

1. 개정이유

마약류중독자 치료보호 지원을 통해 치료기관의 적극적인 치료를 유도하고 마약류 중독치료에 대한 의료 접근성 보장을 위하여 마약류중독자 치료보호 비용을 급여화하고, 서식의 일부 문구를 정비하는 등 현행 제도의 일부 미비점을 개선·보완하려는 것임.

2. 주요내용

가. 마약류중독자 치료보호 비용을 비급여 대상에서 삭제(안 별표 2)

마약류중독자 치료보호 비용은 비급여 대상에서 제외하여 건강보험 급여로 지원할 수 있는 근거 마련

나. 상위법령 개정에 따른 서식의 문구 정비(안 별지 제6호부터 제9호까지 서식)

- 1) 「의료법」 개정(법률 제15540호, '18.3.27. 시행)으로 선택진료료 청구가 금지(의료법 제46조제5항 삭제)됨에 따라 ‘진료비 계산서·영수증’ 서식에서 ‘선택진료료’ 항목 삭제
- 2) 「국민건강보험법 시행령」 개정(대통령령 제33553호, '23.6.28 시행)에 따른 본인부담상한액 산정의 변경사항을 반영하여 ‘진료비 계산서·영수증’ 서식에서 ‘상한액 초과금’ 항목 수정

다. 환자 편의 제고를 위한 서식의 문구 정비(안 별지 제6호부터 제12호까지 서식)

- 1) 환자가 진료비 계산에 필요한 세부항목을 상세히 파악할 수 있도록

‘제증명수수료’, ‘기타’, ‘공단부담총액’의 항목 추가

2) 작성자의 이해도 제고를 위하여 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여는 ‘선별급여’임을 명시

* (선별급여) 경제성 또는 치료효과성이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 건강회복에 잠재적 이득이 있는 경우 본인부담률 확대 등 방식으로 예비적인 요양급여로 지정하는 것

3. 주요토의과제

없 음

4. 참고사항

가. 관계법령 : 「마약류 관리에 관한 법률」 및 「의료법」

나. 예산조치 : 별도조치 필요 없음

다. 합 의 : 해당사항 없음

라. 기 타 : 1) 신·구조문대비표, 별첨

2) 입법예고(2023. . . ~ 2024. . .) 예정

3) 행정규제 : 규제개혁위원회와 협의 중

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 일부개정령안

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

별표 2 제4호 과목을 삭제한다.

별지 제6호서식부터 별지 제12호서식을 각각 별지와 같이 한다.

부 칙

제1조(시행일) 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다.

제2조(서식에 관한 경과조치) 이 규칙 시행 당시 종전의 규정에 따라 사용하던 서식은 2024년 12월 31일까지 이 규칙에 따른 서식과 함께 사용할 수 있다.

