 합하여 최종 10원 미만 절사하여 기재한다.

항 목	세 부 작 성 요 령
	□ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제3호자목에 따른 15세이하 아동[제3호가목2)에 따른 신생아 및 라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다]의 입원진료는 본인부담률 100분의 5를 적용하고 입원기간 중 식대금액이 발생한 경우에는 식대총액의 50% 금액을 합하여 최종 10원 미만 절사하여 기재한다. □ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제3호라목2)에 따른 6세이상 15세이하 아동의 입원진료는 본인부담률 100분의 3을 적용하고, 입원기간 중 식대금액이 발생한 경우에는 기본식대비용의 20% 금액을 합하여 최종 10원 미만 절사하여 기재한다. □ 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호가목2)에 따른 신생아 입원진료를 제외한 2세 미만 영유아의 입원진료인 경우에는 '0'을 기재한다. ※ 입원기간 중 식대금액이 발생한 경우에는 (식대총액×50%) 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재 □ 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비(감면)환자인 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 기재한다. □ 희귀질환 의료비 지원대상자의 경우는 '희귀질환자 의료비지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 포함하여 기재한다. □ 긴급복지 의료지원대상자가 본인부담상한액초과금이 발생한 경우는 실제 본인이 부담하는 금액, '긴급지원사업'에서 지원하는 지원금 및 본인부담상한액초과금을 합하여 기재한다. □ 자립준비청년 의료비 지원대상자의 경우는 '자립준비청년 의료비 지원사업'에 따른 본인일부부담금을 기재(단, 조산원, 보건소, 보건지소, 보건진료소, 보건의료원은 제외)한다.
8) 본인부담 상한액 초과금	□ 「국민건강보험법 시행령」 제19조제6항에 따라 본인일부부담금의 총액(법 제44조제2항 및 영 제19조제3항에 따른 금액)같은 법 시행령 별표 3에 따라 산정한 본인부담상한액의 최고금액을 넘는 경우에는 그 초과금액(본인부담상한액을 확인할 수 있는 경우에는 그 초과금액)을 기재하며, 입원건의 추가청구 시에는 원청구와 연계하여 초과한 금액을 기재한다. 이 경우 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체로부터 받는 의료비 지원금(요양급여비용 명세서에 기재하여야 하는 지원금에 한한다)을 제외하고 본인부담상한액초과금을 기재한다.

항 목	세 부 작 성 요 령
9) 청구액	□ 요양급여비용총액 1에서 「국민건강보험법 시행령」 [별표 2] 같은 법 시행규칙 별표 3 및 4에 따른 '본인일부부담금'을 제외한 금액을 기재한다. □ 차상위 장애인 만성질환 · 18세미만 본인부담경감대상자의 경우는 요양급여비용총액 1에서 본인일부부담금과 장애인의료비를 제외한 금액으로 기재한다. □ 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 중 상이처, 무자격자인 경우에는 '0'으로 기재하고, 보훈병원 보훈감면환자인 경우 요양급여비용총액1에서 본인일부부담금과 보훈청구액을 합한 금액을 제외하여 기재한다. □ 자립준비청년 의료비 지원대상자의 경우는 요양급여비용총액 1에서 '자립준비청년 의료비 지원사업'에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재한다.
10) 지원금	□ '희귀질환자 의료비지원사업', '긴급지원사업'에 따른 해당 지원대상자에게 지원하는 비용을 기재한다.
11) 장애인의료비	□ 건강보험의 경우 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자에게 '장애인복지사업'에서 지원하는 비용을 기재한다.
12) 요양급여 비용총액 2, 진료비총액	□ 요양급여비용총액 2는 요양급여비용총액 1과 건강보험 100분의100본인부담금총액을 합하여 기재한다.(10원 미만 절사) □ 진료비총액은 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자인 경우 비급여와 요양급여비용(건강보험 100분의100본인부담금총액, 보훈 등 100분의100본인부담 포함)을 모두 합한 총 금액으로 기재한다.(10원 미만 절사)
13) 보훈청구액	□ 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자인 경우 진료비총액에서 본인일부부담금, 청구액, 보훈 본인일부부담금 및 건강보험 100분의100본인부담금총액을 제외한 금액을 기재한다. □ 보훈병원의 보훈감면환자 진료분인 경우 요양급여비용총액 1에서 본인일부부담금과 청구액을 제외한 금액을 기재한다. □ 보훈위탁진료 요양기관의 보훈감면환자의 경우 「국민건강보험법 시행령」별표 2 및 같은 법 시행규칙 별표 3에 따른 본인일부부담금(같은 법 시행령 별표 2 제4호 및 제6호에 따른 금액을 제외)에서 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재한다.

항 목	세 부 작 성 요 령
14) 건강보험 100분의100 본인부담금 총액	□ 건강보험 100분의100본인부담금을 합하여 기재한다. 다만, 보훈병원 국비보험 1차명세서의 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 금액을 기재한다.(10원 미만 절사)
15) 보훈 본인일부 부담금	□ 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자인 경우에 한하여 기재하며, 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 보훈 등 100분의100본인부담액과 비급여를 합한 금액의 해당 본인일부부담금을 기재한다.(10원 미만 절사)
16) 100분의100 미만 총액	□ A항, B항, D항 및 E항의 치료재료, 약제 등 요양기관 종별가산율이 적용되지 않은 요양급여비용, 요양기관 종별가산율이 적용되는 진료행위와 가산금액(원 미만 4사5입)을 합하여 총 금액에서 10원 미만 절사한 금액을 기재한다.
17) 100분의100 미만 본인 일부부담금	□ 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조에 따른 본인일부부담금을 기재하되 10원 미만 절사한 금액을 기재한다. □ 보훈병원 또는 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비(감면)환자인 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 및 「국가보훈대상자 의료지원 규정」에 따른 100분의100미만 본인일부부담금을 기재한다. ※ 본인부담상한제 미적용
18) 100분의100 미만 청구액	□ 100분의100미만 총액에서 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조에 따른 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재한다. □ 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 중 상이처, 무자격자인 경우 '0'으로 기재하며, 보훈병원 보훈감면환자의 경우 100분의100미만 총액에서 100분의 100미만 본인일부부담금과 100분의100미만 보훈청구액을 제외한 금액을 기재한다.
19) 100분의100 미만 보훈 청구액	□ 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비(감면)환자 또는 보훈병원 보훈감면환자인 경우 100분의100미만 총액에서 100분의100미만 본인일부부담금 및 100분의 100미만 청구액을 제외한 금액을 기재한다.
20) 포괄수가	□ 질병군별 점수 산정요령에 따라 산정된 점수 총합에 「국민건강보험법」 제45조 제3항과 영 제21조제1항에 따른 점수당 단가를 곱하여 10원 미만 4사5입한 금액을 기재한다.

항 목	세 부 작 성 요 령
21) 행위별 진료비총액	□ 상대가치점수표 제2편 제1부 질병군 급여 일반원칙 제7호에 따른 요양급여비용열외군의 요양급여비용 총액을 산정하기 위하여 행위별 산정 방식에 따라 산정한 진료비총액을 기재하고 세부산정은 다음과 같다. (1) 행위별 수가제의 급여와 건강보험 100분의100본인부담 및 비급여 항목을 포함하되, 질병군에서 환자에게 별도 징수가 가능하도록 정한 이송처치료 등 100분의100본인부담, 선별급여와 비급여대상은 제외한다. (2) 급여 및 건강보험 100분의100본인부담의 행위는 「행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 기준에 의해 산정하고, 약제 및 치료재료는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」 또는 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표」에서 정한 상한금액 범위 내에서 실구입가로 산정한다. (3) 질병군에서는 급여이나 행위별에서는 비급여 대상에 해당하는 행위는 해당 요양기관의 수가를 적용하여 산정하고, 약제·치료재료는 실구입가로 산정한다. (4) 위 (1)~(3)에 따라 계산된 금액을 행위별 진료비총액에 기재한다.
22) 질병군 요양급여비용 총액	□ 포괄수가에 식대, 외과전문의 가산 등 별도로 산정하는 비용(원미만 4사5입)을 합산하고 제외금액(1인실 이용 또는 인공수정체 제외금액)이 있는 경우에는 해당 금액을 제외하여 최종적으로 10원 미만 절사하여 기재한다.(질병군에서의 100분의100미만 총액, 100분의100본인부담 및 비급여 금액은 제외)

나. 명세서 진단내역

항 목	세 부 작 성 요 령
1) 진단분류구분	□ 각 질병분류기호별 주진단 및 기타진단을 구분하는 구분자로서 질병분류기호별로 해당 구분자를 기재한다. □ 작성방법

질 병 분 류 기 호	진 단 분 류 구 분
○ 입원기간 중의 검사 또는 수술 등을 통하여 확립된 최종 진단을 첫 번째 자리에 기재(주진단) ○ 입원기간 중 발생했거나, 입원 당시부터 주진단과 함께 가지고 있던 병태로서 환자 진료에 영향을 준 추가진단은 두 번째 자리부터 중요도 순으로 기재(기타진단)	○ 질병분류기호란에 기재된 질병분류기호에 대하여 주진단, 기타진단 구분을 위한 구분자를 기재 ■ 구분코드 1: 주진단 2: 기타진단

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>(예시) 복통을 주증상으로 내원하여 검사 또는 수술 등을 통해 ‘기타 및 상세불명의 급성충수염’으로 최종 진단되었으며 ‘기타 및 상세불명의 원발성 고혈압’에 대한 치료가 동시에 이루어진 경우
<table><tr><th>질병분류기호</th><th>진단분류구분</th></tr><tr><td>K358 (기타 및 상세불명의 급성 충수염)
I109 (기타 및 상세불명의 원발성 고혈압)</td><td>1 (주진단)
2 (기타진단)</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>2) 진단명, 질병분류기호</td><td>□ 통계청 고시에 따른 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호(고시 적용일에 따름)를 주진단, 기타진단 순으로 기재하되, 주진단은 반드시 첫 번째 자리(제1단)에만 기재하고, 기타진단이 2개 이상인 경우 중요도 순으로 기재한다.

□ 질병분류기호는 알파벳과 숫자를 사용하여 표현한다.
○ 한국표준질병·사인분류(KCD)에 따라 기재
- 알파벳과 숫자를 병행하여 기재
- 각 질병을 감염원이나 인체 해부학적 부위, 기타 요인 등에 따라 22장으로 분류하면서 알파벳을 이용하여 구분
(예) H는 눈 및 눈 부속기의 질환, J는 호흡계통의 질환, K는 소화기계통 질환을 의미
- 각 장에서의 세부 분류는 숫자를 사용하여 구분
(예) A01.0은 특정 감염성 및 기생충성 질환 중 장티푸스(Typhoid fever)를 의미
□ 질병분류기호가 6단위로 분류되어 있는 경우 6단 분류기호까지 기재하고, 질병분류기호가 3단위, 4단위 또는 5단위까지만 분류된 경우는 3단, 4단 또는 5단 분류기호를 기재하며, 분류기호란의 앞자리부터 기재한다.

(예시)
<table><tr><th>구 분</th><th>진단명</th><th>분류기호</th></tr><tr><td>3단위</td><td>상세불명의 충수염</td><td>K37</td></tr><tr><td>4단위</td><td>자궁의 자궁내막증</td><td>N800</td></tr><tr><td>5단위</td><td>재발성으로 명시되어 있지 않은, 폐색 또는 괴저가 없는 양쪽 사타구니탈장</td><td>K4020</td></tr><tr><td>6단위</td><td>영아백내장, 왼쪽</td><td>H26001</td></tr></table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>
□ 요양급여비용 청구시 ‘.’ 이나 ‘*’, ‘†’ 등 특수기호는 사용하지 않는다.
○ 한국표준질병·사인분류의 특수기호
- “.” 는 질병분류기호의 3단위 이전과 3단위 이후 분류 구분을 의미
- “검표(†)” 는 환자상태를 자세히 나타내기 위해 원인(기저질환)이 되는 진단을 의미
- “별표(*)” 는 검표 상병의 발현증세에 해당하는 진단을 의미

(예시)
신경매독에 의한 “매독성 파킨슨 질병”으로 진단된 경우 의무기록에는 질환의 원인에 해당되는 “증상성 신경매독(A52.1)”과 증상을 나타내는 “달리 분류된 질환에서의 파킨슨증(G22)”을 묶어서 A52.1† G22* 로 표기하되, 요양급여비용 청구시에는 특수기호(†, *)는 제외하고 A521, G22만 기재함

□ 청구된 질병분류기호는 의무기록 내용과 일치하여야 한다.
○ 요양급여비용 명세서에 기재하는 질병분류기호는 의무기록지에 기록되어 있는 자료를 근거로 작성하여야 함
○ 기타진단 중증도 보정을 위하여 질병분류기호를 추가 기재하거나 더 중한 질환으로 기재하지 않도록 함

□ 환자가 병원에 입원하게 된 원인에 대하여 입원기간 중의 검사 또는 수술 등을 통하여 확립된 최종 진단을 주진단으로 기재한다.
○ 주진단 기재원칙 (진단분류구분 ‘1’로 기재)
- 환자가 병원에 입원하게 된 원인에 대하여 입원기간 중의 검사 또는 수술 등을 통하여 확립된 최종 진단을 기재. 단, 진료 개시 후 의료시설을 방문하게 만든 병태와 관련이 없는 새로운 병태가 발견되고, 이로 인한 자원소모가 더 클 때에는 새로운 병태를 주진단으로 기재

(예시) 복통을 주증상으로 내원하여 충수염 또는 난소의 난포 낭이 의심되어 수술을 시행한 경우
<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th>상세불명의 급성 충수염으로 확인되어 충수절제술이 이루어진 경우</th><th>난소의 난포 낭으로 확인되어 낭종절제술이 이루어진 경우</th><th>상세불명의 급성 충수염 및 난소의 난포 낭이 확인되어 각각의 해당 수술이 이루어진 경우</th></tr>
<tr><td rowspan="2">주진단</td><td>명칭</td><td>기타 및 상세불명의 급성 충수염</td><td>난소의 난포 낭</td><td>기타 및 상세불명의 급성 충수염 또는 난소의 난포 낭</td></tr>
<tr><td>분류기호</td><td>K358</td><td>N830</td><td>K358 또는 N830</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>□ 기타진단은 두 번째 자리부터 기재한다.
○ 기타진단 기재원칙 (진단분류구분 '2'로 기재)
- 입원기간 중 발생했거나, 입원 당시부터 주진단과 함께 가지고 있던 병태로서 다음과 같은 측면에서 환자 진료에 영향을 준 주진단 이외의 추가진단을 기타진단으로 기재
· 임상적 평가(Clinical evaluation)
· 치료적 요법(Therapeutic treatment)
· 진단적 처치(Further evaluation by diagnostic studies, procedure, or consultation)
· 재원기간의 연장(Extended length of hospital stay)
· 간호 및 관찰의 증가(Increased nursing care and/or other monitoring)</td></tr>
<tr><td>3) 입원 시 상병유무</td><td>□ 입원 시 상병(PoA, Present on Admission)은 환자가 입원 당시에 가지고 있었던 각종 동반 질환 또는 상태를 말한다. PoA는 주진단, 기타진단 모두 부여한다.

○ 구분코드
<table><tr><th>코드</th><th>설명</th></tr><tr><td>Y</td><td>해당 상병이 입원 당시에 존재함</td></tr><tr><td>N</td><td>해당 상병이 입원 당시에 존재하지 않음</td></tr><tr><td>U</td><td>해당 상병이 입원 당시에 존재하였는지를 결정할 수 있는 기록이 충분하지 못함</td></tr><tr><td>W</td><td>해당 상병이 입원 당시에 존재하였는지를 의료제공자가 임상적으로 결정할 수 없음</td></tr></table>
○ 부여기준
- 고혈압, 당뇨병 천식과 같은 만성질환에 대하여 입원이전에 진단을 받은 상태에 대해서는 'Y'코드를 부여한다.
- 입원 중에 진단을 받았지만, 입원 당시 존재하였다는 것이 명확한 상태에 대해서는 'Y'코드를 부여한다.

(예시1) 극심한 복통으로 내원하여 난관의 염전 진단 하 부속기종양적출술 후 3일째에 발열, 빈맥, 백혈구 증가증, 저혈압 소견을 보여 패혈증이 진단된 경우
<table><tr><th>진단구분</th><th>진단코드</th><th>진단명</th><th>PoA</th></tr><tr><td>주진단</td><td>N835</td><td>난소, 난소경 및 난관의 염전</td><td>Y주1)</td></tr><tr><td>기타진단</td><td>A419</td><td>상세불명의 패혈증</td><td>N주2)</td></tr></table>주1) 난관의 염전은 입원의 사유가 되는 진단, 입원 당시에 있었던 급성병태이므로 Y를 부여함
주2) 패혈증의 경우 수술 이후에 발생한 병태이므로 N을 부여함</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>(예시2) 양측 사타구니탈장으로 수술을 위해 입원한 환자가 입원 시 시행한 혈액검사 상 헤모글로빈 수치가 11.3g/dl 이며(기준치14~17g/dl), 서혜부허니아근본수술 후 헤모글로빈 수치는 8.9g/dl로 떨어져, 수술 후 2일째 경과기록에 상세불명의 빈혈을 기재하여 최종적으로 사타구니탈장, 상세불명의 빈혈이 진단된 경우
<table>
<tr><th>진단구분</th><th>진단코드</th><th>진단명</th><th>PoA</th></tr>
<tr><td>주진단</td><td>K4020</td><td>재발성으로 명시되어 있지 않은,
폐색 또는 괴저가 없는
양쪽 사타구니탈장</td><td>Y</td></tr>
<tr><td>기타진단</td><td>D649</td><td>상세불명의 빈혈</td><td>W주)
(진료의에게
질의후 부여함)</td></tr>
</table>
주) 상세불명의 빈혈의 경우 수술 중 발생한 합병증인지 예견된 결과인지 진료의에 의해 PoA를 결정하게 하거나, 혹은 임상적으로 결정할 수 있는 것인지를 질의하여 최종 PoA를 부여함. 진료의에게 임상적으로 결정 할 수 없다고 확인을 받는다면 PoA를 W로 부여함</td></tr>
<tr><td>4) 요양개시일</td><td>□ 질병군 진료를 위하여 입원(또는 내원)한 날(연월일)을 기재한다.</td></tr>
</table>

다. 명세서 진료내역

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>1) 항, 목</td><td>□ 각 내역별로 항, 목에 기재하여야 한다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>항</th><th>목</th></tr>
<tr><td rowspan="14">별도
산정
항목</td><td>01: 진찰료</td><td>01: 초진 02: 재진 03: 응급 및 회송료 등</td></tr>
<tr><td>02: 입원료</td><td>01: 일반
02: 8세미만의 소아
03: 중환자실 04: 격리병실
10: 기본식대 11: 가산식대 99: 기타입원료</td></tr>
<tr><td>03: 투약료</td><td>01: 내복약 02: 외용약 03: 처방전
99: 기타</td></tr>
<tr><td>04: 주사료</td><td>01: 주사 99: 기타</td></tr>
<tr><td>05: 마취료</td><td>01: 마취</td></tr>
<tr><td>06: 이학요법료</td><td>01: 이학요법료</td></tr>
<tr><td>07: 정신요법료</td><td>01: 정신요법료</td></tr>
<tr><td>08: 처치 및 수술료</td><td>01: 처치 및 수술, (치과)보통 처치외 처치항목
02: (치과)절개 외 수술항목
03: 캐스트 99: 치과기타</td></tr>
<tr><td>09: 검사료</td><td>01: 자체검사 02: 위탁검사</td></tr>
<tr><td>10: 영상진단 및 방사선치료료</td><td>01: 진단 02: 치료</td></tr>
<tr><td>S: 특수장비</td><td>01: CT진단 02: MRI진단 03: PET진단</td></tr>
<tr><td>A: 100분의50 본인부담</td><td>01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위</td></tr>
<tr><td>B: 100분의80 본인부담</td><td>01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위</td></tr>
<tr><td>D: 100분의30 본인부담</td><td>01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위</td></tr>
<tr><td>E: 100분의90 본인부담</td><td>01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위</td></tr>
<tr><td>U: 건강보험 100분의100본인부담</td><td>01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위</td></tr>
<tr><td rowspan="2">보훈</td><td>V: 보훈 등 100분의100본인부담</td><td>01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위</td></tr>
<tr><td>W: 비급여</td><td>01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위</td></tr>
<tr><td>질병군
분류
내역</td><td rowspan="2">L: 질병군분류내역 및
포괄내역</td><td>51: 주사 및 혈액제제 52: 마취 및 호흡치료
53: 수술처치 54: 검사
55: 방사선 56: 부가코드</td></tr>
<tr><td>포괄
내역</td><td>81: 진찰료 82: 입원료
83: 투약료 84: 주사료
85: 마취료 86: 이학요법료
87: 정신요법료 88: 처치 및 수술료
89: 검사료 90: 영상진단 및 방사선치료료
91: 특수장비 92: 100분의100본인부담
93: 비급여 94: 기타</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>2) 단 가</td><td>□ 행위에 대한 비용 산정 시에는 상대가치점수표의 유형별 분류점수에 점수당 단가를 곱하여 10원 미만 4사5입한 금액을 기재하며, 약제, 치료재료, 원료약 등의 경우는 “약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준”에 따른 단가를 원 미만 4사5입하여 기재하되, 단가가 1원 미만인 경우는 1원으로 기재한다.
□ 질병군 분류내역의 부가코드(L항 56목)는 ‘0’을 기재한다.</td></tr>
<tr><td>3) 1회투약량</td><td>□ 1회에 투여한 양(소수점 이하 다섯째 자리에서 4사5입)을 기재한다.(의약품인 경우만 해당)</td></tr>
<tr><td>4) 1일투여량 또는 실시횟수</td><td>□ 1일에 투여한 양(소수점 이하 셋째 자리에서 4사5입) 또는 실시횟수를 기재한다.(의약품의 경우는 1일 투약횟수를 기재)</td></tr>
<tr><td>5) 총투여일수 또는 실시횟수</td><td>□ 총 투여일수 또는 실시한 횟수를 기재한다.
□ 질병군 분류내역(L항 51~55목)은 ‘0’을 기재한다.
□ 질병군 분류내역 부가코드(L항 56목)는 ‘1’을 기재한다.</td></tr>
<tr><td>6) 금 액</td><td>□ 단가, 1회 투약량, 1일 투여량(또는 실시횟수), 총투여일수(또는 실시횟수), 보상률을 곱한 금액을 기재한다.(원 미만 4사5입)</td></tr>
<tr><td>7) 보상률</td><td>□ 1항~10항, S항: 별도산정 항목의 산정비율을 기재한다.
○ 행위, 식대, 약제: ‘1’을 기재한다.
□ A, B, D, E, L, U, V, W항: ‘1’을 기재한다.</td></tr>
<tr><td>8) 변경일</td><td>□ 해당 진료내역의 투여(실시)일자를 기재한다.
○ 동일한 진료내역에 대하여 연속하여 실시(투여)한 경우는 변경일에는 첫 실시일자를 기재하고 총 실시(투여)일수를 합산하여 기재한다.
(예시) 상급종합병원에서 입원환자 안전관리료를 산정한 경우 (2024.1.1.~1.3. 입원일수 3일)
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>줄</th><th>코드 구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th><th>변경일</th></tr>
<tr><td>01</td><td>03</td><td>0001</td><td>1</td><td>AC310</td><td>해당 단가</td><td>1</td><td>3</td><td>단가 × 일투 × 총투</td><td>20240101</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

라. 명세서 특정내역기재란

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>1) 명일련단위 작성 특정내역 항목</td><td>

□ MS011(야간 및 공휴일 수술)

○ 질병군 입원 진료 중 18시 ~ 09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 수술을 한 경우 수술 또는 마취를 시행한 날과 시각을 기재

- 기재형식: ccyymmddhhmm

(예시) 2024년 1월 1일 오후 4시경 복통으로 내원한 환자에게 응급진료가 불가피하여 당일 오후 8시 20분에 충수절제술을 시행한 경우

<table>
<tr><th colspan="4">특정내역기재란</th></tr>
<tr><td>발생단위구분</td><td>줄번호</td><td>특정내역구분</td><td>특정내역</td></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td>MS011</td><td>202401012020</td></tr>
</table>

□ MT036(의료의 질 점검 내용)

○ 상대가치점수표 제2편 별지 서식 ‘의료의 질 향상을 위한 점검표’의 수술일과 점검사항을 작성요령에 따라 순서대로 기재(미시행, 없음 및 이상의 경우 N, 시행, 있음 및 정상의 경우 Y로 표기)

- 기재형식: ccyymmdd/X(1)/9(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(2)/X(1)/X(1)/9(2)/X(1)/X(1)/9(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(20)/X(40)/X(20)/X(40)/X(1)/X(40)

〈4. 안과계 질병군 수술 시 점검사항 세부작성요령〉

<table>
<tr><th>구분</th><th>세부 작성</th></tr>
<tr><td rowspan="2">4.1. 수정체 혼탁의 정도 (수술한 눈만 표시)</td><td>우안, 좌안(양안일 경우 각각 기재)
- 평문(FreeText), 영문(20자), 한글(10자)</td></tr>
<tr><td>없음인 경우 수술 사유 기재
- 평문(FreeText), 영문(40자), 한글(20자)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">4.2. 일상생활수행능력에 대한 영향</td><td>없음인 경우 “N” 기재</td></tr>
<tr><td>있음인 경우 확인 내용 기재
-평문(FreeText), 영문(40자), 한글(20자)</td></tr>
</table>

(예시) 퇴원 시 의료의 질 향상을 위한 점검표 서식을 작성하고 그 내역을 기재

<table>
<tr><th colspan="4">특정내역기재란</th></tr>
<tr><td>발생단위구분</td><td>줄번호</td><td>특정내역구분</td><td>특정내역</td></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td>MT036</td><td>20240101/Y/1/N/N/N/N//N/N//N/Y//N/N/N/N/N/C4P2/////시력저하로자주부딪힘</td></tr>
</table>

</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령

〈참고 예시: 의료의 질 향상을 위한 점검표〉

의료의 질 향상을 위한 점검표

※ 하목 서식 작성요령을 참조하여 작성하시기 바랍니다. (3쪽 중 1쪽)

환자명		입원일	
퇴원일		수술일 (DRG 수술기준)	
주진단		기타진단	1. 2. 3.

