

1. 행위

1-1 상급병실료 차액

※ 다음 비급여목록 중 기관이 징수하고 있는 항목만 고지

보건복지부고시 제2013-100호(2019.06.07)까지반영

| 분 류 | 항 목 | | 가격정보 (단위 : 원) | | | | | | 특이사항 |
|----------|--|-----------|------------------|---------|------|------|------------|----------|--|
| | 명 칭 | 코 드 | 구 분 | 비 용 | 최저비용 | 최대비용 | 치료재료대 포함여부 | 약제비 포함여부 | |
| 상급병실료 차액 | 1인실 | ABZ010001 | 특실 (화장실 O) - 신설 | 100,000 | - | - | | | 222호, 322호, 522호, 622호, 725호 |
| 상급병실료 차액 | 1인실 | ABZ010001 | 1인실 (화장실 O) - 신설 | 80,000 | - | - | | | 223호, 225호, 323호, 325호, 523호, 525호, 623호, 625호, 722호, 723호 |
| 상급병실료 차액 | 1인실 | ABZ010001 | 1인실 (화장실 X) | 30,000 | - | - | | | 208호, 307호 |
| 상급병실료 차액 | 2인실 | ABZ010001 | 2인실 (화장실 O) | 25,000 | - | - | | | 606호 |
| 상급병실료 차액 | 2인실 | ABZ010001 | 2인실 (화장실 X) | 20,000 | - | - | | | 201호, 221호, 301호, 308호, 501호, 507호, 621호 |
| 상급병실료 차액 | 3인실 | ABZ010001 | 3인실 (화장실 O) | 15,000 | - | - | | | 601호, 605호, 608호, 609호, 610호 |
| 상급병실료 차액 | 3인실 | ABZ010001 | 3인실 (화장실 X) | 10,000 | - | - | | | 202호, 207호, 506호 |
| 상급병실료 차액 | 3인실 | ABZ010001 | 3인실 (화장실 O) | 5,000 | - | - | | | 607호 |
| 상급병실료 차액 | 「국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표2 비급여대상 제4호 나목의 규정에 의거 | ABZ010001 | 4인실 - A (화장실 O) | 5,000 | - | - | | | 231호, 232호, 233호, 235호, 236호 |
| 상급병실료 차액 | 「국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표2 비급여대상 제4호 나목의 규정에 의거 | ABZ010001 | 4인실-B(화장실O) | 10,000 | - | - | | | 331호, 332호, 333호, 335호, 336호, 531호, 532호, 533호, 535호, 536호, 631호, 632호, 633호, 635호, 636호 |

1-2 검사료

| 분 류 | 항 목 | | 가격정보 (단위 : 원) | | | | | | 특이사항 |
|------------|--------------------------|---------------------|---------------|---------|------|------|------------|----------|--------------------|
| | 명 칭 | 코 드 | 구 분 | 비 용 | 최저비용 | 최대비용 | 치료재료대 포함여부 | 약제비 포함여부 | |
| 신경계기능검사 | 언어치료검사 단어 유창성검사 | FZ040 | - | 40,000 | - | - | - | - | - |
| 신경계기능검사 | 언어치료검사 K-BNT | FZ041 | - | 40,000 | - | - | - | - | - |
| 신경계기능검사 | 언어치료검사 K-WAB | FZ042 | - | 50,000 | - | - | - | - | - |
| 신경계기능검사 | 언어치료검사 U텀 | FZ688 | - | 30,000 | - | - | - | - | - |
| 신경계기능검사 | 언어장애진단검사 3종 (K-BNT 포함) | FZ041, FZ042, FZ688 | - | 100,000 | - | - | - | - | K-BNT, K-WAB, U텀 |
| 신경계기능검사 | 언어장애진단검사 3종 (단어유창성검사 포함) | FZ040, FZ042, FZ688 | - | 100,000 | - | - | - | - | 단어유창성검사, K-WAB, U텀 |
| 신경계기능검사 | 언어장애진단검사 2종(K-BNT, WAB) | FZ041, FZ042 | - | 70,000 | - | - | - | - | K-BNT, K-WAB |
| 감염증기타검사 | 신종플루 KIT | CZ394 | - | 20,000 | - | - | - | - | 인플루엔자판독키트 |
| 바이러스성 기타검사 | C형간염항체(정밀) | D7026 | - | 15,037 | - | - | - | - | 급여인정기준외 실시한경우비급여 |

