

療養取扱機關一括指定 및 診療費審査·支拂業務一元化에 관한 業務處理 要領

— 目 次 —

| | |
|-----------------------------------|-----|
| I. 療養取扱機關 一括指定 | 420 |
| 1. 一般事項 | 420 |
| 가. 指定對象機關 | 420 |
| 나. 指定方法 | 420 |
| 다. 指定除外基準 | 420 |
| 라. 指定節次 | 420 |
| <節次圖> | 420 |
| <細部節次> | 421 |
| 마. 療養取扱機關의 取消 | 421 |
| 바. 療養取扱機關指定의 變更等 | 421 |
| 사. 療養取扱機關의 利用業務 處理節次 | 421 |
| <別添書式> | |
| 書式 1, 2 | 422 |
| 書式 3 | 425 |
| 書式 4, 5 | 426 |
| 書式 6, 7 | 427 |
| <別紙 1> 醫療保險 被保險者證 | 429 |
| 2. 措置事項 | 424 |
| 가. 診療費收納口座開設 | 424 |
| 나. 療養取扱機關現況 變動申告書提出 | 424 |
| 다. 療養取扱機關標識板附着 | 424 |
| 라. 指定番號變更 | 428 |
| 3. 公知事項 | 428 |
| II. 診療費審査 및 支拂業務 一元化 | 431 |
| 1. 一般事項 | 431 |
| 가. 基本方針 | 431 |
| 나. 診療費審査 및 支拂業務處理節次 | 431 |
| <節次圖> | 432 |
| 2. 診療費請求 | 431 |
| 가. 請求節次 | 431 |
| 나. 記載要領 | 431 |
| 3. 診療費支給 | 431 |
| 가. 審査結果通報 | 431 |
| 나. 診療費支給 | 431 |
| 다. 異議申請 | 431 |
| <別添書式> | |
| 書式 8 | 433 |
| 診療費請求書記載要領 | 434 |
| <別紙 2> 請求書 接受業務 代行組合 名單 | 435 |
| <別紙 3> 診療酬價請求明細書記載要領 | 436 |

I. 療養取扱機關 一括指定

1. 一般事項

가. 指定對象機關

- 1) 全國醫療保險協議會(以下“協議會”라 한다)는 醫師會, 齒科醫師會, 助産員會, 藥師會 其他 醫藥關係團體(以下“醫藥關係團體”라 한다)와 協議하여 療養取扱機關을 指定한다(醫療保險法 第32條에 의거 79.5.14字로 保健社會部長官이 協議會에 指定指示).
- 2) 79.7.1부터 療養給與를 行하는 療養取扱機關의 對象은 綜合病院, 病院, 醫院, 齒科病院, 齒科醫院 및 助産所로 한다. 다만, 本 對象에서 除外된 機關은 關係團體와 別途 協議하여 追加 指定한다.

나. 指定方法

- 1) 協議會는 서울特別市, 釜山市 및 各道 行政區域 單位로 診療地域圈(以下“診療圈”이라 한다)을 設定하여 療養取扱機關을 指定한다(法 施行規則 第19條).
- 2) 1)項의 診療圈內에 居住하는 被保險者와 被扶養者는 該當管轄診療圈內의 指定療養取扱機關에서 診療를 받는 것으로 한다. 다만, 緊急 其他 不得已한 경우에는 그러하지 아니한다.
- 3) 事業場 附屬醫療機關은 當該 事業場의 被保險者와 被扶養者의 診療에 한한다.

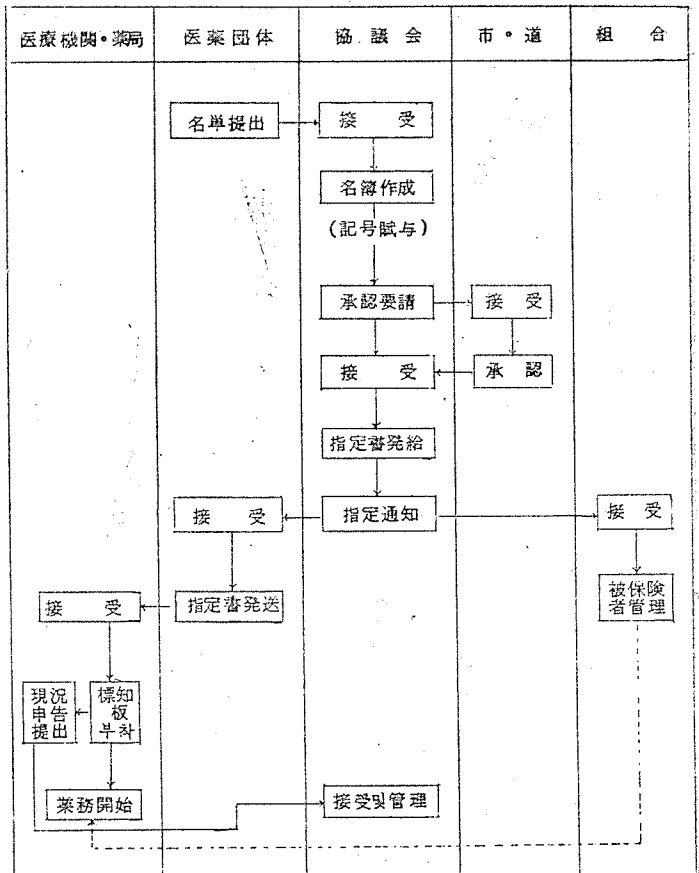
다. 指定除外基準

療養取扱機關을 指定함에 있어 다음 各項의 1에 該當하는 경우에는 指定에서 除外한다.

- 1) 休業 또는 廢業中인 醫療機關 및 藥局
- 2) 醫療機關 또는 藥局을 開設하고 營業을 하는 者가 老齡 또는 심신장애로써 醫療保險給與業務를 담당하기 어려운 때
- 3) 療養取扱機關으로서 위법, 不當한 保險給與 또는 診療費² 등의 非行이 있어 자격정지, 업무정지 또는 폐쇄명령을 받은 者
- 4) 事業場 附屬醫務室(단, 해당사업장의 피보험자 및 피부양자의 진료에 한함)
- 5) 其他 療養取扱機關으로 指定함이 不適當한 醫療機關

라. 指定節次

< 節 次 圖 >



<細部節次>

- 1) 醫藥關係團體는 療養取扱機關指定 對象名單을 作成, 協議會에 提出한다(別添書式 1 參照).
- 2) 協議會는 療養取扱機關 指定記號를 賦與한 名簿를 作成하여 各市道知事에게 療養取扱機關指定 承認申請書를 提出한다.
- 3) 協議會는 各市道로부터 療養取扱機關 指定承認書를 接受하는 즉시 醫藥關係團體로 하여금 各 該當指定 療養取扱機關에 7日 以內에 通知하도록 依頼한다. 이 경우 協議會는 指定書를 發給한다(別添書式 2 參照).
- 4) 3)項에 의하여 指定받은 療養取扱機關은 “의료보험요양기관”이라는 文字(녹색한글)를 표기한 가로 40센티미터, 세로 30센티미터의 흰색 標知板을 그 施設의 入口에 부착하여야 한다.
- 5) 療養取扱機關은 指定받은 즉시 療養取扱機關現況을 醫藥團體경유하여 協議會에 提出한다(別添書式 3 參照).
- 6) 醫藥關係團體는 各 該當所屬 指定療養取扱機關에 醫療保險給與에 關한 諸般事項을 弘報한다.

