

국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 일부개정령안

1. 개정이유

병원과 한방병원 2·3인실을 건강보험 적용함에 따라, 2·3인실 입원료의 본인부담률 차이로 입원료란을 구분하고, 설명란에 동일한 문구사용을 위해 영수증 서식을 변경하고,

치료재료의 허가·신고 또는 인정된 사항의 범위 초과 사용에 대하여 전문평가위원회에서 검토할 수 있는 근거를 마련하고,

“요양급여대상 또는 비급여대상 여부 확인” 용어를 편리하게 사용하기 위해 “기존급여 여부 확인”으로 약칭을 정비하여 의미를 명확히 하여 현장에서의 혼란을 방지하고자 함

2. 주요내용

가. 건강보험 보장성 강화대책에 따라 병원과 한방병원 2·3인실 건강보험 적용 관련 영수증 서식 변경(안 별지 제6호, 제7호, 제8호, 제9호 서식 수정)

나. 치료재료의 허가·신고 또는 인정된 사항의 범위 초과 사용에 대하여 전문평가위원회에서 검토(안 제11조제8항)

다. 요양급여대상 또는 비급여대상 여부 확인을 ‘기존급여 여부 확인’으로 약칭(안 제9조의2 등)

3. 주요토의과제

없 음

4. 참고사항

가. 관계법령 : 생 략

가. 관계법령 : 생 략

나. 예산조치 : 별도조치 필요 없음

다. 합 의 : 해당사항 없음

라. 기 타 : 1) 신·구조문대비표, 별첨

2) 입법예고(2019.0.0. ~ 0.00.)

3) 행정규제 : 규제 신설·폐지 등, 없음

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 일부개정령안

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

제9조의2제1항 “요양급여대상 또는 비급여대상 여부”를 “요양급여대상 또는 비급여대상 여부(이하 “기존급여 여부”라 한다.)”로 하며, “요양급여대상 또는 비급여대상 여부”를 “기존급여 여부”로 한다.

제9조의2제2항 및 제3항 “요양급여대상·비급여대상 여부”를 “기존급여 여부”로 한다.

제9조의2제5항 “요양급여대상·비급여대상”을 “기존급여 여부”로 한다.

제10조제1항제2호라목 “요양급여대상 또는 비급여대상 여부”를 “기존급여 여부”로 한다.

제11조제8항 중 “제2항에 따른 행위·치료재료”를 “제2항, 제9조의2제5항 및 별표 1 제4호에 관한 사항”으로 한다.

별지 제6호, 제7호, 제8호, 제9호 서식을 별지와 같이 한다.

부 칙

제1조(시행일) 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다.