1. 수술 전 진료의 점검 사항			추가 코드
1.1. 수술전 검사 시행여부 및 마취종류	[ ] 미시행	[ ] 시행	[ ]① [ ]② [ ]③
① 전신마취			
② 부위마취(척추마취 및 기타 부위마취 포함)			
③ 국소마취			
2. 입원 중 진료의 점검 사항			
2.1. 입원 중에 일어난 사고			
1) 불의의 병원 내 물리적 사고(낙상 등)	[ ] 없음	[ ] 있음	
2) 수혈사고	[ ] 없음	[ ] 있음	
3) 투약사고	[ ] 없음	[ ] 있음	
4) 마취사고	[ ] 없음	[ ] 있음	□□(작성요령 참조)
2.2. 감염증	[ ] 없음	[ ] 있음	
2.3. 수술 합병증 및 부작용	[ ] 없음	[ ] 있음	□□(작성요령 참조)
2.4. 합병증 치료를 위한 수술 및 처치	[ ] 없음	[ ] 있음	
3. 퇴원 전 진료의 점검 사항			
3.1. 퇴원의 유형(정상퇴원 여부)	[ ] 정상	[ ] 이상	[ ]① [ ]② [ ]③ [ ]④
① 의학적 권고에 반하는 퇴원			
② 타 의료기관으로의 응급전원			
③ 타 의료기관으로의 기타전원			
④ 사망			
3.2. 퇴원시 환자 상태의 안정성(퇴원 전 12시간 이내)			
1) 혈압 : SBP(<85mmHg or >180mmHg) DBP(<50mmHg or >110mmHg)	[ ] 없음	[ ] 있음	
2) 맥박: 50회/min 이하(β-blocker 투여시 45회 /min) 또는 120회/min 이상	[ ] 없음	[ ] 있음	
3) 체온: 측정방법 불문하고 38.3℃ 이상	[ ] 없음	[ ] 있음	
4) 수술부위출혈	[ ] 없음	[ ] 있음	
5) 수술부위감염	[ ] 없음	[ ] 있음	

4. 안과계 질병군(비급여렌즈 사용 수정체수술) 수술 전 진료의 점검 사항			
4.1. 수정체 혼탁의 정도(수술한 눈만 기재)	우안		
		없는 경우 사유기재	
	좌안		
		없는 경우 사유기재	
4.2. 주 증상의 일상생활수행능력에 대한 영향	[ ] 없음	있는 경우 기재	

년 월 일

의사(간호사) : (서명 또는 인)

□ MT039(복강경 수술 중 개복하여 수술)

○ 복강경을 이용한 수술 중 부득이한 사유로 중도에 개복술로 전환하여 수술을 종결한 경우 'Y'로 기재

- 기재형식: X(1)

(예시) 복강경을 이용한 충수절제술 중 부득이한 사유로 중도에 개복술로 전환하여 수술을 종결한 경우 복강경을 이용하지 아니한 충수절제술 질병군에 해당하는 소정점수를 적용하고 MT039에 'Y' 기재

특정내역기재란			
발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
1		MT039	Y

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>□ MT041(산부인과 가산점수 산정)
○ 상대가치점수표 제2편제2부제4장 산부인과 적용지침 2.에 따라 산부인과 가산점수를 산정한 경우 ‘Y/최종월경시작일(LMP, Last Menstrual Period)’ 형태로 순서대로 기재
- 기재형식: X(1)/ccyymmdd
(예시) LMP가 2024년 1월 10일인 환자가 2024년 2월 10일 상세불명의 자궁의 평활근종으로 입원하여 자궁근종절제술을 시행한 경우
<table>
<tr><th colspan="4">특정내역기재란</th></tr>
<tr><th>발생단위구분</th><th>줄번호</th><th>특정내역구분</th><th>특정내역</th></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td>MT041</td><td>Y/20240110</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>2) 줄번호단위 작성 특정내역 항목</td><td>□ JT020(시행일자 등)
○ 입원 진료시 초음파검사 시행일자, MRI검사 시행일자, MRI 외부병원 필름 판독일자를 기재
- 기재형식: ccyymmdd

□ JS013(기본·유도초음파 세부내역)
○ 기본(단순, 응급·중환자-단일표적)초음파, 유도초음파를 시행한 경우 세부내역을 기재
해부학적 구분코드/수가코드(5단코드)/구체적 사유
※ 수가코드(5단코드)는 기본·유도초음파를 시행하게 된 관련 행위코드(검사, 처치 및 수술료 등)를 기재
※ 구체적 사유는 관련 행위코드가 불분명한 경우 평문(Free Text)으로 기재(영문200자, 한글100자)
- 기재형식: X(1)/X(5)/X(200)
〈해부학적 구분코드〉
<table>
<tr><th>코드</th><th>부위</th><th>코드</th><th>부위</th></tr>
<tr><td>A</td><td>뇌</td><td>H</td><td>남성생식기(전립선·정낭 등)</td></tr>
<tr><td>B</td><td>안</td><td>I</td><td>여성생식기</td></tr>
<tr><td>C</td><td>비·부비동</td><td>J</td><td>근골격</td></tr>
<tr><td>D</td><td>경부</td><td>K</td><td>연부</td></tr>
<tr><td>E</td><td>흉부·유방</td><td>L</td><td>혈관</td></tr>
<tr><td>F</td><td>복부(간·담낭·췌장·대장 등)</td><td>M</td><td>신경(말초신경 등)</td></tr>
<tr><td>G</td><td>비뇨기계(신장·부신·방광)</td><td>N</td><td>기타</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령

(예시1) 병원에 입원하여 비장 크기 측정만을 위해 초음파를 시행한 경우

항	목	줄	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액	변경일	면허 종류	면허 번호
B	03	0020	1	EB401	12,140	1	1	12,140	20240101	1	12345

특정내역기재란			
발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
2	0020	JT020	20240101
2	0020	JS013	F//비장 크기 확인

(예시2) 병원에 입원하여 자궁근종절제술을 시행하고 출혈이 지속되어 초음파 검사를 시행한 경우

항	목	줄	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액	변경일	면허 종류	면허번호
09	01	0015	1	EB455001	40,470	1	1	40,470	20240102	1	67890

특정내역기재란			
발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
2	0015	JT020	20240102
2	0015	JX999주)	R4125/20240102/수술 후 소량씩 출혈 지속되어 초음파검사 시행 〈이하 생략〉

주) JX999(기타내역): 초음파검사 시행 사유를 포함한 판독결과를 free text로 기재 단, 수술 및 시술 후 경과관찰이 필요하여 시행한 경우 '시행한 수술 및 시술 수가코드/시술 및 수술 시행일자/시행사유를 포함한 판독결과' 기재(초음파검사(정밀)로 청구 시 정밀 해당사유를 상세히 기술)

□ JT026(원격협진)

○ 상대가치점수표 제1편제2부제1장 가8-2 원격협의진찰료를 산정하는 경우 요양기관기호(원격협진을 의뢰한 기관은 자문한 의사·치과의사·한의사가 속한 기관의 요양기관기호, 원격협진 자문한 기관은 원격협진 의뢰한 기관의 요양기관기호)와 의뢰(자문)한 날짜를 '요양기관기호/시행일자' 형태로 순서대로 기재

- 기재형식: 9(8)/ccyymmdd

(예시) A의원에 입원중인 환자를 A의원(요양기관기호 12345678) 의사가 2024년 1월 1일에 B병원(요양기관기호 34567890)의 호흡기내과 의사에게 원격협진을 의뢰하는 경우

항 목	세 부 작 성 요 령

항	목	줄	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액	변경일	면허 종류	면허번호
01	03	0001	1	AH514	12,590	1	1	12,590	20240101	1	12345
특정내역기재란											
발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역					
2		0001		JT026		34567890/20240101					

□ JT029(재원기간)

○ 상대가치점수표 제1편제2부제1장 가-34 입원환자 전담전문의 관리료를 산정하는 경우 입원전담전문의 병동별 재원기간의 날짜(From/To)와 신고한 운영병동 명칭(Unit명)을 순서대로 기재

- 기재형식: ccyymmdd/ccyymmdd/X(100)

(예시) 입원전담전문의 A병동에 3일간 입원(2024.1.25.~2024.1.27.) 후 입원전담전문의 B병동에 2일간(2024.1.28.~2024.1.29.) 입원한 경우

항	목	줄	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액	변경일
02	99	0001	1	AC201	16,780	1	3	50,340	20240125
02	99	0002	1	AC202	24,930	1	2	49,860	20240128
특정내역기재란									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역			
2		0001		JT029		20240125/20240127/A병동			
2		0002		JT029		20240128/20240129/B병동			

마. 요양급여비용 열외군 행위별 진료내역

항 목	세 부 작 성 요 령
1) 요양급여비용 열외군 행위별 진료내역	□ 상대가치점수표 제2편제1부 질병군 급여 일반원칙 제7호에 따른 요양급여비용 열외군 해당 명세서에 한하여 기재한다. □ 질병군 진료 시 소요된 행위, 약제, 치료재료에 대하여 「국민건강보험법」에서 인정한 행위별수가 산정방식에 따라 행위별 수가코드를 이용하여 '진찰료'부터 '비급여'항까지 19개 항에 맞추어 기재한다. 단, 19개 항 중 V항 보훈 100분의 100본인부담은 보훈 국비환자에 한하여 기재한다. (1) 행위별 수가제의 급여와 건강보험 100분의100본인부담 및 비급여 항목을 포함하되, 질병군에서 환자에게 별도 징수가 가능하도록 정한 이송처치료 등 100분의100본인부담, 선별급여와 비급여대상은 제외하고 기재한다. (2) 급여 및 건강보험 100분의100본인부담의 행위는 「행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 기준에 의해 산정하고, 약제 및 치료재료는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」 또는 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표」에서 정한 상한금액 범위 내에서 실구입가로 산정한다. (3) 질병군에서는 급여이나 행위별에서는 비급여 대상에 해당하는 행위는 상대가치점수표 제1편제3부 행위 비급여 목록의 수가코드를 이용하여 해당 요양기관의 수가를 적용하여 기재하고, 치료재료는 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표」의 코드, 약제는 약품코드를 이용하여 실구입가로 기재한다. (4) 위 (1)~(3)에 따라 기재된 진료내역의 합과 행위별 진료비총액은 일치하여야 한다. **(예시)**

항	목	코드 구분	코드	명칭	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
01	03	1	V2200	응급진료전문의진찰료	41,540	1	1	1	41,540
01	03	1	AH500	협의진찰료-상급종합병원	20,540	1	1	1	20,540
01	03	1	AL010	마약류 관리료-입원환자	240	1	1	1	240
01	03	1	AP501	회복관리료-상급종합병원	38,170	1	1	1	38,170
01	03	1	AU201	의료질평가지원금- 의료질 및 환자안전·공공성·의료전달체계분야1-나등급-상급종합병원(입원)	22,570	1	1	6	135,420
01	03	1	AU211	의료질평가지원금- 의료질 및 환자안전·공공성·의료전달체계분야1-나등급-상급종합병원(외래)	6,880	1	1	1	6,880
01	03	1	AU301	의료질평가지원금 교육수련분야 1등급(입원)	2,020	1	1	6	12,120
01	03	1	AU311	의료질평가지원금 교육수련분야 1등급(외래)	670	1	1	1	670
01	03	1	AU401	의료질평가지원금 연구개발분야 1등급(입원)	1,750	1	1	6	10,500

항 목	세 부 작 성 요 령

항	목	코드 구분	코드	명칭	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
01	03	1	AU411	의료질평가지원금 연구개발분야 1등급(외래)	580	1	1	1	580
01	03	1	AH011	감염예방관리료- 상급종합병원, 종합병원 1등급	3,000	1	1	7	21,000
01	03	1	AC310	입원환자 안전관리료-상급종합병원	2,050	1	1	7	14,350
01	03	1	AC460	수술실 환자안전관리료-2등급	28,140	1	1	1	28,140
02	01	1	AB1E2	상급종합병원2등급적용5인실입원료	96,090	1	1	6	576,540
02	10	1	Y2100	일반식(1식당)-상급종합병원	5,340	1	3	5	80,100
02	11	1	Z0010	일반식가산-영양사(1식당)	620	1	3	5	9,300
02	11	1	Z0011	일반식가산-조리사(1식당)	570	1	3	5	8,550
03	01	3	642500390	가스터정	170	1	3	6	3,060
03	01	1	J2000	입원환자 조제·복약지도료(1일당)	1,700	1	1	6	10,200
04	01	1	KK052	정맥내점적주사-100ml~500ml[1병 또는 포장단위당]	3,180	1	1	1	3,180
04	01	1	KK059	정맥내유지침	440	1	1	1	440
04	01	3	678900721	생리식염수주사액	1,227	1	1	1	1,227
05	01	1	L12110E0	기관내삽관에의한폐쇄순환식전신마취관리기본[응급야간]	308,790	1	1	1	308,790
05	01	3	657801801	케토롤락 주사	700	6	1	1	4,200
08	01	8	M2040007	초음파절삭기	182,290	1	1	1	182,290
08	01	1	R44440E4	부속기종양적출술[양측]-양성-개복술_응급 야간 제2의 수술(종병이상)	610,390	1	1	1	610,390
08	01	1	Q28611E0	충수절제술(단순)_외과전문의_응급 야간	892,310	1	1	1	892,310
09	01	1	EB443	복부-복부초음파-충수	87,080	1	1	1	87,080
09	01	1	EB455	복부-여성생식기 초음파-일반	80,940	1	0.5	1	40,470
10	01	1	G2402006	복부2매	7,100	1	1	1	7,100
S	01	1	HA465006	일반전산화단층영상진단-복부[골반포함]	141,680	1	1	1	141,680
A	02	8	L9011232	SKIN TEMPERATURE PROBE	13,340	1	1	1	13,340
B	02	8	B3001005	피부용스태플	11,100	1	1	1	11,100
B	02	8	K4101042	UNI CLOSED SUCTION CATHETER	31,580	1	1	1	31,580
E	02	8	B3120119	STERI STRIP	1,330	1	2	1	2,660
U	01	3	650101063	코리트산	7,875	1	1	1	7,875
W	01	3	644103371	제이페롤주(콜레칼시페롤)	170,000	1	1	2	340,000
W	02	8	BM5106EM	3M TRANSPORE WHITE SURGICAL TAPE	2,120	1	2	1	4,240
W	03	1	AZ001	교육상담료-당뇨병교육	50,000	1	1	1	50,000

2. 진료내역 사항

가. 내역별 기재방법

항 목	세 부 작 성 요 령
1) 질병군 분류내역 및 포괄내역	□ 질병군 분류에 필요한 내역은 'L항 51목~56목'에 기재한다. ○ **주사 및 혈액제제 (L항 51목)** - 상대가치점수표 제1편제5장 주사료, 제16장 전혈 및 혈액성분제제료의 경우 단가가 높은 순으로 5개까지 해당 코드 5자리를 총투 '0'으로 기재한다. ○ **마취 및 호흡치료 (L항 52목)** - 상대가치점수표 제1편제6장제3절 신경차단술료, 제4절 신경파괴술료 및 제7장 제4절 기타 이학요법료의 경우 단가가 높은 순으로 5개까지 해당코드 5자리를 총투 '0'으로 기재한다. ○ **처치 및 수술료 (L항 53목)** - 상대가치점수표 제1편제9장제1절 처치 및 수술료 및 제10장 치과처치·수술료의 경우 단가가 높은 순으로 10개까지 해당코드 5자리를 총투 '0'으로 기재한다. ○ **검사료 (L항 54목)** - 상대가치점수표 제1편제2장제3절 기능검사료, 제4절 내시경, 천자 및 생검료, 제5절 초음파 검사료의 경우 단가가 높은 순으로 5개까지 해당코드 5자리를 총투 '0'으로 기재한다. ○ **영상진단 및 방사선치료료 (L항 55목)** - 상대가치점수표 제1편제3장제2절 방사선특수영상진단료, 제4절 방사선치료료의 경우 단가가 높은 순으로 5개까지 해당코드 5자리를 총투 '0'으로 기재한다. ○ **부가코드 (L항 56목)** - 질병군을 세분화하는 양측 여부와 수술방법 등의 구분을 위해 사용하는 코드로 세부내역은 ADC03(복강경시술), ADC04(양측), ADC05(수정체수술중 소절개)로 해당코드 5자리를 단가 '0', 총투 '1'로 기재한다. □ 포괄수가에 포함된 진찰료, 입원료, 투약료, 마취료 등은 행위별수가 기재방법에 따라 'L항 81~94'목에 기재한다. ○ 질병군 분류내역(L항 51~55목)을 포함하여 기재하고 별도산정 항목은 제외하되, 별도산정 항목 중 차액을 추가로 산정하는 경우는 행위별 산정기준에 따른 전체 수가코드를 기재한다. 단, 보상률 '0.2'에 해당하는 내역은 별도로 기재하지 않는다.

항 목	세 부 작 성 요 령

(예시)

구분	항	목	코드구분	코드	명칭	단가	1회 투약량	일투	총투	보상률	금액	변경일
질병군 분류내역	L	51	1	KK052	정맥내점적주사	3,180	1	1	0	1	0	20240102
	L	51	1	KK054	수액제주입로를 통한주사	1,420	1	1	0	1	0	20240102
	L	52	1	LA205	정맥내 주입(IV-PCA) -시술당일	12,320	1	1	0	1	0	20240102
	L	53	1	Q2861	충수절제술	318,680	1	1	0	1	0	20240102
	L	54	1	EB443	복부초음파-충수	87,080	1	1	0	1	0	20240101
	L	55	1	HA435	일반전산화단층영상진단-복부	89,210	1	1	0	1	0	20240101
	L	56	1	ADC03	복강경시술	0	1	1	1	1	0	20240102
포괄내역	L	81	1	AH500	협의진찰료	20,540	1	1	1	1	20,540	20240102
	L	82	1	AB1E2[주1]	상종2등급 5인실입원료	96,090	1	1	2	1	192,180	20240101
	L	83	3	642500390	가스터정	170	1	3	1	1	510	20240102
	L	83	1	J2000	입원환자 조제·복약지도료	1,700	1	1	3	1	5,100	20240102
	L	84	1	KK052	정맥내점적주사	3,180	1	1	2	1	6,360	20240102
	L	84	1	KK054	수액제주입로를 통한주사	1,420	1	1	1	1	1,420	20240102
	L	84	1	KK059	정맥내유지침	440	1	1	1	1	440	20240102
	L	84	3	678900721	생리식염수주사액	1,227	1	1	1	1	1,227	20240102
	L	85	1	L1211	폐쇄순환식 전신마취 관리	123,510	1	1	1	1	123,510	20240102
	L	88	1	Q2861110[주2]	충수절제술_외과전문의1인	573,630	1	1	1	1	573,630	20240102
	L	88	3	699900020	산소	11	30	1	1	1	330	20240102
	L	89	1	D0002052	혈색소_진단검사질가산6%	1100	1	1	1	1	1,100	20240101
	L	90	1	G2401006	복부1매	5,000	1	1	1	1	5,000	20240101
	L	91	1	HA435006	일반전산화단층영상진단_복부	98,130	1	1	1	1	98,130	20240101

주1) 행위별수가 산정방식에 따라 해당 요양기관 간호인력확보수준에 따른 등급별 입원료 코드를 기재
주2) 행위별수가 산정방식에 따라 모든 가산을 적용한 수술료 수가코드를 기재

항 목	세 부 작 성 요 령
2) 별도산정 내역	□ 상대가치점수표 제2편제1부 질병군 급여 일반원칙에 따라 포괄수가 이외 별도로 산정하는 항목은 각 해당 항목에 맞추어 기재한다.

(예시1) 상급종합병원에서 급성충수염으로 입원하여 충수절제술과 동시에 부속기 종양적출술을 시행한 경우 (기타진단: 난소의 양성 신생물)

항	목	코드 구분	코드	명칭	단가	1회 투약량	일투	총투	보상률	금액	변경일
01	03	1	AU201	의료질평가지원금-환자안전·의료질·공공성·전달체계및지원활동분야1-나등급-상종	22,570	1	1	3	1	67,710	20240101
01	03	1	AU301	의료질평가지원금-교육수련분야 1등급	2,020	1	1	3	1	6,060	20240101
01	03	1	AU401	의료질평가지원금-연구개발분야 1등급	1,750	1	1	3	1	5,250	20240101
01	03	1	AH011	감염예방관리료-상급종합병원, 종합병원 1등급	3,000	1	1	3	1	9,000	20240101
01	03	1	AC310	입원환자 안전관리료	2,050	1	1	3	1	6,150	20240101
01	03	1	AC460	수술실 환자안전관리료	28,140	1	1	1	1	28,140	20240101
02	01	1	AB1E0	상급종합병원5인실기본점수입원료	13,680	1	1	3	1	41,040	20240101
02	10	1	Y2100	일반식(1식당)	5,340	1	2	2	1	21,360	20240102
02	11	1	Z0010	일반식가산-영양사(1식당)	620	1	2	2	1	2,480	20240102
02	11	1	Z0011	일반식가산-조리사(1식당)	570	1	2	2	1	2,280	20240102
05	01	3	640001071	생리식염주사액[주1]	1,304	1	1	1	1	1,304	20240101
05	01	3	657801801	케토롤락 주사[주1]	700	6	1	1	1	4,200	20240101
08	01	8	M2040007	초음파절삭기	182,290	1	1	1	0.8[주2]	145,832	20240101
08	01	1	R4444004	부속기종양적출술[양측](양성)-개복술 제2의수술(종병이상)[주3]	244,160	1	1	1	1	244,160	20240101
08	01	1	Q2861100	충수절제술(단순)-외과 전문의	95,600[주4]	1	1	1	1	95,600	20240101
09	01	1	EB443	복부-복부초음파-충수	87,080	1	1	1	1	87,080	20240101
09	01	1	EB455	복부-여성생식기 초음파-일반	80,940	1	0.5	1	1	40,470	20240101
B	02	8	J4301035	PCA BAG	17,340	1	1	1	1	17,340	20240101
B	02	8	J4302035	PCA TUBING SET	25,930	1	1	1	1	25,930	20240101
B	02	8	M2111209	GUARDIX-SG	205,500	1	1	1	1	205,500	20240101
B	03	1	LA205	정맥내 주입(IV PCA)-시술당일	12,320	1	1	1	1	12,320	20240101
B	03	1	LA206	정맥내 주입(IV PCA)-익일 이후	10,900	1	1	2	1	21,800	20240102
U	01	3	657802283	펜타닐 주사[주1]	9,954	1	1	1	1	9,954	20240101

주1) 질병군 급여 일반원칙 제23호에 따라 통증자가조절법(PCA)에 사용한 약제에 한해 별도 산정
주2) 치료재료의 해당 보상률 기재
주3) 질병군 주된 수술 이외에 실시한 수술의 경우 기준에 따라 소정점수의 70% 산정[5단코드×일투 0.7 또는 산정코드 세 번째 자리에 4로 기재(종병이상)] 또는 50% 산정[5단코드×일투 0.5 또는 산정코드 세 번째 자리에 1로 기재]
주4) 외과 전문의 가산 항목의 단가는 종별가산율이 적용되지 않은 금액으로 산정

항 목	세 부 작 성 요 령

(예시2) 산부인과 전문병원에 상세불명의 태아골반불균형으로 인한 난산으로 입원하여 제왕절개만출술과 동시에 자궁근종절제술을 시행한 경우 (기타진단: 상세불명의 자궁의 평활근종)

항	목	코드 구분	코드	명칭	단가	1회 투약량	일투	총투	보상률	금액	변경일
01	03	1	AU802	전문병원 관리료-입원관리료(2분야)	2,220	1	1	5	1	11,100	20240101
01	03	1	AU902	전문병원 의료질평가지원금-병원(안과·이비인후과 분야 제외)-나등급-입원	8,060	1	1	5	1	40,300	20240101
02	01	1	AB350	병원2인실기본점수입원료	43,450	1	1	3	1	130,350	20240103
02	10	1	Y6300	기본식사-산모식(1식당)-병원	6,170	1	4	4	1	98,720	20240102
02	11	1	Z0030	입원환자 식대-직영가산	220	1	4	4	1	3,520	20240102
02	99	1	AI030	야간간호료-병원	4,330	1	1	5	1	21,650	20240101
02	99	1	AB912[주1]	「1인실 기본입원료 지원 대상 등의 요건에 관한 고시」에 따른 병원(아동·분만병원) - 병원	0	1	1	2	1	0	20240101
05	01	1	LA202[주2]	경막외 주입(Epidural PCA)-시술당일-확보된 주입로에 infuser만 연결하는 경우	23,220	1	1	1	1	23,220	20240101
05	01	1	LA203[주2]	경막외 주입(Epidural PCA)-익일 이후	21,810	1	1	1	1	21,810	20240102
05	01	3	657802283	펜타닐 주사[주3]	9,954	1	1	1	1	9,954	20240101
05	01	3	640006031	생리식염수 주사액[주3]	1,304	1	1	1	1	1,304	20240101
05	01	8	J4306235[주2]	AUTOMED 3200	60,350	1	1	1	1	60,350	20240101
08	01	1	R4124[주4]	자궁근종절제술-복부접근(개복술)-단순[장막하근종]	391,470	1	0.7	1	1	274,029	20240101
B	02	8	M2111108	GUARDIX-SOL	41,100	1	1	1	1	41,100	20240101

주1) 「1인실 기본입원료 지원 대상 등의 요건에 관한 고시」에 따른 병원(아동·분만병원)의 1인실에 입원한 경우 비급여 코드를 기재함

주2) 통증자가조절법(Patient Controlled Analgesia)의 급여기준에 따라 수기료 및 치료재료 비용은 급여 또는 본인부담률 80%를 적용함

주3) 질병군 급여 일반원칙 제23호에 따라 통증자가조절법(PCA)에 사용한 약제에 한해 별도 산정

주4) 질병군 주된 수술 이외에 실시한 수술의 경우 기준에 따라 소정점수의 70% 산정[5단코드×일투 0.7] 또는 50% 산정[5단코드×일투 0.5 또는 산정코드 세 번째 자리에 1로 기재]

나. 비용 산정 및 기재 방법

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>1) 차액단가 산정

가) 2인실 내지 5인실 입원료</td><td>□ 상대가치점수표 제2편제1부 질병군 급여 일반원칙 제8호에 따라 2인실 내지 5인실을 이용한 경우에는 (별표 2의3)의 추가비용 계산식에 따른 금액을 추가 산정한다.

○ 2인실~5인실 입원료는 가산 또는 감산을 적용하지 않은 수가코드를 ‘02항 01목’으로 기재한다.

(예시1) 상급종합병원에 건강보험(공상 등 구분: 0) 환자가 기타 자궁수술 질병군으로 입원하여 2인실 2일, 4인실 3일 이용한 경우(N04700, 입원일수: 5일)

▶ 1월 1일~1월 5일 입원
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>줄</th><th>코드 구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th><th>변경일</th></tr>
<tr><td>02</td><td>01</td><td>0001</td><td>1</td><td>AB1S0</td><td>71,120주1)</td><td>1</td><td>2</td><td>142,240</td><td>20240101</td></tr>
<tr><td>02</td><td>01</td><td>0002</td><td>1</td><td>AB1J0</td><td>27,350주2)</td><td>1</td><td>3</td><td>82,050</td><td>20240103</td></tr>
<tr><td colspan="10">일반내역</td></tr>
<tr><td colspan="4">요양급여비용총액 1주3)</td><td colspan="3">본인일부부담금주4)</td><td colspan="3">청구액주5)</td></tr>
<tr><td colspan="4">2,586,100원</td><td colspan="3">694,730원</td><td colspan="3">1,891,370원</td></tr>
</table>
주1) 단가: 116,710원(상급종합병원 2인실 기본점수입원료)-45,590원(상급종합병원 6인실 이상 기본점수입원료)
주2) 단가: 72,940원(상급종합병원 4인실 기본점수입원료)-45,590원(상급종합병원 6인실 이상 기본점수입원료)
주3) 요양급여비용총액 1: 2,361,810원(포괄수가)+{142,240(상급종합병원 2인실 추가비용) +82,050원(상급종합병원 4인실 추가비용)}
주4) 본인일부부담금: 557,970원(포괄수가 본인부담금)+[{116,710원(상급종합병원 2인실 기본점수입원료)×2 (2인실 이용일수)×50%-{45,590원(상급종합병원 6인실 이상 기본점수입원료)×2 (2인실 이용일수)×20%}]+[{72,940원(상급종합병원 4인실 기본점수입원료)×3(4인실 이용일수)×30%-{45,590원(상급종합병원 6인실 이상 기본점수입원료)×3(4인실 이용일수)×20%}]=694,736원(10원 미만 절사)
주5) 청구액: 요양급여비용총액 1-본인일부부담금

(예시2) 상급종합병원에 차상위 희귀질환 또는 중증질환 본인부담경감대상자(공상 등 구분: C)가 기타 자궁수술 질병군으로 입원하여 2인실 2일, 4인실 3일 이용한 경우(N04700, 입원일수: 5일)</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령

▶ 1월 1일~1월 5일 입원

항	목	줄	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액	변경일
02	01	0001	1	AB1S0	71,120[주1)]	1	2	142,240	20240101
02	01	0002	1	AB1J0	27,350[주2)]	1	3	82,050	20240103
일반내역									
요양급여비용총액 1[주3)]				본인일부부담금[주4)]			청구액[주5)]		
2,586,100원				116,710원			2,245,100원		

주1) 단가: 116,710원(상급종합병원 2인실 기본점수입원료)-45,590원(상급종합병원 6인실 이상 기본점수입원료)
주2) 단가: 72,940원(상급종합병원 4인실 기본점수입원료)-45,590원(상급종합병원 6인실 이상 기본점수입원료)
주3) 요양급여비용총액 1: 2,361,810원(포괄수가)+{142,240(상급종합병원 2인실 추가비용)+82,050원(상급종합병원 4인실 추가비용)}
주4) 본인일부부담금: [{116,710원(상급종합병원 2인실 기본점수입원료)×2(2인실 이용일수)×50%}-{45,590원(상급종합병원 6인실 이상 기본점수입원료)×2(2인실 이용일수)×0%}]+[{72,940원(상급종합병원 4인실 기본점수입원료)×3(4인실 이용일수)×0%}-{45,590원(상급종합병원 6인실 이상 기본점수입원료)×3(4인실 이용일수)×0%}]=116,710원(10원 미만 절사)
주5) 청구액: 요양급여비용총액 1-본인일부부담금

(예시3) 종합병원에 차상위 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자(공상 등 구분: E)가 기타 자궁수술 질병군으로 입원하여 2인실 2일, 4인실 3일 이용한 경우(N04700, 입원일수: 5일)

▶ 1월 1일~1월 5일 입원

항	목	줄	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액	변경일
02	01	0001	1	AB2S0	56,330[주1)]	1	2	112,660	20240101
02	01	0002	1	AB2J0	24,140[주2)]	1	3	72,420	20240103
일반내역									
요양급여비용총액 1[주3)]				본인일부부담금[주4)]			청구액[주5)]		
2,120,620원				399,960원			1,720,660원		

주1) 단가: 96,570원(종합병원 2인실 기본점수입원료)-40,240원(종합병원 6인실 이상 기본점수입원료)
주2) 단가: 64,380원(종합병원 4인실 기본점수입원료)-40,240원(종합병원 6인실 이상 기본점수입원료)
주3) 요양급여비용총액 1: 1,935,540원(포괄수가)+{112,660원(종합병원 2인실 추가비용)+ 72,420원(종합병원 4인실 추가비용)}
주4) 본인일부부담금: 323,840원(포괄수가 본인부담금)+[{96,570원(종합병원 2인실 기본점수입원료)×2(2인실 이용일수)×40%}-{40,240원(종합병원 6인실 이상 기본점수입원료)×2 (2인실 이용일수)×14%}]+ [{64,380원(종합병원 4인실 기본점수입원료)×3(4인실 이용일수)}-{40,240원(종합병원 6인실 이상 기본점수입원료)×3 (4인실 이용일수)}] ×14%=399,967.6원(10원 미만 절사)
주5) 청구액: 요양급여비용총액 1-본인일부부담금

항 목	세 부 작 성 요 령

(예시4) 종합병원에 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자(공상 등 구분: F)가 자궁수술 질병군으로 입원하여 2인실 2일, 4인실 3일 이용한 경우(N04700, 입원일수: 5일)

▶ 1월 1일~1월 5일 입원

항	목	줄	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액	변경일
02	01	0001	1	AB2S0	56,330주1)	1	2	112,660	2024101
02	01	0002	1	AB2J0	24,140주2)	1	3	72,420	2024103

일반내역			
요양급여비용총액 1주3)	본인일부부담금주4)	장애인의료비주5)	청구액주6)
2,120,620원	77,250원	322,710원	1,720,660원

