

[별표 1]

의료급여비용 청구방법 및 심사청구서·명세서서식 작성요령

제1장 일반원칙

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

제2장 의료급여비용 청구방법

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

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
경기남부	건강보험심사평가원 경기남부분부
울산, 경남	건강보험심사평가원 울산경남본부
경기북부	건강보험심사평가원 경기북부분부
전북	건강보험심사평가원 전북본부
인천	건강보험심사평가원 인천본부
강원	건강보험심사평가원 강원본부
제주	건강보험심사평가원 제주본부

(5)[**사본의 보관**]청구인은 청구서와 명세서의 사본을 의료급여법 시행규칙 제11조 제1항에서 정한 바에 따라 보관하여야 한다.

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

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

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

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

(7)[**기타 사항**]기타 일반사항은 요양급여비용 작성요령에서 정한 해당사항에 따라 기재하여 작성한다.

〈표 2〉 의료급여비용 청구체계 〈2021.1.1.삭제〉

제3장 의료급여비용청구서 작성요령

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

제4장 의료급여비용명세서 작성요령

1. 공통사항

- (1) [보장기관]의료급여를 받은 수급권자의 관할 시·군·구 기호와 명칭을 기재하여야 한다.
- (2)[의료급여기관]기호 및 명칭은 국민건강보험법의 규정에 의한 요양기관기호 및 명칭을 기재하여야 한다.
- (3) [종별구분] 1종수급권자는 1, 2종수급권자는 2, 행려환자(일정한 거소가 없는 자로 행정기관이 응급진료를 받게 한 경우 경찰관서로부터 무연고자임을 확인받아 시장·군수·구청장이 수급권자로 인정된 자를 말한다)는 4, 노숙인 등은 N, 2종수급권자중 장애인 2차의료급여는 6, 2종수급권자 중 장애인 1차의료급여는 8로

정확히 기재하여야 한다. 다만, 2종수급권자 장애인의 장애인의료비에서 지원하지 않는 의료급여 명세서의 경우는 2로 기재한다.

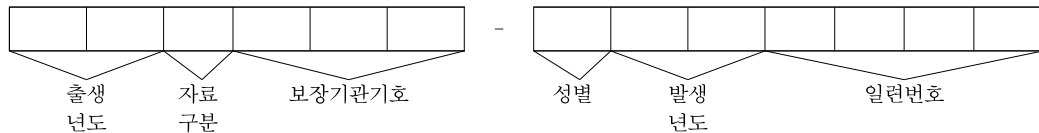
(4)[보훈 등 구분]보훈위탁진료 의료급여기관의 의료급여수급권자 중 보훈 국비환자인 경우에는 '4'를 기재하여야 한다.

(5)[보장시설 및 노숙인시설 기호]보장시설에 입소해 있는 수급권자 또는 노숙인 의료급여 수급권자가 의료급여를 받는 경우에는 보장시설기호란에 보장기관이 부여한 보장시설기호 또는 노숙인시설기호를 기재한다.

(6)[세대주 및 수진자]①의료급여증에 기재된 성명과 주민등록번호를 기재하며, 주민등록번호 등 인적사항을 알 수 없는 경우에는 별도로 부여된 전산관리번호를 다음과 같이 기재한다.

□ 행려환자인 경우(주민등록번호가 확인된 자 포함)

○ 관리번호 구성



○ 출생년도(2자리) : 출생년도 마지막 2자리를 기재

○ 자료구분(1자리) : 3

○ 보장기관기호(3자리) : 해당 시·군·구 행정동 부호 앞 3자리를 기재

○ 성별(1자리)

1800년대 및 1900년대 출생(남 : 1, 여 : 2)

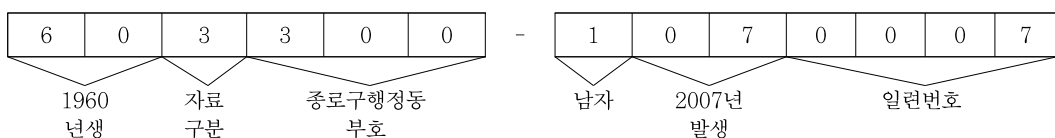
2000년대 출생(남 : 3, 여 : 4)

○ 발생년도(2자리) : 발생년도 마지막 2자리를 기재

2000년 발생 → 00, 2007년 발생 → 07

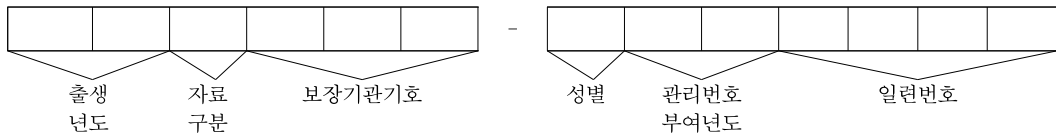
○ 일련번호(4자리) : 보장기관에서 중복되지 않도록 일련번호를 부여
(예시)

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

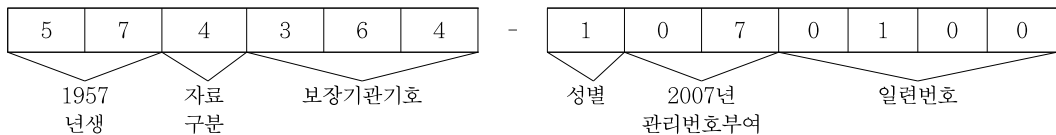


□ 보장시설입소자가 아닌자로서 주민등록번호 불명자인 경우

○ 관리번호 구성

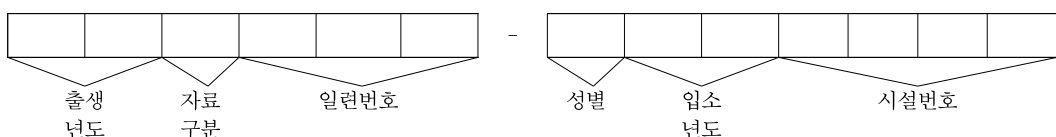


- 출생년도(2자리) : 출생년도 마지막 2자리를 기재
- 자료구분(1자리) : 4
- 보장기관기호(3자리) : 해당 시·군·구 행정동 부호 앞 3자리를 기재
- 성별(1자리)
1800년대 및 1900년대 출생(남 : 1, 여 : 2)
2000년대 출생(남 : 3, 여 : 4)
- 관리번호 부여년도(2자리) : 관리번호 부여년도 마지막 2자리를 기재
2000년 → 00, 2007년 → 07
- 일련번호(4자리) : 보장기관에서 중복되지 않도록 일련번호를 부여
(예시)
- 2007.1.15일 대전동구(3640000) 100번째 기초생활보장번호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



