발 간 등 록 번 호
11-1352000-000578-10

OPEN 공공누리 출처표시 상업용금지 변경금지 공공저작물 자유이용허락

2023 의료급여 사업안내

MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

보건복지부
Ministry of Health and Welfare

Contents

제1편 의료급여제도의 개요

Ⅰ. 의료급여의 개요 3

1. 의료급여의 개념 및 목적 3
   가. 의료급여제도 3
   나. 용어의 정의 3
2. 지원대상 4
   가. 국민기초생활보장법에 의한 수급권자 4
   나. 의료급여법에 의한 수급권자 4
   다. 타법에 의한 수급권자 4
3. 지원 유형 5
4. 급여 기준 6
   가. 급여내용 6
   나. 급여범위 및 급여비용 6
   다. 급여절차 6
5. 전산시스템 활용 7
   가. 사회보장정보시스템을 통한 업무처리 7
   나. 의료급여 종합정보지원시스템을 통한 업무처리 8
6. 의료급여 업무흐름도 9
   가. 예산주기 9
   나. 시행절차 10

Ⅱ. 보장기관 등 11

1. 보장기관(의료급여법 제5조) 11

2. 의료급여심의위원회(의료급여법 제6조) 11

가. 중앙의료급여심의위원회 11

나. 시·도 및 시·군·구 의료급여심의위원회 12

다. 각 의료급여심의위원회 운영 등 13

3. 업무위탁기관(의료급여법 제33조 제2항) 14

가. 업무위탁 14

나. 건강보험심사평가원 14

다. 국민건강보험공단 15

제2편 수급권자 선정 및 자격관리

Ⅰ. 신청 19

1. 급여신청 주체 19

2. 급여신청 장소 및 기간 19

3. 타법 의료급여 신청 시 구비서류 20

4. 의료급여 신청 시 안내사항 20

Contents

Ⅱ. 수급자 선정기준 21

1. 의료급여 단위 21

가. 가구단위 급여 21

나. 개인단위 급여 22

2. 「국민기초생활 보장법」에 의한 수급자 22

가. 국민기초 1종 수급권자 자격기준(令 제3조제2항) 22

나. 국민기초 2종 수급권자 선정 기준 24

다. 국민기초 군입대자 관리 25

라. 기초의료급여 수급자 선정 기준 26

마. 「국민기초생활 보장법」에 의한 특례수급자 27

3. 「의료급여법」에 의한 수급권자 : 행려환자 30

가. 급여의 내용 30

나. 선정기준(다음 4가지 요건을 모두 충족해야 함) 30

다. 선정절차 33

라. 유의사항 34

4. 타법에 의한 의료급여 수급권자 40

가. 지원유형 40

나. 일반원칙 40

다. 타법 의료급여 수급권자 유형별 선정기준 42

Ⅲ. 수급자 자격관리 77

1. 급여개시일 및 종별 선정 요령 77

가. 의료급여 개시일 77

2. 의료급여 상실처리 79

3. 의료급여 전산관리번호 부여 요령 79

4. 보장시설 입소자의 자격관리 81

가. 보장시설 입소시 관리요령 81

나. 보장시설 퇴소시 관리요령 81

5. 행복e음 자격 취득 및 상실 처리 82

가. 자격 취득 82

나. 자격 상실 84

6. 의료급여증 86

가. 의료급여증 발급 86

나. 의료급여증 추가발급 및 재발급 86

다. 급여유형별 변경 시 처리 86

라. 의료급여증 반납 및 회수 87

마. 의료급여 자격 이력증명서 발급 87

7. 사회복지시설 신설 업무처리 절차 88

제3편 의료급여 수급자 지원내용, 절차

Ⅰ. 의료급여 지원범위 및 절차 93

1. 의료급여 지원범위 93

가. 지원내용 93

Contents

2. 의료급여 본인부담 99

가. 1종 수급권자 99
나. 2종 수급권자 102
다. 보건기관 이용 및 식대 본인부담 104
라. 65세 이상 노인 틀니 및 치과임플란트 본인부담 104
마. 선별급여 104
바. 병원급 이상 의료급여기관 상급병실(2·3인실) 입원료 본인일부부담 104
사. 항정신병 장기지속형 주사제 본인일부부담 ('21.4.20부터 적용) 104

3. 요양비 110

가. 개요 110
나. 요양비(출산비를 제외한 협의의 요양비) 지급 요건 110
다. 지급 절차 및 방법 112
라. 요양비 지급요건 및 절차 113