주1) 단가: 96,570원(종합병원 2인실 기본점수입원료)-40,240원(종합병원 6인실 이상 기본점수입원료)
주2) 단가: 64,380원(종합병원 4인실 기본점수입원료)-40,240원(종합병원 6인실 이상 기본점수입원료)
주3) 요양급여비용총액 1: 1,935,540원(포괄수가)+{112,660원(종합병원 2인실 추가비용)+ 72,420원(종합병원 4인실 추가비용)}
주4) 본인일부부담금: {96,570원(종합병원 2인실 기본점수입원료)×2(2인실 이용일수) ×40%} =77,256원(10원 미만 절사)
주5) 장애인의료비: 323,840원(포괄수가 본인부담금)+[{64,380원(종합병원 4인실 기본점수입원료)×3(4인실 이용일수)}-{40,240원(종합병원 6인실 이상 기본점수입원료)×3(4인실 이용일수)}]×14%-{40,240원(종합병원 6인실 이상 기본점수입원료)×2(2인실 이용일수)×14%}=322,711.6원(10원 미만 절사)
주6) 청구액: 요양급여비용총액 1-본인일부부담금-장애인의료비
※ 2·3인실 입원료는 장애인의료비지원 제외 대상임

(예시5) 병원에 긴급복지 의료지원대상자(공상 등 구분: G)가 기타 자궁수술 질병군으로 입원하여 2인실 2일, 4인실 3일 이용한 경우(N04700, 입원일수: 5일)

▶ 1월 1일~1월 5일 입원

항	목	줄	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액	변경일
02	01	0001	1	AB3S0	43,450주1)	1	2	86,900	2024101
02	01	0002	1	AB3J0	21,020주2)	1	3	63,060	2024103

일반내역			
요양급여비용총액 1주3)	본인일부부담금주4)	지원금주5)	청구액주6)
1,886,860원	467,180원	467,180원	1,419,680원

주1) 단가: 78,500원(병원 2인실 기본점수입원료)-35,050원(병원 6인실 이상 기본점수입원료)
주2) 단가: 56,070원(병원 4인실 기본점수입원료)-35,050원(병원 6인실 이상 기본점수입원료)
주3) 요양급여비용총액 1: 1,736,900원(포괄수가)+{86,900원(병원 2인실 추가비용)+63,060원(병원 4인실 추가비용)}

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>
주4) 본인일부부담금: 405,790원(포괄수가 본인부담금)+[{78,500원(병원 2인실 기본점수입원료)×2(2인실 이용일수)×40%}-{35,050원(병원 6인실 이상 기본점수입원료)×2(2인실 이용일수)×20%}]+[{56,070원(병원 4인실 기본점수입원료)×3(4인실 이용일수)}-{35,050원(병원 6인실 이상 기본점수입원료)×3(4인실 이용일수)}]×20%=467,182원(10원 미만 절사)
주5) 지원금: 본인일부부담금
주6) 청구액: 요양급여비용총액 1-본인일부부담금

(예시6) 병원에 희귀난치성질환 지원대상자(공상 등 구분: H, 특정기호: V130)가 기타 자궁수술 질병군으로 입원하여 2인실 2일, 4인실 3일 이용한 경우 (N04700, 입원일수: 5일)
▶ 1월 1일~1월 5일 입원
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>줄</th><th>코드 구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th><th>변경일</th></tr>
<tr><td>02</td><td>01</td><td>0001</td><td>1</td><td>AB3S0</td><td>43,450주1)</td><td>1</td><td>2</td><td>86,900</td><td>2024101</td></tr>
<tr><td>02</td><td>01</td><td>0002</td><td>1</td><td>AB3J0</td><td>21,020주2)</td><td>1</td><td>3</td><td>63,060</td><td>2024103</td></tr>
<tr><td colspan="10">일반내역</td></tr>
<tr><td colspan="3">요양급여비용총액 1주3)</td><td colspan="3">본인일부부담금주4)</td><td colspan="2">지원금주5)</td><td colspan="2">청구액주6)</td></tr>
<tr><td colspan="3">1,886,860원</td><td colspan="3">264,980원</td><td colspan="2">202,180원</td><td colspan="2">1,621,880원</td></tr>
</table>
주1) 단가: 78,500원(병원 2인실 기본점수입원료)-35,050원(병원 6인실 이상 기본점수입원료)
주2) 단가: 56,070원(병원 4인실 기본점수입원료)-35,050원(병원 6인실 이상 기본점수입원료)
주3) 요양급여비용총액 1: 1,736,900원(포괄수가)+{86,900원(병원 2인실 추가비용)+63,060원(병원 4인실 추가비용)}
주4) 본인일부부담금: 202,890원(포괄수가 본인부담금)+[{78,500원(병원 2인실 기본점수입원료)×2 (2인실 이용일수)×40%}-{35,050원(병원 6인실 이상 기본점수입원료))×2(2인실 이용일수)×10%}] +[{56,070원(병원 4인실 기본점수입원료)×3(4인실 이용일수)}-{35,050원(병원 6인실 이상 기본점수입원료)×3(4인실 이용일수)}]×10%=264,986원(10원 미만 절사)
주5) 지원금: 264,986원(본인일부부담금)-{78,500원(병원 2인실 기본점수입원료)×2(2인실 이용일수)×40%}=202,186원(10원 미만 절사)
주6) 청구액: 요양급여비용총액 1-본인일부부담금
※ 2·3인실 입원료는 희귀질환 의료비지원 제외 대상임
</td></tr>
<tr><td>나) 고위험 임산부 집중치료실 입원료</td><td>
□ 상대가치점수표 제2편제1부 질병군 급여 일반원칙 제26호에 따라 고위험 임산부 집중치료실 입원료(가 - 3 - 1 - 나)는 이용일수에 따라 추가 산정하되 집중치료실 입원료 이용일수에 해당하는 6인실 이상 기본점수입원료(제1편 제2부제1장 가-2-가-(1), 가-2-나-(1), 가-2-다-(1), 가-2-라-(1))를 제외하고 산정한다.

○ 고위험임산부 집중치료실 입원료 수가코드와 차액단가를 '02항 03목'으로 기재한다.
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>
(예시) 2024년 1월 5일 중증 전자간증으로 상급종합병원 고위험임산부 집중치료실에 입원하여 집중치료를 받은 후 제왕절개분만을 시행하고 1월 12일 퇴원한 경우(O01600, 입원일수 8일)

▶ 1월 5일~1월 8일 고위험임산부 집중치료실 입원(간호사비율 1.04 미만)
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>줄</th><th>코드
구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th><th>변경일</th></tr>
<tr><td>02</td><td>03</td><td>0001</td><td>1</td><td>AC651</td><td>239,340주1)</td><td>1</td><td>4</td><td>957,360</td><td>20240105</td></tr>
<tr><td colspan="10">일반내역</td></tr>
<tr><td colspan="3">요양급여비용총액 1주2)</td><td colspan="3">본인일부부담금주3)</td><td colspan="4">청구액주4)</td></tr>
<tr><td colspan="3">4,051,110원</td><td colspan="3">220,890원</td><td colspan="4">3,830,220원</td></tr>
</table>
주1) 단가: 284,930원(고위험임산부 집중치료실 입원료-상급종합병원-간호사비율 1.04미만)-45,590원(상급종합병원 6인실 이상 기본점수입원료)
주2) 요양급여비용총액 1: 3,093,750원(포괄수가)+957,360원(상급종합병원 고위험임산부 집중치료실 입원료 추가비용)
주3) 본인일부부담금: 173,030원(포괄수가 본인부담금)+957,360원(상급종합병원 고위험임산부 집중치료실 입원료 추가비용)×5%=220,898원(10원 미만 절사)
주4) 청구액: 요양급여비용총액 1-본인일부부담금
</td></tr>
<tr><td>다) 외과전문의 가산</td><td>
□ 상대가치점수표 제2편제1부 질병군 급여 일반원칙 제10호에 따라 (별표 2의2)에 열거한 항목을 외과 전문의가 시행한 경우에는 해당 소정점수의 30%를 추가 산정한다.

(예시) 종합병원에서 외과전문의가 서혜부허니아근본수술(기타의것, 고위결찰만 하는 경우)을 동일 절개 하 양측으로 실시한 경우(G09700, 입원일수 3일)
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>줄</th><th>코드
구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th><th>변경일</th></tr>
<tr><td>08</td><td>01</td><td>0001</td><td>1</td><td>Q2755100주1)</td><td>96,950주2)</td><td>1.5</td><td>1</td><td>145,425</td><td>20240101</td></tr>
</table>
주1) 외과전문의 가산에 해당하는 수가코드를 기재
주2) 단가: 해당항목 소정점수×30%×점수당 단가
</td></tr>
<tr><td>라) 응급의료행위 가산 수가</td><td>
□ 상대가치점수표 제2편제1부 질병군 급여 일반원칙 제20호에 따라 제1편(행위별 수가)제2부제19장제2절·제3절에 따른 (별표 2) 및 (별표 3)의 응급의료행위를 실시하는 경우에는 제1편(행위별 수가)에서 정하고 있는 해당 소정점수의 가산율을 추가 산정한다.
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>

(예시) 2024년 6월 6일 19시 상급종합병원 권역응급의료센터에 내원하여 경피적 혈액산소포화도 측정 및 제왕절개만출술(1태아임신의 경우)-초회(초산)을 시행한 경우

<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>줄</th><th>코드 구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th><th>변경일</th></tr>
<tr><td>08</td><td>01</td><td>0022</td><td>1</td><td>R45170D0주1)</td><td>475,750주2)</td><td>1</td><td>1</td><td>475,750</td><td>20240606</td></tr>
<tr><td>09</td><td>01</td><td>0023</td><td>1</td><td>E7230700주1)</td><td>4,340주3)</td><td>1</td><td>2</td><td>4,340</td><td>20240606</td></tr>
<tr><td colspan="10">특정내역기재란</td></tr>
<tr><td colspan="10">
<table>
<tr><th>발생단위구분</th><th>줄번호</th><th>특정내역구분</th><th>특정내역</th></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td>MS005주4)</td><td>202406061900/202406062300</td></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td>MS011주5)</td><td>202406062340</td></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td>MT046주6)</td><td>3</td></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td>MT048주7)</td><td>2</td></tr>
<tr><td>2</td><td>0022</td><td>JS010주8)</td><td>202406062340</td></tr>
<tr><td>2</td><td>0023</td><td>JS010주8)</td><td>202406061930</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

주1) 응급의료행위 가산에 해당하는 수가코드를 기재
- R45170D0 제왕절개만출술(1태아임신의 경우)-초회(초산) (별표3)
- E7230700 경피적 혈액산소포화도 측정[1일당] (별표2)

주2) 해당항목 소정점수 × 100% × 점수당단가

주3) 해당항목 소정점수 × 50% × 점수당단가

주4) MS005: 낮병동, 응급실 재원시 해당 날짜와 재원시간의 From/To를 기재

주5) MS011: 질병군 입원 진료 중 18시~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 수술을 한 경우 수술 또는 마취를 시행한 날과 시작한 시각을 기재

주6) MT046: 한국 응급환자 중증도 분류기준(KTAS)에 해당되는 중증도 등급 기재

주7) MT048: 동일 의료기관이 두 개 이상의 응급의료센터를 지정 받은 경우 주된 진료를 받은 응급의료센터를 기재

주8) JS010: 수술·처치·마취료 등 응급의료행위 가산 관련 실시시각 기재

</td></tr>
<tr><td>2) 제외금액 적용</td><td></td></tr>
<tr><td>가) 1인실 이용 제외금액</td><td>□ 상대가치점수표 제2편제1부 질병군 급여 일반원칙 제8호에 따라 상급종합병원·종합병원·병원의 일반입원실 및 정신과폐쇄병실의 1인실(보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 1인실 입원의 경우 제외)을 이용한 경우에는 제5호 본문에 따른 금액에서 1인실 이용일수에 해당하는 6인실 이상 기본점수입원료(제1편 제2부제1장 가-2-가-(1), 가-2-나-(1), 가-2-다-(1), 가-2-라-(1))를 제외하고 산정한다.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>

(예시) 건강보험(공상등 구분: 0) 환자가 기타 자궁수술 질병군으로 병원에 입원하여 1인실 2일 이용한 경우(N04700, 입원일수: 5일)

<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>줄</th><th>코드 구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th><th>변경일</th></tr>
<tr><td>02</td><td>99</td><td>0001</td><td>1</td><td>AB902주1)</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>20240101</td></tr>
<tr><td colspan="10">특정내역기재란</td></tr>
<tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td colspan="2">줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="4">특정내역</td></tr>
<tr><td colspan="2">2</td><td colspan="2">0001</td><td colspan="2">JX999</td><td colspan="4">20240101/20240102주2)</td></tr>
<tr><td colspan="10">일반내역</td></tr>
<tr><td colspan="3">요양급여비용총액 1주3)</td><td colspan="3">본인일부부담금주4)</td><td colspan="2">청구액</td><td>포괄수가주5)</td></tr>
<tr><td colspan="3">1,666,800원</td><td colspan="3">391,770원</td><td colspan="2">1,275,030원</td><td>1,736,900원</td></tr>
</table>

주1) 1인실 입원료 수가코드를 '02항 99목'으로 기재하며 단가는 '0'으로 총투는 1인실 이용일수를 기재
주2) JX999: 1인실(특실 포함)에 입원한 경우 입원기간 From/To를 기재
주3) 요양급여비용총액 1: 1인실 이용일수에 해당하는 6인실 이상 기본점수입원료(가산 또는 감산 미적용)를 제외하고 산정
1,736,900원(포괄수가)-{35,050원(병원 6인실 이상 기본점수입원료 ×2(1인실 이용일수)}
주4) 본인일부부담금: 405,790원(포괄수가 본인부담금)-[{35,050원(병원 6인실 이상 기본점수입원료)×2(1인실 이용일수)}×20%(「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호 각목에서 정한 본인부담률 적용)]
= 391,770원(10원 미만 절사)
주5) 포괄수가: 해당 질병군의 포괄수가(제외금액 적용하지 않음)

</td></tr>
<tr><td>나) 인공수정체 제외금액</td><td>

□ 상대가치점수표 제2편제2부제1장 안과 적용지침 2.에 따라 인공수정체를 사용하지 않거나, 제2편제4부 [비급여목록] 2. 치료재료 (1) 조절성 인공수정체를 사용하는 경우에는 (별표 2의6) 질병군별 인공수정체 제외금액표의 해당 금액을 제외하고 산정한다.

(예시) 의원에서 수정체 소절개수술, 단안 질병군으로 비급여 조절성 수정체(BI0204TE)를 사용하고 인공수정체 제외금액 적용을 할 경우 (C05100, 입원일수: 1일)

<table>
<tr><td colspan="5">특정내역기재란</td></tr>
<tr><td>발생단위구분</td><td>줄번호</td><td>특정내역구분</td><td colspan="2">특정내역</td></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td>MT031주1)</td><td colspan="2">20240101/8/BI0204TE/0002300000/00001.00/001/0002300000</td></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td>MT060주2)</td><td colspan="2">1</td></tr>
<tr><td colspan="5">일반내역</td></tr>
<tr><td>요양급여비용총액 1주3)</td><td colspan="2">본인일부부담금주4)</td><td>청구액</td><td>포괄수가주5)</td></tr>
<tr><td>991,680원</td><td colspan="2">197,590원</td><td>794,090원</td><td>1,120,980원</td></tr>
</table>

주1) MT031: 질병군 진료로 인공수정체수술을 실시하는 경우 치료재료의 사용내역을 기재

</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령
	주2) MT060: 인공수정체 제외금액 유형을 기재 주3) 요양급여비용총액 1: 1,120,980원(포괄수가)-129,300원(연성 인공수정체, 단안제외 금액) 주4) 본인일부부담금: 223,450원(포괄수가 본인부담금)-129,300원(연성 인공수정체, 단안제외 금액)×20%(「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호 각목에서 정한 본인부담률 적용) =194,810원(10원 미만 절사) 주5) 포괄수가: 해당 질병군의 포괄수가(제외금액 적용하지 않음)

3. 보완청구

가. 청구대상

- 요양기관에서 질병군 요양급여비용을 청구하였으나 심사평가원에서 심사불능 처리되어 해당 사유를 보완하여 명세서를 재작성하여 다시 청구하여야 하는 건

나. 심사청구서 및 명세서 작성

1) 보완청구는 반드시 원청구분과 구분·작성하여 청구하되, 심사청구서 및 명세서의 청구구분코드는 “1”(보완청구)를 기재하고, 명세서 청구구분 항목에 원청구와 관련하여 이미 통보된 요양급여비용 심사결과통보서의 접수번호, 명세서일련번호, 심사불능 항목 사유코드를 기재한다.
2) 심사불능(반송)코드 및 사유는 아래를 참조한다.

4. 요양급여비용 반송 및 불능 내역

가. 반송

코드	세부코드	내 역
01		**심사청구서 서식버전, 서식번호, 보험자종별, 진료구분, 진료형태 기재누락 또는 기재착오**
	01	명세서 작성시 개정전 서식 사용
	02	심사청구서 서식번호 기재착오
	03	보험자종별 기재누락 또는 기재착오
07		**심사청구서 진료년월, 청구일자 기재누락 또는 기재착오**
	01	심사청구서 진료년월 기재누락
09		**심사청구서 건수(금액)와 명세서 건수(금액)의 합 불일치, 심사청구서의 청구건수 ‘0’인 경우 등**
	04	심사청구서와 명세서의 건수 및 금액의 합 불일치
	06	심사청구서의 건수와 마지막 명세서일련번호 불일치
21		**심사청구서의 청구구분, 진료분야 기재누락 또는 기재착오 등**
	01	심사청구서 청구구분 기재누락
	02	심사청구서 청구구분 외의 코드 기재

코드	세부 코드	내 역
27		**전산청구(포털, EDI 및 전산매체) 신청기관의 청구 소프트웨어 인증 등**
	01	전산청구(포털, EDI 및 전산매체) 신청기관에서 인정월 전 또는 전·후 진료분 미분리 청구 또는 한방(의치과) 병원에서 의치과(한의과) 진료분야 인정월 전 진료분 청구
	02	청구 소프트웨어 검사승인번호 기재누락
	03	청구 소프트웨어 검사승인번호 기재착오
	04	청구 소프트웨어 검사 미승인 기간의 요양급여비용 청구
57		**심사청구서 대행청구단체기호, 대행청구단체의 작성자 생년월일 기재누락 또는 기재착오**
	01	심사청구서의 대행청구단체기호와 신고현황의 대행청구단체기호 불일치
	02	대행청구시 심사청구서에 대행청구단체기호 기재누락
	03	대행청구기관이 아니면서 심사청구서에 대행청구단체기호 기재
	04	대행청구시 심사청구서에 대행청구단체의 작성자 생년월일 기재누락
59		**질병군(DRG) 관련 착오청구**
	01	질병군(DRG) 중복청구(이전 접수분과 동일한 진료분 청구)
	02	질병군(DRG) 전산매체 착오청구
81		**명세서 건수의 30% 이상 심사불능**
	01	명세서 건수의 30% 이상 심사불능

나. 심사불능

코드	세부 코드	내 역
04		**상병분류기호, 약국 직접조제 증상분류기호 기재누락 또는 기재착오, 가정간호 요양급여비용 등 착오청구**
	04	명세서 상병분류기호 기재누락 또는 기재착오
	11	명세서 상병분류구분 기재누락 또는 기재착오
	12	명세서 상병분류구분 주상병 구분코드 미존재 또는 2개 이상 존재
08		**요양개시일 기재착오, 명세서 접수일 이후의 진료분 청구, 약국 처방조제 명세서 처방전 교부번호 미기재 등**
	01	명세서 요양개시일 유형(CCYYMMDD) 기재착오
	03	명세서 접수일 이후의 진료분 청구

코드	세부 코드	내 역
10		**명세서 수진자 주민등록번호, 수진자 성명, 가입자(세대주) 성명 기재누락 또는 기재착오, 산정특례 대상자 등 등록정보 기재누락 또는 기재착오, 출생일 이전 진료분 청구 등**
	02	명세서 수진자 주민등록번호 기재누락 또는 기재착오(건강보험)
	06	명세서 수진자 성명 기재누락(건강보험)
	09	중증질환 및 희귀질환·중증난치질환 산정특례대상자의 등록번호 기재누락 또는 국민건강보험공단의 산정특례대상자 등록정보와 상이(건강보험)
11		**보훈병원, 보훈위탁진료 또는 국가무료진료 지정 이외 요양기관에서 청구 등**
	05	보훈위탁진료 미지정 요양기관에서 보훈국비환자 진료분 청구
	06	보훈위탁진료 요양기관 보훈국비환자(상이처, 무자격자)의 심사청구서 보험자종별과 명세서 '공상 등 구분' 불일치
	11	보훈병원 이외의 요양기관에서 보훈국비환자 진료분(공상 등 구분: B, D) 청구
	13	보훈병원 보훈국비환자 '공상 등 구분' 기재착오 또는 기재누락
12		**요양기관 개설일 전, 폐업일 이후 또는 전후 진료분 미분리 청구, 휴업기간 중 진료분 청구, 행정처분기간 중 청구, 근무 의(약)사 없는 기간 중 진료(조제)분 청구, 소멸시효기간 만료일 전후 진료분 등**
	00	소멸시효기간 만료일 전·후 진료분
	01	요양기관의 휴업기간 중 진료분 청구
	03	요양기관 개설일 전, 폐업일 이후 또는 전·후 진료분 미분리 청구(건강보험)
	05	요양급여비용 심사청구서·명세서의 '청구처' 착오 청구
	06	요양기관의 행정처분기간 중 진료분 청구(건강보험)
	07	요양기관의 근무 의(약)사 없는 기간 중 진료(조제)분 청구
	08	요양기관의 의료인력 출국으로 근무 의(약)사 없는 기간 중 진료(조제)분 청구
15		**차상위 본인부담경감대상자 진료분의 미분리 작성, '공상 등 구분, 진찰횟수' 기재착오 등**
	07	차상위 본인부담경감대상자 정신질환 이외의 상병으로 입원진료 시 특정기호 'F007' 기재착오
16		**내원(입원)일수가 요양급여일수보다 큰 경우, 해당 명세서의 최초 내원일자와 요양개시일자 상이, 초·재진 가산횟수 기재누락 또는 기재착오, 내원일수·요양급여일수 기재누락 또는 기재착오 등**
	01	내원(입원)일수 기재누락

코드	세부 코드	내 역
	02	요양급여일수 기재누락
	03	내원(입원)일수가 요양급여일수보다 큰 경우
24		**성별과 다른 진료 등**
	01	성별과 다른 진료(남자에게만 발생하는 상병을 여자에게 기재)
	02	성별과 다른 진료(여자에게만 발생하는 상병을 남자에게 기재)
26		**본인부담금 상이건의 청구내역 미분리 작성, 본인부담 감면 명세서 착오청구 등**
	49	자립준비청년 의료비지원 진료 명세서(F028) 착오청구
28		**입원명세서 분리청구분 최초입원개시일 기재누락 또는 착오기재, 추가청구, 보완청구, 분리청구분의 당초 명세서 접수번호 또는 명세서 일련번호 기재누락**
	01	추가청구, 보완청구, 분리청구분의 당초 청구한 명세서 접수번호 또는 명세서 일련번호 기재누락
	03	보완청구건의 심사불능 사유코드 기재누락 또는 기재착오
30		**심사청구서와 명세서의 청구구분(보완청구, 추가청구 등) 불일치**
	02	심사청구서와 명세서의 청구구분(보완청구, 추가청구 등) 불일치
35		**심사결과 통보 후 국민건강보험공단의 지급불능 건**
	38	남여 성별 진료내역이 상병명과 불일치
	45	지정일 외 진료분 청구
	51	산정특례 적용기간 오류
	64	국가유공자(유가족) 건강보험 무자격기간 진료비
	83	건강보험 무자격기간 진료비
	84	차상위 자격 불일치
	86	외국인등 보험료 체납
	87	보험료 체납 후 급여제한자 진료비 청구
38		**연령비교 납득 곤란한 상병, 본인부담감면 특정기호 착오기재**
	01	연령비교 납득 곤란한 상병
	03	15세 이하 아동입원 특정기호 착오기재
42		**요양급여내역 기재누락 또는 의료인 면허정보와 인력신고 현황 불일치 등**
	05	주상병에 의료인 면허정보 기재누락 또는 단순 기재착오 (명세서 서식과 면허종류가 맞지 않는 경우, 면허번호 자릿수 착오)

코드	세부코드	내 역
	07	주상병에 기재된 의료인 면허정보와 인력신고현황 불일치 (미신고, 청구일자 이후에 신고, 외래 명세서 요양개시일이 입사일자 이전이거나 최종근무일자 이후인 경우)
	09	주상병에 기재된 의료인 면허정보와 출입국 내역 비교 해당 의료인이 없는 기간 중 진료분 청구
	11	주상병에 기재된 의료인 면허정보와 휴가신고현황 비교 해당 의료인이 없는 기간 중 진료분 청구
	13	질병군 초음파 수가에 의료인 면허정보 기재누락 또는 단순 기재착오
	14	질병군 초음파 수가에 기재된 의료인 면허정보와 인력신고현황 불일치
	15	주상병에 기재된 의료인 면허정보 확인 결과 행정처분기간 중 진료분 청구
	17	질병군 마취통증의학과 전문의 초빙료에 기재된 의료인 면허정보와 인력현황 불일치
	18	질병군 마취통증의학과 전문의 면허정보 기재누락 또는 단순 기재착오
60		**계산착오, 청구 요양급여비용총액이 청구 본인일부부담금 또는 청구액보다 적은 경우, 청구액 및 본인일부부담금이 '0'인 경우(보훈 국비환자 진료분 제외), 질병군 식대 기재착오 등**
	03	요양급여비용총액 1이 본인일부부담금 또는 청구액보다 적은 경우
	22	질병군 식대 기재착오
	26	질병군 100분의100 기재착오
	27	질병군 보훈국비환자 100분의100 기재착오
	28	질병군 보훈국비환자 비급여 기재착오
	29	질병군 외과전문의 가산 기재착오
	33	질병군 별도산정(비포괄) 항목 산정착오 또는 기재착오
	34	질병군 초음파검사 수가 기재누락 또는 기재착오
	36	질병군 입원료 산정과 요양기관 현황신고내역 불일치
	37	질병군 입원료 산정착오 또는 기재착오
	38	질병군 선별급여 항목의 산정착오 또는 기재착오
	39	질병군 급여 항목 산정착오 또는 기재착오
	40	잠복결핵감염 검진비 지원관련 지원금 등 기재누락 및 산정착오
	41	질병군 마취통증의학과 전문의 초빙료 산정착오 또는 기재착오
	42	질병군 주된 수술외에 실시한 수술의 수기료 산정착오 또는 기재착오

코드	세부 코드	내 역
	43	수정체수술 질병군과 동시에 실시한 유리체흡인술 등 수기료 산정착오
	44	편도 및 아데노이드절제술 질병군과 동시에 실시한 아데노이드절제술 산정착오
	45	복수 항문 수술 질병군과 동시에 실시한 기타 항문 수술 또는 주요 항문 수술 산정착오
	46	질병군 주된 수술을 추가 실시한 수술로 착오산정
	47	질병군 의료질평가지원금 수가 산정착오 또는 기재착오
	49	질병군 전문병원 관리료 등 수가 산정착오 또는 기재착오
	50	질병군 응급의료수가 산정착오 또는 기재착오
	51	통증자가조절법(PCA) 산정착오 또는 기재착오
	52	제왕절개분만 진료의 특정기호 기재착오 및 기재누락
	53	질병군 입원환자 전담전문의 관리료 산정착오 또는 기재착오
	54	질병군 감염예방·관리료 산정착오 또는 기재착오
	55	질병군 야간전담간호사 관리료 산정착오 또는 기재착오
	56	질병군 환자 안전관리료 산정착오 또는 기재착오
	57	질병군 고위험임산부 집중치료실 입원료 등 산정착오 또는 기재착오
	58	질병군 수술 전후 교육상담료 및 심층진찰료 산정착오 또는 기재착오
	59	질병군 신속대응시스템 운영료 산정착오 또는 기재착오
	60	질병군 명세서 인공수정체 제외금액 유형 기재누락 또는 기재착오
	61	질병군 명세서 야간간호료 산정착오 또는 기재착오
	62	질병군 원격협의진찰료 산정착오 또는 기재착오
	63	질병군 명세서 회송료 산정착오 또는 기재착오
	64	질병군 요양급여비용 열외군 행위별 진료내역 기재누락 및 기재착오
	65	질병군 필수의료정책 소아수가 산정착오 또는 기재착오
	66	질병군 공공정책수가 급여 항목 산정착오 또는 기재착오
	67	질병군 비상진료 정책지원금 산정착오 또는 기재착오
	68	질병군 응급의료 관련 한시적 수가 산정착오 또는 기재착오
63		**질병군 분류번호 누락 또는 청구 질병군 분류번호와 심사결정 질병군 분류번호가 상이, 요양병원 장기환자입원 명세서의 정액수가코드 누락 또는 상이 등**
	01	질병군 분류번호 누락 또는 청구 질병군 분류번호와 심사결정 질병군 분류번호가 상이

코드	세부코드	내 역
64		**기타 사유('심사내역통보문' 참조) 등**
	00	기타 사유('심사내역통보문' 참조)
65		**질병군 청구대상이 아닌 진료분 청구 또는 요양병원 서식 착오청구 등**
	01	질병군 청구대상이 아닌 진료분 청구
	07	질병군 명세서의 입원일수 30일 초과 청구
	09	질병군 명세서의 질병군 부가코드 기재누락 또는 기재착오
	10	질병군 명세서의 행위별 진료내역 기재누락
	11	질병군 명세서의 야간 및 공휴가산의 수술일과 수술시각 기재누락 또는 기재착오
	12	질병군 명세서의 입원 시 상병 유무 기재누락 또는 기재착오
	13	질병군 명세서의 분리청구건의 최초입원개시일 기재누락 또는 기재착오 (입원일부터 질병군 수술일까지 7일 미만)
	14	질병군 명세서의 의료의 질 점검 기재여부 및 기재착오
67		**질병군별 포괄수가 대상 진료분의 요양급여비용총액 1, 본인일부부담금, 보험자부담금, 본인부담상한액초과금, 요양급여비용총액 2(진료비총액), 보훈청구액, 100분의100총액, 비급여총액 기재누락 또는 기재착오**
	01	질병군 명세서의 요양급여비용총액 1 기재누락 또는 기재착오
	02	질병군 명세서의 본인일부부담금, 장애인의료비 및 지원금 기재누락 또는 기재착오
	03	질병군 명세서의 청구액 기재누락 또는 기재착오
	04	질병군 명세서의 본인부담상한액초과금 기재누락 또는 기재착오
	05	질병군 명세서의 요양급여비용총액 2(진료비총액), 보훈청구액, 100분의100총액, 비급여총액 기재누락 또는 기재착오
	06	질병군 보훈환자 상이등급 7급 일반질환의 (보훈)본인일부부담금 등 기재누락 또는 기재착오
	08	질병군 건강보험 급여제한자의 청구액, 본인일부부담금, 장애인의료비 및 지원금 기재누락 또는 기재착오
	10	질병군 명세서의 100분의100미만총액, 본인일부부담금, 청구액, 보훈청구액 기재누락 또는 기재착오
	11	보훈병원 감면대상자의 본인일부부담금, 보훈청구액 기재누락 또는 기재착오
	12	질병군 명세서의 포괄수가 기재누락 또는 기재착오
	13	질병군 요양급여비용 열외군 산정착오

코드	세부 코드	내 역
69		**2건 이상 발생될 수 없는 질병군별 요양급여비용 청구 등**
	01	2건 이상 발생될 수 없는 질병군별 요양급여비용 청구
	04	신생아(생후 28일까지 또는 1세 미만이면서 입원시 체중이 2,500g 미만인 소아)의 질병군 청구
	05	제왕절개분만 후 자궁동맥색전술 또는 자궁내풍선확장술 질병군 청구
	06	질병군 명세서의 복강경 관련 수가 산정착오 또는 기재착오
	07	질병군 명세서 산부인과 가산점수 산정 착오
	08	질병군 명세서 원형자동문합기 치료재료 신고 누락
	09	질병군 명세서 신의료기술 등 비급여(로봇 보조 수술)의 기재착오
	10	질병군 명세서 인공수정체 재료대 기재누락 또는 기재착오
	11	질병군 명세서 연령비교 진단분류기호 부여착오
	12	질병군 명세서 복수 항문 수술 산정착오
73		**사망자 진료 후 청구, 의료급여 수급권자 진료분을 건강보험으로 청구**
	01	의료급여 수급권자 진료분을 건강보험으로 청구
	02	사망자 진료 후 청구
89		**질병군(DRG) 요양급여비용 추가청구로 심사중인 명세서 (요양급여비용 정산심사내역서 참조)**
91		**건강보험, 의료급여, 보훈 국비환자 미자격자 진료분 청구, 수진자 주민등록번호 상이 등**
	00	수진자 주민등록번호 상이
	01	건강보험 미자격자 진료분 청구
	03	보훈 국비환자 미자격자 진료분 청구
	06	일부본인부담대상 전상군경 등(상이 7급 일반질환) 대상 이외 진료분 청구
	09	보훈 감면대상자 미자격자 진료분 청구(보훈병원)
97		**질병군 간호간병료 관련**
	01	질병군 간호간병료 산정과 요양기관 현황신고내역 불일치
	02	질병군 간호간병료 산정착오 또는 기재착오

5. 추가청구

가. 청구대상

- 요양기관이 요양급여비용을 지급받은 명세서 중 요양급여비용이 적은 질병군으로 청구되었거나 입원일수 착오 청구 및 식대 또는 외과전문의가산 등 별도산정 가능 내역이 누락 또는 착오 청구되어 요양급여비용의 추가 청구가 가능한 건

나. 심사청구서 및 명세서 작성(예시참조)

1) 추가청구는 반드시 원청구분과 동일한 매체로 하여 구분 작성하여 청구하되, 질병군 분류에 필요한 내역인 'L항 51목~56목' 공통사항을 기재하여야 하며, 심사청구서 및 명세서의 청구구분코드는 "2"(추가청구)를 기재하고, 명세서 청구구분 항목에는 원청구의 접수번호, 명세서일련번호를 기재한다.