[]외래 []입원 ([]퇴원[]중간) 진료비 계산서 · 영수증

환자등록번호		환자 성명			진료기간 부터까지		야간(공휴일)진료 [] 야간 [] 공휴일	
진료과목		질병군(DRG)번호			병실		환자구분	
							영수증번호(연월-일련번호)	
항목	급여				비급여		금액산정내용	
	일부 본인부담		전액 본인부담	선택 진료료	선택 진료 료 외	⑦ 진료비 총액 (①+②+③+④+⑤)		
	본인부담금	공단부담금						
기본항목	진찰료						⑧ 환자부담 총액 (①-⑥)+③+④+⑤	
	입원료	1인실						
		2·3인실						
		4인실 이상						
	식대						⑨ 이미 납부한 금액	
	투약 및 조제료	행위료						
		약품비						
	주사료	행위료					⑩ 납부할 금액 (⑧-⑨)	
		약품비						
	마취료						⑪ 납부 한 금액	카드
	처치 및 수술료							현금영수증
	검사료							현금
	영상진단료						합계	
	방사선치료료						납부하지 않은 금액 (⑩-⑪)	
	치료재료대						현금영수증()	
재활 및 물리치료료						신분확인번호		
정신요법료						현금영수증 승인번호		
전혈 및 혈액성분제 재료						* 요양기관 임의활용공간		
선택항목	CT 진단료							
	MRI 진단료							
	PET 진단료							
	초음파 진단료							
	보철·교정료							
「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여								
65세 이상 등 정액								
정액수가(요양병원)								
정액수가(완화의료)								
질병군 포괄수가								
합계			①	②	③	④	⑤	
상한액 초과금		⑥	-			선택진료 신청		[] 유 [] 무
요양기관 종류		[] 의원급·보건기관		[] 병원급		[] 종합병원		[] 상급종합병원
사업자등록번호				상호		전화번호		
사업장 소재지				대표자		[인]		
년 월 일								
항목별 설명						일반사항 안내		
<p>1. 일부 본인부담: 일반적으로 다음과 같이 본인부담률을 적용하나, 요양기관 지역, 요양기관의 종별, 환자 자격, 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여 여부, 병실종류 등에 따라 달라질 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 외래 본인부담률: 요양기관 종별에 따라 30% ~ 60%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0원 ~ 2500원, 0% ~ 15%) 등 - 입원 본인부담률: 20%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0% ~ 10%) 등 * 식대: 50%(의료급여는 20%) CT·MRI·PET: 외래 본인부담률(의료급여는 입원 본인부담률과 동일) 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선택급여): 보건복지부장관이 고시한 항목별 본인부담률 * 상급종합병원 입원료: 2인실 50%, 3인실 40%, 4인실 30% / 치과병원을 제외한 병원급 의료기관 입원료: 2인실 40%, 3인실 30% <p>2. 전액 본인부담: 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 또는 「의료급여법 시행규칙」 별표 1의2에 따라 적용되는 항목으로 건강보험(의료급여)에서 금액을 정하고 있으나 진료비 전액을 환자 본인이 부담합니다.</p> <p>3. 상한액 초과금: 본인부담액 상한제에 따라 같은 의료기관에서 연간 500만원(2015년부터는 「국민건강보험법 시행령」 별표 3 제2호에 따라 산정한 본인부담상한액의 최고 금액, 환자가 내는 보험료 등에 따라 다를 수 있음) 이상 본인부담금이 발생한 경우 공단이 부담하는 초과분 중 사전 정산하는 금액을 말합니다.</p> * 전액 본인부담 및 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여의 본인부담금 등은 본인부담상한액 산정시 제외합니다. <p>4. "질병군 포괄수가"란 「국민건강보험법 시행령」 제21조제3항제2호 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제3항에 따라 보건복지부장관이 고시한 질병군 입원진료에 대하여 해당 입원진료와 관련된 여러 의료행위를 하나의 행위로 정하여 요양급여비용을 결정한 것을 말합니다. 다만, 해당 질병군의 입원진료와 관련되는 의료행위라도 비급여대상이나 이송처치료 등 포괄수가에서 제외되는 항목은 위 표의 기본항목 및 선택항목란에 합산하여 표기됩니다.</p>						<p>1. 이 계산서·영수증에 대한 세부내용은 요양기관에 요구하여 제공받을 수 있습니다.</p> <p>2. 「국민건강보험법」 제48조 또는 「의료급여법」 제11조의3에 따라 환자가 전액 부담한 비용과 비급여로 부담한 비용의 타당성 여부를 건강보험심사평가원(☎1644-2000, 홈페이지: www.hira.or.kr)에 확인 요청하실 수 있습니다.</p> <p>3. 계산서·영수증은 「소득세법」에 따른 의료비 공제신청 또는 「조세특례제한법」에 따른 현금영수증 공제신청(현금영수증 승인번호가 적힌 경우만 해당합니다)에 사용할 수 있습니다. 다만, 지출증빙용으로 발급된 "현금영수증(지출증빙)"은 공제신청에 사용할 수 없습니다. (현금영수증 문의 126 인터넷 홈페이지: http://현금영수증.kr)</p>		
주(註): 진료항목 중 선택항목은 요양기관의 특성에 따라 추가 또는 생략할 수 있으며, 야간(공휴일)진료 시 진료비가 가산될 수 있습니다.								

[]외래 []입원 ([]퇴원[]중간) 진료비 계산서 · 영수증

환자등록번호 []	진료기간부터까지
환자 성명 []	야간(공휴일)진료 [] 야간 [] 공휴일
진료과목 []	병실 []
질병군(DRG)번호 []	환자 구분 []
영수증번호(연월-일련번호) []	