4. 임신·출산 진료비 152

가. 목적 152
나. 법적근거 152
다. 임신·출산 진료비 지원금액 및 사용방법 152
라. 임신·출산 진료비 지원 대상 및 방법 154
마. 임신·출산 진료비 지원기간 중 자격변경에 따른 유의사항 155

5. 장애인보조기기 158

가. 지원대상 158
나. 관련법령 158
다. 지급기준 158
라. 장애인 보조기기 지원절차 167

마. 장애인 보조기기 부적정 수급에 대한 조치 188
바. 행정사항 189

6. 노인틀니 190
가. 법적 근거 190
나. 급여기준 190
다. 노인틀니 대상자 사전등록제 191
라. 노인틀니 사후 유지관리 195

7. 의료급여 치과임플란트 200
가. 법적 근거 200
나. 급여기준 200
다. 의료급여 치과임플란트 대상자 사전등록제 201

8. 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 사전등록제 207
가. 법적근거 207
나. 급여기준 207
다. 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 사전등록 208

9. 의료급여 치석제거 215
가. 법적 근거 215
나. 급여기준 215
다. 치석제거 대상자 사전등록 215

10. 의료급여 절차 219
가. 의료급여기관 219
나. 의료급여 절차(「의료급여법 시행규칙」 제3조) 221

11. 의료급여일수 연장승인 관리 및 선택의료급여기관제도 225
가. 의료급여일수 상한 적용 기준 225

Contents

나. 만성고시질환 연간급여일수 차감 227
다. 급여일수 연장승인(시행규칙 제8조의3) 228
라. 선택의료급여기관 제도 244

12. 동일성분의약품 중복투약자 관리 255
가. 목적 255
나. 법적근거 255
다. 중복투약 관리기준 255
라. 중복투약시 약제비 전액본인부담 기준 256
마. 관리절차 257
바. 수급권자 통보(계도)서 발송 및 확인조사 258
사. 중복투약자 미해당자(N)(이하 “미해당자”로 함) 결정 기준 259
아. 약제비 전액본인부담 예외 인정기준 260

Ⅱ. 의료급여 수급자 본인부담 완화 262

1. 본인부담 보상금제도 262
가. 개요 262
나. 지급기준 262
다. 업무처리 절차 265
라. 행복e음에서 지급업무 처리 267
마. 대지급금과의 업무 연계 267

2. 본인부담금 상한제 268
가. 개요 268
나. 지급기준 268
다. 업무처리 절차 270
라. 행복e음에서 지급업무 처리 273
마. 행정 사항 273

3. 의료급여 대지급금 제도 274
가. 법적근거 274
나. 대지급 기준 274
다. 신청 및 승인 274
라. 대지급금 상환 275
마. 대지급금 독촉 276
바. 대지급금 결손처분 277

4. 건강생활유지비 지원 제도 278
가. 법적근거 278
나. 지원대상 278
다. 지원금액 278
라. 건강생활유지비에서 본인부담금 납부 279
마. 건강생활유지비 잔액지급 280
바. 건강생활유지비 지급 후 정보제공 281
사. 건강생활유지비 정산 282

5. 중증질환 및 희귀·중증난치질환자 산정특례 등록 285
가. 목적 285
나. 법적근거 285
다. 지원대상 285
라. 지원내용 287
마. 등록 방법 및 절차 288
바. 적용기간 291
사. 중복암 추가 산정특례 인정('17. 7. 1일~) 292
아. 등록기간 만료시 업무처리방법 294
자. 재등록 방법 및 절차 294
차. 등록취소 및 적용종료 295

Contents

제4편 의료급여 사례관리

Ⅰ. 사례관리 개요 301

1. 법적근거 301
2. 정의 301
3. 목적 301
4. 필요성 302

Ⅱ. 의료급여사례관리사업 체계 303

1. 수행 체계 303
   - 가. 보건복지부 기초의료보장과 : 사업 총괄 303
   - 나. 의료급여사례관리사업지원단 303
   - 다. 시·도 의료급여 담당부서 303
   - 라. 시·군·구 의료급여 담당부서 303
   - 마. 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원 303
2. 의료급여관리사 304
   - 가. 역할(의료급여법 시행규칙 제2조의3 제3항) 304
   - 나. 인력 배치(의료급여법 시행규칙 제2조의3 제2항) 304
   - 다. 업무 권한 305
   - 라. 업무 내용 306
   - 마. 직무교육(의료급여법 시행규칙 제2조의3 제4항, 제5항) 307
   - 바. 사업수행인력 안전대책 308
   - 사. 복무 308
3. 예산 308