마. 療養取扱機關의 取消

가) 取消基準

療養取扱機關은 다음 各項의 1에 該當하는 경우에는 그 指定이 取消된다.

- 1) 醫療保險法の 規定에 의한 療養取扱機關 指定取消要件에 該當될 때(法 第33條)
- 2) 醫療法 및 藥事法の 規定에 의한 免許取消, 許可의 取消, 資格停止 또는 業務停止處分을 받은 때
- 3) 醫藥關係團體에서 制裁處分등을 받은 자로서 醫藥關係團體가 指定의 取消를 要請한 때
- 4) 其他 療養取扱機關으로서의 機能을 다할 수 없을 때

나) 取消節次

- 1) 協議會는 療養取扱機關이 가項의 取消基準에 該當될 때에는 管轄市道知事에게 取消承認을 申請한다(法 施行規則 第19條).
- 2) 協議會는 管轄市道知事の 取消承認을 얻어 그 結果를 該當醫藥關係團體와 組合에 通知한다.

바. 療養取扱機關指定의 變更等

- 1) 療養取扱機關중 當初 現況申告書 內容에 變更事項이 있을 때에는 療養取扱機關은 醫藥關係團體의 長을 經유하여 그 變更內容을 協議會에 提出한다(別添書式 3 參照).
- 2) 醫藥關係團體의 長은 傘下 醫療機關 또는 藥局의 新規開設로 療養取扱機關 追加指定이 必要하거나 指定의 取消事由에 該當하는 醫療機關 또는 藥局이 있는 때에는 이를 協議會에 通報하여 必要한 措置를 取하도록 한다.

사. 療養取扱機關의 利用業務處理節次

가) 診療地域圈 診療

被保險者 및 被扶養者(被保險者)가 療養給與 및 分娩給與(保險給與)를 받고자 할 때에는 아래의 경우를 除外하고는 반드시 被保險者證에 設定된 診療地域圈內에서 保險給與를 받아야 한다.

아 레

- 1) 救急患者인 경우
- 2) 當該 診療圈內의 醫療施設에서는 治療가 불가능한 事由를 該當 診療圈內의 病院級 以上の 療養取扱機關에서 認定할 때
- 3) 當該 診療圈外에 出張, 旅行, 通勤, 通學 또는 其他 부득이한 事由를 組合이 認定할 때
- 4) 其他 組合으로부터 正當한 事由에 대하여 事前承認을 받은 때

나) 他診療地域 診療

上記 1)~4)項에 명시된 事由로 인하여 他診療地域에서 保險給與를 받고자 할 때에는 給與으로부터 他診療地域 診療承認書(別添書式 4 參照)를 發給받아 診療를 받고자 하는 療養取扱機關에 被保險者證과 住民登錄證, 他診療地域 診療承認書를 제시한 후 保險給與를 신청하여야 하며, 다만 긴급 기타 부득이한 事由로 인하여 사전에 제시할 수 없을 때에는 그 事由가 消滅한 때에 지체없이 提示하여야 한다(別添書式 5 參照).

- 1) 이 경우 保險給與는 本人이 保險給與對象임을 療養取扱機關에 알린날로부터 소급 적용받을 수 있음.
- 2) 他診療地域 承認을 받은 자가 入院治療를 받고 退院하여 來院治療를 받아야 할 경우에는 증건의 入院한 療養取扱機關에서 계속하여 診療를 받아야 한다고 擔當醫師가 판단한 때에는 그 傷病에 대하여 계속 치료를 받

요양취급기관 지정대상 명단

| 지정번호 | 구분 | 명칭 | 대표자 | 소재지 | 전화번호 | 우편번호 | 비고 |
|------|----|----|-----|-----|------|------|----|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

188mm × 256mm (인쇄용지 70g/m²)

第 號

指 定 書

機關名：
代表者：
所在地：

貴機關을 醫療保險法 第32條의 規定에 依據 療養取扱機關으로 指定함
니다.

1 9 年 月 日

全 國 醫 療 保 險 協 議 會
會 長 金 立 三

190mm × 268mm (켄트지 180g/m²)

- ⑨ 소재지는 요양취급기관의 소재지 주소를 기재한다.
(보기: 경남 하동 진교 진교
(도) (군) (읍) (리))
- ⑩ 우편번호 기재
(보기: 51800-311)
- ⑪ 지역구분은 대도시, 시, 군의 3개 항목중 한개의 번호에 ○표 한다.
(대도시: 서울, 부산, 대구, 광주, 인천, 대전)
- ⑫ 설립구분은 해당항목 1개 항에 한해서 그 번호에 ○표 한다.
- ⑬ 인원현황
각 항목별 인원을 기재하고 총인원은 상단의 총인원 항목에 기재한다.
(보기: 총 0001명 · 간호원 001명)
- ⑭ 거래금융기관의 해당번호에 ○표 한다.
(보기: ① 조흥은행 ② 국민은행)
- ⑮ 지점명 기재
(보기: 망원동 지점)
- ⑯ 거래은행의 진료비 수납구좌번호를 기재한다.
- ⑰ 거래은행지점의 Code를 기재하되 123일일 경우 00123으로 기재한다.
- ⑱ 진료과목의 해당번호에 ○표를 하고 ○표한 과목수를 총과목수란에 기재한다.
(보기: 03과목)
- ⑲ 종별: 해당항목중 1개 항에 한해 그 번호에 ○표 한다.
- ⑳ 가산율
⑪ 지역구분
⑱ 종별) 란을 참조하여 두가지 숫자로 기재한다.
(보기: 04%)

참고: 가산율 적용의 예

| 지역별 | 종별 | 종합병원 | 병 원 | 의 원 |
|----------|----|------|-----|-----|
| 대 도시 | | 20% | 10% | 4% |
| 기 타(시·군) | | 16% | 6% | 0% |

- ㉑ 임상검사장비
장비가 있는 경우 해당장비 번호에 ○표 한다.