1-3 초음파영상료

| 분 류 | 항 목 | | 가격정보(단위: 원) | | | | | | 특이사항 |
|------|---------------------------|-------|-------------|-----|--------|--------|------------|----------|------|
| | 명 칭 | 코 드 | 구 분 | 비 용 | 최저비용 | 최대비용 | 치료재료대 포함여부 | 약제비 포함여부 | |
| 근골격계 | (RM)SONO 기타부위 (재활 외래, 입원) | E9451 | - | - | 10,000 | 30,000 | - | - | - |

1-4 이학요법료 (물리치료료)

| 분 류 | 항 목 | | 가격정보 (단위 : 원) | | | | | | 특이사항 |
|-------|-------------------|-------|---------------|---------|------|------|------------|----------|---------------|
| | 명 칭 | 코 드 | 구 분 | 비 용 | 최저비용 | 최대비용 | 치료재료대 포함여부 | 약제비 포함여부 | |
| 물리치료료 | 언어치료 | MZ006 | - | 25,000 | - | - | - | - | - |
| 물리치료료 | 도수1 | MX122 | - | 30,000 | - | - | - | - | 도수 30분 |
| 물리치료료 | 도수2 | MX122 | - | 60,000 | - | - | - | - | 도수 60분 |
| 물리치료료 | 도수3 | MX122 | - | 60,000 | - | - | - | - | 도수 40분 |
| 물리치료료 | 도수5 | MX122 | - | 90,000 | - | - | - | - | 도수 60분 |
| 물리치료료 | 도수6 | MX122 | - | 120,000 | - | - | - | - | 도수 90분 |
| 물리치료료 | 도수10 | MX122 | - | 20,000 | - | - | - | - | 도수 10분 + 전기치료 |
| 물리치료료 | 도수11 | MX122 | - | 50,000 | - | - | - | - | 도수 30분 + 전기치료 |
| 물리치료료 | 도수12 | MX122 | - | 80,000 | - | - | - | - | 도수 50분 + 전기치료 |
| 물리치료료 | 도수13 | MX122 | - | 100,000 | - | - | - | - | 도수 60분 + 전기치료 |
| 물리치료료 | FIMS(1)기능적근육내자극요법 | MZ001 | - | 15,000 | - | - | - | - | Needle 포함 |
| 물리치료료 | FIMS(2)기능적근육내자극요법 | MZ001 | - | 25,000 | - | - | - | - | Needle 포함 |
| 물리치료료 | FIMS(3)기능적근육내자극요법 | MZ001 | - | 35,000 | - | - | - | - | Needle 포함 |

1-5 기타

| 분 류 | 항 목 | | 가격정보 (단위 : 원) | | | | | | 특이사항 |
|-----|--------------------------------------|-------|---------------|-------------|--------|--------|------------|----------|--|
| | 명 칭 | 코 드 | 구 분 | 비 용 | 최저비용 | 최대비용 | 치료재료대 포함여부 | 약제비 포함여부 | |
| 이송료 | 일반구급차 기본요금 (이송거리 10KM이내) | AY110 | - | 30,000 | - | - | - | - | 할증요금(00:00~04:00)별도 (기본및추가요금에 각각 20%가산) |
| 이송료 | 일반구급차 추가요금 (이송거리 10KM 초과) | AY111 | - | 1,000 / 1km | - | - | - | - | 할증요금(00:00~04:00)별도 (기본및추가요금에 각각 20%가산) |
| 이송료 | 일반구급차부가요금 (의사, 간호사또는응급구조사가 탑승한경우) | AY112 | - | 10,000 | - | - | - | - | 할증요금(00:00~04:00)별도 (기본및추가요금에 각각 20%가산) |
| 식이 | 뉴케어 (경관식) | 임의 | - | - | 1,000 | 1,500 | - | - | 1일 7캔 초과 시 (구수한맛200Kcal,고칼로리300Kcal, 당노 200Kcal, 환이바 200Kcal, 300TE 200Kcal, 그린비아장속루션) |
| 식이 | 외래일반식 | 없음 | - | 5,600 | - | - | - | - | 입원환자 외래 전환 시 식이본인부담전환 (가산포함) |
| 식이 | 보호자식 | 없음 | - | 5,000 | - | - | - | - | |
| 식이 | 추가 잡곡밥 | 없음 | - | 1,500 | - | - | - | - | |
| 식이 | 추가 잡곡 | 없음 | - | 500 | - | - | - | - | |
| 식이 | 공기밥1개 | 없음 | - | 1,000 | - | - | - | - | |
| 식이 | 공기밥+국 | 없음 | - | 2,000 | - | - | - | - | |
| 식이 | 공기죽1개 | 없음 | - | 1,000 | - | - | - | - | |
| 간병비 | A간병 | 없음 | - | 10,000 | - | - | - | - | - |
| 간병비 | A+간병 | 없음 | - | 15,000 | - | - | - | - | - |
| 간병비 | ICU간병 | 없음 | - | 20,000 | - | - | - | - | - |
| 간병비 | VIP-간병 | 없음 | - | 30,000 | - | - | - | - | - |
| 간병비 | VIP간병 | 없음 | - | - | 26,000 | 38,000 | - | - | VIP4간병, VIP6간병 |
| 간병비 | VIP+간병 | 없음 | - | - | 26,000 | 40,000 | - | - | VIP4+간병, VIP6+간병 |