2) 각 항목기입은 당초 청구내역과 관계없이 최종적으로 확인된 내역을 기재한다.

◦**(예시1)** 실제 입원일수는 4일이나 3일로 청구하여 질병군 요양급여 비용을 지급받은 경우

→ 추가청구분 명세서에 4일로 기재하고 4일의 급여비용과 3일의 급여비용의 차액을 기재하여 청구

◦**(예시2)** 실제 질병군 분류번호는 G08100이나 G08200으로 청구하여 질병군 요양급여 비용을 지급받은 경우

→ 추가청구분 명세서에 질병군 분류번호 G08100으로 기재하여 청구하고 원청구 급여비용과 최종 질병군 급여비용의 차액을 기재하여 청구

□ 별첨 참고자료 목록

별 첨	목 록
별첨 1	확인코드 및 혈명코드(정보통신망 및 전산매체 청구)
별첨 2	보건기관 수가 및 본인부담액표(외래)
별첨 3	요양급여비용 심사(조정)내역 사유별 코드
별첨 4	심사조정 상세사유 코드
별첨 5	본인부담률변경 사유 코드
별첨 6	요양급여비용 심사보류, 불능 및 반송 사유별 코드
별첨 7	수탁기관 통보 확인결과 통보서 처리 사유별 코드
별첨 8	수술일자 기재 수술
별첨 9	양측으로 구분되는 수술

(별첨 1)

확인코드 및 혈명코드(정보통신망 및 전산매체 청구)

가. 확인코드

코 드	내 역	코 드	내 역
001	중환자실 UNIT 신생아, 소아(통합1)	110	중환자실 UNIT 류마티스내과
002	중환자실 UNIT 신생아, 소아(통합2)	111	중환자실 UNIT 외과1
003	중환자실 UNIT 신생아, 소아(통합3)	112	중환자실 UNIT 정형외과
004	중환자실 UNIT 신생아, 소아(내과계)	113	중환자실 UNIT 신경외과
005	중환자실 UNIT 신생아, 소아(외과계)	114	중환자실 UNIT 심장혈관흉부외과
006	중환자실 UNIT 신생아, 소아(심장)	115	중환자실 UNIT 산부인과
007	중환자실 UNIT 신생아, 소아(신경계)	116	중환자실 UNIT 화상외과
100	중환자실 UNIT 통합1	117	중환자실 UNIT 응급의학과
101	중환자실 UNIT 내과1	118	중환자실 UNIT 신경과
102	중환자실 UNIT 소화기내과	119	중환자실 UNIT 이식
103	중환자실 UNIT 순환기내과	120	중환자실 UNIT 통합2
104	중환자실 UNIT 호흡기내과	121	중환자실 UNIT 통합3
105	중환자실 UNIT 내분비,대사내과	122	중환자실 UNIT 내과2
106	중환자실 UNIT 신장내과	123	중환자실 UNIT 내과3
107	중환자실 UNIT 혈액종양내과	124	중환자실 UNIT 외과2
108	중환자실 UNIT 감염내과	125	중환자실 UNIT 외과3
109	중환자실 UNIT 알레르기내과		
A01	체표면적1%	A51	체표면적51%
A02	체표면적2%	A52	체표면적52%
A03	체표면적3%	A53	체표면적53%
A04	체표면적4%	A54	체표면적54%
A05	체표면적5%	A55	체표면적55%
A06	체표면적6%	A56	체표면적56%
A07	체표면적7%	A57	체표면적57%
A08	체표면적8%	A58	체표면적58%
A09	체표면적9%	A59	체표면적59%
A10	체표면적10%	A60	체표면적60%
A11	체표면적11%	A61	체표면적61%
A12	체표면적12%	A62	체표면적62%
A13	체표면적13%	A63	체표면적63%
A14	체표면적14%	A64	체표면적64%
A15	체표면적15%	A65	체표면적65%
A16	체표면적16%	A66	체표면적66%

코 드	내 역	코 드	내 역
A17	체표면적17%	A67	체표면적67%
A18	체표면적18%	A68	체표면적68%
A19	체표면적19%	A69	체표면적69%
A20	체표면적20%	A70	체표면적70%
A21	체표면적21%	A71	체표면적71%
A22	체표면적22%	A72	체표면적72%
A23	체표면적23%	A73	체표면적73%
A24	체표면적24%	A74	체표면적74%
A25	체표면적25%	A75	체표면적75%
A26	체표면적26%	A76	체표면적76%
A27	체표면적27%	A77	체표면적77%
A28	체표면적28%	A78	체표면적78%
A29	체표면적29%	A79	체표면적79%
A30	체표면적30%	A80	체표면적80%
A31	체표면적31%	A81	체표면적81%
A32	체표면적32%	A82	체표면적82%
A33	체표면적33%	A83	체표면적83%
A34	체표면적34%	A84	체표면적84%
A35	체표면적35%	A85	체표면적85%
A36	체표면적36%	A86	체표면적86%
A37	체표면적37%	A87	체표면적87%
A38	체표면적38%	A88	체표면적88%
A39	체표면적39%	A89	체표면적89%
A40	체표면적40%	A90	체표면적90%
A41	체표면적41%	A91	체표면적91%
A42	체표면적42%	A92	체표면적92%
A43	체표면적43%	A93	체표면적93%
A44	체표면적44%	A94	체표면적94%
A45	체표면적45%	A95	체표면적95%
A46	체표면적46%	A96	체표면적96%
A47	체표면적47%	A97	체표면적97%
A48	체표면적48%	A98	체표면적98%
A49	체표면적49%	A99	체표면적99%
A50	체표면적50%		

코 드	내 역	영 문
ANES	마취통증의학과	Department of Anesthesiology & Pain Medicine
APATH	병리과	Department of Pathology
APERI	치주과	Department of Periodontics
B	양측	Both
B01	혈액	Blood (Whole Blood)
B02	제대혈	Blood Cord
C01	경추1번	Cervical Vertebrae 1st
C02	경추2번	Cervical Vertebrae 2nd
C03	경추3번	Cervical Vertebrae 3rd
C04	경추4번	Cervical Vertebrae 4th
C05	경추5번	Cervical Vertebrae 5th
C06	경추6번	Cervical Vertebrae 6th
C07	경추7번	Cervical Vertebrae 7th
CCMED	중환자의학	Critical Care Medicine
CPATH	진단검사의학과	Department of Laboratory Medicine
CS	심장혈관흉부외과	Department of Thoracic and Cardiovascular surgery
D01	눈의분비물	Eye discharge
D02	귀의분비물	Ear discharge
D03	비인두분비물	Nasopharynx Discharge, Throat Swab
D04	구강분비물	Oral Swab
D05	욕창부위	Bed Sore
D06	질분비물	Vaginal Discharge
D07	창상	Wound (Surgical/Traumatic)
D08	요도분비물	Urethral Discharge
D09	결막 분비물	Conjunctival Swab
D10	자궁경부 분비물	Cervical Swab
D11	항문 Swab	Rectal Swab
DCONS	치과보존과	Department of conservative dentistry
DENT	치과	Dentistry
DERM	피부과	Department of Dermatology
DOAGD	통합치의학과	Department of conservative dentistry
DOMED	구강내과	Department of Oral Medicine
DOMFR	영상치의학과	Department of Oral and Maxillofacial Radiology

코 드	내 역	영 문
DOMFS	구강악안면외과	Department of oral and maxillofacial surgery
DORTH	치과교정과	Department of orthodontics
DPATH	구강병리과	Department of Oral Pathology
DPEDI	소아치과	Department of pediatric dentistry
DPREV	예방치과	Preventive Dentistry
DPROS	치과보철과	Division of Prosthodontics
DR	영상의학과	Department of Radiology
E01	골수	Bone Marrow
E02	카테타팁	Catheter tip (Vascular, Central Line)
E03	수포,낭포	Vesicle/Bullae
E04	손톱	Finger Nail
E05	발톱	Toe Nail
E06	뼈	Bone
E07	치아	Tooth
EM	응급의학과	Department of Emergency Medicine
ENT	이비인후과	Department of Otolaryngology
F01	뇌척수액	CSF
F02	E-TUBE흡입액	Endotracheal Tube Aspirate
F03	기관흡입액	Transtracheal Aspirate
F04	기관지흡입액	Bronchial Aspirate
F05	폐흡입액	Lung Aspirate
F06	심낭액	Pericardial Fluid
F07	늑막액	Pleural Fluid
F08	담즙	Bile
F09	위액	Gastric Juice
F10	복수액	Ascitic Fluid
F11	복막투석액	Dialysis Fluid
F12	양수	Amniotic Fluid
F13	정액	Semen
F14	전립선흡입액	Prostatic Aspiration
F15	관절액	Joint Fluid (Synovial Fluid)
F16	체액(기타)	Fluid
FM	가정의학과	Department of Family Medicine

코 드	내 역	영 문
GS	외과	General Surgery
GSBRE	외과 유방질환 분과	
GSCOL	외과 대장항문 분과	Division of Colorectal Surgery
GSHBP	외과 간담췌 분과	Division of Hepato-Biliary & Pancreas Surgery
GSPED	외과 소아 분과	Child Surgery
GSSTO	외과 위장관 분과	Division of Stomach Surgery
IM	내과	Internal Medicine
IMALL	내과 알레르기 분과	Department of Allergy
IMCAR	내과 순환기 분과	Department of Cardiology
IMEND	내과 내분비-대사 분과	Department of Endocrinology/Metabolism
IMGAS	내과 소화기 분과	Department of Gastroenterology
IMHEM	내과 혈액종양 분과	Department of Hematology Oncology
IMINF	내과 감염 분과	Department of Infectious Diseases
IMNEP	내과 신장 분과	Department of Nephrology
IMPUL	내과 호흡기 분과	Department of Pulmonary
IMRHE	내과 류마티스 분과	Department of Rheumatory
KM	한방	Korean Medicine
KMACM	침구과	Acupuncture and Moxibustion Medicine
KMGYN	한방부인과	Gynecology of Korean Medicine
KMMED	한방내과	Internal Medicine of Korean Medicine
KMOED	한방안·이비인후·피부과	Ophthalmology,Otorhinolaryngology & Dermatology of Korean Medicine
KMPED	한방소아과	Pediatrics of Korean Medicine
KMPSY	한방신경정신과	Neuropsychiatry of Korean Medicine
KMRHM	한방재활의학과	Rehabilitation Medicine of Korean Medicine
KMSAC	사상체질과	Sasang Constitutional Medicine
L	위탁검사	Laboratory Test
L01	요추1번	Lumbar Vertebrae 1st
L02	요추2번	Lumbar Vertebrae 2nd
L03	요추3번	Lumbar Vertebrae 3rd
L04	요추4번	Lumbar Vertebrae 4th
L05	요추5번	Lumbar Vertebrae 5th
LF1	왼쪽 첫째 손가락	Left Finger 1st

코 드	내 역	영 문
LF2	왼쪽 둘째 손가락	Left Finger 2nd
LF3	왼쪽 셋째 손가락	Left Finger 3rd
LF4	왼쪽 넷째 손가락	Left Finger 4th
LF5	왼쪽 다섯째 손가락	Left Finger 5th
LT	좌측	Left
LT1	왼쪽 첫째 발가락	Left Toe 1st
LT2	왼쪽 둘째 발가락	Left Toe 2nd
LT3	왼쪽 셋째 발가락	Left Toe 3rd
LT4	왼쪽 넷째 발가락	Left Toe 4th
LT5	왼쪽 다섯째 발가락	Left Toe 5th
M	다발생부위	Multiple
NEONA	소아청소년과 신생아 분과	Neonatology
NEURO	신경과	Department of Neurology
NM	핵의학과	Department of Nuclear Medicine
NS	신경외과	Department of Neurological Surgery
OBGY	산부인과	Department of Obstetrics/Gynecology
OM	직업환경의학과	Occupational & Environmental medicine
OPH	안과	Department of Ophthalmology
OS	정형외과	Department of Orthopedic Surgery
P01	농양(개방성)	Pus (open)
P02	농양(폐쇄성)	Pus (closed)
P03	항문농양	Anal Pus
P04	간농양	Liver Abscess
P05	뇌농양	Brain Abscess
PDARD	소아청소년과알레르기 및 호흡기 분과	Pediatric Allergy and Respiratory Disease
PDCAR	소아청소년심장학	Pediatric Cardiology
PDEND	소아청소년과 내분비 분과	Pediatric Endocrinology
PDGHN	소아청소년과 소화기영양 분과	Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition
PDHEM	소아청소년과 혈액종양 분과	Pediatric Hematology Oncology
PDINF	소아청소년과 감염 분과	Pediatric Infectious Diseases
PDNEP	소아청소년과 신장 분과	Pediatric Nephrology
PDNEU	소아청소년과 신경 분과	Child Neurology

코 드	내 역	영 문
PED	소아청소년과	Pediatrics
PEM	소아응급의학	Pediatric Emergency Medicine
PM	예방의학과	Preventive Medicine
PS	성형외과	Department of Plastic Surgery
PSYC	정신건강의학과	Department of Psychiatry
RF1	오른쪽 첫째 손가락	Right Finger 1st
RF2	오른쪽 둘째 손가락	Right Finger 2nd
RF3	오른쪽 셋째 손가락	Right Finger 3rd
RF4	오른쪽 넷째 손가락	Right Finger 4th
RF5	오른쪽 다섯째 손가락	Right Finger 5th
RM	재활의학과	Department of Rehabilitation Medicine
RT	우측	Right
RT1	오른쪽 첫째 발가락	Right Toe 1st
RT2	오른쪽 둘째 발가락	Right Toe 2nd
RT3	오른쪽 셋째 발가락	Right Toe 3rd
RT4	오른쪽 넷째 발가락	Right Toe 4th
RT5	오른쪽 다섯째 발가락	Right Toe 5th
S01	선골1번	Sacrum 1st
S02	선골2번	Sacrum 2nd
S03	선골3번	Sacrum 3rd
S04	선골4번	Sacrum 4th
S05	선골5번	Sacrum 5th
S21	대변	Stool
S22	객담	Sputum
SHAND	수부외과	Surgery of the Hand
STRAU	외상학	Traumatology
T01	흉추1번	Thoracic Vertebrae 1st
T02	흉추2번	Thoracic Vertebrae 2nd
T03	흉추3번	Thoracic Vertebrae 3rd
T04	흉추4번	Thoracic Vertebrae 4th
T05	흉추5번	Thoracic Vertebrae 5th
T06	흉추6번	Thoracic Vertebrae 6th
T07	흉추7번	Thoracic Vertebrae 7th

코 드	내 역	영 문
T08	흉추8번	Thoracic Vertebrae 8th
T09	흉추9번	Thoracic Vertebrae 9th
T10	흉추10번	Thoracic Vertebrae 10th
T11	흉추11번	Thoracic Vertebrae 11st
T12	흉추12번	Thoracic Vertebrae 12nd
T21	생검(조직,피부)	Biopsy (Skin, Tissue)
T22	유방결절	Breast Mass
T23	간조직	Liver
T24	비장조직	Spleen
T25	신장조직	Kidney
T26	심낭조직	Pericardium
T27	췌장	Pancreas
T28	폐	Lung
T29	난소	Ovary
TB	결핵과	Tuberculosis
TR	방사선종양학과	Department of Radiation Oncology
U	편측	Unilateral
U01	소변	Urine (voided, random)
U02	소변-치골상부	Urine (suprapubic)
U03	소변(도뇨)	Urine (catheterization)
U04	소변-24시간	Urine (24 hours)
URO	비뇨의학과	Department of Urology

나. 혈명코드

코 드	내 역	코 드	혈 명
BA001	척삼	BA038	신사화
BA002	견중유	BA039	안안3
BA003	결핵혈	BA040	양추
BA004	하백로	BA041	양반
BA005	백종풍	BA042	열부
BA006	정천(1)	BA043	오장수
BA007	치천	BA044	궤양혈
BA008	외정천	BA045	육화
BA009	평천	BA046	팔화
BA010	팔요혈	BA047	위병육지구
BA011	거궐수	BA048	위관하수삼혈
BA012	건명	BA049	위해
BA013	결핵	BA050	장수
BA014	계단지구	BA051	전간
BA015	견상	BA052	전시로
BA016	경문사화혈	BA053	안골
BA017	경혈	BA054	정근
BA018	구로(신주혈상방)	BA055	중초유
BA019	구로(3흉추양측)	BA056	중천(1)
BA020	구연환	BA057	중풍불어
BA021	구효	BA058	주측
BA022	기죽마	BA059	지양육지구
BA023	기천	BA060	지명오
BA024	나력	BA061	척봉
BA025	대변난	BA062	추변
BA026	대추사화	BA063	췌수
BA027	독수	BA064	치근(1)
BA028	독척	BA065	팔추하
BA029	양안	BA066	폐열혈
BA030	맥립종	BA067	위열혈
BA031	무명혈(1)	BA068	간열혈
BA032	배감(1)	BA069	비열혈
BA033	배부지오주	BA070	진열혈
BA034	비횡	BA071	타척
BA035	사차	BA072	탁곡
BA036	사화	BA073	해수
BA037	사화환문	BA074	환문

코 드	내 역	코 드	혈 명
BA075	척추혈	BA114	정요
BA076	오령혈	BA115	정궁
BA077	상봉혈	BA116	주추
BA078	구후혈	BA117	죽장
BA079	삼금혈	BA118	중공
BA080	후심혈	BA119	지실
BA081	감모삼혈	BA120	척배오혈
BA082	감조창	BA121	치창
BA083	관원수	BA122	하극수
BA084	계상	BA123	혈수
BA085	기해수	BA124	협척
BA086	경문	BA125	수중혈
BA087	구종풍제치	BA126	수부혈
BA088	굴진1	BA127	삼강혈
BA089	굴진2	BA128	쌍하혈
BA090	굴진3	BA129	가후상자
BA091	둔압	BA130	구기
BA092	명문(1)	BA131	구혈병
BA093	비근	BA132	권중
BA094	상자구	BA133	맥근
BA095	하자구	BA134	미골방
BA096	상선	BA135	미궁골
BA097	소아구벽	BA136	빈혈령
BA098	소력	BA137	소아감리
BA099	신신	BA138	상후장골자
BA100	신척	BA139	심요유
BA101	십칠추하	BA140	옥전
BA102	오처	BA141	요근
BA103	요목	BA142	요기
BA104	요부팔혈	BA143	요중
BA105	요료	BA144	여상
BA106	요안	BA145	영위사혈
BA107	요관	BA146	음반
BA108	위서	BA147	임천
BA109	자궁출혈	BA148	제22추양방
BA110	장풍	BA149	도약
BA111	적취비괴	BA150	칠보반
BA112	혈부	BA151	하요
BA113	전탄	BA152	하추

코 드	내 역	코 드	혈 명
BA153	하초수	BL013	폐수
BA154	환강	BL014	궐음수
BA155	환도(1)	BL015	심수
BA156	회기	BL016	독수
BA157	항문사혈	BL017	격수
BA158	충소혈	BL018	간수
BA159	갑봉	BL019	담수
BA160	거각	BL020	비수
BA161	거골하	BL021	위수
BA162	견두	BL022	삼초수
BA163	견통점	BL023	신수
BA164	견주골	BL024	기해수
BA165	배갑중간	BL025	대장수
BA166	배봉	BL026	관원수
BA167	은구	BL027	소장수
BA168	해마	BL028	방광수
BA169	분지상	BL029	중려수
BA170	분지하	BL030	백환수
BA171	정지	BL031	상료
BA172	금림	BL032	차료
BA173	정주	BL033	중료
BA174	제고	BL034	하료
BA175	고위수	BL035	회양
BA176	저위	BL036	승부
BA177	저위수	BL037	은문
BA178	절상	BL038	부극
BA179	절하	BL039	위양
BL001	정명	BL040	위중
BL002	찬죽	BL041	부분
BL003	미충	BL042	백호
BL004	곡차	BL043	고황
BL005	오처	BL044	신당
BL006	승광	BL045	의희
BL007	통천	BL046	격관
BL008	낙각	BL047	혼문
BL009	옥침	BL048	양강
BL010	천주	BL049	의사
BL011	대저	BL050	위창
BL012	풍문	BL051	황문

코 드	내 역	코 드	혈 명
BL052	지실	CA024	석관
BL053	포황	CA025	좌수
BL054	질변	CA026	우수
BL055	합양	CA027	늑두
BL056	승근	CA028	담천
BL057	승산	CA029	음극
BL058	비양	CA030	응돌
BL059	부양	CA031	명관
BL060	곤륜	CA032	견내우
BL061	복삼	CA033	천령
BL062	신맥	CA034	전시
BL063	금문	CA035	늑하
BL064	경골	CA036	전곡
BL065	속골	CA037	시소
BL066	족통곡	CA038	액문
BL067	지음	CA039	액하
CA001	용함	CA040	협당
CA002	적혈	CA041	방정
CA003	신늑두	CA042	주시
CA004	흉당	CA043	구곡중부
CA005	폐모	CA044	액기
CA006	덕흥	CA045	폐문
CA007	소아구흉	CA046	가거
CA008	이기문	CA047	간방
CA009	유상	CA048	간실
CA010	유방	CA049	제위
CA011	귀문	CA050	유해
CA012	직골	CA051	비총
CA013	유하	CA052	흉대기
CA014	마기반	CA053	창신문
CA015	설식	CA054	미주
CA016	통곡	CA055	아성혈사
CA017	절학	CA056	복늑두
CA018	맹모	CA057	견수
CA019	액역	CA058	견내수
CA020	좌의	CA059	기문(3늑간)
CA021	우의	CA060	구번위
CA022	기문(6-7늑간)	CA061	액령
CA023	기문(7-8늑간)	CA062	홍점혈

코 드	내 역	코 드	혈 명
CA063	심하이촌이분	CA102	장곡
CA064	원수	CA103	장유
CA065	유두	CA104	수도
CA066	양유상제3늑간	CA105	자궁(제하6촌)
CA067	양유하1지	CA106	식창
CA068	양유하흑백육제	CA107	식관(제상4촌)
CA069	양유문	CA108	맹장
CA070	양유두	CA109	경중(1)
CA071	소아식간	CA110	기문(제하3촌)
CA072	신부	CA111	자궁(제하4촌)
CA073	구미골	CA112	천음
CA074	연초점	CA113	횡문(1)
CA075	매화	CA114	자장
CA076	풍비	CA115	유도
CA077	난문(1)	CA116	육문
CA078	제중사변	CA117	복사
CA079	제상하오분	CA118	지사
CA080	신교	CA119	중극하
CA081	제상하	CA120	금하
CA082	단전	CA121	퇴회
CA083	절잉	CA122	폐신
CA084	관촌	CA123	위상(1)
CA085	중갑	CA124	야뇨(1)
CA086	통관	CA125	절구
CA087	졸복통	CA126	상위
CA088	정두	CA127	담강
CA089	흥륭	CA128	신수(1)
CA090	혼사	CA129	호관
CA091	삼각구	CA130	용문(전중혈하방)
CA092	유정	CA131	간기
CA093	식관(제상3촌)	CA132	간명
CA094	좌우관	CA133	담낭(1)
CA095	수분	CA134	위하수
CA096	기중	CA135	통변
CA097	사만(제하2촌)	CA136	충간
CA098	포만자호	CA137	강충
CA099	장요	CA138	혁명혈
CA100	소강	CA139	치간
CA101	전공	CA140	위상(2)

코 드	내 역	코 드	혈 명
CA141	위악	CA180	각문
CA142	제궁(1)	CA181	음륜
CA143	통경	CA182	전회음
CA144	제탁	CA183	제항기
CA145	마씨점	CA184	양문
CA146	서혜	CA185	치근(2)
CA147	가전상	CA186	열혈
CA148	복기송	CA187	승항
CA149	수상	CA188	항주
CA150	신기혈	CA189	호항
CA151	자궁경	CA190	회음마취점
CA152	아시혈오	CA191	저요
CA153	운문	CA192	음변
CA154	하월	CA193	급맥
CA155	사만(제하3촌)	CV001	회음
CA156	소복횡문	CV002	곡골
CA157	구하벽	CV003	중극
CA158	음도	CV004	관원
CA159	기백구	CV005	석문
CA160	횡골	CV006	기해
CA161	용골	CV007	음교
CA162	하곡골	CV008	신궐
CA163	옥천(1)	CV009	수분
CA164	졸전	CV010	하완
CA165	세두	CV011	건리
CA166	천문	CV012	중완
CA167	용문(여성외음부)	CV013	상완
CA168	옥문	CV014	거궐
CA169	요루	CV015	구미
CA170	남음봉	CV016	중정
CA171	음낭봉	CV017	단중
CA172	낭하봉	CV018	옥당
CA173	음낭하횡문	CV019	자궁
CA174	낭저	CV020	화개
CA175	금문(1)	CV021	선기
CA176	양시	CV022	천돌
CA177	퇴산	CV023	염천
CA178	제하육일	CV024	승장
CA179	관문	GB001	동자료

코 드	내 역	코 드	혈 명
GB002	청회	GB041	족임읍
GB003	상관	GB042	지오회
GB004	함염	GB043	협계
GB005	현로	GB044	족규음
GB006	현리	GV001	장강
GB007	곡빈	GV002	요수
GB008	솔곡	GV003	요양관
GB009	천충	GV004	명문
GB010	부백	GV005	현추
GB011	두규음	GV006	척중
GB012	완골	GV007	중추
GB013	본신	GV008	근축
GB014	양백	GV009	지양
GB015	두임읍	GV010	영대
GB016	목창	GV011	신도
GB017	정영	GV012	신주
GB018	승영	GV013	도도
GB019	뇌공	GV014	대추
GB020	풍지	GV015	아문
GB021	견정	GV016	풍부
GB022	연액	GV017	뇌호
GB023	첩근	GV018	강간
GB024	일월	GV019	후정
GB025	경문	GV020	백회
GB026	대맥	GV021	전정
GB027	오추	GV022	신회
GB028	유도	GV023	상성
GB029	거료	GV024	신정
GB030	환도	GV025	소료
GB031	풍시	GV026	수구 (인중)
GB032	중독	GV027	태단
GB033	족양관	GV028	은교
GB034	양릉천	HN001	인당
GB035	양교	HN002	액중
GB036	외구	HN003	전발제
GB037	광명	HN004	독맥
GB038	양보	HN005	천정(1)
GB039	현종	HN006	신중
GB040	구허	HN007	인문