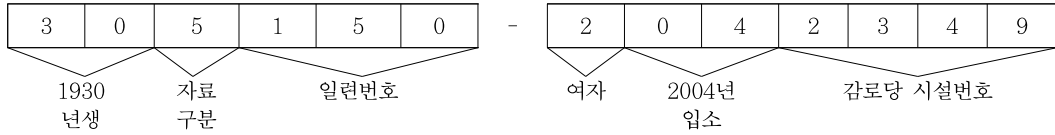
□ 보장시설입소자 또는 노숙인시설 중 주민등록번호 불명자인 경우

○ 관리번호 구성



- 출생년도(2자리) : 출생년도 마지막 2자리를 기재
- 자료구분(1자리) : 5
- 일련번호(3자리) : 보장기관에서 중복되지 않도록 일련번호를 부여
- 성별(1자리)
1800년대 및 1900년대 출생(남 : 1, 여 : 2)
2000년대 출생(남 : 3, 여 : 4)
- 입소년도(2자리) : 입소년도 마지막 2자리를 기재
2000년 발생 → 00, 2007년 발생 → 07
- 시설기호(4자리) : 보장시설 또는 노숙인시설 4자리
(예시)
- 2004.1.15일 ○○시 감로당(2349)에 입소된 150번째 노인(1930.3.30일생, 여자)의 경

우



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

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

(예시) 2004년 1월 1일 출산한 남아의 경우

세 대 주 성 명	홍 길 동	주민등록번호
수 급 권 자 성 명	이은영아기 또는 홍철수	040101-3

(7)[**특정기호**]의료급여수가기준 제17조에 해당하는 만성질환자에 대하여는 아래 일련번호 1~12까지의 특정기호를 기재하고, 중증난치질환자 중 인체면역결핍 바이러스질환자와 영[별표 1] 제2호다목 및 기준 제23조의 규정에 의하여 본인이 부담할 비용을 면제 받는 경우에는 일련번호 13~15까지의 특정기호를 기재하며, 제17조의6에 해당하는 고위험 임신부 진료의 경우 일련번호 16의 특정기호를 기재하고, 영 [별표 1] 제2호다목에 해당하는 제왕절개분만 입원진료의 경우 일련번호 17의 특정기호를 기재하고, 영 [별표 1] 제2호자목에 해당하는 임신부 외래진료의 경우 일련번호 18의 특정기호를 기재하고, 영 [별표 1] 제2호차목에 해당하는 조산아 및 저체중 출생아 외래진료의 경우 일련번호 19의 특정기호를 기재하고, 영[별표1]제2호 타목1)의 보건복지부 장관이 고시하는 정신질환에 대한 외래진료의 경우 일련번호 20의 특정기호를 기재하고, 보건복지부장관이 고시하는 뇌사자(공여자)장기이식에 대한 진료의 경우 일련번호 21의 특정기호를 기재하고, 영 [별표1] 제2호 하목에 해당하는 치매질환 진료를 받은 경우에는 일련번호 22~23의 특정기호를 기재하고, 영 [별표1] 제2호 거목에 해당하는 6세 이상 15세 이하 아동에 대한 입원진료의 경우에는 일련번호 24의 특정기호를 기재하고, 보건복지부 장관이 정하는 난임진료를 하는 경우 일련번호 25의 특정기호를 기재하며, 영[별표1]제1호아목 및 제2호러목에 해당하는 확진검사의 경우에는 일련번호 26의 특정기호를 기재하며, 영[별표1]제3호다목에 해당하는 승인을 얻지 않은 사람에 대한 의료급여의 경

우에는 일련번호 27의 특정기호만을 단독기재하고, 영[별표1]제2호 머목 및 버목에 해당하는 1세 미만인 수급권자에 대한 외래진료의 경우에는 일련번호 28을 기재하고, 영[별표 1] 제1호자목 및 제2호서목에 해당하는 잠복결핵 치료를 받은 경우에는 일련번호 29의 특정기호를 기재한다. 또한 중증질환자 중 암환자, 중증화상환자에게 해당 중증질환(합병증 포함)으로 진료한 경우 및 뇌혈관질환자, 심장질환자, 중증외상환자에게 산정특례 적용기간 동안 진료한 경우에는 건강보험의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표3] "중증질환자 산정특례대상"에 따른 특정기호를 기재하고, 희귀질환자 및 중증난치질환자가 해당 희귀질환 및 중증난치질환으로 진료한 경우 건강보험의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표4] "희귀질환자 산정특례 대상" 및 [별표4의2] "중증난치질환자 산정특례 대상"에 따른 특정기호를 기재하고, 제17조의2제4항에 해당하는 결핵질환자의 경우 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표5]의 특정기호를 기재하고, 가정간호 대상자는 [별표1] "가정간호 산정특례 대상"에 따른 특정기호를 기재하며, 제17조의7에 해당하는 경우 [별표6] "약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상"에 따른 특정기호를 기재한다.

일련번호	대 상	특정기호
1	만성신부전증환자의 인공신장투석 실시 당일 외래진료 또는 인공신장투석을 위한 시술·수술 관련 진료	V001
2	만성신부전증환자의 계속적 복막관류술 실시 또는 복막관류액 수령 당일 외래진료	V003
3	대사장애환자가 해당 상병으로 의료급여를 받은 당일 외래진료	V117,V286
4	혈우병치료목적으로 항응고인자·동결침전제 투여 및 기타 혈우병 치료를 받은 당일 외래진료	V009,V284
5	삭제(2020.10.5.)	삭제
6	근육병환자에게 자율신경계 또는 면역억제제 투여를 받은 당일외래진료	V012, V288
7	신장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	V005
8	간 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	V013
9	췌장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	V014
10	심장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	V015
11	폐 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	V277
12	소장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	V278
13	인체면역결핍바이러스질환자가 해당 상병(B20-B24)으로 의료급여를 받은 당일 외래진료	V103
14	자연분만	F001
15	6세 미만 아동의 입원진료(2017.9.30.이전진료)	F004
	6세 미만 아동의 입원진료(2017.10.1.이후진료)	F019
16	고위험 임신부 진료	F011
17	제왕절개 분만 입원진료	F013
18	임신부 외래진료	F015

일련번호	대 상	특정기호
19	조산아 및 저체중 출생아 외래진료	F016
20	정신질환자가 조현병(F20~29)으로 관련 진료를 받은 당일 외래진료	V161
21	장기 등 기증자의 장기등 적출에 대한 급여비용	F017
22	본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 별표4의2 구분6의 치매질환의 입원진료 및 외래진료	V800
23	본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 별표4의2 구분7의 치매질환의 입원진료 및 외래진료	V810
24	6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료	F020
25	보건복지부 장관이 정하는 난임진료	F021
26	보건복지부 장관이 정하여 고시하는 확진검사	F022
27	연장승인(선택의료급여기관) 미신청자(불승인자)로서 「의료급여법 시행령」[별표 1]제3호 다목에 따른 의료급여비용을 적용받는 사람(1·2종)	F023
28	1세 미만인 수급권자의 외래진료	F024
29	잠복결핵 치료 관련 입원진료 및 외래진료	V010