[]외래 []입원 ([]퇴원[]중간) 진료비 계산서·영수증

환자등록번호		환자 성명		진료기간 부터 . . . 까지 . . .		야간(공휴일)진료 [] 야간 [] 공휴일	
진료과목		질병군(DRG)번호		병실		환자구분	
						영수증번호(연월-일련번호)	
항목		급여		비급여		금액산정내용	
		일부 본인부담		전액 본인부담	선택 진료 료	선택 진료 료외	⑥ 진료비 총액 (①+②+③+④)
		본인부담금	공단부담금				
기본 항목	진찰료						⑦ 공단부담 총액 (②+⑤)
	입원료	1인실					⑧ 환자부담 총액 (①-⑤)+③+④+⑤
		2·3인실					
		4인실 이상					
	식대						⑨ 이미 납부한 금액
	투약 및 조제료	행위료					
		약품비					
	주사료	행위료					⑩ 납부할 금액 (⑧-⑨)
		약품비					
	마취료						⑪ 납부한 금액
	처치 및 수술료						
	검사료						
	영상진단료						납부하지 않은 금액 (⑩-⑪)
	방사선치료료						
	치료재료대						
	재활 및 물리치료료						현금영수증()
	정신요법료						신분확인번호
	전혈 및 혈액성분제재료						현금영수증 승인번호
						* 요양기관 임의활용공간	
선택 항목	CT 진단료						
	MRI 진단료						
	PET 진단료						
	초음파 진단료						
	보철·교정료						
	제증명수수료						
「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선택급여)							
65세 이상 등 정액							
정액수가(요양병원)							
정액수가(완화의료)							
질병군 포괄수가							
기타							
합계		①	②	③	④	⑤	
상한액 초과금		⑤		-			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	
1. 일부 본인부담: 일반적으로 다음과 같이 본인부담률을 적용하나, 요양기관 지역, 요양기관의 종별, 환자 자격, 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선택급여) 여부, 병실종류 등에 따라 달라질 수 있습니다. - 외래 본인부담률: 요양기관 종별에 따라 30% ~ 60%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0원 ~ 2,500원, 0% ~ 15%) 등 - 입원 본인부담률: 20%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0% ~ 10%) 등 * 식대: 건강보험 50%, 의료급여 20%, 중증질환자 5% CT · MRI · PET: 외래 본인부담률(의료급여는 입원 본인부담률과 동일) 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선택급여): 보건복지부장관이 고시한 항목별 본인부담률(50%, 80%, 90%) 상급종합병원 입원료: 2인실 50%, 3인실 40%, 4인실 30% / 치과병원을 제외한 병원급 의료기관 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: 「국민건강보험법 시행령」 별표 3 제1호 가목에 따른 본인부담상한액 중 120일 초과 입원을 제외한 최고 금액을 초과하여 발생한 본인부담금에 대해 공단이 사전급여하는 금액을 말합니다. * 전액 본인부담 및 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선택급여)의 본인부담금 등은 본인부담상한액 산정 시 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 의료행위라도 비급여대상이나 이송처치료 등 포괄수가에서 제외되는 항목은 위 표의 기본항목 및 선택항목란에 합산하여 표기됩니다.						1. 이 계산서·영수증에 대한 세부내용은 요양기관에 요구하여 제공받을 수 있습니다. 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. 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)	

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

[]외래 []입원 ([]퇴원) []중간 진료비 계산서·영수증

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

항목	급여		비급여		금액산정내용	
	일부 본인부담	전액	선택	선택진료	⑥ 진료비 총액	
	본인부담금	공단부담금	본인부담	진료료	료외	(①+②+③+④)
[기본항목]						
진찰료	[]	[]	[]	[]	[]	⑦ 공단부담 총액 (②+⑤)
1인실	[]	[]	[]	[]	[]	⑧ 환자부담 총액 (①-⑤)+③+④+⑤
입원료 2·3인실	[]	[]	[]	[]	[]	
4인실 이상	[]	[]	[]	[]	[]	⑨ 이미 납부한 금액
식대	[]	[]	[]	[]	[]	
투약 및 조	[]	[]	[]	[]	[]	⑩ 납부할 금액 (⑧-⑨)
행위로	[]	[]	[]	[]	[]	카드 []
재료	[]	[]	[]	[]	[]	⑪ 납부한 현금영수증
행위로	[]	[]	[]	[]	[]	금액 현금 []
주사료	[]	[]	[]	[]	[]	합계 []
약품비	[]	[]	[]	[]	[]	납부하지 않은 금액(⑩-⑪) []
마취료	[]	[]	[]	[]	[]	현금영수증()
처치 및 수술료	[]	[]	[]	[]	[]	신분확인번호 []
검사료	[]	[]	[]	[]	[]	현금영수증 승인번호 []
영상진단료	[]	[]	[]	[]	[]	* 요양기관 임의활용공간
방사선치료료	[]	[]	[]	[]	[]	
치료재료대	[]	[]	[]	[]	[]	
재활 및 물리치료료	[]	[]	[]	[]	[]	
정신요법료	[]	[]	[]	[]	[]	
전혈 및 혈액성분제제료	[]	[]	[]	[]	[]	
[선택항목]						
CT 진단료	[]	[]	[]	[]	[]	선택진료 신청 [] 유 [] 무
MRI 진단료	[]	[]	[]	[]	[]	[] 의원급·보건기관
PET 진단료	[]	[]	[]	[]	[]	요양기관종류 [] 병원급 [] 종합병원
초음파 진단료	[]	[]	[]	[]	[]	[] 상급종합병원
보철·교정료	[]	[]	[]	[]	[]	사업자등록번호 []
제증명수수료	[]	[]	[]	[]	[]	
[「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선택급여)]	[]	[]	[]	[]	[]	상호
[65세 이상 등 정액]	[]	[]	[]	[]	[]	전화번호 []
[정액수가(요양병원)]	[]	[]	[]	[]	[]	사업장 소재지 []
[정액수가(완화의료)]	[]	[]	[]	[]	[]	
[질병군 포괄수가]	[]	[]	[]	[]	[]	
[기타]	[]	[]	[]	[]	[]	대표자 [] [인]
[합 계]	①[]	②[]	③[]	④[]	⑤[]	
[상한액 초과금]	⑤[]					년 월 일
항목별 설명					일반사항 안내	