2. 치료재료

※ 다음 비급여목록 중 기관이 징수하고 있는 항목만 고지

보건복지부고시 제2013-100호(2019.06.07)까지반영

| 분 류 | 항 목 | | 가격정보 (단위: 원) | | | | 특이사항 |
|----------|----------------|------------------|--------------|--------|------|------|------|
| | 명 칭 | 코드 | 구 분 | 비 용 | 최저비용 | 최대비용 | |
| 처치용 일반재료 | Neck color | BC1203RE | - | 10,000 | - | - | - |
| 처치용 일반재료 | 환자복 (상의 or 하의) | | - | 40,000 | - | - | - |
| 처치용 일반재료 | 환자복 (상의 or 하의) | | - | 20,000 | - | - | - |
| 처치용 일반재료 | 기저귀 1회용 (대) | | - | 10,000 | - | - | - |
| 처치용 일반재료 | 기저귀 1회용 (특대) | | - | 11,000 | - | - | - |
| 처치용 일반재료 | 속기저귀 (교환용) | | - | 8,000 | - | - | - |
| 처치용 일반재료 | 목뼈보조기-필라델피아 | BC1203RE | - | 70,000 | - | - | - |
| 처치용 일반재료 | 슬링 | VM061/ 자보청구코드 | - | 6,710 | - | - | - |
| 처치용 일반재료 | 시트 (1장) | 없음 | - | 15,000 | - | - | - |

3. 약제

※ 기관이 징수하고 있는 비급여 약제 모두 기재

보건복지부고시 제2013-100호(2019.06.07)까지반영

| 분 류 | 항 목 | | 가격정보 (단위 : 원) | | | | 특이사항 |
|-----|-------------------|---|-------------------------------|---------|------|------|-----------------------------------|
| | 명 칭 | 코드 | 구 분 | 비 용 | 최저비용 | 최대비용 | |
| 주사제 | 알부민 20% 100ml | 50800231 | 알부민주 인정기준미해당시본인부담가능 | 91,983 | - | - | 급여 인정기준 외 투여시 본인부담 |
| 주사제 | 판타졸주사(판토프졸나트륨수화물) | 645903150 | 프로톤 펌프 억제 주사제 인정기준미해당시 본인부담가능 | 4,201 | - | - | 급여 인정기준 외 투여시 본인부담 |
| 주사료 | 메르스몬주(태반주사) | 684700010 | - | 30,000 | - | - | - |
| 주사제 | 베이직팩(4) | 681100130/6 81100060/68 4100000/684 | | 40,000 | - | - | 지씨비타오, 메가비타식스, 지씨비타일이, 메가네슘, 메가그린 |
| 주사료 | 골드팩(8) | 681100130/6 81100060/68 4100000/684 | | 80,000 | - | - | 지씨비타오, 메가비타식스, 지씨비타일이, 메가네슘, 메가그린 |
| 주사제 | 그린팩(8) | 681100130/6 81100060/68 4100000/684 | | 80,000 | - | - | 지씨비타오, 메가비타식스, 지씨비타일이, 메가네슘, 메가그린 |
| 주사료 | 화이트팩(3) | 645104101/6 81100141 | | 30,000 | - | - | 생리식염주, 지씨타치온주, 특수바늘포함 |
| 주사제 | 핑크팩(3) | 672900359/6 81100120/68 4100111 | | 30,000 | - | - | 지씨치옥트산주, 지씨카르틴주, 5%포도당키트, 특수바늘 포함 |
| 주사료 | 오렌지팩(6) | 681100130/6 81100060/68 4100000/684 | | 60,000 | - | - | 지씨비타오, 메가비타식스, 지씨비타일이, 메가네슘, 메가그린 |
| 주사제 | 블루팩(6) | 6811002281/ 678900970 | | 60,000 | - | - | 지씨멀티5, 아이서플주, 특수바늘 포함 |
| 주사료 | 비타민D (3) | 679700391 | | 30,000 | - | - | 비코트렛주 포함 |
| 주사료 | 대상포진백신주사(스카이조스터주) | 644704581 | | 150,000 | - | - | - |
| 주사료 | 페라미플루주 | 643604611 | | 40,000 | - | - | - |
| 약제 | 트레스탄캡셀 | 647802340 | - | 500 | - | - | - |
| 약제 | 식염포도당정 | 647700080 | - | 100 | - | - | - |
| 약제 | 우루사정100mg | 641602040 | 간장용제 인정기준 미해당시 본인부담가능 | 90 | - | - | 급여 인정기준 외 투여시 본인부담 |
| 약제 | 아시토바캡셀 | 669902600 | 정장제생균제 인정기준미해당시 본인부담가능 | 117 | - | - | 급여 인정기준 외 투여시 본인부담 |
| 약제 | 크레메진세립2g/1포 | 640002511 | 크레메진세립 인정기준미해당시 본인부담가능 | 1,884 | - | - | 급여 인정기준 외 투여시 본인부담 |
| 약제 | 코푸시립20ml | 642102282 | 시럽제 인정기준미해당시 본인부담가능 | 200 | - | - | 급여 인정기준 외 투여시 본인부담 |