Ⅲ. 의료급여사례관리 운영 309

1. 지역유형 309

2. 사례관리 대상 309

가. 신규수급자 309
나. 다빈도 외래이용자 309
다. 장기입원자 309
라. 연중관리 대상자 309

3. 사례관리 관리 인원 310

4. 사례관리 수행기준 311

5. 사례검토 회의 311

6. 지역주도형 특화사업 311

Ⅳ. 의료급여사례관리 수행 312

1. 신규 의료급여수급자 사례관리 312

가. 정의 312
나. 목적 312
다. 관리기준 312
라. 수행절차 313

2. 다빈도 외래이용자 사례관리 314

가. 정의 314
나. 목적 314
다. 관리기준 314
라. 수행절차 315

3. 장기입원자 사례관리 323

가. 정의 323

Contents

나. 목적 323
다. 관리기준 323
라. 수행절차 324
마. 장기입원자 사례관리-심사연계 331
바. 가사간병방문지원사업 연계 331

4. 연중관리 대상자 사례관리 332
가. 정의 332
나. 목적 332
다. 관리기준 332
라. 수행절차 333

5. 공공부문 사례관리와 연계 334
가. 목적 334
나. 연계대상 334
다. 연계방법 334
라. 의뢰받은 경우 335
마. 사례관리 회의 참석 335

제5편 의료급여기금의 관리·운용

Ⅰ. 의료급여기금의 설치 및 관리 339

1. 의료급여기금의 설치 및 운영 339
가. 의료급여기금의 설치 및 조성(법 제25조) 339
나. 의료급여기금의 관리 및 운용(법 제26조) 340
다. 의료급여기금의 운용 현황 및 결산보고(법 제26조) 341

2. 의료급여비용의 예탁 343
가. 의료급여비용의 예탁(법 제27조 등) 343
나. 급여비용의 예탁 절차 344

Ⅱ. 의료급여비용 지급관리 345

1. 의료급여비용 청구 및 심사 345
2. 의료급여비용 지급기준 및 순위 345
가. 의료급여비용 지급원칙 345
나. 의료급여비용 지급순서 345

Ⅲ. 의료급여 수급권 확인업무 346

1. 의료급여 수급권 확인업무 346
가. 수급권 불일치 유형 346
나. 수급권확인 업무처리 절차(행복e음) 347
다. 보장기관 업무처리요령(행복e음) 347

제6편 의료급여 사후관리 및 권익구제

Ⅰ. 부당이득 등의 확인 및 조사 351

1. 보고 및 검사 351
가. 의료급여기관에 대한 조사 351
나. 의료급여 수급권자에 대한 조사 351
다. 시·도 및 시·군·구에 대한 지도·감독 351

Contents

라. 증표제시 등 352
마. 보장기관(시·군·구)의 현지조사 의뢰 세부기준 및 절차 352

2. 의료급여의 제한 및 상해요인 조사 354
가. 의료급여 제한(법 제15조) 354
나. 상해요인 조사 356
다. 구상권 364

3. 의료급여 부당청구 신고 및 신고포상금제도 366
가. 근거 366
나. 필요성 366
다. 의료급여 부당청구 신고 포상금제도 개요 366
라. 신고자 및 신고대상 367
마. 신고방법 및 절차 367
바. 포상금 지급대상 368
사. 포상금 지급 기준(의료급여법 시행령 별표 4) 369
아. 포상금 지급기한 및 방법 369
자. 포상금을 지급하지 않는 경우 370
차. 행정사항 370
타. 복지로 부정수급 신고 건 처리방법 안내 370

Ⅱ. 정산 및 부당이득 환수 371

1. 진료비 및 본인부담금의 정산 373
가. 개요 373
나. 건강보험재정과 의료급여기금의 진료비 상호정산 373
다. 본인부담금 정산(환급) 375

2. 의료급여비용 사후관리 378
가. 개요 378

나. 처리방법 378
다. 유형별 처리방법 379

3. 개설기준위반 의료급여기관 396
가. 목적 396
나. 개설기준위반 의료급여기관 유형 396
다. 근거 396
라. 개설기준위반 의료급여기관의 통보 397
마. 의료급여비용 지급보류(거부) 398
바. 부당이득 환수 절차 399
사. 채권관리 402