항목	급여		비급여		금액산정내용	
	일부 본인부담 본인부담금	공단부담금	전액 본인부담	선택 진료료	선택진료 료 외	⑦ 진료비 총액 (①+②+③+④+⑤)
[기본항목]						⑧ 환자부담 총액 (①-⑥)+③+④+⑤
진찰료 [] [] [] [] [] []						⑨ 이미 납부한 금액 []
1인실 [] [] [] [] [] []						⑩ 납부할 금액 (⑧-⑨)
입원료 2·3인실 [] [] [] [] [] []						카드 []
4인실 이상 [] [] [] [] [] []						⑪ 납부 현금영수증 []
식대 [] [] [] [] [] []						한 금액 현금 []
투약 및 조 행위료 [] [] [] [] [] []						합계 []
제료 약품비 [] [] [] [] [] []						납부하지 않은 금액(⑩-⑪) []
주사료 행위료 [] [] [] [] [] []						현금영수증() []
약품비 [] [] [] [] [] []						신분확인번호 []
마취료 [] [] [] [] [] []						현금영수증 승인번호 []
처치 및 수술료 [] [] [] [] [] []						* 요양기관 임의활용공간 []
검사료 [] [] [] [] [] []						[] [] [] [] [] []
영상진단료 [] [] [] [] [] []						[] [] [] [] [] []
방사선치료료 [] [] [] [] [] []						[] [] [] [] [] []
치료재료대 [] [] [] [] [] []						[] [] [] [] [] []
재활 및 물리치료료 [] [] [] [] [] []						[] [] [] [] [] []
정신요법료 [] [] [] [] [] []						[] [] [] [] [] []
전혈 및 혈액성분제료 [] [] [] [] [] []						[] [] [] [] [] []
[선택항목]						[] [] [] [] [] []
CT 진단료 [] [] [] [] [] []						선택진료 신청 [] 유 [] 무
MRI 진단료 [] [] [] [] [] []						[] 의원급 · 보건기관
PET 진단료 [] [] [] [] [] []						요양기관종류 [] 병원급 [] 종합병원
초음파 진단료 [] [] [] [] [] []						[] 상급종합병원
보철 · 교정료 [] [] [] [] [] []						사업자등록번호 []
[국민건강보험법] 제 41조의4에 따른 요양 급여						상호
[65세 이상 등 정액] [] [] [] [] [] []						전화번호 []
[정액수가(요양병원)] [] [] [] [] [] []						사업장 소재지 []
[정액수가(완화의료)] [] [] [] [] [] []						
[질병군 포괄수가] [] [] [] [] [] []						대표자 [] [] [인]
[합 계] ①[] ②[] ③[] ④[] ⑤[]						년 월 일
[상한액 초과금] ⑥[]						항목별 설명

- 일부 본인부담: 일반적으로 다음과 같이 본인부담률을 적용하나, 요양기관 지역, 요양기관의 종별, 환자 자격, 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여 여부, 병실종류 등에 따라 달라질 수 있습니다.
 - 외래 본인부담률: 요양기관 종별에 따라 30% ~ 60%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0원 ~ 2500원, 0% ~ 15%) 등
 - 입원 본인부담률: 20%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0% ~ 10%) 등
 - ※ 식대: 50%(의료급여는 20%)
 - CT · MRI · PET: 외래 본인부담률(의료급여는 입원 본인부담률과 동일)
 - 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선별급여): 보건복지부장관이 고시한 항목별 본인부담률
 - ※ 상급종합병원 입원료: 2인실 50%, 3인실 40%, 4인실 30% / 치료병원을 제외한 병원급 의료기관 입원료: 2인실 40%, 3인실 30%
- 전액 본인부담: 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 또는 「의료급여법 시행규칙」 별표 1의2에 따라 적용되는 항목으로 건강보험(의료급여)에서 금액을 정하고 있으나 진료비 전액을 환자 본인이 부담합니다.
- 상한액 초과금: 본인부담액 상한제에 따라 같은 의료기관에서 연간 500만원(2015년부터는 「국민건강보험법 시행령」 별표 3 제2호에 따라 산정한 본인부담상한액의 최고 금액, 환자가 내는 보험료 등에 따라 다를 수 있음) 이상 본인부담금이 발생한 경우 공단이 부담하는 초과분 중 사전 정산하는 금액을 말합니다.
 - ※ 전액 본인부담 및 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여의 본인부담금 등은 본인부담상한액 산정시 제외합니다.
- "질병군 포괄수가"란 「국민건강보험법 시행령」 제21조제3항제2호 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제3항에 따라 보건복지부장관이 고시한 질병군 입원진료에 대하여 해당 입원진료와 관련된 여러 의료행위를 하나의 행위로 정하여 요양급여비용을 결정할 것을 말합니다. 다만, 해당 질병군의 입원진료와 관련되는 의료행위라도 비급여대상이나 이송처치료 등 포괄수가에서 제외되는 항목은 위 표의 기본항목 및 선택항목만에 합산하여 표기됩니다.