| 약제 | 하이스탈정 | 649803700 | - | 200 | - | - | - |
|-----|-----------------|------------|----------------------------------|--------|------|------|---------------------|
| 분 류 | 항 목 | | 가격정보 (단위 : 원) | | | | 특이사항 |
| | 명 칭 | 코 드 | 구 분 | 비 용 | 최저비용 | 최대비용 | |
| 약제 | 페니드정5m | 657200850 | - | 133 | - | - | - |
| 약제 | 아기오과립1g/6g | 642201371 | 시럽제 인정기준 미해당시 본인부담가능 | 144 | - | - | 급여 인정기준 외 투여시 본인부담 |
| 약제 | 플루캡슐75mg | 643507470 | 타미플루 인정기준미해당시 본인부담가능 | 1,907 | - | - | 급여 인정기준 외 투여시 본인부담 |
| 약제 | 판토시드정 | 649803310 | 프로톤 펌프 억제 경구제 인정기준미해당시 본인부담가능 | 419 | - | - | 급여 인정기준 외 투여시 본인부담 |
| 외용제 | 듀로제식디트랜스25mcg | 646900100 | Fentanyl 패치제 인정기준미해당시 본인부담가능 | 10,000 | - | - | 급여 인정기준 외 투여 시 본인부담 |
| 외용제 | 한방파스 | 8.8068E+12 | - | 5,000 | - | - | - |
| 외용제 | 신신케토크린24플라스타 | 643800800 | - | 2,000 | - | - | - |
| 외용제 | 리도멕스크림 60mg/20g | 645700564 | 진통·진양·수렴·소염 외용제 인정기준 미해당시 본인부담가능 | 1,919 | - | - | 급여 인정기준 외 투여 시 본인부담 |