코 드	내 역	코 드	혈 명
HN008	목명	HN047	당용
HN009	목비	HN048	관골(1)
HN010	당양	HN049	상정명
HN011	발제	HN050	하정명
HN012	반성	HN051	건명(정명하6분)
HN013	두봉	HN052	건명(건명승읍간)
HN014	삽화	HN053	건명(승읍구후간)
HN015	측발제	HN054	건명(구후외상)
HN016	명당(1)	HN055	건명(상정명상3분)
HN017	미충	HN056	상명
HN018	액상	HN057	증명(상명내측)
HN019	천총(두정정중선)	HN058	증명(상명외측)
HN020	학정(1)	HN059	외명
HN021	전신총	HN060	신찬죽
HN022	후신총	HN061	소산
HN023	사신총	HN062	정신
HN024	전상회모	HN063	연구
HN025	외발오처	HN064	상은리
HN026	구학	HN065	현명(1)
HN027	대문	HN066	상악
HN028	사중	HN067	취천
HN029	이문전맥	HN068	설하혈
HN030	울증	HN069	해천
HN031	삼음삼양	HN070	좌금진우옥액
HN032	이상발제	HN071	중구
HN033	이상	HN072	설주
HN034	태양태음	HN073	순리
HN035	두섭	HN074	협리
HN036	광채	HN075	은교선
HN037	정중	HN076	지합
HN038	태시태소	HN077	조각
HN039	내정명	HN078	협승장
HN040	뇌정	HN079	해료
HN041	어요	HN080	면암
HN042	두광명	HN081	아교
HN043	섭유	HN082	귀상
HN044	어미	HN083	하관하오분
HN045	구후	HN084	기관
HN046	태양	HN085	견정

코 드	내 역	코 드	혈 명
HN086	외금진옥액	HN125	지전
HN087	아혈	HN126	후청궁
HN088	상염천	HN127	후청혈
HN089	홍음	HN128	후총
HN090	방염천	HN129	의롱
HN091	아근	HN130	숭골
HN092	천구방혈	HN131	백로
HN093	기당	HN132	신식
HN094	강음	HN133	신설
HN095	증음	HN134	천종
HN096	지구	HN135	제6경추방
HN097	기영	HN136	혈압점
HN098	후아구혈	HN137	중접
HN099	풍암	HN138	명당(2)
HN100	예명	HN139	뉵혈
HN101	경비	HN140	천주
HN102	편도	HN141	일희
HN103	낙경	HN142	정추
HN104	전지	HN143	배감(2)
HN105	견배	HN144	양혈
HN106	백후혈일	HN145	음혈
HN107	이상자점	HN146	옥천(2)
HN108	안면(예풍풍지간)	HN147	천식
HN109	안면(예풍예명간)	HN148	제7경추방
HN110	진정	HN149	하아문
HN111	흥분	HN150	부아문
HN112	용후	HN151	신일
HN113	경중(2)	HN152	하신식
HN114	지신(1)	HN153	지갑
HN115	하부돌	HN154	지하
HN116	쇄외	HN155	상천근
HN117	호흡	HN156	총추혈
HN118	치농신3호	HN157	백로사혈
HN119	하예풍	HN158	치뇌1-5
HN120	예명하	HN159	칠성혈
HN121	통이도	HN160	내영향
HN122	아명	HT001	극천
HN123	천총(안면2혈하)	HT002	청령
HN124	암지	HT003	소해

코 드	내 역	코 드	혈 명
HT004	영도	LE007	타안
HT005	통리	LE008	음승
HT006	음극	LE009	분신경자극점
HT007	신문	LE010	신환도(미골첨양방)
HT008	소부	LE011	청아
HT009	소충	LE012	좌골(대전자)
KI001	용천	LE013	가상
KI002	연곡	LE014	굴진4
KI003	태계	LE015	환도(2)
KI004	대종	LE016	도도
KI005	수천	LE017	제궁(2)
KI006	조해	LE018	중해
KI007	부류	LE019	신환도(미골첨상방)
KI008	교신	LE020	둔중근운동점
KI009	축빈	LE021	요통2
KI010	음곡	LE022	건과
KI011	횡골	LE023	요통3
KI012	대혁	LE024	섬전
KI013	기혈	LE025	환변
KI014	사만	LE026	유포
KI015	중주	LE027	유궁
KI016	황수	LE028	신건
KI017	상곡	LE029	후기문
KI018	석관	LE030	둔중
KI019	음도	LE031	환중
KI020	복통곡	LE032	횡현
KI021	유문	LE033	관구
KI022	보랑	LE034	강렴
KI023	신봉	LE035	외음과
KI024	영허	LE036	낭음
KI025	신장	LE037	반수
KI026	욱중	LE038	고박근운동점
KI027	수부	LE039	기하
LE001	치변	LE040	해전
LE002	이변	LE041	혈해상
LE003	방강	LE042	신생
LE004	좌골(저골)	LE043	방수
LE005	둔대기운동점	LE044	홍선
LE006	폐공	LE045	지양(1)

코 드	내 역	코 드	혈 명
LE046	후혈해	LE085	슬관절통(양구혈하)
LE047	슬개절통2	LE086	기황
LE048	내하해	LE087	음항
LE049	치골근운동점	LE088	든상
LE050	장수근운동점	LE089	고이두근운동점
LE051	대수근운동점	LE090	반막근운동점
LE052	관전하	LE091	과신
LE053	대퇴	LE092	절탄
LE054	봉장근운동점	LE093	직립
LE055	대퇴점	LE094	외직립
LE056	제궁2	LE095	위위
LE057	고내수	LE096	위상(3)
LE058	비하	LE097	해경2
LE059	하지탄탄	LE098	해경1
LE060	생근	LE099	오리
LE061	교혈	LE100	족라
LE062	매보	LE101	난문(2)
LE063	관토	LE102	백중와
LE064	복토상	LE103	족명
LE065	입지	LE104	대륜
LE066	고직근운동점	LE105	요요
LE067	신복토	LE106	신계
LE068	입공	LE107	관골(2)
LE069	고외근운동점	LE108	퇴고
LE070	사강	LE109	슬상이혈
LE071	생근2	LE110	학정(2)
LE072	학정상	LE111	내외슬방
LE073	고내근운동점	LE112	두풍
LE074	건슬	LE113	관의
LE075	정상	LE114	성골
LE076	슬관절통(슬개골양방)	LE115	영보
LE077	족상오리	LE116	오령
LE078	풍시상	LE117	사련
LE079	전진	LE118	음위삼
LE080	상풍시	LE119	음위이
LE081	전풍시	LE120	음위
LE082	족하오리	LE121	슬외
LE083	상양관	LE122	노근
LE084	후습관	LE123	슬방

코 드	내 역	코 드	혈 명
LE124	상곡천	LE163	하풍륭
LE125	가빈중	LE164	규내번2
LE126	사해	LE165	족33
LE127	탄복	LE166	비장
LE128	탄립	LE167	비장근운동점
LE129	탄강	LE168	승간
LE130	전호	LE169	규외번2
LE131	곡천	LE170	규내번3
LE132	은하	LE171	승산하
LE133	구리	LE172	신1
LE134	비마이	LE173	낙지
LE135	비마일	LE174	비목어근운동점
LE136	비마삼	LE175	경골후근운동점
LE137	해혈	LE176	승종
LE138	통산	LE177	굴무장근운동점
LE139	통천	LE178	태음
LE140	자매1.2.3	LE179	음서
LE141	외감	LE180	지건
LE142	통신	LE181	내마취점
LE143	통위	LE182	이질민감점
LE144	통배	LE183	상삼음교
LE145	진정선	LE184	규외번1
LE146	실음이혈	LE185	간염
LE147	명황	LE186	상계
LE148	천황	LE187	슬관절통4
LE149	나력구	LE188	슬전
LE150	현명(2)	LE189	경골전근운동점
LE151	양류	LE190	비골장근운동점
LE152	이외	LE191	이중
LE153	족이리반	LE192	신지장근운동점(독비주변)
LE154	담낭(2)	LE193	외마취점
LE155	만리	LE194	야뇨(2)
LE156	비농	LE195	비골단근운동점
LE157	뉴내번	LE196	경하
LE158	능하	LE197	신지장근운동점(족관절부위)
LE159	비두하	LE198	뇌청
LE160	건위	LE199	임백
LE161	치옹6	LE200	내용면
LE162	족익총	LE201	슬안(독비양방)

코 드	내 역	코 드	혈 명
LE202	슬안(슬관절인대)	LE241	혜대
LE203	족29	LE242	족15
LE204	교의	LE243	연후
LE205	족과상	LE244	출기혈
LE206	승명	LE245	과하
LE207	내과고	LE246	무명혈(2)
LE208	욕단산	LE247	내과하삼지초사향전
LE209	소양유	LE248	내지음
LE210	치전근	LE249	중신
LE211	슬하	LE250	족30
LE212	전승산	LE251	족19
LE213	전시구	LE252	절근
LE214	능후	LE253	신지단근운동점
LE215	능후하	LE254	족17
LE216	담낭점	LE255	족20
LE217	중평(1)	LE256	족양명
LE218	난미	LE257	족궐음
LE219	외과상	LE258	족34
LE220	절골	LE259	족25
LE221	각근상횡문중	LE260	족27
LE222	내과첨	LE261	족26
LE223	내곤륜	LE262	내태충
LE224	족태음	LE263	척송
LE225	내과후	LE264	송이
LE226	외과첨	LE265	족23
LE227	뇌근	LE266	방곡
LE228	족태양	LE267	족21
LE229	하곤륜	LE268	통리
LE230	거양	LE269	팔충
LE231	외과전교맥	LE270	골간배측기운동점
LE232	족외과하용조외	LE271	음양
LE233	족양교	LE272	백식
LE234	족수공	LE273	무지표횡문
LE235	영지	LE274	무지취모
LE236	태양교	LE275	무지회리삼모
LE237	누음	LE276	감근
LE238	내과전하	LE277	구산
LE239	태계	LE278	족대지내측거단1촌
LE240	곡척	LE279	양족대지조갑육제

코 드	내 역	코 드	혈 명
LE280	강압	LE319	외곡천
LE281	유뇨구	LE320	심포구
LE282	족소양	LE321	삼초구
LE283	여태	LE322	천중
LE284	이지상	LE323	족심
LE285	족이지상일촌반	LE324	전후은주
LE286	족대지절	LE325	심구
LE287	내곡천	LE326	용천
LE288	목부	LE327	목구
LE289	소적	LE328	암근
LE290	족48	LE329	대장구
LE291	음독	LE330	족5
LE292	족소지외측상문첨	LE331	암근2
LE293	지평	LE332	기구
LE294	천생족	LE333	족8
LE295	서미	LE334	암근1
LE296	여슬	LE335	폐구
LE297	조태음태양	LE336	족11
LE298	내외과첨	LE337	간구
LE299	족양과	LE338	천정(2)
LE300	족후사백	LE339	안심
LE301	족전사백	LE340	족45
LE302	족중충	LE341	식상명구
LE303	족46	LE342	지문
LE304	족47	LE343	절문
LE305	재생	LE344	낭배정
LE306	족1	LE345	방광구
LE307	족50	LE346	족10
LE308	족51	LE347	족13
LE309	족화	LE348	담구
LE310	두구	LE349	신구
LE311	이구	LE350	족14
LE312	선저삼침	LE351	무지이횡문
LE313	족3	LE352	대지갑하
LE314	소장구	LE353	화타
LE315	위구	LE354	족대지단
LE316	천근	LE355	독음
LE317	족4	LE356	족44
LE318	족2	LE357	야정

코 드	내 역	코 드	혈 명
LE358	족소지단	LU003	천부
LE359	족소지	LU004	협백
LE360	우각소지단	LU005	척택
LI001	상양	LU006	공최
LI002	이간	LU007	열결
LI003	삼간	LU008	경거
LI004	합곡	LU009	태연
LI005	양계	LU010	어제
LI006	편력	LU011	소상
LI007	온유	PC001	천지
LI008	하렴	PC002	천천
LI009	상렴	PC003	곡택
LI010	수삼리	PC004	극문
LI011	곡지	PC005	간사
LI012	주료	PC006	내관
LI013	수오리	PC007	대릉
LI014	비노	PC008	노궁
LI015	견우	PC009	중충
LI016	거골	SI001	소택
LI017	천정	SI002	전곡
LI018	부돌	SI003	후계
LI019	화료	SI004	완골
LI020	영향	SI005	양곡
LR001	대돈	SI006	양노
LR002	행간	SI007	지정
LR003	태충	SI008	소해
LR004	중봉	SI009	견정
LR005	여구	SI010	노수
LR006	중도	SI011	천종
LR007	슬관	SI012	병풍
LR008	곡천	SI013	곡원
LR009	음포	SI014	견외수
LR010	족오리	SI015	견중수
LR011	음렴	SI016	천창
LR012	급맥	SI017	천용
LR013	장문	SI018	관료
LR014	기문	SI019	청궁
LU001	중부	SP001	은백
LU002	운문	SP002	대도

코 드	내 역	코 드	혈 명
SP003	태백	ST021	양문
SP004	공손	ST022	관문
SP005	상구	ST023	태을
SP006	삼음교	ST024	활육문
SP007	누곡	ST025	천추
SP008	지기	ST026	외릉
SP009	음릉천	ST027	대거
SP010	혈해	ST028	수도
SP011	기문	ST029	귀래
SP012	충문	ST030	기충
SP013	부사	ST031	비관
SP014	복결	ST032	복토
SP015	대횡	ST033	음시
SP016	복애	ST034	양구
SP017	식두	ST035	독비
SP018	천계	ST036	족삼리
SP019	흉향	ST037	상거허
SP020	주영	ST038	조구
SP021	대포	ST039	하거허
ST001	승읍	ST040	풍륭
ST002	사백	ST041	해계
ST003	거료	ST042	충양
ST004	지창	ST043	함곡
ST005	대영	ST044	내정
ST006	협거	ST045	여태
ST007	하관	TE001	관충
ST008	두유	TE002	액문
ST009	인영	TE003	중저
ST010	수돌	TE004	양지
ST011	기사	TE005	외관
ST012	결분	TE006	지구
ST013	기호	TE007	회종
ST014	고방	TE008	삼양락
ST015	옥예	TE009	사독
ST016	응창	TE010	천정
ST017	유중	TE011	청냉연
ST018	유근	TE012	소락
ST019	불용	TE013	노회
ST020	승만	TE014	견료

코 드	내 역	코 드	혈 명
TE015	천료	UE031	상아통
TE016	천유	UE032	척요
TE017	예풍	UE033	요현
TE018	계맥	UE034	신문
TE019	노식	UE035	하구
TE020	각손	UE036	고산
TE021	이문	UE037	주수
TE022	화료	UE038	침감
TE023	사죽공	UE039	삼지
UE001	택전	UE040	두주
UE002	택하	UE041	택중
UE003	금문(2)	UE042	소아수경
UE004	수역주	UE043	주첨
UE005	비석자두	UE044	충양
UE006	검거	UE045	홍지
UE007	극문	UE046	굴양위
UE008	비간	UE047	신곡지
UE009	변독	UE048	상곡지
UE010	이백	UE049	하협백
UE011	정수	UE050	지양(2)
UE012	낙상	UE051	용설
UE013	응하	UE052	두충
UE014	뉴상혈	UE053	신주
UE015	삼남외	UE054	견명
UE016	상양노	UE055	응상
UE017	양일	UE056	굉중
UE018	수수공	UE057	노상(삼각근중앙)
UE019	중천(2)	UE058	탈명
UE020	지천	UE059	외용설
UE021	촌평	UE060	비파
UE022	수과	UE061	우전
UE023	횡문(2)	UE062	후액
UE024	고골	UE063	내견우
UE025	연자	UE064	대천
UE026	수심주	UE065	전견우
UE027	신수(2)	UE066	대견
UE028	중요	UE067	거비
UE029	촌요	UE068	소괴
UE030	온류	UE069	치탄

코 드	내 역	코 드	혈 명
UE070	견삼침	UE109	통령
UE071	팔회	UE110	삽차
UE072	육호	UE111	분중
UE073	칠호	UE112	대골공
UE074	일와풍	UE113	귀곡
UE075	호구	UE114	대지갑근
UE076	정령위령	UE115	노상(무지외측)
UE077	외로궁	UE116	중상
UE078	이인상마	UE117	삼문
UE079	팔사	UE118	일선문
UE080	팔관	UE119	이선문
UE081	대도	UE120	중괴
UE082	항강	UE121	중지절
UE083	방호	UE122	오지절
UE084	상도	UE123	수태양
UE085	중도	UE124	소골공
UE086	하도	UE125	소지조문
UE087	거첨	UE126	십왕
UE088	오호	UE127	인후점
UE089	소지절	UE128	경항점
UE090	상합곡	UE129	좌골신경점
UE091	요통	UE130	척주점
UE092	요퇴점	UE131	거상(수2-3지)
UE093	발아오혈	UE132	학문
UE094	홍공	UE133	거상(수3-4지)
UE095	홍양	UE134	호금촌
UE096	영홍	UE135	수사혈
UE097	상후계	UE136	전두점
UE098	경련자극점	UE137	이명
UE099	전마점	UE138	퇴열점
UE100	호변	UE139	두정점
UE101	전두통점	UE140	소절
UE102	19호	UE141	회음점
UE103	은문	UE142	후두점
UE104	비출혈점	UE143	봉명일이
UE105	신사호	UE144	중지십기십절
UE106	화기	UE145	십이제
UE107	요사점	UE146	합간
UE108	공급	UE147	구급후비

코 드	내 역	코 드	혈 명
UE148	양대수지봉	UE185	소지중절
UE149	봉안	UE186	사중봉
UE150	안점	UE187	육봉
UE151	견점	UE188	오경문
UE152	액역점	UE189	단정
UE153	수장후백육제	UE190	구전풍
UE154	맥문	UE191	풍관
UE155	감모점	UE192	귀당
UE156	지해	UE193	대지절횡문
UE157	판문	UE194	풍안
UE158	내양지	UE195	사전
UE159	무지대장기운동점	UE196	사봉
UE160	음지	UE197	십선
UE161	족근점	UE198	소지첨
UE162	소천심	UE199	귀신
UE163	천심	UE200	대무지두
UE164	수심	UE201	노룡
UE165	방노궁	UE202	지장
UE166	주하	UE203	심계점
UE167	지신(2)	UE204	수팔장
UE168	굴무단근운동점	UE205	과점
UE169	어복	UE206	대장
UE170	위장점	UE207	내중괴
UE171	신2호	UE208	인중심
UE172	편도체	UE209	심혈
UE173	건리삼침	UE210	간혈
UE174	무수기운동점	UE211	폐혈
UE175	신1호	UE212	명문(2)
UE176	해천점	UE213	신혈
UE177	아병	UE214	부관
UE178	정천(2)	UE215	외관
UE179	동자	UE216	대관
UE180	동선	UE217	중관
UE181	지관	UE218	소관
UE182	중평(2)	UE219	환소
UE183	사횡문	UE220	흉혈
UE184	지근	-	-

(별첨 2)

보건기관 수가 및 본인부담액표(외래) (2024.1.1.기준)

Ⅰ. 외래【6세 이상】

1. 처방전을 발급한 경우

가. 보건소

처방전/방문당	의 과			물리치료과(진찰포함)			치 과		
	요양급여 비용총액	본인부담	청구액	요양급여 비용총액	본인부담	청구액	요양급여 비용총액	본인부담	청구액
-	5,930	500	5,430	7,430	1,000	6,430	5,930	500	5,430

※ 피임시술과 제외, 방문횟수당 산출

나. 보건지소

처방전/방문당	의 과			물리치료과(진찰포함)			치 과		
	요양급여 비용총액	본인부담	청구액	요양급여 비용총액	본인부담	청구액	요양급여 비용총액	본인부담	청구액
-	5,210	500	4,710	6,710	1,000	5,710	5,930	500	5,430

※ 피임시술과 제외, 방문횟수당 산출

2. 원내투약한 경우

가. 보건소

투약일수/방문당	의 과			물리치료시(진찰포함)			치 과		
	요양급여 비용총액	본인부담	청구액	요양급여 비용총액	본인부담	청구액	요양급여 비용총액	본인부담	청구액
1	7,730	1,100	6,630	9,230	1,600	7,630	6,830	1,100	5,730
2	9,530	1,100	8,430	11,030	1,600	9,430	7,730	1,100	6,630
3	11,330	1,100	10,230	12,830	3,800	9,030	8,630	1,100	7,530
4	13,130	3,900	9,230	14,630	4,300	10,330	9,530	1,300	8,230
5	14,930	4,400	10,530	16,430	4,900	11,530	10,430	1,300	9,130
6	16,730	5,000	11,730	18,230	5,400	12,830	11,330	1,300	10,030
7	18,530	5,500	13,030	20,030	6,000	14,030	12,230	3,600	8,630
8	20,330	6,000	14,330	21,830	6,500	15,330	13,130	3,900	9,230
9	22,130	6,600	15,530	23,630	7,000	16,630	14,030	4,200	9,830
10	23,930	7,100	16,830	25,430	7,600	17,830	14,930	4,400	10,530
11	25,730	7,700	18,030	27,230	8,100	19,130	15,830	4,700	11,130
12	27,530	8,200	19,330	29,030	8,700	20,330	16,730	5,000	11,730
13	29,330	8,700	20,630	30,830	9,200	21,630	17,630	5,200	12,430
14	31,130	9,300	21,830	32,630	9,700	22,930	18,530	5,500	13,030
15	32,930	9,800	23,130	34,430	10,300	24,130	19,430	5,800	13,630
30	59,930	17,900	42,030	61,430	18,400	43,030	32,930	9,800	23,130

한 방 과									
투약일수/방문당	시술단독			투약단독			시술+투약		
	요양급여 비용총액	본인부담	청구액	요양급여 비용총액	본인부담	청구액	요양급여 비용총액	본인부담	청구액
1	5,930	1,100	4,830	6,290	1,100	5,190	7,550	1,300	6,250
2				7,640	1,300	6,340	8,900	1,600	7,300
3				8,990	1,600	7,390	10,250	1,800	8,450
4				11,640	2,000	9,640	12,900	3,800	9,100
5				12,990	3,800	9,190	14,250	4,200	10,050
6				14,340	4,300	10,040	15,600	4,600	11,000
7				16,990	5,000	11,990	18,250	5,400	12,850
8				18,340	5,500	12,840	19,600	5,800	13,800
9				19,690	5,900	13,790	20,950	6,200	14,750
10				22,340	6,700	15,640	23,600	7,000	16,600
11				23,690	7,100	16,590	24,950	7,400	17,550
12				25,040	7,500	17,540	26,300	7,800	18,500
13				27,690	8,300	19,390	28,950	8,600	20,350
14				29,040	8,700	20,340	30,300	9,000	21,300
15				30,390	9,100	21,290	31,650	9,400	22,250

※ 피임시술과 제외

나. 보건지소

투약일수/방문당	의 과			물리치료시(진찰포함)			치 과		
	요양급여 비용총액	본인부담	청구액	요양급여 비용총액	본인부담	청구액	요양급여 비용총액	본인부담	청구액
1	7,010	900	6,110	8,510	1,400	7,110	6,830	900	5,930
2	8,810	900	7,910	10,310	1,400	8,910	7,730	900	6,830
3	10,610	900	9,710	12,110	3,600	8,510	8,630	900	7,730
4	12,410	3,700	8,710	13,910	4,100	9,810	9,530	1,100	8,430
5	14,210	4,200	10,010	15,710	4,700	11,010	10,430	1,100	9,330
6	16,010	4,800	11,210	17,510	5,200	12,310	11,330	1,100	10,230
7	17,810	5,300	12,510	19,310	5,700	13,610	12,230	3,600	8,630
8	19,610	5,800	13,810	21,110	6,300	14,810	13,130	3,900	9,230
9	21,410	6,400	15,010	22,910	6,800	16,110	14,030	4,200	9,830
10	23,210	6,900	16,310	24,710	7,400	17,310	14,930	4,400	10,530
11	25,010	7,500	17,510	26,510	7,900	18,610	15,830	4,700	11,130
12	26,810	8,000	18,810	28,310	8,400	19,910	16,730	5,000	11,730
13	28,610	8,500	20,110	30,110	9,000	21,110	17,630	5,200	12,430
14	30,410	9,100	21,310	31,910	9,500	22,410	18,530	5,500	13,030
15	32,210	9,600	22,610	33,710	10,100	23,610	19,430	5,800	13,630
30	59,210	17,700	41,510	60,710	18,200	42,510	32,930	9,800	23,130

※ 피임시술과, 한방과 제외

다. 보건진료소(의약분업예외기관)

투약일수/방문당	의 과		
	요양급여비용총액	본인부담	청구액
1	5,390	900	4,490
2	7,010	900	6,110
3	8,630	900	7,730
4	10,250	900	9,350
5	11,870	900	10,970
6	13,490	4,000	9,490
7	15,110	4,500	10,610
8	16,730	5,000	11,730
9	18,350	5,500	12,850
10	19,970	5,900	14,070
11	21,590	6,400	15,190
12	23,210	6,900	16,310
13	24,830	7,400	17,430
14	26,450	7,900	18,550
15	28,070	8,400	19,670
30	52,370	15,700	36,670

※ 피임시술과, 조산 제외

참고: 원내 처치만 발생한 경우

가. 보건소

투약일수/방문당	의 과			물리치료과(진찰포함)			치 과		
	요양급여비용총액	본인부담	청구액	요양급여비용총액	본인부담	청구액	요양급여비용총액	본인부담	청구액
-	5,930	1,100	4,830	7,430	1,600	5,830	5,930	1,100	4,830

나. 보건지소

투약일수/방문당	의 과			물리치료과(진찰포함)			치 과		
	요양급여비용총액	본인부담	청구액	요양급여비용총액	본인부담	청구액	요양급여비용총액	본인부담	청구액
-	5,210	900	4,31000	6,710	1,400	5,310	5,930	900	5,030

다. 보건진료소(의약분업예외기관)

투약일수/방문당	의 과		
	요양급여비용총액	본인부담	청구액
-	3,770	900	2,870

Ⅱ. 외래【6세미만】

1. 처방전을 발급한 경우

가. 보건소

처방전/방문당	의 과			물리치료과(진찰포함)			치 과		
	요양급여비용총액	본인부담	청구액	요양급여비용총액	본인부담	청구액	요양급여비용총액	본인부담	청구액
-	5,930	500	5,430	7,430	1,000	6,430	5,930	500	5,430

※ 피임시술과 제외, 방문횟수당 산출

나. 보건지소

처방전/방문당	의 과			물리치료과(진찰포함)			치 과		
	요양급여비용총액	본인부담	청구액	요양급여비용총액	본인부담	청구액	요양급여비용총액	본인부담	청구액
-	5,210	500	4,710	6,710	1,000	5,710	5,930	500	5,430

※ 피임시술과 제외, 방문횟수당 산출

2. 원내투약한 경우

가. 보건소

투약일수/방문당	의 과			물리치료시(진찰포함)			치 과		
	요양급여비용총액	본인부담	청구액	요양급여비용총액	본인부담	청구액	요양급여비용총액	본인부담	청구액
1	7,730	1,100	6,630	9,230	1,600	7,630	6,830	1,100	5,730
2	9,530	1,100	8,430	11,030	1,600	9,430	7,730	1,100	6,630
3	11,330	1,100	10,230	12,830	2,600	10,230	8,630	1,100	7,530
4	13,130	2,700	10,430	14,630	3,000	11,630	9,530	1,300	8,230
5	14,930	3,100	11,830	16,430	3,400	13,030	10,430	1,300	9,130
6	16,730	3,500	13,230	18,230	3,800	14,430	11,330	1,300	10,030
7	18,530	3,800	14,730	20,030	4,200	15,830	12,230	2,500	9,730
8	20,330	4,200	16,130	21,830	4,500	17,330	13,130	2,700	10,430
9	22,130	4,600	17,530	23,630	4,900	18,730	14,030	2,900	11,130
10	23,930	5,000	18,930	25,430	5,300	20,130	14,930	3,100	11,830
11	25,730	5,400	20,330	27,230	5,700	21,530	15,830	3,300	12,530
12	27,530	5,700	21,830	29,030	6,000	23,030	16,730	3,500	13,230
13	29,330	6,100	23,230	30,830	6,400	24,430	17,630	3,700	13,930
14	31,130	6,500	24,630	32,630	6,800	25,830	18,530	3,800	14,730
15	32,930	6,900	26,030	34,430	7,200	27,230	19,430	4,000	15,430
30	59,930	12,500	47,430	61,430	12,900	48,530	32,930	6,900	26,030

한 방 과									
투약일수/방문당	시술단독			투약단독			시술+투약		
	요양급여 비용총액	본인부담	청구액	요양급여 비용총액	본인부담	청구액	요양급여 비용총액	본인부담	청구액
1	5,930	1,100	4,830	6,290	1,100	5,190	7,550	1,300	6,250
2				7,640	1,300	6,340	8,900	1,600	7,300
3				8,990	1,600	7,390	10,250	1,800	8,450
4				11,640	2,000	9,640	12,900	2,700	10,200
5				12,990	2,700	10,290	14,250	2,900	11,350
6				14,340	3,000	11,340	15,600	3,200	12,400
7				16,990	3,500	13,490	18,250	3,800	14,450
8				18,340	3,800	14,540	19,600	4,100	15,500
9				19,690	4,100	15,590	20,950	4,300	16,650
10				22,340	4,600	17,740	23,600	4,900	18,700
11				23,690	4,900	18,790	24,950	5,200	19,750
12				25,040	5,200	19,840	26,300	5,500	20,800
13				27,690	5,800	21,890	28,950	6,000	22,950
14				29,040	6,000	23,040	30,300	6,300	24,000
15				30,390	6,300	24,090	31,650	6,600	25,050