(8)[본인부담구분]영 별표 제1호다목 및 규칙 제19조의4에 따라 의료급여기금에서 급여비용의 전부 또는 일부를 부담하는 경우 일련번호 1~19까지, 24~25 또는 27~28까지의 본인부담구분 코드를 기재하고, 영 [별표 1] 제2호자목 및 차목의 경우 일련번호 29~30호까지의 본인부담구분 코드를 기재하고, 규칙 제8조의3에 따라 2종수급권자 중 선택의료급여기관을 이용하는 경우에는 일련번호 20~25 또는 27~28까지의 본인부담구분 코드를 기재하며, 선택의료급여기관 적용 대상자 중 의료급여수가기준 제15조제1항제5호에 따라 시설내 처방료가 발생한 경우 일련번호 26의 본인부담구분 코드를 기재하고, 영[별표1]제2호 타목 2)의 1)(F20-29)외의 정신질환 관련 진료를 받은 경우에는 일련번호 31의 본인부담구분 코드를 기재하고, 영 별표1 제2호 하목의 치매질환으로 진료받은 경우에는 일련번호 32의 본인부담코드를 기재하고, 영[별표1]제3호다목에 해당하는 승인을 얻지 않은 사람이 의료급여를 받고자 하는 경우에는 일련번호 33의 본인부담구분코드를 기재하고, 영[별표1]제2호 머목 및 버목에 해당하는 1세 미만 수급권자 중 제17조에 해당하는 만성질환자에 대해서는 일련번호 34의 본인부담구분코드를 기재하고, 영[별표 1] 제1호자목 및 제2호서목에 해당하는 잠복결핵 치료를 받은 경우에는 일련번호 35의 본인부담구분코드를 기재, 원외처방전을 발행하는 경우 처방전의 「조제시 참고사항」란에 해당 본인부담구분 코드를 반드시 기재하여야 한다.

구분	대 상	본인부담구분코드
1	선택의료급여기관 적용자(조건부연장승인자) 1종	M001
2	선택의료급여기관 자발적 참여자 1종	M002
3	18세 미만인자 1종	M003

4	임산부 1종	M004
5	(구)등록 희귀난치성질환자 1종(2013.09.30이전 등록 수급권자)	M005
6	<삭 제>	<삭제>
7	20세 미만인 자로 중.고등학교 재학 중인 자 1종	M007
8	가정간호대상자 1종	M008
9	응급환자인 선택의료급여기관 이용자 1종	M009
10	장애인보조기기 지급받는 선택의료급여기관 이용자 1종	M010
11	행려환자 1종	M011
12	노숙인진료시설을 이용하는 노숙인 1종	M012
13	응급.분만으로 노숙인진료시설 이외의 의료급여기관을 이용하는 노숙인 1종	M013
14	노숙인진료시설에서 의뢰되어 제3차의료급여기관을 이용하는 노숙인 1종	M014
15	등록 희귀난치성질환자 1종(2013.10.01. ~ 2018.12.31.등록 수급권자)	M015
16	등록 중증질환자 1종	M016
17	등록 결핵질환자 1종	M017
18	등록 희귀질환자 1종	M018
19	등록 중증난치질환자 1종	M019
20	선택의료급여기관 적용자(조건부연장승인자) 2종	B001
21	선택의료급여기관 자발적 참여자 2종	B002
22	응급환자인 선택의료급여기관 이용자 2종	B003
23	장애인보조기기 지급받는 선택의료급여기관 이용자 2종	B004
24	선택의료급여기관에서 의뢰된 자(1.2종)	B005
25	선택의료급여기관에서 의뢰되어 재의뢰된 자(1.2종)	B006
26	선택의료급여기관 적용대상자이면서 사회복지시설에서 선택의료급여기관이 아닌 기관의 계약의사에게 진료 받은 자 중 원외처방전을 발행 받은 자 또는 원내 직접 조제.투약 받은 자 (1.2종)	B007
27	제3선택의료급여기관(한의원) 또는 제4선택의료급여기관(치과의원)에서 진료받은 자(1.2종)	B008
28	선택의료급여기관 적용자로서 「선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용절차 등에 관한 규정」에 따른 경과규정 적용자 등 의료급여의뢰서를 제출한 것으로 같음하는 자(1.2종)	B009
29	임신부 2종	B010
30	등록 조산아 및 저체중 출생아 2종	B011
31	정신질환자가 조현병(F20~29)외의 정신질환으로 관련 진료를 받은 당일 외래진료(2종)	B012
32	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 별표4의2 구분6과 구분7에 해당하는 치매질환으로 진료를 받은 당일 입원진료 및 외래진료(2종)	B013
33	연장승인(선택의료급여기관) 미신청자(불승인자)로서 「의료급여법 시행령」 [별표1]제3호다목에 따른 의료급여비용을 적용받는 사람(1.2종)	B014
34	1세 미만 수급권자 중 만성질환자의 외래진료(2종)	B015
35	잠복결핵 치료 관련 외래진료(1.2종)	B030

(9)[진료확인번호]「선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용 절차 등에 관한 규정」 제3 조제4항에 따라 공단에서 전송받은 확인번호를 "진료확인번호"란에 기재하여야 한다.

(10)[특정내역]의료급여수급권자가 외래에서 의사 진찰없이 예약된 검사만을 실시

한 경우 그 해당 내역을 별도 명세서로 작성하여 명일련 단위 특정내역 구분코드 MT001(상해외인)란에 "H"를 기재토록 하며 내원일수에 "0"을 기재하고, 잠복결핵 치료 중 타 상병을 동시에 진료하는 경우 잠복결핵 관련 진료 내역을 별도 명세서로 작성하여 명일련 단위 특정내역 구분코드 MT065(명세서 분리유형)란에 "B"를 기재하며 입·내원일수는 진료를 받은 실 일수를 기재한다.

- (11)[직접조제]의료급여 수급권자가 외래진료 당일 「약사법」 제23조제4항에 따라 처방전 발행 없이 원내에서 직접 조제·투약하는 경우 직접조제 횟수를 「직접조제」란에 기재하여야 한다.
- (12)[본인부담금 발생횟수]의료급여 수급권자가 외래진료시 1일 2회 이상 진찰을 한 경우 본인부담금 발생횟수를 기재하되, 의료급여비용총액1이 발생하지 않은 진료 내역의 본인부담금 발생횟수는 기재하지 아니한다.
- (13)[등록번호]의료급여수가기준 제17조의2제5항에 따른 뇌혈관질환자, 심장질환자, 중증외상환자를 제외한 중증질환자, 희귀질환자, 중증난치질환자 또는 결핵질환자를 진료한 경우 및 제17조의3제2항과 제5항에 따라 틀니 및 치과임플란트에 대한 의료급여를 시행한 경우(틀니의 유상 유지관리 기간은 제외)에는 등록번호를 기재한다.