- 일부 본인부담: 일반적으로 다음과 같이 본인부담률을 적용하나, 요양기관 지역, 요양기관의 종별, 환자 자격, 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선택급여) 여부, 병실종류 등에 따라 달라질 수 있습니다.
 - 외래 본인부담률: 요양기관 종별에 따라 30% ~ 60%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0원 ~ 2,500원, 0% ~ 15%) 등
 - 입원 본인부담률: 20%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0% ~ 10%) 등
 - ※ 식대: 건강보험 50%, 의료급여 20%, 중증질환자 5%
 - CT·MRI·PET: 외래 본인부담률(의료급여는 입원 본인부담률과 동일)
 - 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선택급여): 보건복지부장관이 고시한 항목별 본인부담률(50%, 80%, 90%)
 - 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: 「국민건강보험법 시행령」 별표 3 제1호 가목에 따른 본인부담상한액 중 120일 초과 입원을 제외한 최고 금액을 초과하여 발생한 본인부담금에 대해 공단이 사전급여하는 금액을 말합니다.
 - ※ 전액 본인부담 및 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선택급여)의 본인부담금 등은 본인부담상한액 산정 시 제외합니다.
- "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 의료행위라도 비급여대상이나 이송치료 등 포괄수가에서 제외되는 항목은 위 표의 기본항목 및 선택항목만에 합산하여 표기됩니다.

- 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 요청할 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, **진찰료** 등 일부 항목의 경우에는 야간(공휴일)진료 시 진료비가 가산될 수 있습니다.

[]외래 []입원 ([]퇴원[]중간) 한방진료비 계산서·영수증

환자등록번호		환자 성명		진료기간		야간(공휴일)진료		
				. . . 부터 . . . 까지		[] 야간 [] 공휴일		
진 료 과 목		병실		환자 구분		영수증 번호(연월-일련번호)		
항 목		급여		비급여		금액산정내역		
		일부 본인부담		전액 본인부담	선택 진료 료	선택 진료 료외	⑥ 진료비 총액 (①+②+③+④)	
		본인부담금	공단부담금					
기 본 항 목	진 찰 료						⑦ 공단부담 총액 (②+⑤)	
	입 원 료	1인실					⑧ 환자부담 총액 (①-⑤)+③+④+⑤	
		2·3인실						
		4인실 이상						
	식대						⑨ 이미 납부한 금액	
	투약 및 조제료	행위료						
		약품비						⑩ 납부할 금액 (⑧-⑨)
	시술 및 처치료							
	검 사 료						⑪ 납부할 금액	카드
	치료재료대							현금영수증
								현금
								합계
						납부하지 않은 금액 (⑩-⑪)		
선 택 항 목	한방물리요법료					현금영수증()		
	한약(첩약)					신분확인번호		
	제증명수수료					현금영수증 승인번호		
「국민건강보험법」 제41조의 4에 따른 요양급여(선택급여)						* 요양기관 임의활동공간		
65세 이상 등 정액								
기타								
합계		①	②	③	④			⑤
상한액 초과금		⑤	-			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		
1. 일부 본인부담: 일반적으로 다음과 같이 본인부담률을 적용하나, 요양기관 지역, 요양기관의 종별, 환자 자격, 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선택급여) 여부, 병실종류 등에 따라 달라질 수 있습니다. - 외래 본인부담률: 요양기관 종별에 따라 30% ~ 60%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0원 ~ 2,500원, 0% ~ 15%) 등 - 입원 본인부담률: 20%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0% ~ 10%) 등 * 식대: 건강보험 50%, 의료급여 20%, 중증질환자 5% CT·MRI·PET: 외래 본인부담률(의료급여는 입원 본인부담률과 동일) 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선택급여): 보건복지부장관이 고시한 항목별 본인부담률(50%, 80%, 90%) 상급종합병원 입원료: 2인실 50%, 3인실 40%, 4인실 30% / 치과병원을 제외한 병원급 의료기관 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: 「국민건강보험법 시행령」 별표 3 제1호 가목에 따른 본인부담상한액 중 120일 초과 일원을 제외한 최고 금액을 초과하여 발생한 본인부담금에 대해 공단이 사전급여하는 금액을 말합니다. * 전액 본인부담 및 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선택급여)의 본인부담금 등은 본인부담상한액 산정 시 제외합니다.						1. 이 계산서·영수증에 대한 세부내용은 요양기관에 요구하여 제공받을 수 있습니다. 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. 3. 계산서·영수증은 「소득세법」에 따른 의료비 공제신청 또는 「조세특례제한법」에 따른 현금영수증 공제신청(현금영수증 승인번호가 적힌 경우만 해당함)에 사용될 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, 진찰료 등 일부 항목의 경우에는 야간(공휴일)진료 시 진료비가 가산될 수 있습니다.								

