

1. 행위

1-1 상급병실료 차액

※ 다음 비급여목록 중 기관이 징수하고 있는 항목만 고지

보건복지부고시 제2013-100호(2020.09.09)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)	100,000	-	-			
상급병실료 차액	1인실	ABZ010001	1인실 (화장실 O)	80,000	-	-			
상급병실료 차액	1인실	ABZ020001	1인실 (화장실 X)	30,000	-	-			
상급병실료 차액	2인실	ABZ020001	2인실 A (화장실 O) - 신설	60,000	-	-			
상급병실료 차액	2인실	ABZ020001	2인실 B (화장실 O)	50,000	-	-			
상급병실료 차액	2인실	ABZ020001	2인실 C (화장실 O) - 신설	80,000	-	-			
상급병실료 차액	2인실	ABZ020001	2인실 (화장실 O)	25,000	-	-			
상급병실료 차액	2인실	ABZ020001	2인실 (화장실 X)	20,000	-	-			
상급병실료 차액	3인실	ABZ030001	3인실 (화장실 O)	15,000	-	-			
상급병실료 차액	3인실	ABZ030001	3인실 (화장실 X)	10,000	-	-			
상급병실료 차액	3인실	ABZ030001	3인실 (화장실 O)	5,000	-	-			
상급병실료 차액	「국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표2 비급여대상 제4호 나목의 규정에 의거	ABZ010001	4인실 - A (화장실 O)	5,000	-	-			
상급병실료 차액	「국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표2 비급여대상 제4호 나목의 규정에 의거	ABZ010001	4인실 - B (화장실 O)	10,000	-	-			

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 ㉮어 유창성검사	FZ040	-	40,000	-	-	-	-	-
신경계기능검사	언어치료검사 K-BNT	FZ041	-	40,000	-	-	-	-	-
신경계기능검사	언어치료검사 K-WAB	FZ042	-	50,000	-	-	-	-	-
신경계기능검사	언어치료검사 U텨	FZ688	-	30,000	-	-	-	-	-
신경계기능검사	언어장애진단검사 3종 (K-BNT 포함)	FZ041, FZ042, FZ688	-	100,000	-	-	-	-	K-BNT, K-WAB, U텨
신경계기능검사	언어장애진단검사 3종 (단어유창성검사 포함)	FZ040, FZ042, FZ688	-	100,000	-	-	-	-	단어유창성검사, K-WAB, U텨
신경계기능검사	언어장애진단검사 2종(K-BNT, WAB)	FZ041, FZ042	-	70,000	-	-	-	-	K-BNT, K-WAB
신경계기능검사	언어전반진단검사 1종 ~ 3종	FZ689	-	-	50,000	120,000	-	-	PRES, REVT, SELSI, K-M-B CDI, KOSECT, 언어해궀력검사, APAC
신경계기능검사	영유아발달검사 (한국판테버발달검사)	FZ693	-	50,000	-	-	-	-	
감염증기타검사	신종플루 KIT	CZ394	-	20,000	-	-	-	-	인플루엔자궀독궀트
감염증기타검사	궀진용 - Tb궀사	D6020	-	45,000	-	-	-	-	궀진궀적으로 궀사 시행시
감염증기타검사	궀진용 - 코로나19궀사	D6584040	-	80,000	-	-	-	-	궀진궀적으로 궀사 시행시
바이러스성 기타궀사	C형간염궀궀 (정궀)	D7026	-	15,037	-	-	-	-	궀궀인정궀궀외 실시한궀우궀궀궀궀

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(성인)	MZ006	-	25,000	-	-	-	-	언어 30분
물리치료료	언어치료2(소아)	MZ006	-	25,000	-	-	-	-	소아 언어 30분
물리치료료	언어치료3(소아)	MZ006	-	50,000	-	-	-	-	소아 언어 60분
물리치료료	도수0	MX122	-	90,000	-	-	-	-	도수 60분
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	도수15(소아)	MX122	-	50,000	-	-	-	-	소아사경사두
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 10KM 이내)	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, RTH (경관식 1개당)	없음	-	-	1,000	2,000	-	-	외출외박시 (구수함맛200Kcal,고칼로리300Kcal, 당노 200Kcal, 화이버 200Kcal, 300TF 200Kcal, 그린비아장술루션, 장플랜, RTU(전품목))
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	공기밥 1개	없음	-	1,000	-	-	-	-	
식이	공기밥 + 국	없음	-	2,000	-	-	-	-	
식이	공기죽 1개	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	-	-	28,000	40,000	-	-	VIP4+간병, VIP6+간병