주(註): 진료항목 중 선택항목은 요양기관의 특성에 따라 추가 또는 생략할 수 있으며, 야간(공휴일)진료 시 진료비가 가산될 수 있습니다.

210mm×297mm[백상지 70g/m²]

[]외래 []입원 ([]퇴원[]중간) 한방진료비 계산서 · 영수증

환자등록번호		환자 성명			진료기간		야간(공휴일)진료	
					. . .부터 . . .까지		[] 야간 [] 공휴일	
진료과목		병실			환자 구분		영수증 번호(연월-일련번호)	
항 목		급여			비급여		금액산정내역	
		일부 본인부담		전액	선택	선택진료	⑦ 진료비 총액	
		본인부담금	공단부담금	본인부담	진료료	료 외	①+②+③+④+⑤	
기본항목	진찰료							
	입원료	1인실					⑧ 환자부담 총액	
		2·3인실					①-⑥+③+④+⑤	
		4인실 이상						
	식대						⑨ 이미 납부한 금액	
	투약 및 조제료	행위로						
		약품비					⑩ 납부할 금액	
	시술 및 처치료						⑧-⑨	
	검사료						⑪ 납 부 할 금 액	카드
	치료재료대							현금영수증
						현금		
							합계	
						납부하지 않은 금액 (⑩-⑪)		
선택항목	한방물리요법료						현금영수증()	
	한약(첩약)						신분확인번호	
							현금영수증 승인번호	
「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여						* 요양기관 임의활용공간		
65세 이상 등 정액								
합계		①	②	③	④	⑤		
상한액 초과금		⑥			-		선택진료 신청	[] 유 [] 무
요양기관 종류		[] 의원급 · 보건기관 [] 병원급 [] 종합병원 [] 상급종합병원						
사업자등록번호					상 호		전화번호	
사업장 소재지						대 표 자	[인]	
년 월 일								
항목별 설명							일반사항 안내	
<p>1. 일부 본인부담: 일반적으로 다음과 같이 본인부담률을 적용하나, 요양기관 지역, 요양기관의 종별, 환자 자격, 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여 여부, 병실종류 등에 따라 달라질 수 있습니다.</p> <p>- 외래 본인부담률: 요양기관 종별에 따라 30% ~ 60%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0원 ~ 2500원, 0% ~ 15%) 등</p> <p>- 입원 본인부담률: 20%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0% ~ 10%) 등</p> <p>* 식대: 50%(의료급여는 20%)</p> <p>CT · MRI · PET: 외래 본인부담률(의료급여는 입원 본인부담률과 동일)</p> <p>「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선별급여): 보건복지부장관이 고시한 항목별 본인부담률</p> <p>* 상급종합병원 입원료: 2인실 50%, 3인실 40%, 4인실 30% / 치과병원을 제외한 병원급 의료기관 입원료: 2인실 40%, 3인실 30%</p> <p>2. 전액 본인부담: 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 또는 「의료급여법 시행규칙」 별표 1의2에 따라 적용되는 항목으로 건강보험(의료급여)에서 금액을 정하고 있으나 진료비 전액을 환자 본인이 부담합니다.</p> <p>3. 상한액 초과금: 본인부담액 상한제에 따라 같은 의료기관에서 연간 500만원(2015년부터는 「국민건강보험법 시행령」 별표 3 제2호에 따라 산정한 본인부담상한액의 최고 금액, 환자가 내는 보험료 등에 따라 다를 수 있음) 이상 본인부담금이 발생한 경우 공단이 부담하는 초과분 중 사전 정산하는 금액을 말합니다.</p> <p>* 전액본인부담 및 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여의 본인부담금 등은 본인부담상한액 산정시 제외합니다.</p>							<p>1. 이 계산서·영수증에 대한 세부내용은 요양기관에 요구하여 제공받을 수 있습니다.</p> <p>2. 「국민건강보험법」 제48조 또는 「의료급여법」 제11조의3에 따라 환자가 전액 부담한 비용과 비급여로 부담한 비용의 타당성 여부를 건강보험심사평가원(☎1644-2000, 홈페이지: www.hira.or.kr)에 확인 요청할 수 있습니다.</p> <p>3. 계산서·영수증은 「소득세법」에 따른 의료비 공제신청 또는 「조세특례제한법」에 따른 현금영수증 공제신청(현금영수증 승인번호가 적힌 경우만 해당합니다)에 사용할 수 있습니다. 다만, 지출증빙용으로 발급된 "현금영수증(지출증빙)"은 공제신청에 사용할 수 없습니다. (현금영수증 문의 126 인터넷 홈페이지: http://현금영수증.kr)</p>	
주(註): 진료항목 중 선택항목은 요양기관의 특성에 따라 추가 또는 생략할 수 있으며, 야간(공휴일)진료 시 진료비가 가산될 수 있습니다.								

■ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별지 제9호서식]

[]외래 []입원 ([]퇴원[]중간) 한방진료비 계산서·영수증

환자등록번호 [] 진료기간부터 ~까지
환자성명 [] 야간(공휴일진료) [] 야간 [] 공휴일
진료과목 [] 병실 []
환자구분 [] 영수증번호(연월-일련번호) []

항목	급여		비급여		금액산정내역	
	일부 본인부담 본인부담금	공단부담금	전액 본인부담	선택 진료료	선택진료료 외	⑦ 진료비 총액 (①+②+③+④+⑤)

[기본항목]

진찰료	[]	[]	[]	[]	[]	⑧ 환자부담 총액 (①-⑥)+③+④+⑤	[]
1인실	[]	[]	[]	[]	[]		
2·3인실	[]	[]	[]	[]	[]		
4인실 이상	[]	[]	[]	[]	[]		
식대	[]	[]	[]	[]	[]	⑨ 이미 납부한 금액	[]

투약 및 조제로	행위료	[]	[]	[]	[]	[]	⑩ 납부할 금액 (⑧-⑨)	[]
	약품비	[]	[]	[]	[]	[]		

시술 및 처치료	[]	[]	[]	[]	[]	[]	카드	[]
----------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----	-----

검사료	[]	[]	[]	[]	[]	[]	⑪ 납부 현금영수증	[]
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---------------	-----

치료재료대	[]	[]	[]	[]	[]	[]	한 금액 현금	[]
-------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---------------	-----

[선택항목]

한방물리요법료	[]	[]	[]	[]	[]	[]	납부하지 않은 금액 (⑩-⑪)	[]
---------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------------------	-----

한약(첩약)	[]	[]	[]	[]	[]	[]		
--------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	--	--

[국민건강보험법] 제 41조의4에 따른 요양급여]

[65세 이상 등 정액]

① [합계]	① []	② []	③ []	④ []	⑤ []	⑥ []	현금영수증 승인번호	[]
--------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	------------	-----

[상한액 초과금]	⑥ []	-						
-----------	-------	---	--	--	--	--	--	--

* 요양기관 임의활동공간

선택진료 신청 [] 유 [] 무

요양기관 종류 [] 의원급·보건기관 [] 병원급 [] 종합병원 [] 상급종합병원

사업자등록번호 [] 상호 [] 전화번호 []

사업장 소재지 [] 대표자 [] (인)

년 월 일

항목별 설명

- 일부 본인부담: 일반적으로 다음과 같이 본인부담률을 적용하나, 요양기관 지역, 요양기관의 종별, 환자 자격, 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여 여부, 병실종류 등에 따라 달라질 수 있습니다.
 - 외래 본인부담률: 요양기관 종별에 따라 30% ~ 60%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0원 ~ 2500원, 0% ~ 15%) 등
 - 입원 본인부담률: 20%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0% ~ 10%) 등
 - ※ 식대: 50%(의료급여는 20%)
 - CT·MRI·PET: 외래 본인부담률(의료급여는 입원 본인부담률과 동일)
 - 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선택급여): 보건복지부장관이 고시한 항목별 본인부담률
 - ※ 상급종합병원 입원료: 2인실 50%, 3인실 40%, 4인실 30% / **치과병원을 제외한 병원급 의료기관 입원료: 2인실 40%, 3인실 30%**
- 전액 본인부담: 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 또는 「의료급여법 시행규칙」 별표 1의2에 따라 적용되는 항목으로 건강보험(의료급여)에서 금액을 정하고 있으나 진료비 전액을 환자 본인이 부담합니다.
- 상한액 초과금: 본인부담액 상한제에 따라 같은 의료기관에서 연간 500만원(2015년부터는 「국민건강보험법 시행령」 별표 3 제2호에 따라 산정한 본인부담상한액의 최고 금액, 환자가 내는 보험료 등에 따라 다를 수 있음) 이상 본인부담금이 발생한 경우 공단이 부담하는 초과분 중 사전 청산하는 금액을 말합니다.
 - ※ 전액본인부담 및 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여의 본인부담금 등은 본인부담상한액 산정시 제외합니다.