2. 행위별 수가 적용건

가. 서식

서 식	서 식 명	서식번호	비 고
별지 제4호	의료급여비용명세서(의과입원)	GI02	의과용
별지 제4호의2	" (의과입원)	GI02	의과용
별지 제5호	" (의과외래일자별)	GI03	의과용
별지 제6호	" (치과입원)	GI04	치과용
별지 제7호	" (치과외래 일자별)	GI05	치과용
별지 제14호	" (한방입원)	GI012	한방용
별지 제15호	" (한방외래 일자별)	GI013	한방용
별지 제16호	" (약국직접조제)	GI20	약국용
별지 제17호	" (약국처방조제)	GI21	약국용

나. 명세서 항목별 작성방법

(1)[의료급여생애전환기검진 실시 당일 진찰료] 의료급여생애전환기검진 실시 당일 별도의 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우에는 진찰료 산정코드 세 번째 자리에 4로 기재한다.

(2)[회송료]1. 진찰료 ④응급 및 회송료란의 (I)란에 기재(응급의료관리료를 함께 산정하는 경우 금액을 합하여 기재한다)하되, 상대가치점수 및 요양급여비용 작성요령에 의하여 산정한다.

(3)[식대]①식대는 실제로 행하여진 경우에 한하여 의료급여수가기준 제1장 제12조에서 정한 금액에 급식일수를 곱하여 2항 10목(기본식대)란 [서면으로 청구하는 경우, 2.입원료 ⑦식대란(치과는 ②식대란, 한방은 ④식대란)]에 기재한다.

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

③입원환자 식대코드는 다음과 같다.

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

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

(5)[가정간호기본방문료]<2020.1.1일자로 삭제>

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

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

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

(9)[요양병원 정액수가 등]① <삭제>

②상대가치점수 제3편제2부제1장 [산정지침]2.에 따른 요양병원 정액수가, 제3편제2부제2장 [산정지침]2.에 따른 임종실정액수가, 제4편제2부제1장 [산정지침]5.에 따른 호스피스 정액수는 L. 장기요양 ① (I)란에 기재하되, 상대가치점수 및 요양급여비용 작성요령에 의하여 산정한다.

③ <2008.1.1일자로 삭제>

④ <2018.8.1일자로 삭제>

(10)[위탁검사]해당 의료급여기관에서 검사시설 및 능력이 없어 검사를 다른 의료급여기관 또는 검사기관에 의뢰한 경우는 의료급여수가기준 제1장제6조에 의해 산정토록 하며, 상대가치점수 제2장제1절 및 제2절 분류항목 소정점수(가감률 적용포함)의 87%를 산정(산정코드 네 번째 자리 Z로 기재)한 점수에 수탁기관의 점수당 단가를 곱하여 계산한 금액 및 별도 산정 가능한 치료재료대 금액을 합산하여 9. 검사료 ③위탁검사(I)란에 위탁의뢰 검사수와 함께 기재하고, 위탁검사관리료(해당 검사료 산정 금액의 10%)는 9. 검사료 ②위탁검사관리(I)란에 기재하여 청구한다. 이 경우 검사료 각 분류항목은 의료급여기관 종별 가산율을 적용하지 아니한다.

(11)[CT, MRI 및 PET]전산화단층영상진단, 자기공명영상진단 및 양전자방출단층촬영은 상대가치점수 제3장 제2절 방사선특수영상진단료, 제3절 핵의학영상진단 및 골밀도검사료 분류 항목을 참고하여 S. 특수장비 ①CT, ②MRI, ③PET 각각의 (I)란에 조영제 및 재료대 등을 포함하여 기재하고, 해당란(분류란, 횡수란 등)에는 촬영부위, 필름매수, 재료대 등 그 내역을 명기한다.

(12)[기타 청구사항]①상기 사항 이외의 기본진료료, 검사료, 영상진단 및 방사선치료료, 투약 및 처방·조제료, 주사료, 마취료, 이학요법료, 처치 및 수술료 등, 캐스트료, 혈액 및 혈액성분제제의 수가, 특정치료재료대, 100분의100분인부담,비급여는 '요양급여비용 작성요령'에 따라 작성한다.

② <삭제>

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

④일련번호는 매 명세서마다 순서대로 기재한다.

(13)[**소계**]소계는 (Ⅰ), (Ⅱ)란별로 각각의 합계 금액을 기재한다.

(14)[**가산율 및 금액**]가산율란에는 의료급여기관의 해당 가산율을 기재하고, 가산금액은 진료행위 (Ⅱ)란의 소계금액에 의료급여기관 종별가산율을 곱한 금액으로 기재하되, "원"미만은 4사5입 한다.

(15) 〈삭제〉

(16)[**수급권자의료급여비용총액**](Ⅰ)란과 (Ⅱ)란의 소계와 가산금액을 합한 총금액에서 10원 미만을 절사한 금액을 기재하되, 100분의100 본인부담 및 비급여를 제외한 총금액을 기재한다.

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

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

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

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

(20)[**대지급금**]2종 수급권자의 입원진료 후 의료급여수가기준 제1장 "의료급여수가의 기준 및 그 계산방법"에 의한 급여비용 중 본인일부부담금이 20만원을 초과하는 경우 의료급여법시행규칙 제27조제7항에 의거하여 그 초과하는 금액의 일부

또는 전부를 수급권자 또는 그 부양의무자가 대지급금을 신청하여 시장·군수·구청장으로부터 승인받은 경우 그 금액을 대지급금란에 기재한다.

- (21)[**청구액**]①의료급여비용총액1에서 본인일부부담금을 공제한 금액을 기재한다.
②2종수급권자 중 장애인 2차의료급여(종별구분 : 6)해당건의 청구액은 의료급여비용총액1에서 장애인의료비를 공제한 금액을 기재한다.
③2종수급권자 중 장애인 1차 의료급여(종별구분: 8)해당건의 청구액은 의료급여비용총액1에서 본인일부부담금과 장애인의료비를 공제한 금액을 기재한다.
④2종수급권자의 입원진료 후 대지급금이 발생된 경우에는 의료급여비용총액1에서 실제 본인이 납부한 본인일부부담금을 공제한 금액을 기재한다.

- (22) [**진료비총액**] 보훈위탁진료 의료급여기관의 보훈국비환자 진료분인 경우 비급여와 의료급여비용(100분의100본인부담금총액, 보훈 등 100분의100본인부담포함)을 모두 합한 총 금액을 기재하되, 10원미만 절사한 금액을 기재한다.

- (23)[**보훈청구액**]보훈위탁진료 의료급여기관의 보훈 국비환자 진료분인 경우 진료비총액에서 본인일부부담금, 청구액, 보훈 본인일부부담금 및 의료급여 100분의100본인부담금총액을 제외한 금액을 기재한다.