[]외래 []입원 ([]퇴원[]중간) 한방진료비 계산서·영수증

환자등록번호	[]	진 료 기 간	[]년 []월 []일부터 []년 []월 []일까지
환 자 성 명	[]	야간(공휴일진료)	[] 야간 [] 공휴일
진 료 과 목	[]	병 실	[]
환 자 구 분	[]	영수증번호(연월-일련번호)	[]

항 목	급여		비급여		금액산정내역
	일부 본인부담 본인부담금	공단부담금	전액 본인부담	선택 진료료 선택진 료료외	
[기본항목]					⑥ 진료비 총액 (①+②+③+④)
진 찰 료	[]	[]	[]	[]	⑦ 공단부담 총액 (②+⑤)
1인실	[]	[]	[]	[]	⑧ 환자부담 총액 (①-⑤)+③+④+⑤
입 원 료 2·3인실	[]	[]	[]	[]	
4인실 이상	[]	[]	[]	[]	
식대	[]	[]	[]	[]	⑨ 이미 납부한 금액
투약 및 행위료	[]	[]	[]	[]	⑩ 납부할 금액 (⑧-⑨)
조제료 약품비	[]	[]	[]	[]	
시술 및 처치료	[]	[]	[]	[]	카드
검 사 료	[]	[]	[]	[]	⑪ 납부한 현금영수증
치료재료대	[]	[]	[]	[]	현금
					합계
한방물리요법료	[]	[]	[]	[]	납부하지 않은 금액 (⑩-⑪)
한약(첩약)	[]	[]	[]	[]	현금영수증()
제증명수수료	[]	[]	[]	[]	신분확인번호
[「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선택급여)]	[]	[]	[]	[]	현금영수증 승인번호
[65세 이상 등 정액]	[]	[]	[]	[]	
[기타]	[]	[]	[]	[]	
[합 계]	①[]	②[]	③[]	④[]	⑤[]
[상한액 초과금]	⑤[]		-		

* 요양기관 임의활동공간

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

- 일부 본인부담: 일반적으로 다음과 같이 본인부담률을 적용하나, 요양기관 지역, 요양기관의 종별, 환자 자격, 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선택급여) 여부, 병실종류 등에 따라 달라질 수 있습니다.
 - 외래 본인부담률: 요양기관 종별에 따라 30% ~ 60%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0원 ~ 2,500원, 0% ~ 15%) 등
 - 입원 본인부담률: 20%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0% ~ 10%) 등
 - ※ 식대: 건강보험 50%, 의료급여 20%, 중증질환자 5% CT·MRI·PET: 외래 본인부담률(의료급여는 입원 본인부담률과 동일)
 - 국민건강보험법 제41조의4에 따른 요양급여(선택급여): 보건복지부장관이 고시한 항목별 본인부담률(50%, 80%, 90%)
 - 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: 「국민건강보험법 시행령」 별표 3 제1호 가목에 따른 본인부담상한액 중 120일 초과 입원을 제외한 최고 금액을 초과하여 발생한 본인부담금에 대해 공단이 사전급여하는 금액을 말합니다.
 - ※ 전액 본인부담 및 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선택급여)의 본인부담금 등은 본인부담상한액 산정 시 제외합니다.
- "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 결정할 것을 말합니다. 다만, 해당 질병군의 입원진료와 관련되는 의료행위라도 비급여대상이나 이송치료 등 포괄수가에서 제외되는 항목은 위 표의 기본항목 및 선택항목에 합산하여 표기됩니다.