일반사항 안내

- 이 계산서·영수증에 대한 세부내용은 요양기관에 요구하여 제공받을 수 있습니다.
- 「국민건강보험법」 제48조 또는 「의료급여법」 제11조의3에 따라 환자가 전액 부담한 비용과 비급여로 부담한 비용의 타당성 여부를 건강보험심사평가원(☎1644-2000, 홈페이지: www.hira.or.kr)에 확인 요청하실 수 있습니다.
- 계산서·영수증은 「소득세법」에 따른 의료비 공제신청 또는 「조세특례제한법」에 따른 현금영수증 공제신청(현금영수증 승인번호가 적힌 경우만 해당합니다)에 사용할 수 있습니다. 다만, 지출증빙용으로 발급된 "현금영수증(지출증빙)"은 공제신청에 사용할 수 없습니다. (현금영수증 문의 126 인터넷 홈페이지: http://현금영수증.kr)

주(註): 진료항목 중 선택항목은 요양기관의 특성에 따라 추가 또는 생략할 수 있으며, 야간(공휴일)진료 시 진료비가 가산될 수 있습니다.

210mm×297mm[백상지 70g/m²]

② 제1항에 따른 확인 신청은 그 확인을 신청하려는 자가 별지 제 13호의2서식의 요양급여대상·비급여대상 여부 확인 신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 건강보험심사평가원장(제1항 단서에 따른 확인 신청은 식품의약품안전처장을 거쳐야 한다)에게 요양급여대상·비급여대상 여부의 확인 신청을 함으로써 이를 갈음한다.

1.~3. (생략)

③ 보건복지부장관은 제1항 및 제2항에 따라 확인 신청을 받은 경우에는 요양급여대상·비급여대상 여부를 확인하고, 정당한 사유가 없는 한 확인 신청을 접수한 날부터 30일 이내에 신청인(제1항 단서에 따른 확인 신청에 대해서는 식품의약품안전처장을 거쳐야 한다)과 「의료법」 제54조에 따른 신의료기술평가위원회에 그 결과를 통보해야 한다. (후단 생략)

④ (생략)

⑤ 보건복지부장관은 제3항에 따

② -----

기존급여 여부-----

-----.

1.~3. (현행과 같음)

③ -----

----- 기존급여 여부-----

-----.

④ (현행과 같음)

⑤ -----

른 요양급여대상·비급여대상의 확인 또는 제4항에 따른 이의신청의 처리를 위하여 전문적 검토가 필요하다고 인정하는 경우에는 제11조제8항에 따른 전문평가위원회로 하여금 검토하게 할 수 있다.

제10조(행위·치료재료의 요양급여 결정신청) ① (생략)

1. (생략)
2. 치료재료의 경우에는 다음 각 목에서 정한날
가. ~ 다. (생략)

라. 가목 및 나목에도 불구하고 제9조의2제1항 및 제2항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상 여부의 확인을 신청한 경우에는 같은 조 제3항에 따라 결과를 통보받은 날

3. (생략)
- ②·③ (생략)

제11조(행위·치료재료에 대한 요양급여의 결정)

- ①~⑦ (생략)
- ⑧ 제2항에 따른 행위·치료재료에 대한 평가를 효율적으로

-- 기존급여 여부-----

-----.

제10조(행위·치료재료의 요양급여 결정신청) ① (현행과 같음)

1. (현행과 같음)
2. -----

가. ~ 다. (현행과 같음)

라. -----

기존급여 여부-----

3. (현행과 같음)
- ②·③ (현행과 같음)

제11조(행위·치료재료에 대한 요양급여의 결정)

- ①~⑦ (현행과 같음)
- ⑧ 제2항, 제9조의2제5항 및 별표1 제4호에 관한 사항-----

수행하기 위하여 건강보험심사
평가원에 행위 및 치료재료별로
전문평가위원회를 둔다.

⑨·⑩ (생략)

-----.

⑨·⑩ (현행과 같음)

< 의안 소관 부서명 >

보건복지부 보험급여과/예비급여과	
연 락 처	(044) 202 - 2668