※ 피임시술과 제외

나. 보건지소

투약일수/방문당	의 과			물리치료시(진찰포함)			치 과		
	요양급여 비용총액	본인부담	청구액	요양급여 비용총액	본인부담	청구액	요양급여 비용총액	본인부담	청구액
1	7,010	900	6,110	8,510	1,400	7,110	6,830	900	5,930
2	8,810	900	7,910	10,310	1,400	8,910	7,730	900	6,830
3	10,610	900	9,710	12,110	2,500	9,610	8,630	900	7,730
4	12,410	2,600	9,810	13,910	2,900	11,010	9,530	1,100	8,430
5	14,210	2,900	11,310	15,710	3,200	12,510	10,430	1,100	9,330
6	16,010	3,300	12,710	17,510	3,600	13,910	11,330	1,100	10,230
7	17,810	3,700	14,110	19,310	4,000	15,310	12,230	2,500	9,730
8	19,610	4,100	15,510	21,110	4,400	16,710	13,130	2,700	10,430
9	21,410	4,400	17,010	22,910	4,800	18,110	14,030	2,900	11,130
10	23,210	4,800	18,410	24,710	5,100	19,610	14,930	3,100	11,830
11	25,010	5,200	19,810	26,510	5,500	21,010	15,830	3,300	12,530
12	26,810	5,600	21,210	28,310	5,900	22,410	16,730	3,500	13,230
13	28,610	6,000	22,610	30,110	6,300	23,810	17,630	3,700	13,930
14	30,410	6,300	24,110	31,910	6,700	25,210	18,530	3,800	14,730
15	32,210	6,700	25,510	33,710	7,000	26,710	19,430	4,000	15,430
30	59,210	12,400	46,810	60,710	12,700	48,010	32,930	6,900	26,030

※ 피임시술과, 한방과 제외

다. 보건진료소(의약분업예외기관)

투약일수/방문당	의 과		
	요양급여비용총액	본인부담	청구액
1	5,390	900	4,490
2	7,010	900	6,110
3	8,630	900	7,730
4	10,250	900	9,350
5	11,870	900	10,970
6	13,490	2,800	10,690
7	15,110	3,100	12,010
8	16,730	3,500	13,230
9	18,350	3,800	14,550
10	19,970	4,100	15,870
11	21,590	4,500	17,090
12	23,210	4,800	18,410
13	24,830	5,200	19,630
14	26,450	5,500	20,950
15	28,070	5,800	22,270
30	52,370	10,900	41,470

※ 피임시술과, 조산 제외

참고: 원내 처치만 발생한 경우

가. 보건소

투약일수/방문당	의 과			물리치료과(진찰포함)			치 과		
	요양급여비용총액	본인부담	청구액	요양급여비용총액	본인부담	청구액	요양급여비용총액	본인부담	청구액
-	5,930	1,100	4,830	7,430	1,600	5,830	5,930	1,100	4,830

나. 보건지소

투약일수/방문당	의 과			물리치료과(진찰포함)			치 과		
	요양급여비용총액	본인부담	청구액	요양급여비용총액	본인부담	청구액	요양급여비용총액	본인부담	청구액
-	5,210	900	4,310	6,710	1,400	5,310	5,930	900	5,030

다. 보건진료소(의약분업예외기관)

투약일수/방문당	의 과		
	요양급여비용총액	본인부담	청구액
-	3,770	900	2,870

(별첨 3)

요양급여비용 심사(조정)내역 사유별 코드

코 드	내 역
A	금액 산정착오 조정(행위, 약제, 치료재료)
AK	코드 산정착오 조정
B	요양급여기준 적용착오 비용 조정
BD	약제상한차액 산정착오 조정
BN	미신청된 신의료기술 등(행위,치료재료)의 청구비용 조정
BR	물리치료 1일 산정횟수 초과분 조정
BZ	Ⅰ, Ⅱ란 적용착오분 조정
C	요양급여기준 범위 초과 비용 조정, 처방내역 미확인 조제
CP	임부금기 의약품 청구비용 조정
CR	연령금기 의약품 청구비용 조정
CU	병용금기 의약품 청구비용 조정
D	계산착오금액 조정
DD	약제상한차액총액 계산착오 조정
E	비급여 또는 요양급여비용의 100분의100본인부담 항목 조정
F	구입증빙자료 미제출분 조정
G	중복청구비용 조정
H	소멸시효기간이 경과된 요양급여비용 조정
I	진찰료 착오(진찰료의 100분의100본인부담 하는 경우)
IK	코드(3자리:수가) 적용착오 조정
J	의료급여 정신건강의학과 입원기간에 따른 차등수가 적용착오, 의료급여 정신건강의학과 외래 보호자 내원 수가 적용착오
K	산정코드 및 코드구분 착오 또는 누락 조정
KK	협약가 또는 치료재료 구분착오 조정
L	증빙자료상 확인되지 아니한 요양급여비용 조정(본인부담액 적정징수)
M	증빙자료상 확인되지 아니한 요양급여비용 조정

코 드	내 역
N	항산균 요양기관 착오
O	허위청구비용 조정
P	EDI, 디스켓 청구 관련 2이상의 줄번호를 상호 연계조정
PA	비급여항목 단가 착오기재
PD	요양급여비용총액 계산착오 조정
PK	포괄항목 조정, 미신고된 비급여항목 기재
Q	재심사후 전액 환수
R	의료장비 미신고 행위료 조정
RB	부적합 의료장비 사용 행위료 조정
S	요양급여기준 범위 초과 처방의약품 조정
SP	임부금기 처방의약품 조정
SR	연령금기 처방의약품 조정
SU	병용금기 처방의약품 조정
T	추가청구분 중 정액제 해당
T3	차상위2종환자 입원가산식대 급여기준 범위 초과(요양급여비용총액 해당)
TB	보건기관 물리치료 비율 조정, 의료급여 정신건강의학과 정신요법 급여기준 적용착오, 의료급여 정신건강의학과 기관등급 산정착오, 요양병원 입원 불인정 진료비
TD	요양급여비용총액 계산착오(약제상한차액 제외)
TE	비급여 또는 100분의100본인부담 대상 청구 (요양급여비용총액과 100분의100미만총액 해당)
TG	중복청구(요양급여비용총액과 100분의100미만총액 해당)
TH	소멸시효기간이 경과된 요양급여비용 청구(요양급여비용총액 해당)
TI	추가청구분 중 10% 정률제 해당 (65세이상 노인 의원급 외래 명세서만 해당)
TJ	보건기관 청구 관련 요양급여비용 산정기준 등 적용착오, 의료급여 정신건강의학과 입원기간에 따른 차등수가 적용착오, 의료급여 정신건강의학과 외래 보호자 내원 수가 적용착오

코 드	내 역
TT	추가청구분 중 정액제 해당
TU	의약분업관련 약사의 허용범위(지역) 외 직접조제
TV	의료급여이력 조회결과 의료급여기준 범위 초과
TW	추가청구분 중 정률제 해당 (단, 65세이상 노인 의원급 외래 및 65세이상 노인 약국 명세서의 경우는 30% 정률제 해당)
TY	식대 요양급여기준 범위 초과(요양급여비용총액 해당), 차상위환자 기본식대 요양급여기준 범위 초과(요양급여비용총액 해당)
TZ	추가청구분 중 20% 정률제 해당 (단, 65세이상 노인 의원급 외래 및 65세이상 노인 약국 명세서만 해당)
U	의약분업관련 의사, 치과의사의 허용범위 외 직접조제
UD	100분의100본인부담금총액 계산착오
UR	의약분업 관련 대체·변경·수정조제 절차 위반
V	의료급여이력 조회결과 의료급여기준 범위 초과 비용 조정
W	추가청구분 중 정률제 해당
X	비급여 또는 100분의100본인부담 의약품의 보험청구비용 조정
Y	식대비용 요양급여기준 범위 초과 조정, 차상위환자 기본식대 요양급여기준 범위 초과 조정
YA	식대금액 산정착오 조정, 차상위환자 기본식대금액 산정착오 조정
YB	식대 요양급여기준 적용착오 조정, 차상위환자 기본식대 요양급여기준 적용착오 조정
YD	식대 계산착오금액 조정, 차상위환자 기본식대 계산착오 금액 조정
YE	식대 비급여 대상 조정
YK	식대코드 산정착오분 조정
YZ	식대 Ⅰ/Ⅱ란 적용착오분 조정
Z	허위청구(본인부담액은 적정징수)

코 드	내 역
3	차상위2종환자 입원가산식대 급여기준 범위 초과 비용 조정
3A	차상위2종환자 입원가산식대 산정금액 착오 조정
3B	차상위2종환자 입원가산식대 요양급여기준 적용착오 비용 조정
3D	차상위2종환자 입원가산식대 계산착오 조정
3K	차상위2종환자 입원가산식대 코드착오 조정
4	미신청된 신의료기술 등(행위, 치료재료)의 청구비용 조정
5	장애인 치과 진료 가산 비용 요양급여기준 범위초과 조정
5A	장애인 치과 진료 가산 금액 산정착오 조정
5B	장애인 치과 진료 가산 요양급여기준 적용착오 조정
5D	장애인 치과 진료 가산 계산착오금액 조정
5E	장애인 치과 진료 가산 비용 비급여 조정
5K	장애인 치과 진료 가산 코드산정 착오 조정
5R	장애인 치과 진료 가산 비용 의료 장비 미신고 조정
6	토요 진찰료 가산 요양급여기준 범위초과비용 조정
6A	토요 진찰료 가산 금액 산정착오 조정
6B	토요 진찰료 가산 요양급여기준 적용착오 비용 조정
6D	토요 진찰료 가산 계산착오금액 조정
6E	토요 진찰료 가산코드 비급여 또는 요양급여비용의 100분의100본인부담 항목 조정
6H	토요 진찰료 가산 소멸시효기간이 경과된 요양급여비용 조정
6K	토요 진찰료 가산 코드산정 착오 조정
6L	토요 진찰료 가산 증빙자료상 확인되지 아니한 요양급여비용 조정 (본인부담액은 적정징수)
6Z	토요 진찰료 가산 허위청구(본인부담액은 적정징수)
8	의학적 타당성·필요성 범위초과 조정

(별첨 4)

심사조정 상세사유 코드

코 드	내 역
F	저함량 배수처방
G	중복처방
P	임부금기
R	연령금기
U	병용금기

(별첨 5)

본인부담률변경 사유 코드

코 드	내 역
11B	요양급여기준 적용착오로 기본본인부담률로 변경
11S	요양급여기준 적용착오로 처방의약품의 기본본인부담률로 변경
50B	요양급여기준 적용착오로 본인부담률을 50%(60%)로 변경
50S	요양급여기준 적용착오로 처방의약품의 본인부담률을 50%로 변경
80B	요양급여기준 적용착오로 본인부담률을 80%로 변경
80S	요양급여기준 적용착오로 처방의약품의 본인부담률을 80%로 변경
30B	요양급여기준 적용착오로 본인부담률을 30%로 변경
30S	요양급여기준 적용착오로 처방의약품의 본인부담률을 30%로 변경
90B	요양급여기준 적용착오로 본인부담률을 90%로 변경
90S	요양급여기준 적용착오로 처방의약품의 본인부담률을 90%로 변경

(별첨 6)

요양급여비용 심사보류, 불능 및 반송 사유별 코드

가. 반송

코드	세부 코드	내 역
01		**심사청구서 서식버전, 서식번호, 보험자종별, 진료구분, 진료형태 기재누락 또는 기재착오 등**
	00	심사청구서·명세서 파일 누락 또는 파일 개수 불일치
	01	전자문서 또는 전산매체 명세서의 개정 전 서식 사용
	02	심사청구서 서식번호 기재착오
	03	심사청구서 보험자종별구분 기재누락 또는 기재착오
	04	심사청구서 의료급여정액 진료분의 보험자종별구분 기재착오
	05	심사청구서 진료구분(의과, 치과) 기재착오
	06	심사청구서 진료구분(정신건강의학과 정액) 기재착오
	07	심사청구서 진료구분(보건기관) 기재착오
	08	심사청구서 진료구분(약국) 기재착오
	09	심사청구서 진료구분(한방) 기재착오
	10	심사청구서 진료구분 외의 코드 기재
	11	심사청구서 진료구분과 명세서 서식 불일치
	12	심사청구서 약국 직접조제, 처방조제 명세서 미분리 청구
	14	심사청구서 진료형태와 명세서 서식번호 상이(요양병원 장기환자 입원)
	16	신포괄 심사청구서 진료형태와 명세서 서식번호 상이 또는 시범사업 기관 불일치
	18	2010년 1월 1일 이후의 한방 진료비명세서를 개정 전 서식으로 작성
	19	심사청구서 진료구분 기재착오(의원에서 치과로 기재, 치과의원에서 의과로 기재)
	22	요양병원에서 의료급여 정신건강의학과 정액 입원진료 청구
	23	권역외상센터가 아닌 기관에서 심사청구서 진료형태를 'D 또는 E'로 기재
05		**심사청구서 청구단위구분 기재누락 또는 기재착오 등**
	01	심사청구서 청구단위구분 기재누락 또는 기재착오
	04	동일월 진료분을 주단위와 월단위로 혼용하여 청구

코드	세부코드	내 역
07		**심사청구서 진료년월, 청구일자 기재누락 또는 기재착오 등**
	01	심사청구서 진료년월 기재누락
	02	심사청구서 진료년월이 접수년월보다 큰 경우
	06	심사청구서 청구일자 기재누락
	07	심사청구서 청구일자 유형(CCYYMMDD) 기재착오
	08	심사청구서 청구일자(년월)가 진료년월보다 빠른 경우
	09	심사청구서 청구일자보다 접수일자가 빠른 경우
	12	심사청구서 진료년월과 접수년월이 같은 경우
	16	진료년월과 접수년월이 같은 경우(요양병원 장기환자)
09		**심사청구서 건수(금액)와 명세서 건수(금액)의 합 불일치, 심사청구서의 청구건수 '0'인 경우 등**
	01	심사청구서의 청구건수 '0'인 경우(전산매체)
	02	심사청구서의 건수, 금액란의 허용 자리수를 초과 기재한 경우
	03	심사청구서 건수(금액)와 명세서 건수(금액)의 합 불일치
	04	심사청구서와 명세서의 건수 및 금액의 합 불일치(입원)
	05	심사청구서와 명세서의 건수 및 금액의 합 불일치(외래)
	06	심사청구서의 건수와 마지막 명세서일련번호 불일치
	07	심사청구서의 입원, 외래 명세서 미분리 청구
21		**심사청구서 청구구분, 진료분야 기재누락 또는 기재착오 등**
	01	심사청구서 청구구분 기재누락
	02	심사청구서 청구구분 외의 코드 기재
	03	심사청구서에 의료급여진료구분 외의 코드 기재
	04	상급종합병원, 종합병원, 치과대학부속 치과병원, 한방병원에서 심사청구서 진료분야 기재누락 또는 기재착오
	06	의과, 치과, 약국 외의 기관에서 약제상한차액 청구
	07	보훈 국비환자 진료분에 약제상한차액 청구
27		**전산청구(포털, EDI 및 전산매체) 신청기관의 청구 소프트웨어 인증 등**
	01	전산청구(포털, EDI 및 전산매체) 신청기관에서 인정월 전 또는 전·후 진료분 미분리 청구 또는 한방(의치과) 병원에서 의치과(한의과) 진료분야 인정월 전 진료분 청구
	02	청구 소프트웨어 검사승인번호 기재누락
	03	청구 소프트웨어 검사승인번호 기재착오
	04	청구 소프트웨어 검사 미승인 기간의 요양급여비용 청구
	05	요양기관기호 미확정 기관의 요양급여비용 청구

코드	세부 코드	내 역
33		**심사청구서 차등수가 적용구분 기재누락 또는 기재착오**
	01	심사청구서의 차등수가 진료(조제)일수가 '0'인 경우
	02	심사청구서의 차등수가 진료(조제)일수 '0' 이하 이거나 해당 월의 최대 진료일수를 초과한 경우(월단위 청구)
	03	심사청구서의 차등수가 진료(조제)일수가 정수가 아닌 경우
	04	심사청구서의 차등수가 진료(조제)일수가 해당 주의 최대 진료일수를 초과한 경우(주단위 청구)
	05	심사청구서의 차등수가청구액이 '0' 이하이고 청구액이 '0'보다 큰 경우
	06	심사청구서의 청구액 보다 차등수가청구액이 큰 경우
	07	심사청구서의 차등지수가 '0'인 경우
41		**전산매체 청구기관의 CD, 디스켓 등 파손**
	01	전산매체 청구기관의 CD, 디스켓 등 파손
57		**심사청구서 대행청구단체기호, 대행청구단체의 작성자 생년월일 기재누락 또는 기재착오**
	01	심사청구서의 대행청구단체기호와 신고현황의 대행청구단체기호 불일치
	02	대행청구시 심사청구서에 대행청구단체기호 기재누락
	03	대행청구기관이 아니면서 심사청구서에 대행청구단체기호 기재
	04	대행청구시 심사청구서에 대행청구단체의 작성자 생년월일 기재누락
59		**질병군(DRG) 관련 착오청구**
	01	질병군(DRG) 중복청구(이전 접수분과 동일한 진료분 청구)
	02	질병군(DRG) 전산매체 착오청구
75		**기타 반송('심사청구서·명세서 등 반송증'의 반송사유 참조)**
	00	기타 반송('심사청구서·명세서 등 반송증'의 반송사유 참조)
	02	요양기관 요청에 의한 청구 반송
81		**명세서 건수의 30% 이상 심사불능**
	01	명세서 건수의 30% 이상 심사불능
SS		**시범사업 관련 착오청구**
	01	재활의료기관 시범사업 심사청구서의 시범사업 시행 전 청구 또는 적용기간 불일치

나. 심사불능

코드	세부코드	내 역
02		**보장기관기호 기재누락 또는 기재착오, 건강보험 미등재 신생아 명세서의 가입자 성명 및 증번호 기재누락 등**
	01	명세서 보장기관기호 기재누락 또는 기재착오
	02	의료급여 또는 소외계층 무료진료 명세서 보장기관기호 기재착오
	03	폐업된 보장기관기호 기재
	06	심사청구서·명세서 보험자종별구분 기재착오
	07	심사청구서·명세서 보험자종별구분 불일치
	08	건강보험 미등재 신생아 명세서의 가입자 성명 및 증번호 기재누락
04		**상병분류기호, 약국 직접조제 증상분류기호 기재누락 또는 기재착오, 가정간호 요양급여비용 등 착오청구**
	00	치식 기재착오 또는 기재누락
	01	가정간호 미지정 요양기관에서 가정간호 요양급여비용 청구
	04	명세서 상병분류기호 기재누락 또는 기재착오
	05	질병이환 및 사망의 외인코드(V01-Y98)를 주상병으로 청구
	07	약국 직접조제 명세서 증상분류기호의 대분류 기재착오
	08	약국 직접조제 명세서 증상분류기호의 소분류 기재착오
	09	약국 직접조제 명세서 증상분류기호 기재누락 또는 기재형식 착오
	11	명세서 상병분류구분 기재누락 또는 기재착오
	12	명세서 상병분류구분 주상병 구분코드 미존재 또는 2개 이상 존재
	14	발사르탄 성분함유 의약품 교환 관련 착오청구
	15	유해성분 함유 문제의약품 재처방·재조제 관련 착오청구
06		**보건기관명세서 진료과코드 기재착오, 보건기관에서 의료급여정액(정신건강의학과 정액, 혈액투석 정액) 진료분 청구, 조산원명세서 조산구분 기재착오 등**
	03	조산원 명세서 조산구분 기재착오
	06	보건기관에서 의료급여 정액(정신건강의학과 정액, 혈액투석 정액) 진료분 청구
	52	보건기관 명세서(보건소, 보건지소) 진료과코드 기재착오
	53	보건기관 명세서(보건진료소) 진료과코드 기재착오
08		**요양개시일 기재착오, 명세서 접수일 이후의 진료분 청구, 약국 처방조제 명세서 처방전 교부번호 미기재 등**
	01	명세서 요양개시일 유형(CCYYMMDD) 기재착오
	02	명세서 요양개시일 보다 접수일이 빠른 경우
	03	명세서 접수일 이후의 진료분 청구
	04	약국 처방조제 명세서 처방전 교부번호 기재누락
	05	명세서 상병내역 요양개시일 유형(CCYYMMDD) 기재착오

코드	세부 코드	내 역
10		**명세서 수진자 주민등록번호, 수진자 성명, 가입자(세대주) 성명 기재누락 또는 기재착오, 산정특례 대상자 등 등록정보 기재누락 또는 기재착오, 출생일 이전 진료분 청구 등**
	01	출생일 이전 진료분 청구(명세서 요양개시일이 출생일보다 빠른 경우)
	02	명세서 수진자 주민등록번호 기재누락 또는 기재착오(건강보험)
	06	명세서 수진자 성명 기재누락(건강보험)
	07	명세서 수급권자 주민등록번호 기재누락 또는 기재착오(의료급여)
	08	명세서 세대주 성명 또는 수급권자 성명 기재누락(의료급여)
	09	중증질환 및 희귀질환·중증난치질환, 결핵 산정특례대상자의 등록번호 기재누락 또는 국민건강보험공단의 산정특례대상자 등록정보와 상이(건강보험)
	10	중증질환 및 희귀질환·중증난치질환, 결핵 산정특례대상자의 등록번호 기재누락 또는 국민건강보험공단의 산정특례대상자 등록정보와 상이(의료급여)
	11	틀니 급여대상이 아닌 경우 또는 타 진료내역과 동시 청구
	12	명세서 틀니 등록번호 기재누락 또는 국민건강보험공단의 등록정보와 상이
	13	틀니 유지관리 급여대상이 아닌 경우 또는 타 진료내역과 동시 청구
	14	임플란트 급여대상이 아닌 경우 또는 타 진료내역과 동시 청구
	15	명세서 임플란트 등록번호 기재누락 또는 국민건강보험공단의 등록정보와 상이
	16	외국인근로자 등 의료지원 관련 명세서 진료과목 기재착오
	17	명세서 조산아 및 저체중출생아 등록번호 기재누락 또는 국민건강보험공단의 등록정보와 상이(건강보험)
	18	조산아 및 저체중출생아 정보 기재누락 또는 기재착오(의료급여)
	19	난임진료 급여대상이 아닌 경우(건강보험)
11		**보훈병원, 보훈위탁진료 또는 국가무료진료 지정 이외 요양기관에서 청구 등**
	01	약국 처방조제 명세서 보훈감면(공상 등 구분: 3, 5, 6, J) 기재착오
	02	약국 직접조제 명세서 보훈국비환자, 보훈감면환자인 경우
	03	보훈감면환자 약국 조제분의 심사결정 보험자부담액이 청구 보험자부담액(청구액)보다 큰 경우
	05	보훈위탁진료 미지정 요양기관에서 보훈국비환자 진료분 청구
	06	보훈위탁진료 요양기관 보훈국비환자(상이처, 무자격자)의 심사청구서 보험자종별과 명세서 '공상 등 구분' 불일치
	08	보훈위탁진료 요양기관 보훈국비환자 진료분의 EDI 서식버전 착오청구
	09	국가무료진료 지정기관이 아니면서 국가무료진료분 청구
	11	보훈병원 이외의 요양기관에서 보훈 국비환자 진료분(공상 등 구분: B, D) 청구
	13	보훈병원 보훈국비환자 '공상 등 구분' 기재착오 또는 기재누락
	14	약국 직접조제 명세서에 외국인근로자 등 의료지원 내역 청구

코드	세부코드	내 역
	15	약국의 소외계층 의료비 서비스 지원 이전 조제분 청구(2012.4.1.이전)
	16	노숙인 진료기관이 아니면서 노숙인 1종 진료분 청구
	17	3차 의료급여기관이 아니면서 3차 의료급여기관을 이용하는 노숙인 1종으로 청구
	18	보훈 감면환자 약국 조제분의 심사결정 100분의100미만 보험자부담액이 청구 100분의100미만 보험자부담액(청구액)보다 큰 경우
	19	2014.7.9. 이후 진료분 보훈환자 치과 임플란트 본인일부부담금 기재누락 또는 2018.1.1. 이후 진료분 보훈환자 치과 임플란트 특정내역 MT038에 '1' 기재한 경우
12		**요양기관 개설일 전, 폐업일 이후 또는 전후 진료분 미분리 청구, 휴업기간 중 진료분 청구, 행정처분기간 중 청구, 근무 의(약)사 없는 기간 중 진료(조제)분 청구, 소멸시효기간 만료일 전후 진료분 등**
	00	소멸시효기간 만료일 전·후 진료분
	01	요양기관의 휴업기간 중 진료분 청구
	02	요양기관 개설일 전, 폐업일 이후 또는 전·후 진료분 미분리 청구(의료급여)
	03	요양기관 개설일 전, 폐업일 이후 또는 전·후 진료분 미분리 청구(건강보험, 보훈)
	04	요양기관의 행정처분기간 중 진료분 청구(의료급여)
	05	요양급여비용 심사청구서·명세서의 '청구처' 착오 청구
	06	요양기관의 행정처분기간 중 진료분 청구(건강보험)
	07	요양기관의 근무 의(약)사 없는 기간 중 진료(조제)분 청구
	08	요양기관의 의료인력 출국으로 요양기관의 근무 의(약)사 없는 기간 중 진료(조제)분 청구
	10	의·치과(한의과) 요양기관에서 한의과(의·치과) 진료과목 및 근무의사 없는 기간 중의 진료분 청구
	11	개방병원 계약기관 기재누락 또는 기재착오, 계약기간 외 진료분 청구
	12	요양기관의 종별가산율 변경 전·후 미분리 청구
	13	요양기관의 행정처분기간 중 진료분 청구(보훈)
13		**상해외인코드 기재착오 등**
	01	상해외인코드 'J' (사회복지 시설의 계약의사 등 진료) 대상 외의 진료분인 경우
	02	상해외인코드 'J' (사회복지 시설의 계약의사 등 진료) 명세서의 내원일 비교 원외처방전 건수 또는 직접조제횟수 상이
	03	사회복지시설의 계약의사 또는 협약의료기관 이외이거나 계약기간 외 진료인 경우
	04	상해외인코드 'J'(사회복지 시설의 계약의사 등 진료) 대상 진료분과 이외 진료분 미분리 청구
	05	상해외인코드(M, N, O, Q, R, S, T, U) 기재착오
14		**공단 이의신청에 의한 지급보류건**
	00	공단 이의신청에 의한 지급보류건

코드	세부 코드	내 역
15		**차상위 본인부담경감대상자 진료분의 미분리 작성, '공상 등 구분, 진찰횟수' 기재착오 등**
	01	건강보험 이외 명세서에 차상위 본인부담경감대상자(공상 등 구분: E, F) 기재착오
	04	차상위 본인부담경감대상자 예약검사 진료 시 진찰료 청구
	07	차상위 본인부담경감대상자 정신질환 이외의 상병으로 입원진료 시 특정기호 'F007' 기재착오
	08	차상위 본인부담경감대상자가 아니면서 상해외인코드 'H'(차상위 예약검사) 기재착오
16		**내원(입원)일수가 요양급여일수보다 큰 경우, 해당 명세서의 최초 내원일자와 요양개시일자 상이, 초·재진 가산횟수 기재누락 또는 기재착오, 내원일수·요양급여일수 기재누락 또는 기재착오 등**
	00	초·재진 가산횟수 기재착오 또는 기재누락, 내원(입원)일수, 요양급여일수, 투약일수 기재착오
	01	내원(입원)일수 기재누락
	02	요양급여일수 기재누락
	03	내원(입원)일수가 요양급여일수보다 큰 경우
	04	초진진찰료 가산횟수가 초진진찰횟수보다 큰 경우
	05	재진진찰료 가산횟수가 재진진찰횟수보다 큰 경우
	06	서면명세서의 처방전 총 처방일수 기재누락
	07	보건기관 진찰횟수 기재누락
	08	약국 처방조제 명세서의 처방전 교부번호별 투약일수 기재누락
	09	명세서 내원일자 기재착오
	10	명세서 최초 내원일자와 요양개시일자 상이
	18	외래명세서의 내원일수 '1' 초과 청구
	19	의료급여 정신건강의학과 정액 명세서 입(내)원일수 비교 진료내역의 정액수가 총투여일수의 합과 상이 또는 1일투여량, 투여(실시)횟수 '1' 초과 기재 (2009.1.1. 진료분부터)
	21	조혈모세포이식 진료기간 초과 명세서 착오청구
18		**요양(의료)급여비용총액보다 조정액이 많은 경우 등**
	01	요양급여비용총액(진료비총액)과 100분의100미만총액의 합보다 조정액이 많은 경우(건강보험)
	02	의료급여비용총액(진료비총액)보다 조정액이 많은 경우(의료급여)
	03	특수장비총액 또는 특수재료총액보다 조정액이 많은 경우(건강보험, 의료급여), 보훈 100분의100본인부담총액보다 100분의100본인부담 조정액이 많은 경우
	04	보훈 CT총액보다 CT 조정액이 많은 경우(의료급여)
	05	보훈 비급여 본인부담 총액보다 비급여 조정액이 많은 경우(건강보험, 의료급여)
	06	보훈 MRI총액보다 MRI조정액이 많은 경우(의료급여)