◆ 措置事項

가. 診療費收納口座開設

- 1) 조흥은행 또는 국민은행중 하나의 은행支店에 診療費收納口座開設
- 2) 開設期間: 79. 6. 15~6. 24
- 3) 開設者名義: 療養取扱機關 代表者

나. 療養取扱機關現況 申告書提出

- 1) 書式 3號에 準한 現況申告書를 作成 所屬團體長을 經유 協議會에 提出
- 2) 提出期間: 79. 6. 15~6. 30

다. 療養取扱機關標知板 부착

- 1) “의료보험요양기관” (녹색 한글) 標知板 부착
- 2) 부착기간: 79. 6. 30 까지

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------|--------|--------------------|--------|-----|------|--------|---|---|----|----|----|----|------|----|
| 서식번호 | | 지역구분 | ① 1. 대도시 2. 시 3. 군 | 접수인 | 처리인 | 담명자인 | 확인자인 | | | | | | | | |
| ※일련번호 | | 경유기관 | | | | | | | | | | | | | |
| ① 지정번호 | | 협의회 | | | | | | | | | | | | | |
| ② 번허번호 | | ⑤ 개신일자 | 년 | 월 | 일 | | | | | | | | | | |
| ③ 명칭 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥ 대표자 | | ⑦ 대표전화 | | | | | | | | | | | | | |
| ⑨ 소재지 | 시도 | 구시군 | 번지 | ⑧ 우편번호 | | | | | | | | | | | |
| ⑩ 신청구분 ⑪ 인안원황 ⑫ 총 ⑬ 인 ⑭ 전 ⑮ 로 ⑯ 과 ⑰ 목 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 01 | 국립 | 림 | 01 | 의사 | 명 | 09 | 치과기공사 | 명 | 01 | 내 | 과 | 10 | 소 | 아 | 과 |
| 02 | 국립 | 대학 | 02 | 치과 | 명 | 10 | 치과위생사 | 명 | 02 | 신경 | 정신 | 과 | 11 | 안 | 과 |
| 03 | 공립 | 림 | 03 | 조산원 | 명 | 11 | 간호원 | 명 | 03 | 일반 | 외과 | 과 | 12 | 이비인후 | 과 |
| 04 | 학교 | 법인 | 04 | 약사 | 명 | 12 | 간호보조원 | 명 | 04 | 정형 | 외과 | 과 | 13 | 피부 | 과 |
| 05 | 대학 | 법인 | 05 | 임상병리사 | 명 | 13 | 의무기록사 | 명 | 05 | 신경 | 외과 | 과 | 14 | 비뇨기 | 과 |
| 06 | 사회복지 | 법인 | 06 | 방사선사 | 명 | 14 | 행정요원 | 명 | 06 | 흉 | 파악 | 외과 | 15 | 방사선 | 과 |
| 07 | 사단 | 법인 | 07 | 물리치료사 | 명 | 15 | 영양사 | 명 | 07 | 성형 | 외과 | 과 | 16 | 임상 | 병리 |
| 08 | 재단 | 법인 | 08 | 작업치료사 | 명 | 16 | 기타요원 | 명 | 08 | 마취 | 외과 | 과 | 17 | 치 | 과 |
| 09 | 회사 | 법인 | 09 | 금용기관명 | | | ⑮ 지정명 | | 09 | 산부 | 인 | 과 | 18 | 재 | 환 |
| 10 | 의료 | 법인 | 10 | 에ழு과번호 | | | ⑯ 지정코드 | | 09 | 진 | 강 | 관 | 19 | 리 | 과 |
| 11 | 계 | 인 | | | | | | | ⑭ | 총 | 합 | 명 | 원 | 3. 의 | 원 |
| ⑳ 가산율 | | % | | | | | | | 1. 종합병원 2. 병 3. 의원 4. 치과병원 5. 치과의원 6. 조산소 4. 향운주조 5. 고압중기멸균기 | | | | | | |

위의 칸이 (필황) 신고합니다.

신고인

전국의료보협회의 회장 귀하

타진료지역진료승인신청서

| | | | | |
|--|--------|------------|----------------------------------|--------------|
| 피보혈자증 번호 | | | | 피보혈자 와의관계 |
| 구 분 | 성 명 | 주민등록 번호 | 현 주 소 | |
| 피보혈자 | | | | |
| 수 진 자 | | | | |
| 진 료 지 역 | | | 승인신청지역 | |
| 거주지역 요양취급기관명 | | | 타진료지역 요양취급기관명 | |
| 신 청 구 분 | | | 통근() 통학() 출장() 여행() 기타() | |
| 신청사유(구체적으로): | | | | |
| 상기와 같은 사유로 부득이 타진료권 요양급여 또는 분만급여를 받고자 하오니 승인하여 주시기 바랍니다. | | | | |
| 19 신청인 ㉞ | | | | |
| 의료보험조합 대표이사 귀하 | | | | |
| 위 신청자의 타진료권 요양급여 또는 분만급여를 승인함. 단 이 승인서 는 승인일로부터 일 이내에 상기 승인신청 진료지역내의 요양취급기 관에 제출하지 아니하면 무효임. | | | | |
| 19 의료보험조합 대표이사 ㉞ | | | | |

철부: 의사소견서 1부 188mm×256mm(인쇄용지 2급 70g/m²)

타진료지역진료승인신청서

| | | | | |
|--|--------|------------|------------------|--------------|
| 피보혈자증 번호 | | | | 피보혈자 와의관계 |
| 구 분 | 성 명 | 주민등록 번호 | 현 주 소 | |
| 피보혈자 | | | | |
| 수 진 자 | | | | |
| 진 료 지 역 | | | 승인신청지역 | |
| 거주지역 요양취급기관명 | | | 타진료지역 요양취급기관명 | |
| 신 청 구 분 | | | 기타() | |
| 신청사유(구체적으로): | | | | |
| 상기와 같은 사유로 부득이 타진료권 요양급여 또는 분만급여를 받았으 니 이를 인정하여 주시기 바랍니다. | | | | |
| 19 신청인 ㉞ | | | | |
| 의료보험조합 대표이사 귀하 | | | | |
| 위 신청자의 타진료권 요양급여 또는 분만급여를 인정함. | | | | |
| 19 의료보험조합 대표이사 ㉞ | | | | |

철부: 의사소견서 1부 188mm×256mm(인쇄용지 2급 70g/m²)

<서식 6>

| 의 사 소 권 서 | | | |
|--------------|-------------------------|--------|-------|
| 구 분 | 성 명 | 주민등록번호 | 원 주 소 |
| 피보험자 | | | |
| 수진자 | | | |
| 상병명 | | | |
| 진료기간 | 19 . . . 부터 19 . . . 까지 | | |
| 환자의상태 | | | |
| 진료사항 | | | |
| 담당의사의견 | | | |
| 19 | | | |
| 담당의사 면허번호 | | | |
| 성 명 | | | |
| 요양취급기관명칭 | | | |
| 소 제 지 | | | |
| 병(의)원장 | | | |
| 조 산 소 | | | |
| ④ | | | |

<서식 7>

| 이송요양급여 인정신청서 | | | | |
|-------------------------------------|--------------|------------|--|----|
| 피보험자증 번호 | | | | |
| 피보험자 | 성 명 | 조 합 명 | | |
| | | 주민등록 번호 | | |
| 수진자 | 성 명 | 주민등록 번호 | | 성별 |
| | 피보험자 와의관계 | 주 소 | | |
| 상병명 | 이송년월일 | | | |
| 이송구간 | 소요경비 | | | |
| 요양취급 기관명 | 소 제 지 | | | |
| 의료보험법 시행규칙 제18조 규정에 의거 위와 같이 신청합니다. | | | | |
| 19 | | | | |
| 신청인 | | | | |
| 의료보험조합 대표이사 귀하 | | | | |

첨부: 의사소견서 1부

188mm X 256mm (이체유지 2구 700/㎡)

라. 指定番號變更

1) 既히 公務員 및 私立學校 敎職員 醫療保險公團에서 賦與받은 指定番號는 79.7.1부터 無効로 하고 協議會가 부여한 新規番號로 일제 更新使用(新規番號로 統一)

2) 新規番號賦與方法

예)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ | ⑧ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

①② : 진료지역

서울 11, 부산 21, 경기 31, 강원 32, 충북 33, 충남 34, 전북 35, 전남 36, 경북 37, 경남 38, 제주 39

③ : 의료기관 개설 형태

④⑤⑥⑦ : 일련번호

⑧ : 점검숫자

3. 公知事項

1) 79.7.1부터 진료지역을 명시한 통일된 양식으로 피보험자증을 일제 更新함.