- (24)[**단수처리**]급여비용 청구 및 지급시 「국고금관리법」 제47조제1항을 준용하여 10원미만의 단수는 계산하지 아니한다.

- (25) [의료급여 100분의100본인부담총액] 의료급여 100분의100본인부담금을 합하여 기재하되, 10원미만 절사한 금액을 기재한다.

- (26) [의료급여비용총액2] 의료급여비용총액1과 의료급여 100분의100본인부담금총액을 합하여 기재하되, 10원미만 절사한 금액을 기재한다.

- (27) [보훈 본인일부부담금] 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 명세서의 경우 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 보훈 등 100분의100본인부담액과 비급여를 합한 금액의 해당 본인일부부담금을 기재하되, 10원미만 절사한 금액을 기재한다.

3. 정액수가 적용건

가. 서식

서 식	서 식 명	서식번호	비 고
별지 제8호	의료급여비용명세서(조산원 입원)	GI06	조산원용
별지 제9호	" (보건기관 입원)	GI07	보건기관용
별지 제10호	" (보건기관 외래처방전 미발행)	GI08	보건기관용
별지 제10호의2	" (보건기관 외래처방전 발행)		

나. 공통사항

- (1)[입원일수]당월의 재원일수를 기재한다.
- (2)[의료급여비용총액1]의료급여기간에 따른 의료급여비용총액1을 기재하되, 100분의100본인부담 및 비급여를 제외한 총금액을 기재한다.
- (3)[본인일부부담금]본인일부부담금은 제5장 의료급여 본인일부부담금 작성요령에 의하여 기재하며 보훈위탁진료 의료급여기관의 보훈 국비환자의 경우에는 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」에 따른 본인일부부담금을 기재한다.
- (4)[장애인의료비]①2종수급권자 중 장애인이 제2차, 제3차 의료급여기관에서 외래진료를 받는 경우 제5장 의료급여 본인일부부담금 작성요령에 의한 본인일부부담금을 장애인의료비란에 기재하되, 제1차, 제2차 및 제3차 의료급여기관에서 입원진료를 받는 경우에는 식대를 제외한 제5장 의료급여 본인일부부담금 작성요령에 의한 본인일부부담금을 장애인의료비란에 기재한다.
②2종 수급권자 중 장애인이 제1차의료급여기관(약국제외)에서 외래진료(종별구분 : 8)를 한 경우에는 처방전 발행과 관계없이 750원을 장애인의료비란에 기재한다.
- (5)[대지급금]2종수급권자의 입원진료 비용(의료급여수가기준 및 그 계산방법에 의한 급여비용에 한함)중 본인일부부담금이 20만원을 초과하여 수급권자 또는 그 부양의무자가 의료급여법시행규칙 제27조제7항에 의거 그 초과하는 금액의 일부 또는 전부를 대불받은 경우 "대지급금"란에 기재한다.
- (6)[청구액]①의료급여비용총액1에서 본인일부부담금을 공제한 금액을 기재한다.
②2종수급권자 중 장애인 2차의료급여(종별구분 : 6) 해당건의 청구액은 의료급여비용총액1에서 장애인의료비를 공제한 금액을 기재한다.
③2종수급권자 중 장애인 1차의료급여(종별구분 : 8) 해당건의 청구액은 의료급여비용총액1에서 본인일부부담금과 장애인의료비를 공제한 금액을 기재한다.

④2종수급권자가 본인일부부담금을 대불한 경우 의료급여비용총액1에서 실제 본인이 납부한 본인일부부담금을 공제한 금액을 기재한다.

(7)[**단수처리**]급여비용 청구 및 지급시 「국고금관리법」 제47조제1항을 준용하여 10원 미만의 단수는 계산하지 아니한다.

(8)[**약제 처방내역 기재생략**]의료급여 정액수가(혈액투석 제외)에 해당되는 외래진료시 처방전 발행에 의해 의약품을 약국에서 조제·투약하도록 한 경우 처방전발급기관은 명세서상 약제처방내역 기재 또는 처방전 첨부를 생략하여 청구하되, 반드시 조제기록부 등에 해당 약제 처방내역을 처방일자별로 기재·보관하여야 한다.

다. 조산원 명세서 작성

(1)[**건수**]청구서의 조산건수와 실청구건수는 동일하여야 한다.

(2)[**조산구분**]①초·경산 및 골반위만출 여부에 따라 초산은 ①, 경산은 ②, 골반위만출술은 ③으로 기재한다.

②자궁내장치를 시행하여 상대가치점수 "제11장 조산료"를 산정하지 아니하고 상대가치점수 "제9장제1절 처치 및 수술료"에 분류된 자궁내장치(R4271)에 의하여 산정하는 경우에는 "입원일수"란에 내원일수를 "조산구분"란에 ④를 기재하고, "의료급여비용총액1"란에 자궁내장치(R4271) 수기료와 재료대를 합한 금액을 기재한다.

(3)[**조산시간**]①주간(09시를 초과한 때부터 18시전까지)에 조산한 경우에는 주간 소정금액을 산정하며 이 경우 명세서(GI06)의 시간란에 ①로 기재한다.

②18시~09시(22시~06시 제외) 또는 공휴일에 조산한 경우에는 18시~09시 또는 공휴일 소정금액을 산정한다. 이 경우 명세서(GI06)의 시간란에 ②를 기재하고 조산시각 또는 조산일자(공휴일인 경우)를 기재한다.

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

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

- (5)[**다태아**]다태아란에 쌍생아는 ②, 삼태아는 ③으로 기재한다.
- (6)[**식대**]식대란에는 입원기간 동안 제공한 식사종류(일반식, 치료식, 멸균식, 분유, 산모식, 경관유동식)에 따른 총 식대비용을 기재한다.
- (7)[**의료급여비용총액1**]의료급여비용총액1란에는 상대가치점수 "제11장 조산료"에 의한 금액에 입원기간 동안 제공된 "식대비용"을 합하여 산정한다.
- (8)[**장애인의료비**]2종 수급권자 중 장애인(종별구분 : 6)으로 자궁내장치삽입술을 시행한 경우에는 식대(1일당 소정금액의 100분의80)를 제외한 의료급여비용총액1의 10%에 해당하는 금액을 장애인의료비란에 기재한다.
- (9)[**특정항목**]상대가치점수 제1편제1부 I.일반기준 제8호 다항에 따른 보건복지부장관이 인정하는 항목을 산정하는 경우 해당 구분코드를 기재하며, 상대가치점수 제6편제2부제1장 공공-1가 분만 지역정책수가를 산정하는 경우 '04'로 기재하고, 공공-1나 분만 안전정책수가를 산정하는 경우 '05'로 기재한다.
- (10)[**의료급여비용**]의료급여비용란에는 "특정항목"란에 기재하는 항목에 해당하는 의료급여비용을 합하여 산정한다.