코드	세부코드	내 역
	07	투약료총액보다 조정액이 많은 경우(건강보험, 서면)
	09	보훈 특수장비총액보다 특수장비총액 조정액이 많은 경우[보훈위탁진료 요양기관 보훈국비(의료급여 수급권자), 소외계층 무료진료분]
	12	청구 U항 총액보다 조정 U항 조정액이 많은 경우
19		**처방전 내역 및 조제내역 관련 착오사항, 처방내역 누락, 처방전교부번호 기재누락**
	00	처방전 내역 및 조제내역 관련 착오사항, 처방내역 누락, 처방전교부번호 기재누락
20		**의약분업 예외 대상기준(대상기관 및 수진자, 지역, 의약품 등) 미준수 사항**
	00	의약분업 예외 대상기준(대상기관 및 수진자, 지역, 의약품 등) 미준수 사항
22		**요양급여비용총액 1 및 서면서식의 소계 Ⅰ, Ⅱ 누락 청구**
	00	요양급여비용총액 1 및 서면서식의 소계 Ⅰ, Ⅱ 누락 청구
23		**약국 처방조제분의 처방전 교부일자가 조제투약일자 보다 큰 경우, 처방전 교부년월이 요양개시년월과 다른 경우, 처방전 교부번호 기재착오, 약국 처방내역 누락 등**
	01	처방전 교부번호 자릿수 기재착오
	02	처방전 교부번호의 '교부일자' 기재착오
	03	처방전 교부번호의 '일련번호' 기재착오
	07	약국 처방조제분의 처방전 교부일자가 조제투약일자 보다 큰 경우
	09	처방전 교부년월이 요양개시년월과 다른 경우
	10	약국 조제투약내역의 조제구분(수정, 대체, 변경 등) 기재시 처방내역 누락
	11	약국 명세서에 특정내역 구분코드 'CT002' 기재
	12	약국 본인부담률 차등 적용 명세서 처방전 발행기관 또는 특정기호 기재착오
	51	약국 처방조제 서면 명세서의 처방전 교부번호 중복
24		**성별과 다른 진료 등**
	01	성별과 다른 진료(남자에게만 발생하는 상병을 여자에게 기재)
	02	성별과 다른 진료(여자에게만 발생하는 상병을 남자에게 기재)
	03	상해외인코드 'D'(고위험임신부, 자연분만 및 제왕절개분만 입원기간 중 타상병 진료분) 착오기재
	51	성별과 다른 진료(보건진료소 제외)
	52	보건기관(보건진료소 제외) 중 피임시술기관이 아니면서 피임시술한 경우
	53	보건진료소 피임시술기관이 아니면서 피임시술한 경우
25		**동일 처방전 교부번호 내 처방내역 줄번호 중복 기재**
	01	동일 처방전 교부번호 내 처방내역 줄번호 중복 기재
26		**본인부담금 상이건의 청구내역 미분리 작성, 본인부담 감면 명세서 착오청구 등**
	00	보건기관 방문당 투약일수별 본인부담금 상이건의 청구내역 미분리 작성

코드	세부 코드	내 역
	06	건강보험 이외 명세서에 '공상 등 구분' 'C', 'H' 또는 'G' 기재
	10	산정특례 대상자 진료비 명세서의 특정기호 기재착오
	15	T항(특수재료 및 관련 행위료) 착오청구
	16	의원급 만성질환자 재진진찰료 경감대상 이외 진료분 청구
	19	선별급여(100분의100미만) 적용 전에 A, B, D, E항이 청구된 경우
	20	선별급여(100분의100미만) 적용 대상 제외(보건기관, 조산원 등) 명세서에 A, B, D, E항이 청구된 경우
	21	중동호흡기증후군(MERS) 진료비 지원 관련 착오청구
	22	호스피스 본사업 시행일 전·후 진료분 청구 등
	23	호스피스 사업 적용제외 대상 명세서 청구
	24	고위험 임신부 입원진료 본인부담률 변경 전·후 진료분 미분리 청구
	25	중증 외상환자 산정특례 특정기호(V273) 착오청구
	26	여성 청소년 대상 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰·상담사업 지원 명세서 착오청구
	27	16일 이상 장기입원 본인부담 감면 적용제외 명세서 착오청구
	28	제왕절개분만에 대한 입원진료 본인부담 감면 적용제외 명세서 착오청구
	29	중증 뇌경색증 환자 산정특례 특정기호(V275) 착오청구
	30	임신부 외래진료 본인부담 감면 적용제외 명세서 착오청구(건강보험)
	31	임신부 외래진료 본인부담 감면 대상자 기재누락 또는 기재착오(의료급여)
	32	뇌사자 장기기증자(공여자)의 진료분 착오청구
	33	중증치매 대상자 기재누락 또는 기재착오(의료급여)
	34	일반검진 후 진료·확진검사 관련 명세서(특정기호 F022) 착오청구
	35	의료급여 상한일수 초과 미승인자 특정기호(F023) 또는 본인부담구분코드(B014) 착오기재
	36	코로나바이러스감염증-19 관련 진료비 지원 명세서 착오청구
	37	코로나바이러스감염증-19 관련 진료비 미지원 명세서 착오청구
	38	상급종합병원 경증환자 재진 외래 명세서(특정기호 F025) 착오청구
	39	상급종합병원 경증환자 재진 외래 분리청구 명세서(특정내역 MT065 'A') 착오청구
	40	코로나바이러스감염증-19 재택치료 진료비 지원 명세서 착오청구
	41	건강진단결과서 한시적 건강보험 적용 관련 명세서 착오청구
	42	코로나바이러스감염증-19 외래진료센터 진료비 지원 명세서 착오청구
	43	코로나바이러스감염증-19 노인요양시설 또는 정신요양(재활)시설 또는 장애인거주시설 방문진료비 지원 명세서 착오청구
	44	코로나바이러스감염증-19 진단검사 진료비 지원 명세서 착오청구

코드	세부코드	내 역
	45	코로나바이러스감염증-19 약국 처방조제 명세서 착오청구
	46	코로나바이러스감염증-19 요양시설 입소자 진료비 지원 명세서 착오청구
	47	이태원 사고 의료비 지원 명세서 착오청구
	48	상급종합병원 경증환자 초진 외래명세서(특정기호 F026) 착오청구
	49	자립준비청년 의료비지원 진료 명세서(F028) 착오청구
28		**입원명세서 분리청구분 최초입원개시일 기재누락 또는 착오기재, 추가청구, 보완청구, 분리청구분의 당초 명세서 접수번호 또는 명세서 일련번호 기재누락**
	01	추가청구, 보완청구, 분리청구분의 당초 청구한 명세서 접수번호 또는 명세서 일련번호 기재누락
	02	입원 명세서 분리청구분의 최초입원개시일 기재누락 또는 착오기재
	03	보완청구건의 심사불능 사유코드 기재누락 또는 기재착오
	04	보훈병원 국비보험(급여) 2차 명세서분의 1차 명세서 접수번호 또는 명세서 일련번호 기재누락
30		**심사청구서와 명세서의 청구구분(보완청구, 추가청구 등) 불일치**
	02	심사청구서와 명세서의 청구구분(보완청구, 추가청구 등) 불일치
34		**심사청구서 진료년월과 명세서 요양개시년월 또는 조제투약년월 불일치 등**
	02	심사청구서 진료년월과 명세서 요양개시년월 또는 조제투약년월 불일치
	03	심사청구서 진료년월과 명세서 처방내역의 처방전 교부년월 상이
	04	심사청구서 진료년월·청구단위구분과 명세서의 내원일(조제투약일) 불일치
	05	요양병원 장기환자입원 심사청구서의 진료년월과 명세서 요양개시년월 또는 요양종료년월 불일치
35		**심사결과 통보 후 국민건강보험공단의 지급불능 건**
	30	의료급여 대상자 청구
	31	일반사항 기재 누락
	34	자격상실자 건강보험증 반납일 이후 진료
	35	정액·정률 착오청구
	37	처방전 및 약국 관련 착오청구
	38	남여 성별 진료내역이 상병명과 불일치
	41	군병원 진료제외 대상자 진료분 청구('94.7.8.)
	42	사업장부속요양기관, 요양급여제외 대상자 요양급여
	45	지정일외 진료분 청구
	46	공급자 기호 또는 공급내역 불일치
	51	산정특례 적용기간 오류

코드	세부 코드	내 역
	52	의약분업 예외지역, 예외구분 항목 기재 없이 약제비 청구
	63	공상건 중 비정상 공상으로 판단 건
	64	국가유공자(유가족) 건강보험 무자격기간 진료비
	74	특별재난 지원 비대상 진료비
	83	건강보험 무자격기간 진료비
	84	차상위 자격 불일치
	86	외국인등 보험료 체납
	87	보험료체납 후 급여제한자 진료비 청구
	91	비대면 진료 대상이 아닌 진료비 청구(섬벽지, 장애인, 장기요양등급)
	92	자립준비청년 자격 불일치
	96	로사르탄 진료비-재청구 절대금지(추후 제약사에서 지급)
	97	노인틀니 등록 요양기관 불일치
	98	임플란트 등록 요양기관 불일치
36		**국민건강보험공단 의료급여 수급권 점검 후 지급불능**
	31	수급권자 자격책정 전 발생된 의료급여비용 청구
	32	수급권자 자격책정제외 후 발생된 의료급여비용 청구
	41	중증, 희귀질환 및 중증난치 등록기간 외에 경감적용
	91	비대면 진료 대상이 아닌 진료비 청구(섬벽지, 장애인, 장기요양등급)
	96	로사르탄 진료비(재청구 비대상)-추후 제약사에서 진료비총액 지급
38		**연령비교 납득 곤란한 상병, 본인부담 감면 특정기호 착오기재**
	01	연령비교 납득 곤란한 상병
	02	6세 이상이면서 특정기호 ‘F004’ 기재(신포괄 포함)
	03	15세 이하 아동 입원 특정기호 착오기재
	04	1세 미만 아동 외래 특정기호 ‘F024’ 착오기재
	05	1세 미만 만성질환자 본인부담구분코드 기재착오(의료급여)
40		**부정확한 상병명 기재, 정신질환 이외 상병 진료 후 의료급여 정신건강의학과 정액 진료비 청구 등**
	00	부정확한 상병명 기재
	01	정신질환(F00~F99, G40~G41) 이외 상병 진료 후 의료급여 정신건강의학과 정액 진료비 청구
	02	정신질환(F00~F99, G40~G41) 상병 진료 후 행위별 청구
42		**요양급여내역 기재누락 또는 의료인 면허정보와 인력신고 현황 불일치 등**
	00	요양급여내역(약제, 처치 및 수술, 검사 등) 기재누락 등

코드	세부 코드	내 역
	03	내시경적 점막하 박리절제술(ESD) 전액본인부담 시 시술 내역 및 시술의사 내역 기재누락 또는 기재착오
	04	진료결과 기재누락 또는 기재착오
	05	주상병에 의료인 면허정보 기재누락 또는 단순 기재착오 (명세서 서식과 면허종류가 맞지 않는 경우, 면허번호 자릿수 착오)
	06	외래진찰료 및 약국 조제기본료에 의료인 면허정보 기재누락 또는 단순 기재착오 (청구서식과 면허종류가 맞지 않는 경우, 면허번호 자릿수 착오, 진찰료 총 개수와 면허번호 개수가 맞지 않는 경우)
	07	주상병에 기재된 의료인 면허정보와 인력신고현황 불일치(미신고, 청구일자 이후에 신고, 외래 명세서 요양개시일이 입사일자 이전이거나 최종근무일자 이후인 경우)
	08	외래진찰료 및 약국 조제기본료에 기재된 의료인 면허정보와 인력신고현황 불일치(미신고, 청구일자 이후에 신고, 요양개시일이 입사일자 이전이거나 최종근무일자 이후인 경우)
	09	주상병에 기재된 의료인 면허정보와 출입국 내역 비교 해당 의료인이 없는 기간 중 진료분 청구
	10	외래진찰료 및 약국 조제기본료에 기재된 의료인 면허정보와 출입국 내역 비교 해당 의료인이 없는 기간 중 진료분 청구
	11	주상병에 기재된 의료인 면허정보와 휴가신고현황 비교 해당 의료인이 없는 기간 중 진료분 청구
	12	외래진찰료 및 약국 조제기본료에 기재된 의료인 면허정보와 휴가신고현황 비교 해당 의료인이 없는 기간 중 진료분 청구
	13	질병군 초음파 수가에 기재된 의료인 면허정보 기재누락 또는 단순 기재착오
	14	질병군 초음파 수가에 기재된 의료인 면허정보와 인력신고현황 불일치
	15	주상병에 기재된 의료인 면허정보 확인 결과 행정처분기간 중 진료분 청구
	16	외래진찰료 및 약국 조제기본료에 기재된 의료인 면허정보 확인 결과 행정처분기간 중 진료분 청구
	17	질병군 마취통증의학과 전문의 초빙료에 기재된 의료인 면허정보와 인력현황 불일치
	18	질병군 마취통증의학과 전문의 면허정보 기재누락 또는 단순 기재착오
44		**재료대 내역 기재누락 및 특정 치료재료대 정형화 청구**
	00	재료대 내역 기재누락 및 특정 치료재료대 정형화 청구
46		**상병명과 요양급여내역 또는 증상분류기호와 조제투약내역 불일치**
	00	상병명과 요양급여내역 또는 증상분류기호와 조제투약내역 불일치
48		**항암면역요법제 1일 투여량 및 투여기간 기재착오**
	00	항암면역요법제 1일 투여량 및 투여기간 기재착오
49		**명세서의 '1회투약량' 기재착오**
	00	명세서의 '1회투약량' 기재착오

코드	세부 코드	내 역
50		**내원일수가 처방전 횟수보다 적은 경우, 보건기관 처방전 교부횟수와 방문횟수 상이 등**
	01	처방전 교부일자와 내원일자 상이(건강보험)
	02	처방내역이 존재하면서 처방전 교부횟수와 방문횟수 상이(보건기관)
	04	방문횟수와 물리치료일수 상이(보건기관)
	07	처방전 교부일자와 내원일자 상이(의료급여)
	08	내원일수가 처방전 횟수보다 적은 경우(의료급여 정신건강의학과 정액)
	51	내원일수와 요양급여일수 상이(보건기관)
	52	투약일수와 요양급여일수 상이(보건기관)
52		**수가변경 전·후 미분리 청구 등**
	00	수가변경 전·후 미분리 청구
	09	의료급여 식대 본인부담금 변경 관련 명세서 미분리
	10	3차 상대가치 개편 시행일 전·후 미분리 청구
54		**약국 본인일부부담 산정특례 대상 조제분과 미대상 조제분 미분리 청구**
	00	약국 본인일부부담 산정특례 대상 조제분과 미대상 조제분 미분리 청구
56		**급여, 비급여 상병 진료분 또는 급여, 비급여 대상 약제 조제분 동시 청구**
	00	급여, 비급여 상병 진료분 또는 급여, 비급여 대상 약제 조제분 동시 청구
58		**입원, 외래 진료분 합산청구**
	00	입원, 외래 진료분 합산청구
60		**계산착오, 청구 요양급여비용총액이 청구 본인일부부담금 또는 청구액보다 적은 경우, 청구액 및 본인일부부담금이 '0'인 경우(보훈 국비환자 진료분 제외), 질병군 식대 기재착오 등**
	00	계산착오
	02	대불금, 장애인기금 동시 청구(의료급여 2종, 의료급여 2종 장애인 2차 진료분)
	03	요양급여비용총액 1이 본인일부부담금 또는 청구액보다 적은 경우
	04	요양급여비용총액 1이 특수장비총액 또는 특수재료총액보다 적은 경우
	05	청구액, 본인일부부담금, 100분의100미만 청구액, 100분의100미만 본인일부부담금이 '0'인 경우
	06	명세서 서식 착오
	07	청구 요양급여비용총액 1과 청구 100분의100미만총액의 합이 심결 요양급여비용총액 1과 심결 100분의100미만총액의 합보다 적은 경우
	12	청구 의료급여비용총액 2가 심결 의료급여비용총액 2보다 적은 경우
	15	요양급여비용총액 1이 본인부담상한액초과금보다 적은 경우
	18	보훈국비환자, 외국인근로자 등 의료지원 사업 관련 진료분 본인일부부담금 청구

코드	세부코드	내 역
	19	보훈국비환자, 외국인근로자 등 의료지원 사업 관련 진료분 요양급여비용총액 2(진료비총액)가 요양급여비용총액 1보다 적은 경우
	20	보훈 등 100분의100 본인부담(V항), 비급여 진료분 청구(신포괄, 보훈위탁진료 요양기관 보훈국비환자, 외국인근로자 등 의료지원 사업 이외 진료분 해당)
	22	질병군 식대 기재착오
	23	보훈병원 보훈국비환자 진료분 요양급여비용총액 2(진료비총액), 청구액 등 기재착오
	24	지원금, 본인일부부담금, 본인부담상한액초과금 등 누락 또는 착오산정
	26	질병군 100분의100 기재착오
	27	질병군 보훈국비환자 100분의100 기재착오
	28	질병군 보훈국비환자 비급여 기재착오
	29	질병군 외과전문의 가산 기재착오
	30	본인부담상한액초과금이 본인일부부담금보다 큰 경우
	31	진료비 총액 계산 착오
	33	질병군 별도산정(비포괄) 항목 산정착오 또는 기재착오
	34	질병군 초음파검사 수가 기재누락 또는 기재착오
	35	100분의100미만 총액이 100분의100미만 본인일부부담금 또는 100분의100미만 청구액보다 적은 경우
	36	질병군 입원료 산정과 요양기관 현황신고내역 불일치
	37	질병군 입원료 산정착오 또는 기재착오
	38	질병군 선별급여 항목의 산정착오 또는 기재착오
	39	질병군 급여항목 산정착오 또는 기재착오
	40	잠복결핵감염 검진비 지원관련 지원금 등 기재누락 및 산정착오
	41	질병군 마취통증의학과 전문의 초빙료 산정착오 또는 기재착오
	42	질병군 주된 수술외에 실시한 수술의 수기료 산정착오 또는 기재착오
	43	수정체수술 질병군과 동시에 실시한 유리체흡인술 등 수기료 산정착오
	44	편도 및 아데노이드절제술 질병군과 동시에 실시한 아데노이드절제술 산정착오
	45	복수 항문 수술 질병군과 동시에 실시한 기타 항문 수술 또는 주요 항문 수술 산정착오
	46	질병군 주된 수술을 추가 실시한 수술로 착오산정
	47	질병군 의료질평가지원금 수가 산정착오 또는 기재착오
	48	잠복결핵감염 치료비 지원관련 지원금 등 기재누락 및 산정착오
	49	질병군 전문병원 관리료 등 수가 산정착오 또는 기재착오
	50	질병군 응급의료수가 산정착오 또는 기재착오
	51	통증자가조절법(PCA) 산정착오 또는 기재착오

코드	세부 코드	내 역
	52	제왕절개분만 진료의 특정기호 기재착오 및 기재누락
	53	질병군 입원환자 전담전문의 관리료 산정착오 또는 기재착오
	54	질병군 감염예방·관리료 산정착오 또는 기재착오
	55	질병군 야간전담간호사 관리료 산정착오 또는 기재착오
	56	질병군 환자 안전관리료 산정착오 또는 기재착오
	57	질병군 고위험임산부 집중치료실 입원료 등 산정착오 또는 기재착오
	58	질병군 수술 전후 교육상담료 및 심층진찰료 산정착오 또는 기재착오
	59	질병군 신속대응시스템 운영료 산정착오 또는 기재착오
	60	질병군 명세서 인공수정체 제외금액 유형 기재누락 또는 기재착오
	61	질병군 명세서 야간간호료 산정착오 또는 기재착오
	62	질병군 명세서 원격협의진찰료 산정착오 또는 기재착오
	63	질병군 명세서 회송료 산정착오 또는 기재착오
	64	질병군 요양급여비용 열외군 행위별 진료내역 기재누락 및 기재착오
	65	질병군 필수의료정책 소아수가 산정착오 또는 기재착오
	66	질병군 공공정책수가 급여 항목 산정착오 또는 기재착오
	67	질병군 비상진료 정책지원금 산정착오 또는 기재착오
	68	질병군 응급의료 관련 한시적 수가 산정착오 또는 기재착오
61		**보건기관 청구 요양(의료)급여비용총액 1이 심결 요양(의료)급여비용총액 1보다 적은 경우, 보건기관 요양급여비용총액 1 계산착오**
	00	보건기관 요양급여비용총액 1 계산착오
	51	청구 요양(의료)급여비용총액 1이 심결 요양(의료)급여비용총액 1보다 적은 경우(보건기관)
62		**전산청구착오 등**
	00	전산청구착오
	07	의료급여 정액 진료분을 정액(조산, 보건기관, 정신건강의학과 정액) 이외 명세서에 청구
63		**질병군 분류번호 누락 또는 청구 질병군 분류번호와 심사결정 질병군 분류번호가 상이, 요양병원 장기환자입원 명세서의 정액수가코드 누락 또는 상이 등**
	01	질병군 분류번호 누락 또는 청구 질병군 분류번호와 심사결정 질병군 분류번호가 상이
	02	요양병원 장기환자입원 명세서의 정액수가코드 누락, 환자평가표와 요양병원 장기환자입원 명세서의 정액수가코드 상이, 요양병원·호스피스 정액수가 항, 목 착오청구
	03	요양병원 장기환자입원 명세서의 동일월 내 정액수가코드 상이
	04	요양병원 장기환자입원 명세서의 L항 이외에 선택입원군이 청구된 경우

코드	세부 코드	내 역
	05	시범사업(호스피스수가, 신포괄수가 등)에서 L항 81~94목 기재누락
	06	호스피스 정액입원명세서에 L항 81~94목 기재누락
	07	요양병원 이외의 기관에서 요양병원 장기환자입원(진료형태 “A”) 청구
	08	선택입원군 관련 특정기호 ‘F006’ 착오기재
	09	요양병원 장기환자 정액입원명세서에 L항 81~94목 기재누락
64		**기타 사유(‘심사내역통보문’ 참조) 등**
	00	기타 사유(‘심사내역통보문’ 참조)
	03	요양병원 장기환자입원 명세서의 특정내역 구분코드 JT007, MT010, MT011, MT058 내역 기재누락 또는 기재형식 착오기재
	04	요양기관 요청에 의한 심사불능
	05	보훈위탁병원 국비진료 지원 항목 V항 또는 W항 산정기준 이외 착오청구
	06	요양급여비용 본인일부부담 항목을 U항(건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액)에 청구
	07	선별·예비급여 A, B, D, E항 산정기준 이외 착오청구
	08	보훈위탁병원 국비진료 진료항목을 V항 또는 W항 이외에 청구
	09	임상연구정보서비스(CRIS) 등록번호 기재형식 착오기재
65		**질병군 청구대상이 아닌 진료분 청구 또는 요양병원 서식 착오청구 등**
	01	질병군 청구대상이 아닌 진료분 청구
	02	요양병원 장기환자 입원명세서 등 정액·정률 구분 착오
	03	요양병원, 호스피스의 정액수가 적용제외 상병 진료분 청구
	05	요양병원 장기입원환자 명세서의 특정기간 대상자가 제외환자 서식에 청구된 경우
	06	요양병원 낮병동 입원환자가 장기환자 서식에 청구된 경우
	07	질병군 명세서의 입원일수 30일 초과 청구
	09	질병군 명세서의 질병군 분류내역 기재착오
	10	질병군 명세서의 포괄내역 기재누락
	11	질병군 명세서의 야간 및 공휴가산의 수술일과 수술시각 기재누락 또는 기재착오
	12	질병군 명세서의 입원 시 상병 유무 기재누락 또는 기재착오
	13	질병군 명세서의 분리청구건의 최초입원개시일 기재누락 또는 기재착오 (입원일부터 질병군 수술일까지 7일 미만)
	14	질병군 명세서의 의료의 질 점검표 기재누락 또는 기재착오
66		**약국 처방조제분 조제투약일이 ‘처방전 사용기간’을 초과한 경우 등**
	01	약국 처방조제분 ‘처방전 사용기간’ 기재착오
	05	약국 처방조제분 조제투약일이 ‘처방전 사용기간’을 초과한 경우

코드	세부 코드	내 역
67		**질병군별 포괄수가 대상 진료분의 요양급여비용총액 1, 본인일부부담금, 보험자부담금, 본인부담상한액초과금, 요양급여비용총액 2(진료비총액), 보훈청구액, 100분의100총액, 비급여총액 기재누락 또는 기재착오**
	01	질병군 명세서의 요양급여비용총액 1 기재누락 또는 기재착오
	02	질병군 명세서의 본인일부부담금, 장애인의료비 및 지원금 기재누락 또는 기재착오
	03	질병군 명세서의 청구액 기재누락 또는 기재착오
	04	질병군 명세서의 본인부담상한액초과금 기재누락 또는 기재착오
	05	질병군 명세서의 요양급여비용총액 2(진료비총액), 보훈청구액, 100분의100총액, 비급여총액 기재누락 또는 기재착오
	06	질병군 보훈환자 상이등급 7급 일반질환의 (보훈)본인일부부담금 등 기재누락 또는 기재착오
	08	질병군 건강보험 급여제한자의 청구액, 본인일부부담금, 장애인의료비 및 지원금 기재누락 또는 기재착오
	10	질병군 명세서의 100분의100미만총액, 본인일부부담금, 청구액, 보훈청구액 기재누락 또는 기재착오
	11	보훈병원 감면대상자의 본인일부부담금, 보훈청구액 기재누락 또는 기재착오
	12	질병군 명세서의 포괄수가 기재누락 또는 기재착오
	13	질병군 요양급여비용 열외군 산정착오
68		**질병군별 포괄수가 대상 진료분을 행위별 수가로 청구**
	01	질병군별 포괄수가 대상 진료분을 행위별 수가로 청구
69		**2건 이상 발생될 수 없는 질병군별 요양급여비용 청구 등**
	01	2건 이상 발생될 수 없는 질병군별 요양급여비용 청구
	04	신생아(생후 28일까지 또는 1세 미만이면서 입원시 체중이 2,500g 미만인 소아)의 질병군 청구
	05	제왕절개분만 후 자궁동맥색전술 또는 자궁내풍선확장술 질병군 청구
	06	질병군 명세서의 복강경 관련 수가 산정착오 또는 기재착오
	07	질병군 명세서 산부인과 가산점수 산정 착오
	08	질병군 명세서 원형자동문합기 치료재료 신고 누락
	09	질병군 명세서 신의료기술 등 비급여(로봇 보조 수술)의 기재착오
	10	질병군 명세서 인공수정체 재료대 기재누락 또는 기재착오
	11	질병군 명세서 연령비교 진단분류기호 부여착오
	12	질병군 명세서 복수 항문 수술 산정 착오
70		**요양병원 선택입원군 관련 특정기호(F006), 정액수가 등 기재누락 또는 기재착오**
	01	요양병원 선택입원군(특정기호 F006) 명세서에 정액수가 기재누락
	02	요양병원 선택입원군 정액수가 청구 명세서에 특정기호 'F006' 기재누락 (타법령 본인부담률 적용 이외 선택입원군)

코드	세부 코드	내 역
71		**요양병원 환자평가표 누락, 기재착오 등**
	08	요양병원 장기환자입원 명세서의 특정내역 구분코드 MT010, MT011 기재시 폐렴/패혈증 상병 누락
	09	요양병원 장기환자입원 명세서의 특정내역 구분코드 MT010, MT011, MT058 기재내역과 기준 불일치
	10	요양병원 장기환자입원 명세서의 특정내역 구분코드 MT010, MT011, MT058 진단일 또는 시행일과 명세서의 요양개시일 불일치
	11	환자평가표(전체) 누락(요양병원 장기환자)
	13	요양병원 장기환자입원 명세서의 환자평가표 작성일이 명세서의 요양개시일 보다 3개월 이상 빠른 경우
	14	요양병원 장기환자입원 명세서의 환자평가표 버전 불일치
	15	본인부담상한제 사전급여 미적용 요양병원의 본인부담상한액초과금 청구
	16	요양병원 입원진료 현황의 국민건강보험공단 등록정보와 불일치
73		**사망자 진료 후 청구, 의료급여 수급권자 진료분을 건강보험으로 청구**
	01	의료급여 수급권자 진료분을 건강보험으로 청구
	02	사망자 진료 후 청구
76		**처방전 발행, 미발행 요양급여비용(약국 처방조제·직접조제 약제비) 미분리 청구**
	00	처방전 발행, 미발행 요양급여비용 미분리 청구
	01	약국에서 청구서는 직접조제, 명세서는 처방조제로 청구한 경우(서면)
	02	약국에서 청구서는 처방조제, 명세서는 직접조제로 청구한 경우(서면)
78		**약국 처방조제분 '처방전 발행기관기호' 기재착오 또는 기재누락, 보훈국비환자 약국 처방조제분의 처방전 발행기관이 보훈위탁지정 요양기관이 아닌 경우, 의료급여 2종 장애인(의료급여 종별구분 '6' 또는 '8')이 아니면서 장애인의료비 청구 등**
	01	약국 처방조제분의 처방전 발행기관기호가 요양기관 신고 현황에 없는 경우
	02	처방전 발행기관이 조산원, 보건진료소, 약국 등 인 경우
	07	의료급여 종별구분 '6'(의료급여 2종 장애인 2차 진료)이면서 의원급 외래 진료분인 경우
	08	의료급여 종별구분 '8'(의료급여 2종 장애인 1차 진료)이면서 입원 진료분인 경우
	09	의료급여 종별구분 '8'(의료급여 2종 장애인 1차 진료)이면서 2차 진료기관 진료분인 경우
	10	의료급여 2종 장애인(의료급여 종별구분 '6' 또는 '8')이 아니면서 장애인의료비 청구
	11	보훈국비환자 약국 처방조제분 처방전 발행기관이 보훈위탁지정 요양기관이 아닌 경우
	12	약국명세서의 '공상 등 구분 4' 적용 이전 진료분 청구