2) 양식 : 별지 참조.

II. 診療費審査 및 支拂業務 一元化

1. 一般事項

가. 基本方針

1) 第1種 醫療保險診療費 請求·審査 및 支拂窓口를 保險者團體인 全國醫療保險協議會로 一元化함(醫療保險法 第35條에 의거 79.5.28자로 保健社會部長官이 協議會에 委託指示).

2) 協議會內에 專門審査機構를 設置하여 79.7.1부터 業務를 開始함.

나. 診療費審査 및 支拂業務處理節次 <節次圖 參照>

2. 診療費 請求

가. 請求節次

1) 療養取扱機關은 療養給與 또는 分娩給與에 關한 費用, 即 診療費를 79.7.1以後 診療分부되는 全國醫療保險協議會에 직접 請求한다.

2) 診療費 請求時 診療酬價請求明細書는 保健社會部長官이 告示한 診療酬價基準의 “診療酬價基準點數表” 및 “藥價基準額表”에 의거 作成하여야 한다.

3) 療養取扱機關은 診療費 請求를 月別로 하고 診療費請求書에 每 1個月分의 診療酬價請求明細書를 入院, 外來, 齒科別로 作成添付하여 다음달 10일까지 協議會에 提出한다(別添書式 8 參照). 다만 必要時에 수시로 제출할 수 있다.

4) 療養取扱機關은 協議會가 同機關의 편의를 위하여 全國主要地區別로 指定한 “診療費 請求書接受業務代行組合”(以下 代行組合)에 (別紙 1 代行組合名單參照) 「人便에 限하여」 직접 제출할 수 있다. 이 경우 代行組合에서는 請求書 및 同明細書 기재사항의 누락여부 및 오기를 정정내지는 보완하여 協議會로 送付한다(이는 請求審査 結果를 精確히 電算處理하여 診療費支給에 신속을 기하기 위한 것임).

나. 記載要領(別紙 2 “診療酬價請求明細書” 記載要領 參照)

3. 診療費支給

가. 審査結果通報

1) 協議會는 診療費請求內譯에 對한 審査結果를 해당 療養取扱機關에 通報時 증감부분에 關해서는 별도로 증감 사유 및 그 금액을 명시한 심사내역서를 송부한다.

2) 協議會는 審査結果에 따라 특별히 유의시킬 사항이 있을 경우에는 이를 통고한다.

3) 療養取扱機關이 診療費 請求時 아래 기재사항이 누락시에는 審査不能임으로 보완요청한다.

○ 조합명 ○ 피보험자 인적사항 ○ 상병명 및 상병기호 ○ 요양취급기관 명칭 ○ 진료일수 ○ 무자격자

나. 診療費支給

1) 協議會는 療養取扱機關에 審査內譯書送付時 審査決定額에 따라 本人一部負擔還給額을 공제한 조합부담액을 실지급금으로 하여 지급통지서를 발급한다.

2) 協議會는 동시에 協議會가 支給業務를 委託한 金融機關에 支給指示書를 송부한다.

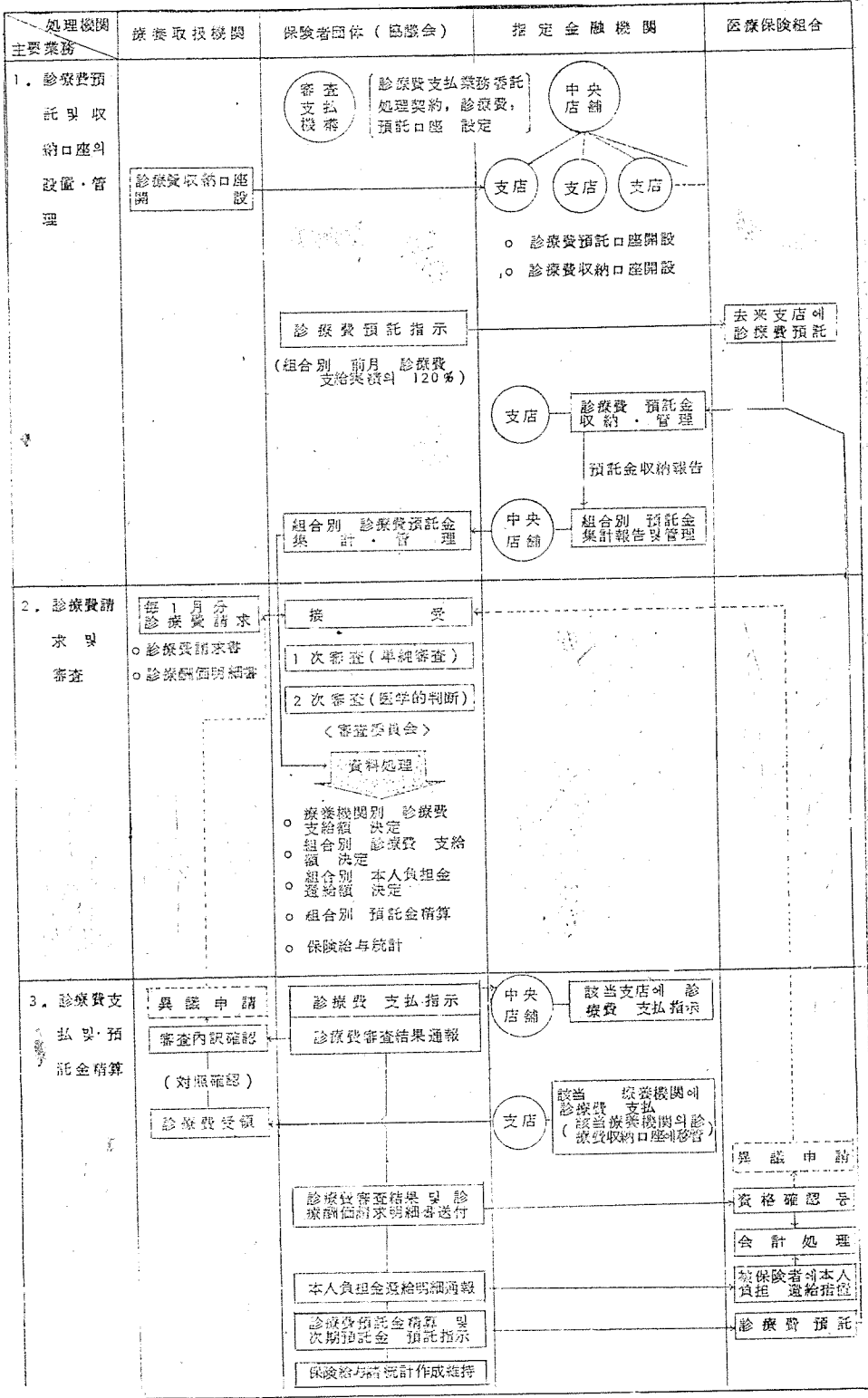
3) 金融機關 中央店舖는 協議會가 개설한 診療費預託金 口座에서 金融機關取扱店舖에 개설된 요양취급기관의 診療費收納口座로 口座送金하나 오지 벽지 등 지리적 여건으로 診療費收納口座를 개설치 못한 요양취급기관에 대해서는 中央店舖에서 직접 당해 요양취급기관으로 送金할 수 있다.