라. 보건기관 명세서 작성

- (1)[**수가기준**]보건소(모자보건센터 포함)에 대한 수가는 상대가치점수 "제12장 보건기관의 진료수가"에 의하여 산정한다.
- (2)[**명세서상 항목기재**]명세서상 각 항목 기재방법은 "요양급여비용 작성요령"에 따라 산정한다.
- (3)[**진료과**]의과, 치과, 조산여부에 따라 의과는 ①, 치과는 ②, 조산은 ③으로 기재하고 정관절제술 또는 결찰술, 자궁내 장치, 난관결찰술을 시행하여 상대가치점수 "제12장 보건기관의 진료수가"를 산정하지 아니하고, "제9장 처치 및 수술료 등"에 분류된 해당항목에 의하여 산정하는 경우에는 "진료과"에 ④로 기재하며, 자궁내장치 재료대는 "의료급여비용총액1"란에 해당 수기료와 합하여 기재한다. 보건소 또는 보건지소에 물리치료가 상근하면서 물리치료를 행한 경우에는 ⑤를 기재하고, 한방의 경우 한방시술단독은 ⑦, 투약단독은 ⑧, 시술과 투약의 병

행은 ⑨를 기재한다.

- (4)[야간 및 공휴일 조산]보건기관에서 18~09시 또는 공휴일에 조산을 행한 경우에는 소정금액의 50%를 가산하되, 조산시각 또는 공휴일임을 "상병명"란에 기재하여야 한다.

마. 정신질환 정액수가 등 명세서 작성

- (1)[정신질환 정액수가 기재방법]①의료급여수가기준 제1장 제9조 및 제11조의 정신질환 정액수는 의료급여비용정액명세서 제X항 "정신건강의학과 정액"에 기재한다.

②제1항에 따른 정신질환 정액수에 포함된 진찰료·입원료·투약료 등 진료내역을 상대가치점수 및 요양급여비용 작성요령에 따라 코드, 분류, 단가, 1회 투약량(3항(투약료), 4항(주사료) 의약품인 경우만 해당), 1일 투여량 또는 투여(실시)횟수, 총투여일수 또는 실시횟수, 금액 등을 명세서 각각의 항·목에 기재한다.

- (2)[정신질환 정액수가 코드]

의료급여수가기준 제1장 제9조 및 제11조의 정신질환 정액수가 코드는 아래와 같다.

①<2017.3.13.일자로 삭제>

②정신질환 입원수가

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

③정신질환 낮병동수가

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

④정신질환 외박수가

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

(3)[정신건강의학과 입원 중 다른 진료과 의뢰]①정신질환자가 정신건강의학과 의료진으로 진료가 곤란한 외과적 수술을 요하는 경우 등의 질환이 발생하여 부득이 입원도중 동일 의료급여기관의 다른 진료과목 전문의에게 협진 의뢰하여 진료한 경우에는 별도 행위별수가로 적용 청구한다. 다만, 정신건강의학과 의료진으로도 진료가 가능한 간단한 상병(예 : 소화불량, 감기 등)의 진료비용은 정신건강의학과 입원수가에 포함되어 있으므로 별도로 산정할 수 없다. 이 경우 해당 행위별수가 적용 입원명세서 상해외인란에 반드시 "E"를 표기하되, 입원일수란에 "0"을 기재하고, 당월진료일수란에는 정신건강의학과 진료일수(원내투약일수 포함)를 제외한 타 상병에 대한 진료일수만을 기재토록 하며 정신건강의학과 진료일수를 초과하지 않을 경우 "0"으로 기재한다.

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

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

(5)[**촉탁의의 정신질환자 진료**]<2017.3.13일자로 삭제>

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

(7) <2021.4.1.삭제>

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

바. 혈액투석 정액수가 명세서 작성

(1)[**혈액투석 외래 정액수가 기재방법**]①의료급여수가기준 제1장 제7조의 혈액투석 정액수는 의료급여비용명세서 제Z항의 "혈액투석 정액"란에 기재한다.

②제1항에 따른 혈액투석 정액란의 혈액투석 정액수에 포함된 진찰료, 혈액투석수기료, 필수경구약제 및 Erythropoietin제제 등의 진료내역을 상대가치 점수 및 요양급여비용 작성요령에 따라 코드, 분류, 단가, 1회 투약량[3항(투약료 및 처방전), 4항(주사료) 의약품인 경우만 해당], 1일 투여량 또는 투여(실시)횟수, 총투여일수 또는 실시횟수, 금액 등을 명세서 각각의 항·목에 기재한다.

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

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

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

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

제5장 의료급여 본인일부부담금 작성요령

가. 1·2차 의료급여 공통

(1)[**명세서 분리작성**]①1, 2차 의료급여별로 본인일부부담금이 변경된 수급권자의 경우 변경전 진료분과 변경후 진료분을 별도의 명세서에 각각 구분 작성하여야 한다.②1종수급권자가 제1차의료급여기관(보건소, 보건지소, 보건진료소, 약국 제외)·제2차의료급여기관·제3차의료급여기관에서 외래진료를 받는 경우 의료급여기관 1회 방문당 본인일부부담금이 처방전 발행여부 또는 직접 조제여부에 따라 상이하므로, 처방전을 발행한 경우 "처방전 발급횟수"를 기재하고, 처방전 발행 없이 직접 조제만 이루어진 경우에는 "직접 조제 횟수"를 기재하되, 처방전 발행과 직접 조제가 동시에 이루어진 경우에는 "직접 조제 횟수"를 기재하지 아니 한다.

③2종수급권자가 제1차의료급여기관(약국제외)에서 외래진료를 받거나 또는 2종수급권자 중 만성질환자(만성신부전환자, 혈우병환자, 대사장애환자, 근육병환자, 장기이식환자)가 제2차의료급여기관(제3차의료급여기관 제외)에서 의료급여수가기준 제2장제17조에서 정한 외래진료를 받는 경우 의료급여기관 1회 방문당 본인일부부담금이 처방전 발행여부 또는 직접 조제여부에 따라 상이하므로, 처방전을 발행한 경우 "처방전 발급횟수"를 기재하고, 처방전 발행 없이 직접 조제만 이루어진 경우에는 "직접 조제 횟수"를 기재하되, 처방전 발행과 직접 조제가 동시에 이루어진 경우에는 "직접 조제 횟수"를 기재하지 아니 한다.

④2종수급권자가 영 [별표 1] 제2호다목의 규정에 의한 본인부담면제에 해당되는 경우에는 기왕증 등과는 구분하여 명세서를 각각 작성한다.

(2)[**편철**]동일인이 동일 청구 주기분에 본인일부부담금 변경이 있는 경우는 입원·외래 불문하고 본인일부부담금 변경 전·후의 급여비용을 각각의 명세서에 구분 작성하되, 연계심사가 가능하도록 앞뒤로 편철한다.

