따른 현금영수증 공제신청(현금영수증 승인번호가 적힌 경우만 해당합니다.)에
시용할 수 있습니다. 다만, 지출증빙용으로 발급된 「현금영수증(지출증빙)」은 공제신
청에 사용할 수 없습니다.(현금영수증 문의 126 인터넷 홈페이지 : http://현금영수증.kr)

항목별 설명

1. 일부 본인부담 : 일반적으로 다음과 같이 본인부담률을 적용하나, 요양기관 지역, 요양
기관의 종별, 환자 자격, 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여 여부, 병실종류 등에
따라 달라질 수 있습니다. - 외래 본인 부담률 : 요양기관 종별에 따라 30% ~ 60%(의료
급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0원 ~ 2500원, 0% ~ 15%)등
- 입원 본인 부담률 : 20%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0%
~ 10%) 등 ※ 식대 : 50%(의료급여는 20%) CT · MRI · PET : 외래 본인 부담률(의료
급여는 입원 본인 부담률과 동일) 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여 선별급여
: 보건복지부장관이 고시한 항목별 본인부담률 ※ 종합병원 입원료 : 2인실 40%, 3인실 30%
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. 3. 상한액 초과금 : 본인부담액 상한제에 따라 같은 의료기관에서
연간 523만원(2018년부터는 「국민건강보험법 시행령」 별표 3 제2호 따라 산정한 본인부담
상한액의 최고금액, 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. 4. "질병군 포괄수가"란 「국민건강보험법 시행령」 제21조제3항제2호 및
「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제3항에 따라 보건복지부장관이 고시한
질병군 입원진료에 대하여 해당 입원진료와 관련되는 여러 의료행위를 하나의 행위로 정하여
요양급여비용을 결정한 것을 말합니다. 다만, 해당 질병군의 입원진료와 관련되는 의료행위
라도 비급여대상이나 이송처치료 등 포괄수가에서 제외되는 항목은 위 기본항목 및 선택
항목란에 합산하여 표기됩니다.

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

진료예약변경 1899-3992

■ 진료비 계산서 보시는 방법 ■
○ 급 여 : 건강보험 혜택이 적용되는 금액
○ 비급여 : 복지부 고시 비급여대상으로 환자부담을 할 수가