2. 치료재료

※ 다음 비급여목록 중 기관이 징수하고 있는 항목만 고지

보건복지부고시 제2013-100호(2020.09.09)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(2020.09.09)까지 반영

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 투여 시 본인부담
주사제	판타졸주사 (판토프졸나트륨수화물)	645903150	프로톤 펌프 억제 주사제 인정기준미해당시 본인부담가능	4,201	-	-	급여 인정기준 외 투여 시 본인부담
주사료	메르스몬주 (태반주사)	684700010	-	30,000	-	-	-
주사제	베이직팩(4)	681100130/6 81100060/68 1100000/681	-	40,000	-	-	지씨비타오, 메가비타식스, 지씨비타일이, 메가네움, 메가그린 주, 생리식염기투주, 특수바늘 포함
주사료	골드팩(8)	681100130/6 81100060/68 1100000/681	-	80,000	-	-	지씨비타오, 메가비타식스, 지씨비타일이, 메가네움, 메가그린 주, 생리식염기투주, 특수바늘 포함
주사제	그린팩(8)	681100130/6 81100060/68 1100000/681	-	80,000	-	-	지씨비타오, 메가비타식스, 지씨비타일이, 메가네움, 메가그린 주, 생리식염기투주, 특수바늘 포함
주사료	화이트팩(3)	645104101/6 81100141	-	30,000	-	-	생리식염주, 지씨타치온주, 특수바늘 포함
주사제	핑크팩(3)	672900359/6 81100120/68 1100000/681	-	30,000	-	-	지씨치옥트산주, 지씨카르틴주, 5%포도당키트, 특수바늘 포함
주사료	오렌지팩(6)	681100130/6 81100060/68 1100000/681	-	60,000	-	-	지씨비타오, 메가비타식스, 지씨비타일이, 메가네움, 메가그린 주, 생리식염기투주, 특수바늘 포함
주사제	블루팩(6)	6811002281/ 678900970	-	60,000	-	-	지씨멀티5, 아미서플주, 특수바늘 포함
주사료	비타민D(3)	679700391	-	30,000	-	-	비코트렛주 포함
주사료	대상포진백신주사 (스카이조스터주)	644704581	-	150,000	-	-	-
주사료	프리베나13주 (폐렴구균백신)	648902270	-	110,000	-	-	-
주사료	수입 독감예방주사 (인플루엔자)	56400031	-	35,000	-	-	-
주사료	페라미플루주	643604611	-	40,000	-	-	-
약제	트레스탄캡셀	647802340	-	500	-	-	-
약제	식염포도당정	647700080	-	100	-	-	-
약제	우루사정 100mg	641602040	간장용제 인정기준 미해당시 본인부담가능	90	-	-	급여 인정기준 외 투여 시 본인부담
약제	아시토바캡셀	669902600	정장제생균제 인정기준미해당시 본인부담가능	117	-	-	급여 인정기준 외 투여 시 본인부담
약제	크레메진세립 2g/1포	640002511	크레메진세립 인정기준미해당시 본인부담가능	1,884	-	-	급여 인정기준 외 투여 시 본인부담
약제	코푸시럽 20ml	642102282	시럽제 인정기준미해당시 본인부담가능	200	-	-	급여 인정기준 외 투여 시 본인부담
약제	하이스탈정	649803700	-	200	-	-	-