(3)[**진료개시일**]본인일부부담금의 변경으로 인해 연도별로 분리 작성되는 명세서의 진료개시일은 연속진료인 경우에도 해당 명세서상의 최초 진료일자를 기재한다.

나. 본인일부부담금

(1)[**1종수급권자 입원진료**]1종수급권자의 입원진료시 급여비용은 전액 기금에서 부담하므로 본인일부부담금이 발생하지 아니한다. 다만, 식대 본인부담면제대상자 외의 자는 식대 소정금액의 100분의 20(중증질환자에게 해당 중증질환(합병증 포함)으로 진료한 경우에는 100분의 5]에 해당하는 금액을 부담하고, 「의료급여법 시행령」 [별표1] 제3호 나목에 따른 상급종합병원, 종합병원, 병원, 한방병원, 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다.) 및 정신병원에서 일반병상 중 2·3인실을 이용하는 경우 및 라목에 따른 추나요법을 실시하는 경우에는 그 비용에 한정하여 기금에서 부담하는 금액을 제외한 금액을 본인이 부담한다.

(2)[**1종수급권자 외래진료**]

① 공통사항

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

② 제1차의료급여기관

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

③ 제2차의료급여기관

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

④ 제3차의료급여기관

- 1종수급권자가 제3차의료급여기관에서 외래 진료시 본인일부부담금은 처방전 발행 없이 의약품을 직접 조제 받은 경우 2,500원, 그 이외의 경우(동일에 직접 조제와 처방전 발행이 동시에 이루어진 경우 포함)에는 2,000원을 본인이 부담한다.

⑤ CT, MRI 및 PET를 실시하였을 경우

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

⑥ 약국 조제시

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

⑦ 제17조의9 제2항에 의한 주사제를 투여하는 경우

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

- ⑧ 「의료급여법 시행령」 [별표1] 제3호 라목에 의한 추나요법을 실시하는 경우
- 1종 수급권자가 추나요법을 실시하는 경우 해당 급여비용에 한정하여 기금에서 부담하는 금액을 제외한 금액을 본인이 부담한다.

(3)[1종수급권자 노인틀니 및 치과임플란트]65세 이상 1종수급권자가 제1차·제2차·제3차의료급여기관에서 틀니에 대한 의료급여를 실시한 경우 본인일부부담금은 의료급여비용총액1의 5%를 산정하고, 치과임플란트에 대한 의료급여를 실시한 경우 본인일부부담금은 의료급여비용총액1의 10%를 산정하되, 10원 미만의 단수가 있을 때에는 이를 절사한 금액으로 기재한다.

(4)[2종 수급권자 입원진료]

① 2종수급권자가 입원진료를 받은 경우

- 식대, 치면열구전색술, 추나요법, 일반병상 중 2·3인실 입원료를 제외한 의료급여비용총액1의 100분의10(중증질환자, 자연분만, 6세미만 아동, 제왕절개분만, 잠복결핵 치료 관련 진료의 경우 본인부담 100분의 0, 고위험 임신부 진료 및 치매질환 진료의 경우 본인부담 100분의5, 6세 이상 15세 이하 아동 진료의 경우 본인부담 100분의3)에 입원진료시 제공된 식대 소정금액의 100분의 20(중증질환자에게 해당 중증질환(합병증 포함)으로 진료한 경우에는 100분의 5, 식대본인부담면제대상자의 경우 100분의0), 15세초과 18세이하 치면열구전색술금액의 100분의 5를 합한 금액을 본인이 부담하고, 「의료급여법 시행령」 [별표1] 제3호 나목에 따른 상급종합병원, 종합병원, 병원, 한방병원, 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다.) 및 정신병원에서 일반병상 중 2·3인실을 이용하는 경우에는 그 입원료에 한정하여 기금에서 부담하는 금액을 제외한 금액을 본인이 부담하며, 「의료급여법 시행령」 [별표1] 제3호 라목에 따른 추나요법을 실시하는 경우에는 그 비용에 한정하여 기금에서 부담하는 금액을 제외한 금액을 본인이 부담한다.
- 의료급여기관의 설치목적이나 법인의료기관의 정관 등에 의거 본인부담금을 전액 면제 또는 일부 감면하는 경우와 수급권자측 또는 의료급여기관측의 사정으로 본인부담금을 전혀 부담하지 못하였거나 일부만 부담한 경우는 본인일부부담금란에 실제 수급권자가 부담한 금액(부담 못한 경우 "0"으로 표기)을 기재하여야 하고, 영 별표 제2호다목에 따른 본인부담면제에 해당되는 경우 본인일부부담금을 "0"으로 기재하며, 기왕증 등은 실제 본인이 부담한 금액을 기재한다.

② 장애인의료비

- 2종수급권자가 장애인인 경우 본인일부부담금 전액이 장애인의료비에서 지급

(중증질환자, 자연분만, 6세미만 아동, 제왕절개분만, 잠복결핵 치료 관련 진료의 경우 본인부담 '0', 고위험 임신부 진료 및 치매질환의 경우 본인부담 '5%', 6세 이상 15세 이하 아동 진료의 경우 본인부담 '3%')되므로 실제 본인부담금은 발생하지 아니한다. 다만, 입원진료시 제공된 식대의 100분의 20(중증질환자에게 해당 중증질환(합병증 포함)으로 진료한 경우에는 100분의 5, 식대 본인부담면제대상자의 경우에는 100분의0)에 해당하는 금액은 본인이 부담하고, 「의료급여법 시행령」 [별표1] 제3호 나목에 따른 상급종합병원, 종합병원, 병원, 한방병원, 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다.) 및 정신병원에서 일반병상 중 2·3인실을 이용하는 경우 및 라목에 따른 추나요법을 실시하는 경우에는 그 비용에 한정하여 기금에서 부담하는 금액을 제외한 금액을 본인이 부담한다.

③ 대지급금

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

(5)[2종수급권자 외래진료]

① 공통사항

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

② 제1차의료급여기관

- 2종수급권자가 제1차의료급여기관 외래에서 본인일부부담금은 처방전 발행 없이 의약품 직접 조제 받은 경우 1회 방문당 1,500원, 그 이외의 경우(동일에 직접 조제와 처방전 발행이 동시에 이루어진 경우 포함)에는 1,000원을 본인이 부담한다. 다만, 보건기관(보건의료원 제외)에서 의료급여를 받은 경우 및 1세 미만인 수급권자의 경우에는 의약품 직접 조제여부와 관계없이 본인부담금이 발생하지 아니한다.

- 2종 수급권자가 장애인인 경우 장애인의료비에서 750원을 부담하므로 처방전 발행 없이 의약품을 직접 조제 받은 경우 본인일부부담금란에 750원, 장애인의료비란에 750원을 기재하고, 그 이외의 경우(동일에 직접 조제와 처방전 발행이 동시에 이루어진 경우 포함)에는 본인일부부담금란에 250원, 장애인의료비란에는 750원을 기재한다.