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

210mm×297mm[백상지 70g/㎡]

약제비 계산서·영수증

영수증번호(연월-일련번호)		투약일수		야간(공휴일)조제	
환자 성명	조제일			[] 야간 [] 공휴일	
항목	급여			비급여	
	일부 본인부담		전액 본인부담		
	본인부담금	공단부담금			
약품비					
조제기본료					
복약지도료					
조제료					
관리료					
「국민건강보험법」 제41조의 4에 따른 요양급여(선별급여)					
65세 이상 등 정액					
기타					
합계	①	②	③	④	
⑤ 약제비 총액 (①+②+③+④)		납부한 금액	카드		
			현금영수증		
⑥ 환자부담 총액 (⑤-②)			현금		
			합계		
현금영수증()			* 요양기관 임의활용공간		
신분확인번호					
현금영수증 승인번호					
처방한 요양기관	[] 의원급·보건기관 [] 병원급 [] 종합병원 [] 상급종합병원				
사업자등록번호			상 호		
사업장 소재지					
전화번호			대 표 자	[인]	
년 월 일					
항목별 설명			일반사항 안내		
1. 일부 본인부담: 일반적으로 본인부담률은 요양기관의 종별에 따라 30% ~ 50% (의료급여 500원)이나, 환자 자격 등에 따라 달라질 수 있습니다. * 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선별급여)에는 보건복지부장관이 고시한 본인부담률이 적용됩니다. 2. 전액 본인부담: 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 또는 「의료급여법 시행규칙」 별표 1의2에 따라 적용되는 항목으로 건강보험에서 금액을 정하고 있으나 진료비 전액을 환자 본인이 부담합니다.			1. 야간(공휴일)조제 등 이 계산서·영수증에 대한 세 부내용은 요양기관에 요구하여 제공받을 수 있습니다. 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. 3. 계산서·영수증은 「소득세법」에 따른 의료비 공제 신청 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)		

148mm×210mm(백상지 80/㎡)

일반사항 안내

- 148mm×210mm(백상지 80/㎡)

■ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별지 제12호서식]

간이 외래 진료비 계산서 · 영수증

환자등록번호	환자 성명	진료일	야간(공휴일)진료 () 야간 () 공휴일	
항목	급여			비급여
	일부 본인부담		전액 본인부담	
	본인부담금	공단부담금		
진찰료				
주사료				
투약 및 조제료				
검사료				
처치 및 수술료				
제증명수수료				
「국민건강보험법」 제41조의 4에 따른 요양급여(선별급여)				
65세 이상 등 정액				
기타				
합계	①	②	③	④
⑤ 진료비 총액 (①+②+③+④)		납부한 금액	카드	
⑥ 환자부담 총액 (⑤-②)			현금영수증	
			현금	
			합계	
* 요양기관 임의활용공간				
사업자등록번호			상 호	
사업장 소재지				
전화번호			대 표 자	[인]
년 월 일				
항목 설명	1. 일부 본인부담: 일반적으로 본인부담율은 외래 30%, 입원 20%이나, 환자 자격 등에 따라 달라질 수 있습니다. ※ 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선별급여)에는 보건복지부장관이 고시한 본인부담률이 적용됩니다. 2. 전액 본인부담: 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 또는 「의료급여법 시행규칙」 별표 1의2에 따라 적용되는 항목으로 건강보험에서 금액을 정하고 있으나 진료비 전액을 환자 본인이 부담합니다.			
일반 사항 안내	1. 야간(공휴일)진료 등 이 계산서·영수증에 대한 세부내용은 요양기관에 요구하여 제공받을 수 있습니다. 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. 3. 계산서·영수증은 「소득세법」에 따른 의료비 공제신청에 사용할 수 있습니다. 4. 현금영수증란에는 신용카드 단말기 등을 통해 "현금영수증(소득공제)"이 표기된 현금영수증을 발급한 금액만을 적습니다.			
주(註): 이 계산서·영수증은 요양기관 중 종합병원·병원·치과병원·한방병원 및 요양병원을 제외한 요양기관이 외래진료를 한 경우만 수기용으로 사용할 수 있는 간이계산서입니다.				

148mm×210mm(백상지 80/㎡)