분 류	항 목		가격정보 (단위 : 원)				특이사항
	명 칭	코 드	구 분	비 용	최저비용	최대비용	
약제	페니드정 5m	657200850	-	133	-	-	-
약제	아기오과립 1g/6g	642201371	시럽제 인정기준 미해당시 본인부담가능	144	-	-	급여 인정기준 외 투여 시 본인부담
약제	플루캡슐 75mg	643507470	타미플루 인정기준미해당시 본인부담가능	1,907	-	-	급여 인정기준 외 투여 시 본인부담
약제	판토시드정	649803310	프로톤 펌프 억제 경구제 인정기준미해당시 본인부담가능	419	-	-	급여 인정기준 외 투여시 본인부담
외용제	듀로제식디트랜스 25mcg	646900100	Fentanyl 패치제 인정기준미해당시 본인부담가능	10,000	-	-	급여 인정기준 외 투여 시 본인부담
외용제	파프에이카타플라스마 1pk (한방파스)	비급여	-	5,000	-	-	-
외용제	신신케토크린24플라스타	비급여	-	2,000	-	-	-
외용제	리도멕스크림 60mg/20g	645700564	진통·진양·수렴·소염 외용제 인정기준미해당시 본인부담가능	1,919	-	-	급여 인정기준 외 투여 시 본인부담
외용제	오메크린크림 30g/1ea	비급여		13,000	-	-	

4. 제증명수수료

※ 나열한 항목 이외의 기관이 징수하고 있는 제증명수수료도 모두 기재

보건복지부고시 제2013-100호(2020.09.09)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	-	-	-
보험회사용진단서	-	50,000	-	-	-
병사용진단서	PDZ080000	15,000	-	-	병역법 시행규칙 제87조, 95조 [서식 106]
근로능력평가용진단서	PDZ010002	10,000	-	-	-
장애 정도 심사용 진단서 (신체적 / 정신적)	PDZ070001	50,000	-	-	장애인복지법 시행규칙 제3조 별지[서식 3]
건강진단서	PDZ010001	20,000	-	-	신체검사서 발행을 위해 시행하는 검사 비용 미포함
뇌병변장애소견서 (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]
소득공제용 장애진단서	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	-	-	X-ray, CT, MRI 등의 영상자료
채용신체검사서	PDZ010004	40,000	-	-	채용신체검사 (L-SPINE포함)
차트복사 사본발급	PDZ110001	1,000	-	-	1~5장까지 = 1,000원 (검사결과지, 경과기록지 등)
차트복사 사본발급	PDZ110002	100	-	-	6장이상 = 100원 (검사결과지, 경과기록지 등)
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

5. 선택진료료

* 선택진료료란 환자나 보호자가 특정한 의사를 선택하여 진료를 받았을 때 추가부담하는 비용으로, 건강보험(의료급여) 기본 진료비용의 정해진 범위내에서 지불하며 보험혜택을 받을 수 없는 비급여 비용입니다.

본원없음

선택진료료 예시 > 국민건강보험에서 50만원인 수술의 선택진료료는 선택진료료를 100%로 적용하는 의료기관의 경우 50만원이며, 이 비용은 건강보험 혜택이 되지 않으므로 전액 환자부담임

항 목	가격정보 (단위 : %)				선택진료료 산정기준 (선택진료에 관한 규칙 [별표])	
	명 칭	구 분	의료기관			
			부과비율	최저 부과비율		최대 부과비율
진찰료 (의과, 치과, 한방)	기본진찰료				국민건강보험 기본진찰료의 55% 이내 산정 ※ 진찰료 = 기본진찰료 + 외래관리료	
입원료 (의과, 치과, 한방)	입원료				국민건강보험 입원료의 20% 이내 산정 ※ 입원료 = 의학관리료(40%) + 간호관리료(25%) + 병원관리료(35%)	
검사 (의과, 치과, 한방)	검사료				국민건강보험 검사료의 50% 이내 산정	
영상진단 및 방사선치료 (의과, 치과)	영상진단료				국민건강보험 영상진단료의 25% 이내 산정	
	방사선치료료				국민건강보험 방사선치료료의 50% 이내 산정	
	방사선혈관조영촬영료				국민건강보험 방사선혈관촬영료의 100% 이내 산정	
마취 (의과, 치과)	마취료				국민건강보험 마취료의 100% 이내 산정	
정신요법 (의과)	정신요법료 (심층분석은 제외)				국민건강보험 정신요법료의 50% 이내 산정 (심층분석은 제외)	
	심층분석료				국민건강보험 심층분석료의 100% 이내 산정	
처치·수술 (의과, 치과, 한방)	처치 및 수술료				국민건강보험 처치 및 수술료의 100% 이내 산정	
침·구 및 부항	침·구 및 부항료				국민건강보험 침·구 및 부항료의 100% 이내 산정	