③ 제2차의료급여기관

- 2종수급권자가 제2차의료급여기관 외래에서 의료급여를 받은 경우 의료급여비용총액의 15%(임신부, 등록 조산아, 저체중 출생아, 치매질환, 조현병, 1세 미만인 수급권자의 경우 5%, 그 외 정신질환의 경우 10%)를 본인일부부담금란에 기재하고, 2종수급권자가 장애인인 경우 본인일부부담금 전액이 장애인의료비에서 지급되므로 본인일부부담금란에는 "0", 장애인의료비란에는 의료급여비용총액의 15%(임신부, 등록 조산아, 저체중 출생아, 치매질환, 조현병, 1세 미만인 수급권자의 경우 5%, 그 외 정신질환의 경우 10%)를 각각 기재한다.
- 2종수급권자 중 만성질환자(만성신부전증환자, 혈우병환자, 대사장애환자, 근육병환자, 장기이식환자)가 외래에서 의료급여수가의 기준 및 일반기준 제2장 제17조에서 정한 의료급여를 받은 경우 의료급여기관 1회 방문당 처방전 발행 없이 의약품 직접 조제 받은 경우 의료급여기관에서의 본인일부부담금은 1,500원, 그 이외의 경우(동일에 직접 조제와 처방전 발행이 동시에 이루어진 경우 포함)에는 1,000원을 본인이 부담한다. 다만, 만성질환자가 1세 미만인 경우 본인일부부담금이 발생하지 아니하고, 만성질환자가 장애인인 경우 본인일부부담금 전액이 장애인의료비에서 지급되므로 본인일부부담금란에는 "0"을 장애인의료비란에는 1,000원(또는 1,500원)을 각각 기재한다.

④ 제3차의료급여기관

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

⑤ CT, MRI 및 PET를 실시하였을 경우

- 2종수급권자가 제1차의료급여기관에서 CT, MRI 또는 PET를 실시한 경우 본인일부부담금은 CT, MRI 또는 PET총액의 15%(1세 미만인 수급권자의 경우 '0',

- 임신부, 등록 조산아 및 저체중 출생아, 치매질환의 경우 5%)에 실제로 본인이 납부한 금액(1,000원 또는 1,500원 또는 0원)을 합하여 산정하되 10원 미만의 단수가 있을 때에는 이를 절사한 금액으로 기재한다.
- 2종수급권자가 제2차의료급여기관에서 CT, MRI 또는 PET를 실시한 경우 본인 일부부담금은 CT, MRI 또는 PET를 포함한 의료급여비용총액1의 15%(임신부, 등록 조산아 및 저체중 출생아, 치매질환, 1세 미만인 수급권자의 경우 5%)로 산정하되 10원 미만의 단수가 있을 때에는 이를 절사한 금액으로 기재한다. 다만, 만성질환자(만성신부전증환자, 혈우병환자, 대사장애환자, 근육병환자, 장기이식환자)의 본인일부부담금은 CT, MRI 또는 PET총액의 15%(임신부, 등록 조산아 및 저체중 출생아, 치매질환, 1세 미만인 수급권자의 경우 5%)에 실제로 본인이 납부한 금액(1,000원 또는 1,500원 또는 0원)을 합하여 산정한다.
 - 제3차의료급여기관에서 CT, MRI 또는 PET를 실시한 경우 본인일부부담금은 CT, MRI 또는 PET를 포함한 의료급여비용총액1의 15%(임신부, 등록 조산아 및 저체중 출생아, 치매질환, 1세 미만인 수급권자의 경우 5%)로 산정하되 10원 미만의 단수가 있을 때에는 이를 절사한 금액으로 기재한다.
 - 2종수급권자가 장애인인 경우 제1차의료급여기관에서 CT, MRI 또는 PET를 실시한 경우 본인일부부담금란에는 CT, MRI 또는 PET총액의 15%(1세 미만인 수급권자의 경우 '0', 임신부, 등록 조산아 및 저체중 출생아, 치매질환의 경우 5%)에 실제로 본인이 의료급여기관에 납부한 금액(250원 또는 750원 또는 0원)을 합하여 기재하고, 제2차·제3차의료급여기관에서 CT, MRI 또는 PET를 실시한 경우 본인일부부담금란에는 "0", 장애인의료비란에는 의료급여비용총액1의 15%(임신부, 등록 조산아 및 저체중 출생아, 치매질환, 1세 미만인 수급권자의 경우 5%)를 각각 기재한다.

⑥ 약국 조제시

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

하되, 본인부담금액이 500원 미만인 경우 처방전 1매당 500원을 본인이 부담한다.

⑦ 제17조의9 제2항에 의한 주사제를 투여하는 경우

- 2종 수급권자가 제1차의료급여기관에서 정신건강의학과 외래진료 시 제17조9 제2항에 의한 주사제를 투여하는 경우 본인일부부담금은 해당 약제비용총액의 5%에 1,500원을 합하여 기재한다.
- 2종수급권자가 제2차·제3차의료급여기관에서 정신건강의학과 외래진료 시 제17조9 제2항에 의한 주사제를 투여하는 경우 본인일부부담금은 해당 약제비용총액의 5%와 해당 약제비용총액을 제외한 의료급여비용총액1의 15%(조현병의 경우 5%, 그 외 정신질환의 경우 10%)를 합하여 기재한다.
- 2종수급권자가 장애인인 경우 제1차의료급여기관에서 제17조의9 제2항에 의한 주사제를 투여하는 경우 본인일부부담금은 해당 약제비용총액의 5%에 실제로 본인이 의료급여기관에 납부한 금액(250원 또는 750원)을 합하여 기재하고, 제2차·3차의료급여기관에서 제17조의9 제2항에 의한 주사제를 투여하는 경우에는 본인일부부담금란에는 "0", 장애인 의료비란에는 해당 약제비용총액의 5%와 해당 약제비용총액을 제외한 의료급여비용총액1의 15%(조현병의 경우 5%, 그 외의 정신질환의 경우 10%)를 합하여 기재한다.

⑧ 치면열구전색술을 하는 경우

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

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

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

(6) [2종수급권자 노인틀니 및 치과임플란트] 65세 이상 2종수급권자가 제1차·제2차·제3차의료급여기관에서 틀니에 대한 의료급여를 실시한 경우 본인일부부담금은 의료급여비용총액1의 15%를 산정하고, 치과 임플란트에 대한 의료급여를 실시한 경우 본인일부부담금은 의료급여비용총액1의 20%를 산정하되, 10원 미만의 단수가 있을 때에는 이를 절사한 금액으로 기재한다.

(7)[사회복지시설의 촉탁의 진료]<2018.8.1일자로 삭제>

제6장 기 타

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