다. 異議申請

1) 協議會로부터 審査結果를 接受한 療養取扱機關이 審査內譯書에 異議있을 때에는 1個月 以內에 協議會로 異議申請을 하여야 한다.

2) 診療費收領 후 支給額에 異議 있을 경우에도 協議會에 異議 申請할 수 있다.

医療保険診療費審査・支払業務一元化処理節次図



<서식 8 >

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------|---------|---|---------|---|------------|---|-----------|---|---|---|---|---|---|-------|--------|------|------|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 서 식 번 호 | | G i o l | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *일련번호 | | | | 진료비 청구서 | | | | | | | | | | | | 구분 | *절수일 | *착입일 | *당당자일 | *확인일 | | | | | | | | | | | |
| 요양 취급 기관 | ① 기호 | | | | | | | | | | | | | | | ④ 대항조항 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ② 영칭 | | | | | | | | | | | | | | | 협의회 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ③ 소재지 | | | 시 | | 구 | | 동 | | 면 | | 번 | | 지 | 전화번호 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④ 거래은행 | | 은행 | | ⑤ 지점명 | | 지점 | | ⑥ 구좌번호 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 구분 | | ⑦ 건 수 | | ⑧ 추 점 수 | | ⑨ 본 일일부부담금 | | ⑩ 청 구 금 액 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 입원 | 1 | 천 | 건 | 천 | 점 | 천 | 백 | 천 | 천 | 천 | 천 | 천 | 천 | 천 | 천 | 천 | 천 | 천 | 천 | | | | | | | | | | | | |
| 의태 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 치과 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 계 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑫ | | | | | | | | | | | | | | | ⑪ 가산율 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 의료보험법 시행규칙 제 20 조 규정에 의하여 19[]년 []월 []일 부터 19[]년 []월 []일까지의 진료비를 위와 같이 청구합니다. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 []년 []월 []일 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 병의원명 청 구 인 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 전 국 의 료 보 험 협 회 회 장 귀 하 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 별첨 : 진료수가 청구명세서 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 매 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

진료비 청구서 기재 요령

주 의 사 항

1. *표란은 기재하지 않는다.
2. 모든 기록은 한글과 아라비아숫자로만 기재한다.
3. 모든 기록은 흑색볼펜을 사용
4. 모든 진수, 점수, 금액의 기재에는 소숫점이하가 없도록 하고 규정된 자릿수에 맞추어 기재한다.
5. 계(구분 4)의 총진수와 별첨란의 명세서 배수가 일치하도록 한다.
6. 계(구분 4)의 각 항목은 구분 1,2,3의 각 항목을 세로로 합한 항목이므로 구분 4의 각항목들은 구분 1,2,3의 세로합계와 일치하여야 한다.
7. 년·월·일 기재시는 한자리 숫자의 경우, 앞에 0을 채워야 한다.

(보기 : 1977년 05월 15일)

- ①—③ : 요양취급기관 지정번호(8자리) 및 명칭을 기재한다.
- ⑥ : 요양취급기관 현주소 및 전화번호를 기재한다.
- ④ : 거래은행명을 기재한다(보기 : 조흥 또는 국민).
- ⑤ : ④의 거래은행 지점명을 기재한다(보기 : 서소문).
- ⑥ : 거래은행의 거래구좌번호를 기재한다.
- ⑦ : 진료진수는 입원, 외래, 치과별 진료비 청구명세서 배수를 기재한다.
- ⑧ : 내진료비 청구명세서의 총점수란을 입원, 외래, 치과별로 합산하여 기재한다.
- ⑨ : 본인 일부부담금은 청구명세서상의 본인 일부부담액을 입원, 외래, 치과별로 합산한 금액은 기재한다.
- ⑩ : 청구금액은 청구명세서상의 청구액을 입원, 외래, 치과별로 합산한 금액을 기재한다.
- ⑪ : 아래 보기와 예에 따라 두자리 숫자로 기재한다.

(보기 : 16%)

(예)

| 지역별 \ 종별 | 종합병원 | 병 | 원 | 의 | 원 |
|-----------|------|-----|---|----|---|
| 대 도시 | 20% | 10% | | 4% | |
| 기 타(시, 군) | 10% | 6% | | 0% | |

- ⑫ : 청구기간일자(~부터 ~까지의 진료비)는 각 청구명세서 건들의 진료단료일(중간청구의 경우는 중간청구마감일)의 범위를 기재한다.
- ⑬ : 배행조합의 지정번호를 기재한다.

(보기 : 부산사상공단은 2101)

診療費請求書接受業務代行組合名單

(20個 組合)

| 진역표 지역별 | 소재지 | 지정번호 | 代行 조합명 | 대표이사명 | 住 所 | TEL |
|---|-------|------|-----------------|-------------------------|-------------------|---------|
| 부산 | | 2101 | 사 상 공 단 | 이 환 섭 | 북구 주례동 693-10 | 93-2971 |
| 경 성 남 수 원 기 의 정 부 안 양 | 인 천 | 3101 | 인 천 지 방 공 단 | 김 근 배 고 창 봉 | 동구 송림 5동 43-31 | 2-8950 |
| | 성 남 | 3102 | 성 남 공 단 | | 성남시 상대원동 517-14 | 2-5594 |
| | 수 원 | 3103 | 경 기 제 4 지 구 조합 | | | |
| | 의 정 부 | 3104 | 경 기 제 6 지 구 조합 | | | |
| | 안 양 | 3105 | 경 기 제 7 지 구 조합 | | | |
| 강 원 지 원 | 춘 천 | 3201 | 춘 천 공 단 | 길 중 준 김 효 인 | 춘천시 조양동 37-24 | 2-4690 |
| | 원 주 | 3202 | 원 주 공 단 | | 원주시 우산동 411-16 | 7819 |
| | 강 룡 | 3203 | 강 원 제 3 지 구 조합 | | | |
| 충북 | 청 주 | 3301 | 청 주 공 단 | 임 심 철 | 청주시 북매동 100-15 | 2-1431 |
| 충남 | 대 전 | 3401 | 대 전 공 단 | 임 현 동 | 대전시 동구 삼성동 369-1 | 3-7955 |
| 전북 | 전 주 | 3501 | 전 주 공 단 | 권 회 선 | 전주시 팔복동 1가 338-18 | 3-4453 |
| 전 남 | 광 주 | 3601 | 광 주 공 단 | 김 영 칠 박 성 주 | 광주시 서구 화정동 23-1 | 3-3475 |
| | 목 포 | 3602 | 목 포 공 단 | | 목포시 상동 251-32 | 2-9074 |
| 경 북 | 배 구 | 3701 | 배 구 지 방 공 단 | 김 상 기 신 광 도 김 세 윤 | 북구 노원동 3가 175 | 32-4331 |
| | 구 미 | 3702 | 구 미 공 단 | | 구미시 공단동 204 | 3128 |
| | 포 향 | 3703 | 포 향 철 강 공 단 | | 포항시 남빈동 417-18 | 2-0715 |
| 경 남 | 마 산 | 3801 | 마 산 수 출 자 유 지 역 | 안 동 녕 유 병 래 | 마산시 양덕동 975 | 5-6905 |
| | 울 산 | 3802 | 울 산 공 업 지 역 | | 울산시 성남동 14 | 3-2315 |
| | 진 주 | 3803 | 경 남 제 3 지 구 조합 | | | |
| 계 | 20개소 | | | | | |