코드	세부 코드	내 역
79		**의약품 시장형 실거래가제도 시행 관련 착오**
	01	약제상한차액 산정 불가 진료분에서 산정(디스켓 포함)
	02	요양급여비용총액 1 계산 착오
	03	청구 약제상한차액총액이 조정 약제상한차액총액 보다 적은 경우
	04	약제상한차액 추가청구 착오
	05	약제상한차액을 청구할 수 없는 보훈, 무료진료 명세서에 약제상한차액 청구(V, W항 포함)
	06	V(100/100)항, W(비급여)항에 약제상한차액 청구
	07	청구 약제상한차액이 수진자 요양급여총액보다 큰 경우
	08	2012년 2월 1일 ~ 2014년 1월 31일 진료(조제)분이거나 2014년 9월 1일 이후 진료분에 약제상한차액 청구
	09	2012년 2월 1일 ~ 2014년 1월 31일 진료(조제)분이거나 2014년 9월 1일 이후 진료분에 청구구분 '8'(약제상한차액 추가청구) 기재
80		**심사자료 요청으로 심사보류중인 명세서**
81		**심사참고자료 확인을 위해 심사보류중인 명세서**
82		**진료심사평가위원회 회부로 심사보류중인 명세서**
83		**전문심사위원보류건 명세서**
84		**80, 82 및 기타사유로 심사보류중인 명세서**
85		**심사참고자료 요청으로 심사보류 중인 명세서**
86		**보건복지부 질의 관련으로 심사보류중인 명세서**
87		**전문가심사위원회 심층심사로 심사보류중인 명세서**
88		**추가청구로 본인부담금이 정액에서 정률로 변경 또는 본인부담률이 변경된 경우(요양급여비용 정산심사내역서 참조)**
89		**질병군(DRG) 요양급여비용 추가청구로 심사중인 명세서(요양급여비용 정산심사내역서 참조)**
90		**의료급여 종별구분 기재착오, 의료급여 1종, 2종 미구분(폐지된 성병 무료 진료분 포함) 등**
	00	의료급여 1종, 2종 미구분(폐지된 성병 무료 진료분 포함)
	01	의료급여 1차, 2차 진료기관이 아닌 경우
	02	의료급여 종별구분 기재착오
	03	성병 무료 진료분(의료급여 종별구분 '5') 청구(진료일자 2001년 10월 전 명세서)
	04	성병 무료 진료분(의료급여 종별구분 '5') 청구(진료일자 2001년 10월 이후 명세서)
	06	의료급여 진료확인번호(서면은 진료확인번호 개수) 기재누락 또는 착오
	07	노숙인 1종이면서 본인부담구분코드 미기재건

코드	세부 코드	내 역
91		**건강보험·의료급여·보훈 국비환자 미자격자 진료분 청구, 수진자 주민등록번호 상이 등**
	00	수진자 주민등록번호 상이
	01	건강보험 미자격자 진료분 청구
	02	의료급여 미자격자 진료분 청구
	03	보훈 국비환자 미자격자 진료분 청구
	04	보훈 국비환자 권리소멸 후 진료분 청구
	05	보훈 국비환자 이외 진료분 청구
	06	일부본인부담대상 전상군경 등(상이 7급 일반질환) 대상 이외 진료분 청구
	07	입원명령결핵 지원대상자 등록정보와 상이
	09	보훈 감면대상자 미자격자 진료분 청구(보훈병원)
	10	보훈 감면대상자 미자격자 진료분 청구(약국)
92		**의료급여 종별 본인부담금 착오청구 또는 대불금 착오청구 등**
	01	보건기관 의료급여 외래진료분 본인일부부담금 청구
	02	행려환자 진료분 본인일부부담금 청구
	03	의료급여 2종 외래 진료분이면서 대불금 청구
	04	의료급여 2종 수급권자가 아니면서 대불금 청구
	06	의료급여 수급권자 본인부담구분코드 기재착오
	07	의료급여 예약검사 착오청구
	08	의료급여 수급권자 원내 직접조제, 투약횟수 기재착오
	09	의료급여 수급권자 청구 본인부담금(또는 보훈청구액, 장애인의료비) 착오산정
	10	의료급여 수급권자의 외래명세서의 본인부담금 발생횟수 기재착오
	11	의료급여 2종 수급권자 특정기호 기재착오(등록 중증질환자 등 특정기호 기재)
	12	의료급여 미등록 HIV/AIDS 질환자의 해당상병(B20-B24) 관련 진료시 상병코드 기재누락
	13	의료급여 2종 수급권자 정신질환 특정기호 기재착오
	14	의료급여 잠복결핵 특정기호(V010) 진단명 착오
	15	코로나19 진단검사비 이외 진료내역 분리청구 기재착오
93		**동일 수진자 중복청구(내원일자 중복 등) 등**
	01	동일 수진자 중복청구(내원일자 중복 등)
	02	동일 수진자 외래명세서 분리청구(동일 진료과 요양개시일자 중복)
94		**동일 의료급여기관의 의료급여 정신건강의학과 정액 입원 진료분의 입원일수 2일 이상 중복**
	01	동일 의료급여기관 의료급여 정신건강의학과 정액 입원 진료분의 입원일수 2일 이상 중복

코드	세부 코드	내 역
95		**의료급여 정액(정신건강의학과 정액, 혈액투석 정액) 수가 관련 착오청구 등**
	02	의료급여 정신건강의학과 정액 입원 진료분 외박수가 청구
	05	의료급여 정신건강의학과 정액 서식 비교 수가코드 착오기재
	06	의료급여 정신건강의학과 정액 명세서의 X항 착오 청구
	07	의료급여 정신건강의학과 정액 명세서 1항~U항의 기재착오(행위별 진료내역 기재누락, 정신건강의학과 정액수가 기재, 건강보험 식대수가 기재 등) 또는 정신건강의학과 행위별 총액 누락[2009.1.1.일 진료분부터]
	08	의료급여 혈액투석 정액 외래명세서의 Z항에 정액수가 누락 또는 Z항에 별도산정 외 진료내역 청구
	09	의료급여 혈액투석 정액 외래명세서 1항~U항의 기재착오(행위별 진료내역 기재누락, 혈액투석 정액수가 기재, 건강보험 식대수가 기재 등) 또는 정액수가 행위별총액 누락[2014.9.1. 진료분부터]
	10	의료급여 행위별 외래명세서에 혈액투석 정액수가 청구
	12	의료급여 정신건강의학과 정액 외래명세서 서식코드 기재착오
	13	의료급여 정신건강의학과 정액 입원 진료분에 포함된 행위별 수가 분리청구
	14	이태원 사고 의료급여 정신과정액 비급여 착오청구
	15	의료급여 혈액투석 정액 분리청구 명세서 착오청구(상해외인 M 미기재)
96		**의료급여비용 종별가산율 착오**
	00	의료급여비용 종별가산율 착오
97		**질병군 간호간병료 관련**
	01	질병군 간호간병료 산정과 요양기관 현황신고내역 불일치
	02	질병군 간호간병료 산정착오 또는 기재착오
98		**신포괄 질병군 관련**
	01	신포괄 질병군번호 기재누락
	02	신포괄 청구사항 질병군번호와 심사결정 질병군번호 상이
	03	정액기간과 특정기간으로 분리청구시 신포괄 질병군번호 상이
	05	신포괄 질병군 청구대상이 아닌 진료분 청구
	06	환자분류코드 기재누락 또는 기재착오
	08	입원일수 비교 환자분류코드 기재착오
	13	신포괄 정액기간, 특정기간 분리청구 대상 착오청구
	14	포괄수가 착오 및 기재누락
	17	질병군 분류내역의 총투가 '0'이 아닌 경우
	18	요양급여비용열외군의 요양급여총액 착오

코드	세부 코드	내 역
	19	신포괄 명세서에 신생아 청구
	22	요양급여비용열외군 착오청구
	23	신포괄 명세서에 '공상 등 구분' 착오기재
	24	신포괄 명세서에 낮병동 입원료 청구
	27	정액기간 보상률 착오(100% 비포괄항목, 심장혈관흉부외과 100% 가산 포괄항목)
	28	정액기간 보상률 착오(외과, 심장혈관흉부외과 30% 가산 포괄항목)
	29	정액기간 보상률 착오(심장혈관흉부외과 100% 가산 비포괄항목)
	30	정액기간 보상률 착오(외과, 심장혈관흉부외과 30% 가산 비포괄항목)
	31	정액기간 보상률 착오(80% 가산 비포괄항목)
	33	상단열외군 특정기간, 하단열외군 보상률 착오
	36	상병분류기호 중복기재
	37	배제된 상병기재
	38	입원시 상병유무 기재누락 또는 기재착오
	39	기청구 포괄수가 기재누락 또는 기재착오
	40	기청구 신포괄 요양급여비용총액 기재누락 또는 기재착오
	41	주진단 기재착오
	42	30일 단위 분리청구 최초입원개시일 기재누락 또는 기재착오
	43	30일 단위 분리청구 30일 초과건 청구
	44	입원명령결핵 지원대상자 등록정보 상이
	46	신포괄 명세서의 행려(4), 노숙인(N) 청구
	47	신포괄 명세서의 동일수진자 입내원일자 일부 중복청구
	48	정액기간 보상률 착오(외과, 심장혈관흉부외과 20% 가산 포괄항목)
	49	정액기간 보상률 착오(외과, 심장혈관흉부외과 20% 가산 비포괄항목)
	50	정액기간 보상률 착오(심장혈관흉부외과 70% 가산 비포괄항목)
	52	신포괄 고위험임신부 입원진료대상 청구 착오
	54	신포괄 의료급여 식대 산정오류
	55	신포괄 '입원전담전문의 시범사업 참여지원금' 특정내역 기재누락 및 착오
	56	신포괄 중증치매 산정특례(V810) 주진단 착오
	57	정액기간명세서 신포괄 요양급여비용총액 기재누락 또는 상단열외군 특정기간 및 하단열외군 명세서 신포괄 요양급여비용총액 기재
	58	신포괄 잠복결핵 산정특례(V010) 주진단 착오
	59	신포괄 인공수정체 제외금액 및 유형 특정내역 기재착오
	60	신포괄 가산수가 산정착오

코드	세부 코드	내 역
	61	신포괄 급여 항목 산정착오 또는 기재착오
	99	신포괄 비급여(다빈치 로봇을 이용한 수술) 특정내역 기재착오 또는 계산착오
AB		**고가의약품 급여관리 청구명세서**
	01	고가의약품 급여관리 착오청구
S1		**의료기관간 응급원격협력진료 시범사업**
	01	의료기관간 응급원격협력진료 청구대상이 아닌 진료분 청구
	05	신포괄 응급원격협력진료료의 면허정보 기재누락·산정착오 또는 인력신고현황 불일치
	06	신포괄 응급원격협력진료료 산정착오 또는 기재착오
	07	신포괄 응급원격협력진료료 산정에 따른 특정내역 구분코드 JX999(기타내역) 기재누락 또는 기재착오
S2		**협력기관간 진료의뢰 회송 시범사업**
	01	진료의뢰-회송 시범사업 명세서(특정기호 S002) 청구대상이 아닌 진료분 청구
	02	신포괄 진료의뢰-회송 시범사업 의뢰료 산정착오 또는 기재착오
	03	신포괄 진료의뢰-회송 시범사업 회송료 산정착오 또는 기재착오
	04	신포괄 협력기관간 진료의뢰-회송 시범사업 관련 특정내역 구분코드 MX999(기타내역), JX999(기타내역) 기재누락 또는 기재착오
	05	진료의뢰-회송 시범사업 명세서(특정기호 S029) 청구대상이 아닌 진료분 청구
S3		**만성질환관리 시범사업**
	01	만성질환관리 관련 청구대상이 아닌 진료분, 본인부담금 착오청구
S4		**정신건강복지법 시행에 따른 2인 의사 입원진단을 위한 수가 시범사업**
	01	비자의입원 관련 진료분 착오청구
S5		**재활의료기관 시범사업**
	01	재활의료기관 수가 시범사업 관련 회복기재활 대상 착오청구
	02	재활의료기관 시범사업 명세서의 비사용증후군 관련 착오청구
	03	어린이 재활의료기관 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
	04	재활의료기관 수가 3단계 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
S7		**입원전담전문의 시범사업**
	01	입원전담전문의 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
S8		**지역사회 일차의료 시범사업**
	01	지역사회 일차의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구

코드	세부 코드	내 역
S9		**의·한 협진 시범사업**
	01	의·한 협진 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SA		**장애인 건강주치의 시범사업**
	01	장애인 건강주치의 시범사업 청구대상 중 주상병에 기재된 의료인 면허정보와 공단자격 불일치
	02	장애인 건강주치의 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
	03	장애인 건강주치의 시범사업 맞춤형 검진바우처 청구대상이 아닌 진료분 청구
SB		**수술 전후 관리 교육상담 등 시범사업**
	01	수술 전후 관리 교육상담 등 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SC		**일차의료 만성질환관리 시범사업**
	01	일차의료 만성질환관리 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
	02	참여기관 인력(의사) 일차의료 만성질환관리 교육이수 점검
SD		**맞춤형 검진바우처 시범사업**
	01	맞춤형 검진바우처 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SE		**중증소아 재택의료 시범사업**
	01	중증소아 재택의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SF		**건보공단 장기요양시설 시범사업**
	01	국민건강보험공단 요양시설 건강관리강화(계약의사 원격진료 원외처방) 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SG		**복막투석 환자 재택관리 시범사업**
	01	복막투석 환자 재택관리 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SH		**일차의료 방문진료 수가 시범사업**
	01	일차의료 방문진료 수가 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SI		**정신질환자 지속치료 지원 시범사업**
	01	정신질환자 지속치료 지원 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
	02	신포괄 정신질환자 지속치료 산정착오 또는 기재착오
SJ		**1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업**
	01	1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SK		**가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업**
	01	가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
	02	신포괄 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 관리료 산정착오 또는 기재착오

코드	세부 코드	내 역
SL		**장애인 치과주치의 시범사업**
	01	장애인 치과주치의 시범사업 청구대상 중 주상병에 기재된 의료인 면허정보와 공단자격 불일치
	02	장애인 치과주치의 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SM		**분만취약지 임신부 재택의료 시범사업**
	01	분만취약지 임신부 재택의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SN		**아동치과주치의 건강보험 시범사업**
	01	아동치과주치의 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
	02	아동치과주치의 건강보험 시범사업 대상자 관련 건보공단 등록정보(치과주치의, 문진표 등)와 상이
SO		**심장질환자 재택의료 시범사업**
	01	심장질환자 재택의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
	02	신포괄 심장질환자 재택의료관리료 산정착오 또는 기재착오
SP		**첩약 건강보험 적용 시범사업**
	00	첩약 건강보험 적용 시범사업 관련 기타사유('심사내역통보문 참조')
	01	첩약 건강보험 적용 시범사업 청구서 버전 착오청구
	02	첩약 건강보험 적용 시범사업 명세서(특정기호 S027) 착오청구
	03	첩약 건강보험 적용 비시범사업 명세서(특정기호 S028) 착오청구
	04	첩약 건강보험 적용 시범사업 표준 진단체크리스트 미제출 또는 제출착오
	05	첩약 건강보험 적용 시범사업 수진자 관리 시스템 미등록 또는 등록착오
	06	첩약 건강보험 적용 시범사업 한약국 서면 명세서(특정기호 S027) 착오청구
	07	첩약 건강보험 적용 시범사업 한약국 서면 명세서의 특정기호 S027 기재누락
	08	첩약 건강보험 적용 2단계 시범사업 한약국 서면 명세서의 특정기호 S027 기재누락
SQ		**응급실 기반 자살시도자 사후관리 시범사업**
	01	응급실 기반 자살시도자 사후관리 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
	02	신포괄 응급실 기반 자살시도자 사후관리 시범사업 수가 산정착오 및 기재착오
SR		**급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업**
	01	급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SS		**재활환자 재택의료 시범사업**
	01	재활환자 재택의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
	02	신포괄 재활환자 재택의료 시범사업 재택의료 관리료 산정착오 또는 기재착오

코드	세부 코드	내 역
ST		**치매안심병원 성과기반 인센티브 제공 시범사업**
	01	치매안심병원 성과기반 인센티브 제공 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SU		**자율형 분석심사 선도사업**
	01	자율형 분석심사 선도사업 관련 청구대상이 아닌 진료분 청구
	02	자율형 분석심사 선도사업 중증외상 영역 관련 청구대상이 아닌 진료분 청구
SV		**일차의료 한의 방문진료 수가 시범사업**
	01	일차의료 한의 방문진료 수가 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SW		**결핵환자 재택의료 시범사업**
	01	결핵환자 재택의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
	02	신포괄 결핵확자 재택의료 시범사업 재택의료 관리료 산정 착오 또는 기재착오
SX		**암환자 재택의료 시범사업**
	01	암환자 재택의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
	02	암환자 재택의료 시범사업 명세서에 산정특례대상자의 등록번호 기재누락 또는 국민건강보험공단의 산정특례대상자 등록정보와 상이(건강보험)
	03	신포괄 암환자 재택의료 시범사업 재택의료 관리료 산정 착오 또는 기재착오
SY		**동네의원-정신의료기관 치료연계 시범사업**
	01	동네의원-정신의료기관 치료연계 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SZ		**암환자(요루) 재택의료 시범사업**
	01	암환자(요루) 재택의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
	02	신포괄 암환자(요루)재택의료 시범사업 재택의료 관리료 산정착오 또는 기재착오
VA		**중증소아 단기입원 서비스 시범사업**
	01	중증소아 단기입원서비스 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
VB		**심뇌혈관질환 인적 네트워크 시범사업**
	01	심뇌혈관질환 인적 네트워크 시범사업 명세서 착오청구

(별첨 7)

수탁기관 통보 확인결과 통보서 처리 사유별 코드

코 드	내 역
01	서식번호 기재착오
03	수탁기관으로 인증된 기관이 아닌 경우 또는 위탁기관기호 착오
09	총건수 불일치
11	직접지급
20	처리기간(60일) 경과
31	지원코드 기재 착오 및 누락(위탁기관의 해당 본·지원이 아닌 경우)
2K	코드구분 또는 코드 기재 착오 및 누락
2B	요양급여비용 산정기준 적용 착오
2E	비급여대상 또는 요양급여비용의 본인부담률 100분의100 급여항목 청구
2F	증빙자료 미제출 등

(별첨 8)

수술일자 기재 수술

수술 구분	수술일자 기재 대상		
	분류번호	수술코드	수술코드명
경피적 관상동맥 중재술 (PCI)	자655가	M6551	경피적 관상동맥확장술-단일혈관
	자655나	M6553	경피적 관상동맥확장술-급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥확장술[일차적중재술 등]
	자655다	M6554	경피적 관상동맥확장술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥확장술
	자655라	M6552	경피적 관상동맥확장술-추가혈관
	자656가	M6561	경피적 관상동맥스텐트삽입술-단일혈관
	자656가-주	M6563	경피적 관상동맥스텐트삽입술-단일혈관 (경피적 관상동맥확장술 및 경피적 관상동맥죽상반절제술과 동시)
	자656나	M6565	경피적 관상동맥스텐트삽입술-급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술[일차적중재술 등]
	자656다	M6566	경피적 관상동맥스텐트삽입술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술
	자656다-주	M6567	경피적 관상동맥스텐트삽입술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술 (경피적관상동맥확장술 및 경피적 관상동맥죽상반절제술과 동시)
	자656라	M6562	경피적 관상동맥스텐트삽입술-추가혈관
	자656라-주2	M6564	경피적 관상동맥스텐트삽입술-추가혈관 (경피적 관상동맥확장술 및 경피적 관상동맥죽상반절제술과 동시)
	자657가	M6571	경피적 관상동맥죽상반절제술-단일혈관
	자657나	M6572	경피적 관상동맥죽상반절제술-추가혈관
고관절 치환술	자71가(1)	N0711	인공관절치환술-전치환[고관절]
	자71나(1)	N0715	인공관절치환술-부분치환술[고관절]
	자71-1가(1)	N1711	인공관절재치환술-전치환[고관절]
	자71-1나(1)	N1715	인공관절재치환술-부분치환[고관절]
식도수술	자240가	Q2401	식도악성종양근치수술[림프절청소포함]-경,복부접근
	자240나	Q2402	식도악성종양근치수술[림프절청소포함]-흉,복부접근
	자240다	Q2403	식도악성종양근치수술[림프절청소포함]-경,흉,복부접근
췌장암 수술	자756가	Q7561	췌절제술-전절제
	자756나	Q7562	췌절제술-십이지장보존췌장두부절제
	자756다	Q7563	췌절제술-체부절제

수술 구분	수술일자 기재 대상		
	분류번호	수술코드	수술코드명
	자756라	Q7564	췌절제술-구역절제
	자756바	Q7565	췌절제술-미부절제
	자756사	Q7566	췌절제술-쐐기절제
	자757가	Q7571	췌십이지장절제술-위풀씨수술
	자757나	Q7572	췌십이지장절제술-유문보존수술
조혈모세포 이식술	마105라(1)(가)	X5131	조혈모세포이식-조혈모세포의 주입(골수-동종)
	마105라(1)(나)	X5132	조혈모세포이식-조혈모세포의 주입(골수-자가)
	마105라(2)(가)	X5133	조혈모세포이식-조혈모세포의 주입(말초혈액-동종)
	마105라(2)(나)	X5134	조혈모세포이식-조혈모세포의 주입(말초혈액-자가)
	마105라(3)(가)	X5135	조혈모세포이식-조혈모세포의 주입(제대혈-동종)
	마105라(3)(나)	X5136	조혈모세포이식-조혈모세포의 주입(제대혈-자가)
분만[주1)]	자435가(1)(가)	R4351	정상분만(초산)-제1태아
	자435가(1)(나)	R4353	정상분만(초산)-다태아분만시 제2태아부터[1인당]
	자435가(2)(가)	R4356	정상분만(경산)-제1태아
	자435가(2)(나)	R4358	정상분만(경산)-다태아분만시 제2태아부터[1인당]
	자435나(1)(가)	R3131	유도분만[촉진분만 포함](초산)-제1태아
	자435나(1)(나)	R3133	유도분만[촉진분만 포함](초산)-다태아분만시 제2태아부터[1인당]
	자435나(2)(가)	R3136	유도분만[촉진분만 포함](경산)-제1태아
	자435나(2)(나)	R3138	유도분만[촉진분만 포함](경산)-다태아분만시 제2태아부터[1인당]
	자435다(1)(가)	R3141	겸자 또는 흡입분만(초산)-제1태아
	자435다(1)(나)	R3143	겸자 또는 흡입분만(초산)-다태아분만시 제2태아부터[1인당]
	자435다(2)(가)	R3146	겸자 또는 흡입분만(경산)-제1태아
	자435다(2)(나)	R3148	겸자 또는 흡입분만(경산)-다태아분만시 제2태아부터[1인당]
	자436가	R4361	둔위분만(초산)
	자436나	R4362	둔위분만(경산)
	자437	R4370	분만전처치
	자437-1	R4376	분만후처치
	자438	R4380	제왕절개술 기왕력이 있는 질식분만
간 수술[주2)]	자722가	Q7221	간절제술-부분절제
	자722나	Q7222	간절제술-구역절제
	자722다	Q7225	간절제술-2구역절제
	자722라	Q7223	간절제술-간엽절제
	자722마	Q7224	간절제술-3구역절제

수술 구분	수술일자 기재 대상		
	분류번호	수술코드	수술코드명
대장 수술[주2)]	자267가(1)	QA671	결장절제술(우반 또는 좌반)-림프절 청소를 포함하는 것
	자267가(2)	Q2671	결장절제술(우반 또는 좌반)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
	자267나(1)	Q1261	결장절제술(아전절제[우반 및 좌반 결장 동시 절제 또는 좌반 및 에스상 결장 동시 절제술)-림프절 청소를 포함하는 것
	자267나(2)	Q1262	결장절제술(아전절제[우반 및 좌반 결장 동시 절제 또는 좌반 및 에스상 결장 동시 절제술)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
	자267다(1)	QA672	결장절제술(전체)-림프절 청소를 포함하는 것
	자267다(2)	Q2672	결장절제술(전체)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
	자267라(1)	QA673	결장절제술(부분절제)-림프절 청소를 포함하는 것
	자267라(2)	Q2673	결장절제술(부분절제)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
	자267마(1)	QA679	결장절제술 및 결장루, 원위장폐쇄(하트만수술)-림프절 청소를 포함하는 것
	자267마(2)	Q2679	결장절제술 및 결장루, 원위장폐쇄(하트만수술)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
	자292가(1)	QA921	직장 및 에스장절제술(전방절제)-림프절 청소를 포함하는 것
	자292가(2)	Q2921	직장 및 에스장절제술(전방절제)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
	자292나(1)	QA922	직장 및 에스장절제술(저위전방절제)-림프절 청소를 포함하는 것
	자292나(2)	Q2922	직장 및 에스장절제술(저위전방절제)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
	자292다(1)	QA928	직장 및 에스장절제술(초저위전방절제)-림프절 청소를 포함하는 것
	자292다(2)	Q2928	직장 및 에스장절제술(초저위전방절제)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
	자292라(1)	QA923	직장 및 에스장절제술(복회음절제 혹은 복천골절제)-림프절 청소를 포함하는 것
	자292라(2)	Q2923	직장 및 에스장절제술(복회음절제 혹은 복천골절제)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
	자292마(1)	QA924	직장 및 에스장절제술(복부 풀수루수술)-림프절 청소를 포함하는 것
	자292마(2)	Q2924	직장 및 에스장절제술(복부 풀수루수술)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
	자292-1가(1)	QA925	결장 및 직장 전 절제술(회장루 동시 실시)-림프절 청소를 포함하는 것
	자292-1가(2)	Q2925	결장 및 직장 전 절제술(회장루 동시 실시)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
	자292-1나(1)	QA926	결장 및 직장 전 절제술(회장낭 항문문합술 동시 실시)-림프절 청소를 포함하는 것
	자292-1나(2)	Q2926	결장 및 직장 전 절제술(회장낭 항문문합술 동시 실시)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
위 수술[주2)]	자253가(1)	Q2533	위전절제술(복부접근)-림프절 청소를 포함하는 것
	자253가(2)	Q2536	위전절제술(복부접근)-림프절 청소를 포함하지 않는 것

수술 구분	수술일자 기재 대상		
	분류번호	수술코드	수술코드명
	자253나(1)	Q2534	위전절제술(흉복부접근)-림프절 청소를 포함하는 것
	자253나(2)	Q2537	위전절제술(흉복부접근)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
	자259가(1)	Q2594	위아전절제술(부분절제)-림프절 청소를 포함하는 것
	자259가(2)	Q0251	위아전절제술(부분절제)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
	자259나(1)	Q0252	위아전절제술(원위부절제)-림프절 청소를 포함하는 것
	자259나(2)	Q0253	위아전절제술(원위부절제)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
	자259다(1)	Q0254	위아전절제술(유문부보존)-림프절 청소를 포함하는 것
	자259다(2)	Q0255	위아전절제술(유문부보존)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
	자259라(1)	Q0256	위아전절제술(설상절제)-림프절 청소를 포함하는 것
	자259라(2)	Q0257	위아전절제술(설상절제)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
	자259마(1)	Q0258	위아전절제술(근위부절제)-림프절 청소를 포함하는 것
	자259마(2)	Q2598	위아전절제술(근위부절제)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
	자765나	Q7652	내시경적 상부소화관종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술
	자765다(1)	Q7653	내시경적 상부소화관종양수술-점막하 박리절제술-위
유방 수술[주2)]	자713나(1)(가)	N7136	유방절제술-악성-부분절제-액와림프절청소술 포함
	자713나(1)(나)	N7137	유방절제술-악성-부분절제-액와림프절청소술 포함하지 않는 것
	자713나(2)(가)	N7138	유방절제술-악성-전체절제-액와림프절청소술 포함
	자713나(2)(나)	N7139	유방절제술-악성-전체절제-액와림프절청소술 포함하지 않는 것
폐 수술[주2)]	자140가	O1401	폐쐐기절제술(단일)
	자140나	O1403	폐쐐기절제술(2~3개)
	자140다	O1404	폐쐐기절제술(4~5개)
	자140라	O1405	폐쐐기절제술(6개이상)
	자141	O1410	폐구역절제술
	자142가	O1421	폐엽절제술-단일폐엽절제술
	자142나	O1422	폐엽절제술-쌍폐엽절제술
	자142다	O1423	폐엽절제술-폐엽과 폐구역절제술
	자142라	O1424	폐엽절제술-소매폐엽절제술
	자143가	O1431	폐전적출술
	자143나	O1432	소매폐전적출술

주1) 35세 이상 산모의 질식분만 시 분만일자 기재(보건복지부 보험급여과-925호, 2013.3.5.)
주2) 암 적정성 평가 관련 수술

(별첨 9)

양측으로 구분되는 수술

구분	수술코드	명 칭
고관절치환술	N0711	인공관절치환술-전치환[고관절]
	N0715	인공관절치환술-부분치환술[고관절]
	N1711	인공관절재치환술-전치환[고관절]
	N1715	인공관절재치환술-부분치환술[고관절]

2024년 7월판
요양급여비용 청구방법,
심사청구서·명세서서식 및 작성요령

발행일 2024년 8월
발행인 심사기준실 청구관리부
발행처 건강보험심사평가원
인쇄처 (사) 한국장애인문화인쇄협회
서울시 구로구 개봉로 23길 10, 2층

* 본 책에 대한 저작권은 건강보험심사평가원에 있으며, 무단 전재와 복제를 금합니다.

건강보험심사평가원

HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

26465 강원특별자치도 원주시 혁신로 60
Tel. 1644-2000 http://www.hira.or.kr

OPEN 출처표시 상업용금지 변경금지
공공누리 공공저작물 자유이용허락