4. 제증명수수료

※ 나열한 항목 이외의 기관이 징수하고 있는 제증명수수료도 모두 기재

보건복지부고시 제2013-100호(2019.06.07)까지반영

| 항 목 | 가격정보 (단위 : 원) | | | | 특이사항 |
|----------------|---------------|---------|-----|------|---|
| | 명 칭 | 구 분 | 비 용 | 최저비용 | |
| 진단서 (일반진단서) | PDZ010000 | 10,000 | - | - | 의료법 시행규칙 제9조 [서식5의2] |
| 사망진단서 | PDZ030000 | 10,000 | - | - | 의료법 시행규칙 제10조 [서식6] |
| 영문사망진단서 | PDZ030000 | 10,000 | - | - | - |
| 상해진단서 전치3주이상 | PDZ020002 | 100,000 | - | - | 의료법 시행규칙 제9조 [서식5의2] |
| 상해진단서 전치3주미만 | PDZ020001 | 50,000 | - | - | 의료법 시행규칙 제9조 [서식5의2] |
| 영문진단서 | PDE010001 | 10,000 | - | - | 의료법 시행규칙 제9조 [서식5의2] |
| 상해진단서 | PDZ020001 | 50,000 | - | - | 의료법 시행규칙 제9조 [서식5의2] |
| 후유장애진단서 | PDZ170003 | 100,000 | - | - | - |
| 보험회사용 진단서 | - | 50,000 | - | - | - |
| 병사용진단서 | PDZ080000 | 15,000 | - | - | 병역법 시행규칙 제87조, 95조 [서식 106] |
| 근로능력평가용진단서 | PDZ010002 | 10,000 | - | - | - |
| 장애진단서 | PDZ070001 | 50,000 | - | - | 장애인복지법 시행규칙 제3조 별지[서식 3] |
| 건강진단서 | PDZ010001 | 20,000 | - | - | 신체검사서 발행을 위해 시행하는 검사 비용 미포함 |
| 뇌병변소견서 (단독) | PDZ010002 | 15,000 | - | - | 장애인복지법 시행규칙 제3조 별지[서식 3] |
| 국민연금 장애심사용 진단서 | PDZ100000 | 15,000 | - | - | 국민연금법 시행규칙 제28조 [서식21]신청인 제출서류 - 국민연금 장애심사규정 제12조(보건복지부 고시2011-82호; 2011.7.26) 별지[서식 3] |
| 소득공제용장애진단서 | PDZ170000 | - | - | - | 소득세법상 소득공제 대상임을 증명하는 서류 |
| 치료확인서 (진료확인서) | PDZ090007 | 1,000 | - | - | 진단명 있음 |
| 입원확인서 | PDZ090002 | 1,000 | - | - | 진단명 없음-원무과발급 |
| 입퇴원 증명서 | PDZ090002 | 3,000 | - | - | 상병기재,의사발급 |

| 항 목 | 가격정보 (단위 : 원) | | | | 특이사항 |
|-------------------------------|---------------|--------|-----|-------|---|
| | 명 칭 | 구 분 | 비 용 | 최저비용 | |
| 소견서 | PDZ120000 | 5,000 | - | - | - |
| 진료기록(영상) CD복사 | PDZ110004 | 10,000 | - | - | - |
| 채용검사사서 | PDZ010004 | 40,000 | - | - | 채용신체검사 (L-SPINE포함) |
| 사본발급 | PDZ110001 | - | 100 | 1,000 | 1~50장까지= 1,000원, 51~100장까지= 500원, 101장이상= 100원 |
| 장기요양소견서 (본인10%) | - | 3,650 | - | - | 매년 건강보험공단에서 본인부담금 변경. 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 받는 사람(10%), 저소득층·생계곤란자 경감 |
| 장기요양소견서 (본인20%) | - | 7,300 | - | - | 매년 건강보험공단에서 본인부담금 변경. 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 받는 사람(10%), 소득층·생계곤란자 경감 |
| 장기요양소견서 (본인100%) | - | 36,530 | - | - | 매년 건강보험공단에서 본인부담금 변경. 발급의뢰서를 발급받기 전 의사 소견서를 먼저 받으신 경우, 재발급경우 |
| 치매장기요양소견서 (본인10%) | - | 5,130 | - | - | 매년 건강보험공단에서 본인부담금 변경. 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 받는 사람(10%), 저소득층·생계곤란자 경감 |
| 치매장기요양소견서 (본인20%) | - | 10,270 | - | - | 매년 건강보험공단에서 본인부담금 변경. 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 받는 사람(10%) 저소득층·생계곤란자 경감 |
| 치매장기요양소견서 (본인100%) | - | 51,350 | - | - | 매년 건강보험공단에서 본인부담금 변경. 발급의뢰서를 발급받기 전 의사 소견서를 먼저 받으신 경우, 재발급경우 |
| 방문간호지시서 (10%)(저소득층생계)(의료급여수급) | - | 1,940 | - | - | 매년 건강보험공단에서 본인부담금 변경. 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 받는 사람(10%) 저소득층·생계곤란자 경감 |
| 방문간호지시서 (20%) | - | 3,880 | - | - | 매년 건강보험공단에서 본인부담금 변경. 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 받는 사람(10%) 저소득층·생계곤란자 경감 |
| 방문간호지시서 (100%) | - | 19,430 | - | - | 매년 건강보험공단에서 본인부담금 변경. 발급의뢰서를 발급받기 전 의사 소견서를 먼저 받으신 경우, 재발급경우 |