“진료수가 청구명세서” 기재요령

| 요양취급기관 |
|---------------------------|
| 번호—요양취급기관 지정번호를 기재한다. |
| 명칭—당해 요양취급기관의 공식명칭을 기재한다. |
| 종별—해당란에 ○표 한다. |
| 지역—해당란에 ○표 한다. |

I. 일반사항

- 가. 입원, 외래, 치과로 구분하여 작성한다.
- 나. 모든 기재사항은 한글과 아라비아숫자로 기재하되 흑색 필기도구를 사용한다.
- 다. 요양취급기관 지정번호는 반드시 고무인을 사용하되 규격은 청구명세서의 해당란의 규격과 동일하게 한다.
- 라. 청구명세서 맨아래부분에는 입원, 외래, 치과별 분류에 관계없이 일련번호를 부여
- 마. 요양취급기관이 기재나 기술의 결여로 타요양기관에 진료의 일부를 의뢰했을 때에는 해당진료기관의 청구서 또는 진료비 산출명세서를 첨부한다.
- 바. ※란은 전국의료보험협의회에서 기재한다.
 - 보험자란(명칭, 기호) : 피보험자증을 발행한 조합 명칭을 기재한다. 조합의 기호 및 피보험자증의 번호는 해당 피보험자증에 명시된 번호를 기재한다.
 - 청구일 : 진료비 청구일자를 기재한다.
 - 피보험자성명 : 피보험자증에 기재된 피보험자성명을 한글로 기재한다.
 - 수진자성명, 주민등록번호 : 진료를 받은자의 성명, 주민등록번호를 해당란에 기재한다.
 - 성별 : 해당란에 ○표 한다.
 - 피보험자와 관계 : 피보험자, 피부양자 해당란에 ○표 한다.
 - 상병명 : 우리나라에서 통상적으로 사용되는 상병의 명칭을 기재한다.
 - 상병이 2개 이상인 경우에는 제 2상병명을 괄호하여 기재한다.
 - 분류기호 : 999상병분류에 의거 그 분류기호를 기재한다. $\left(\begin{matrix} A \\ AN \end{matrix}\right)$
 - 진료과목 : 상병명에 해당되는 진료과목을 기재하되 진료과목이 2개 이상에 해당되는 경우에는 그 주된 진료과목만을 기재한다.
 - 진료개시일 : 당해요양취급기관에서 진료를 개시한 년, 월, 일을 기재한다.
 - 진료(입원)일수 : 입원의 경우에는 입원일수를 기재하되 입, 퇴원도 1일로 계산한다. 외래의 경우에는 진료를 행한 일수를 기입한다(동일인의 초진 및 재진을 1일에 2회 이상 행하여도 실일수는 1일로 기입한다).
 - 상해의외인 : 상해의 외인은 상해로 인한 경우에 999상병분류 “상해의 외인”에 근거 기재한다. (AE)
 - (예) : 상해의 외인이 열차와의 충돌에 의한 자동차 교통사고인 경우에는 상해의외인란에 “810”이라 기재하고 총기에 의한 불의의 사고인 경우에는 “922”라 기재한다.
 - 진찰료 및 약제 (I) : 기본진찰료, 별표 2 약가기준예표 및 수입의약품, 특정기계의 구입가동 가산율이 적용되지 않는 점수만을 기재한다.
 - 진료행위 (II) : 가산율이 적용되는 진료행위의 기본 점수만을 기재한다.
 - 심사내역 : 기입하지 않는다.

II. 입원, 외래

1. 진찰료 :

초진 및 재진은 기본진찰료와 외래병원관리료를 합한 점수에 그 회수를 승하여 기재한다. 단, 심야(22:00—

06:00)인 경우에는 기본진찰료에 50%를 가산한다.

2. 입원료 :

- 가. 입원료는 입원실료, 환자관리료, 병원관리료를 합한 점수에 입원일수를 승하여 기재한다.
- 나. 내과, 신경정신과 및 소아과에 입원시는 환자관리료에 50%를 가산하여 산정된 점수를 기재한다.
- 다. 병원관리료 및 환자관리료는 입원일로부터 15일까지는 소정점수를, 15일 이상 30일 까지는 소정점수의 80%만을 산정하며 입원일로부터 30일을 초과하는 경우에는 소정점수에 70%만을 산정하여 기재한다.

3. 투약 및 처방전료 :

- 가. 내복 및 침전약을 투약한 경우에는 내복항에, 돈복약을 투약한 경우에는 돈복항에 외용약을 투약한 경우에는 외용항에 각각 총투약 단위점수 및 약제의 총점수를 기입한다.
다만, 입원의 경우에는 내복, 돈복, 외용의 구분기재를 생략한다.
- 나. 투약점수가 20점을 초과할 때에는 내역 설명란에 소정단위당의 약제명, 총투약량을(보기)와 같은 순서로 기입한다.

(보 기)

약제명 규격당점수×총투약량=총점수
 피시링 캡셀 0점×20(캡셀)=00점
 노루모정 0점×40(정)=00점

- 다. 기본조제는 내복약일 경우에는 3일분까지, 돈복약일 경우에는 2일분까지, 외용약일 경우에는 5일분까지를 1회로 하여 그 이상일수 투약하여야 할 동일 체제를 분할조제하여서는 아니된다.
- 라. 입원시 조제료는 산정하지 아니한다.
- 다. 처방전을 발급하였을 경우에는 그 회수에 소정점수를 승하여 기입한다.
- 바. 입원환자의 퇴원시에는 투약하였을 경우에는 내역 설명란에 “()일분” 투약이라고 기입한다.

4. 주사료 :

- 가. 피하근육주사, 정맥내주사를 행한 경우에는 소정점수에 주사일수를 승하여 점수를 기입한다.
- 나. 주사약제가 20점을 초과할 때에는 각각 그 내역을 설명란에 소요단위당의 사용 약제명, 총투약량을 보기와 같은 순서로 기재한다.

(보 기)

약제명 규격당 점수×총투약량=총점수
 캐타시링브이 1gm 0점×12(gm)=00점
 5%포도당 100ml 0점×2병=00점

- 다. 특정기제를 사용한 경우에는 그 사용한 기제명, 점수 및 회수를 내역 설명란에 기재한다.
- 라. 100ml 이상을 초과하는 정맥내주사의 행위는 진료수가 기준에 의거 기타란에 그 회수를 기재한다.
참고 : 1회분의 주사량이 500ml를 초과할 경우에는 500ml 또는 그 단수를 증가할 때마다 20점을 가산한다.
*5%포도당 2,000ml를 3일간, 마크로빅스 500ml를 1회 투입했을 경우에는

{49점 + (20점×3회)}×3일 + 49점 = 376점

*1일에 1,000ml투입 49+20 1,500ml투입 49+(20×2)=89 3,000ml투입 49+(20×5)=149

5. 마취료 :

- 가. 마취의 종류와 회수를 기입한다.
- 나. 마취에 수반하여 사용된 약제는 구입가격이 50원을 초과할 때만 약제의 총가격을 10원으로 제한점수를 기입하고 약제명, 규격단위(ml, g 등) 및 사용량을 설명란에 기입한다. 다만, 마취중에 속크등의 치료를 위하여 사용된 약제에 관하여는 주사등 당해치료의 해당란에 기재한다.
- 다. 신생아마취는 60%, 만 1세 미만의 유아 및 70세 이상의 노인은 30%에 상당하는 점수를 소정점수에 가산하여 진료행위란에 기입하고 그 내역을 상세히 기재한다.
- 라. 심야(22:00-06:00)에 마취시는 소정점수에 30%를 가산하여 해당란에 기재한다.

6. 이학요법료 :

가. 접수료 제 7장의 이학요법의 소정점수에 회수를 승한 점수를 기재한다.

나. 방사선입자의 비용이외에 소요된 각종 약제 및 재료료는 별도 가산하지 아니하며 방사선입자 비용이 있을 때에는 그 내역을 설명란에 기재한다.

다. 접수료에 기재되지 아니한 이학요법 중에서 특수한 이학요법의 비용은 접수료에 기재되어 있는 이학요법중에서 가장 근사한 이학요법의 각 분류의 소정점수에 의하여 산정하고 그 명칭 및 근사한 요법의 명칭을 설명란에 기재한다.

7. 신경정신요법료 :

접수료 제 8장의 각 분류 소정점수표에 의하여 산정하되 그 요법명, 회수를 기재한다.

8. 처치 및 수술료 :

가. 처치 및 수술명, 회수 및 점수를 기입한다.

나. 특정 치료 재료를 사용한 경우에는 구입가를 점수로 환산하여 기타란에 가산 산정하며 설명란에 그 사용 재료명을 기재한다.

다. 접수료 제 9장 제 1절에 기재되지 아니한 단순한 처치 및 수술비용은 기본 진찰료에 포함된 것으로 하되 약제 또는 특정치료재료를 사용하였을 때에 한하여 그 비용을 별도로 계산하고 설명란에 그 명칭 및 점수를 기입한다.

라. 접수료 제 9장 제 1절에 기재되지 아니한 특수한 처치 및 수술은 접수료의 처치 및 수술중 [가장 근사한 분류에 의하여 산정하되 그 내역을 설명란에 기입한다.

마. 대칭기관에 관한 처치 수술은 특히 양측이라고 규정한 것을 제외하고는 편측 기관의 점수를 산정하여 기입한다.

바. 수술을 행한 경우 그 회수, 점수 기타 필요한 사항을 기재한다. 다만, 수술에 사용한 생혈 및 보존혈의 1회 사용량 기타 사용약제에 관하여는 그 약명과 사용량의 내역을 설명란에 기입한다.

사. 기브스료의 산정은 석고붕대재료 구입가의 점수와 동점수의 130%에 상당하는 기술료를 합산하여 산정한다.

아. 심야(22:00-06:00)에 처치 및 수술을 행한 경우는 소정점수에 30%를 가산하여 진료행위란에 기재한다.

자. 제 9장 2절에 기재된 소정점수와 혈액관리법 제 7조 및 제 12조의 3, 제 1항의 규정에 의하여 고시된 혈액원에서 의뢰기관에 대한 혈액 공급가를 점수로 환산 합산하여 산정한다.

9. 검사료 :

가. 검사항목, 회수 및 점수를 기입하되 내역 설명란에 검사명과 반복회수를 상세히 기재한다.

나. 방사선 동위원소의 명칭과 사용회수 사용량을 설명란에 기입한다.

다. 대칭기관의 검사는 양측이라는 특기가 없는 한 양측검사를 하였을 때에도 소정점수를 산정한다.

라. 접수료에 기재되지 아니한 검사로서 특수한 검사는 유사한 검사항목의 검사료를 산정 기입한다.

10. X-선 판독료 및 촬영료 :

행위별 X-선 수가조건표(별도배부)에 의하여 총점만 기재하되 내역란에는 촬영부의, 촬영매수, 재료대등을 예시와 같이 기입한다.

(예 시)

1. 단순촬영(흉부 2매)의 경우

1) 흉부 단순촬영 2매(14×17) 225점 2) 재료대 00점

2. 특수촬영

위장촬영(스파트 및 투시 포함) 8매의 경우

1) 위장조영 촬영(스파트 및 투시포함) 1175점
2) 재료대 3매(10×12), 5매(8×10)바륨 400g 00점

11. 소 계 : I, II별로 각각의 합계 점수를 기재한다.

12. 가산율 : II의 ㉠ 소계점수에 가산율을 승한 점수를 기재한다.

13. 총점수 : (I)의 ㉠의 소계와 ㉡가산율점수의 합계한 점수를 기입한다.

14. 청구액 : 총점수에서 본인부담액을 공제한 점수에 10을 승하여 기입한다.

- 15. 입원, 외래별 본인부담율을 총점수에 승한 금액을 기재한다.
- 16. 심사결정액은 전국의료보험협회의가 심사 결정한 액을 기입한다.

Ⅲ. 치 과

가. “상병명”은 우리 나라에서 통상적으로 사용되는 상병의 명칭을 기재한다.

상병이 2개 이상인 경우에는 주된 상병명 2개를 기재한다.
 (부위) 표시는 치료부위를 —|—의 해당 부분에 표시한다.

나. 분류기호는 “999 상병분류표”에 의거 그 기호를 기재한다.
 다. 기타 일반 사항은 의과의 경우와 동일한 방법으로 기재한다.

- 1) 진찰료: 의과의 경우와 동일
- 2) 입원료: 의과의 경우와 동일
- 3) 투약 및 처방전료: 의과의 경우와 동일
- 4) 주사료: 의과의 경우와 동일
- 5) 마취료: 전신 마취등을 해야 할 특수한 상황에서 마취를 점수로 제 6장에 의거 기재하고, 마취에 사용 약제명, 단위 및 점수를 진료수가 기준액표에 의거 산정 기입하고 사용된 약제 및 제조회사명을 설명란에 재한다.

6) 처치 및 수술료: 처치 및 수술명을 해당란에 ○표하고 그 단위점수 및 치아수를 승한 액을 우측 점수란에 산 기재한다. 명세서에 표시되지 아니한 처치 및 수술로서 진료수가 기준 제 9장에 기재되어 있는 처치 및 수술은 그 명칭을 기타란에 기재하여 소경점수를 산출하되 그 분류번호 및 내역을 설명란에 기재한다.
 처치 및 수술의 약어표는 다음과 같다.

측치=측일층진치치, 보통=보통치치, 복조=치수복조, 제거=치관수복물 또는 보철물 제거, 지각파민=지각파민치치, 낭소파=치주낭소파, 치석제거=치석제거, 발치=유—유치, 전치, 구—구치, 난—난발치, 근치=관치료, 확대=근관확대, 근충=근관충진, 직충=직발즉시근충, 실즉충=실활발수즉일 충전, 생결=생활치절단, 실결=실활치수절단, 절개=치근농양절개, 근낭적출=치근낭포적출수술, 외소염=구강연조직질환의 처치, 후출혈=외과후 처치.

- 7) 치관수복: 소경점수를 기재한다.
- 8) 기타: ①—⑦ 이외의 검사, X-선 등 해당 사항이 있는 경우 그 점수와 내역을 기입한다.
- 9) 소계: (I), (II)의 합계 점수를 기재한다.
- 10) 가산율: (II)의 9) 소계점수에 가산율을 승한 점수를 기입한다.
- 11) 총점수: (I)의 9)소계점수와 10)점수를 합한 점수를 기입한다.
- 12) 청구액: 총점수에 10을 승한 금액에 입원·외래별 조합부담율에 따라 금액을 환산한 후 10원 미만을 절사 금액을 기입한다.
- 13) 본인일부부담액: 총점수에 10을 승한 금액에 입원·외래별 본인부담율에 따라 금액을 환산한 후 10원 미 을 절사한 금액을 기입한다.
- 14) 심사결정액: 전국의료보험협회의가 심사 결정한 액을 기입한다.
- 15) 총점수는 소숫점이하 절사하고 기재
- 16) 금액계산은 10원 미만 절사 기재
- 17) 계산에 (외래).....30%

(I) 소계 111점 (II) 소계 123점
 가산율 12%라면

| | | |
|-------|---|-------------|
| 총점수 | $111 \times 123 \times 1.12 = 111 \times 137.76 = 248.76$ | 248점 (절사) |
| 본인부담금 | $2,480 \times 30\% = 744$ 원 | 740원 (절사) |
| 청 구 액 | $2,480 \times 70\% = 1,736$ 원 | 1,730원 (절사) |

8) 치과환자가 입원일 경우, 명세서서식은 “입원”서식을 사용한다.

치과

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------|-----------------------------|------------------|----|-------|---------------|-------------|-------|------|----|----|-----|--|
| 서식번호 | G | i | O | 4 | 치과진료수가청구명세서 | | | | 번호 | | | | | | | |
| 보험자 | | | | | | | | | 요양기관명 | | | | | | | |
| 소속기관 (의료기관) | 기호 | | | | | | | 명칭 | | | | | | | | |
| 의료기관명 | 영구임 | | | | 년 | 월 | 일 | 증명 | 출발병원, 병원, 의원, | | | | | | | |
| 수진자성명 | | | | | 수진자주민등록번호 | | | 지역 | 대도시, 기타지역 | | | | | | | |
| 상병명 및 부위 | | | | | 분류번호 | | | 진료개시일 | 진료(입원)일수 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | A-AN- | | | | | | |
| 정보제공일: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 상해의인 | AE- | | | | 진료비및 약제(I) | 진료행위 (II) | 분 | 류 | 검 수 | 수 량 (회수) | 총 검 수 | | | | | |
| 1.진찰료 (외래병원 관리료포함) | 초진 상야 재진 심야 | | | | 외 외 외 외 | 검 검 검 검 | | | | | | | | | | |
| 2.입원료 (입원관리료포함) | 입원 기타 | | | | 일 | 검 검 | | | | | | | | | | |
| 3.부약 및 처방전료 | 약 제 내복 12× 돈복 4× 외용 6× | | | | 단위 단위 단위 | 검 검 검 | | | | | | | | | | |
| | 조제 | | | | 외 | | | | | | | | | | | |
| | 처방전 15× | | | | 외 | | | | | | | | | | | |
| 4.주차료 | 외하근육내 경맥내 가다 | | | | 일 일 외 | 검 검 검 | | | | | | | | | | |
| | 약제 | | | | | 검 | | | | | | | | | | |
| 5.마취료 | 마취 약제 | | | | 외 | 검 | | | | | | | | | | |
| 6.치과 및 수술료 | 측치 160 × | 보통 22 × | 복조 22 × | | | 검 | | | | | | | | | | |
| | 케 25 × 거 45 × | 지각과면 22 × | 지수기서 22 × | | | 검 | | | | | | | | | | |
| | 남조 75 × 235 × | 치석 제거 | 19 × 55 × | | | 검 | | | | | | | | | | |
| | 발 치 55 × | 유 60 × | 견 90 × | 구 220 × | 난 330 × | | 검 | | | | | | | | | |
| | 발 50 × 65 × 수 75 × | | | | 근 22 × 27 × 치 20 × | | 검 | | | | | | | | | |
| | 관 45 × 50 × 총 55 × | 적 200 × 220 × 230 × | 실 120 × 140 × 160 × | 병 190 × 55 × | | | 검 | | | | | | | | | |
| | 절개 110 × | 근남격술 565 × 390 × | 최소형 110 × 127 × 220 × | | | | 검 | | | | | | | | | |
| | 마리술 550 × 880 × | 연회켜 19 × 35 × | 부출발 19 × 35 × | | | | 검 | | | | | | | | | |
| | | 약제 | | | | | 검 | | | | | | | | | |
| | | 기타 | | | | | | | | | | | | | | |
| 7.치관수부 | 충전 | 아말감 74 × 83 × 92 × | 148 × 157 × 222 × | | | 검 | | | | | | | | | | |
| 8.기타 | X-Ray | | | | | 검 | | | | | | | | | | |
| 9.소계 | | | | | 검 | 검 | 구분 | 코드 | 증찰검수 | | | | | | | |
| 10.가산율 | | | | | 검 | | | | | | | | | | | |
| 11.총검수 | | | | | 검 | | | | | | | | | | | |
| 12.본인 일부 부담액 | | | | | 원 | | | | | | | 심사내역 | | | | |
| 13.청구액 | | | | | 원 | | | | | | | | | | | |
| 14.심사 결정액 | | | | | 원 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | I | 지부장 | 심사 | 심사 | 위원 | 위원장 | |
| | | | | | | | | | | II | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 계 | | | | | | |

* 소속기관내의 () 내의 사항은 포함의 경우임 (일련번호 -)

* 보험자란은 포함의 경우 "××의료보험 포함", 공단의 경우 "의료보험 관리공단"이라 기재함.