4. 건강보험 요양급여 환수대상 의료기관의 의료급여 부당이득 환수 403
가. 목적 403
나. 발생 유형 403
다. 환수절차 403
라. 이의신청 404

5. 부당이득의 징수 405
가. 개요 405
나. 부당이득 징수 요건 406
다. 징수기준 407
라. 부당이득의 징수절차 408

6. 행정처분(업무정지 및 과징금) 413
가. 의료급여기관의 업무정지 413
나. 과징금(법 제29조) 414

7. 벌칙 418
가. 벌칙조항 418
나. 양벌규정 419

Contents

8. 과태료 419

가. 과태료 조항 419

나. 부과권자 : 보건복지부장관(법 제37조 제3항) 419

다. 과태료 부과 기준 419

라. 과태료의 부과 및 징수 420

마. 이의신청 420

Ⅲ. 결손처분 및 납부의무의 소멸 421

1. 결손처분 421

가. 개요 421

나. 업무처리 절차 422

2. 납부의무의 소멸 423

가. 소멸시효 및 시효중단 423

Ⅳ. 권익구제제도 427

1. 이의신청(법 제30조) 427

가. 개요 427

나. 이의신청 절차 428

2. 행정쟁송 429

가. 행정심판 429

나. 행정소송 429

제7편 각종 서식

각종 서식 431

제8편 부 록

1. 의료급여 연혁 651
2. 의료급여 수급자 현황 671
3. 양육·간병 또는 보호로 인한 근로가 곤란한 수급권자 인정 기준 672
4. 수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목과 부담률 673
5. 경증질환 약제비 본인부담 차등적용 질환 목록 675
6. 의료급여 희귀질환자 및 중증난치질환자 산정특례 대상 685
7. 중증질환자 산정특례 대상 686
8. 의료급여일수 연장승인 안내 691
9. 행정처분의 기준(의료급여법 시행령 제16조의2 관련 별표 2) 692
10. 과징금의 부과 기준(의료급여법 시행령 제16조의4 관련 별표 3) 695
11. 의료급여와 건강보험 제도 비교 696

2023 의료급여사업안내

2023 의료급여사업안내 주요 변경사항

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td colspan="3">제1편 의료급여제도의 개요</td></tr>
<tr><td>5</td><td>

3 지원 유형

- 의료급여 수급권자는「의료급여법」제3조제2항 및 동법 시행령 제3조의 규정에 의하여 1종 수급권자와 2종 수급권자로 구분
  - 1종 수급권자
    - 국민기초생활보장수급자 : 근로무능력가구, 산정특례 등록한 결핵질환자, 희귀 질환자, 중증난치질환자 및 중증질환(암환자, 중증화상환자만 해당) 등록자, 시설 수급자
    - 행려환자
    - 타법적용자 : 이재민, 의상자 및 의사자의 유족, 입양아동(18세 미만), 국가유공자, 국가무형문화재의 보유자, 북한이탈주민, 5·18 민주화운동 관련자, 노숙인
  - 2종 수급권자
    - 국민기초생활보장대상자 중 1종 수급대상이 아닌 가구

<신설>

</td><td>

3 지원 유형

- 의료급여 수급권자는「의료급여법」제3조제2항 및 동법 시행령 제3조의 규정에 의하여 1종 수급권자와 2종 수급권자로 구분
  - 1종 수급권자
    - 국민기초생활보장수급자 : 근로무능력가구, 산정특례 등록한 결핵질환자, 희귀 질환자, 중증난치질환자 및 중증질환(암환자, 중증화상환자만 해당) 등록자, 시설 수급자
    - 행려환자
    - 타법적용자 : 이재민, 의상자 및 의사자의 유족, 입양아동(18세 미만), 국가유공자, 국가무형문화재의 보유자, 북한이탈주민, 5·18 민주화운동 관련자, 노숙인
  - 2종 수급권자
    - 국민기초생활보장대상자 중 1종 수급대상이 아닌 가구
    - 타법수급대상자 중 1종 수급대상이 아닌 가구원

</td></tr>
<tr><td>10</td><td>

6 의료급여 업무흐름도

나. 시행절차

1. 대상자 선정	시·군·구	• 통합조사관리팀의 자산조사 등을 거쳐 국민기초생활보장 수급자 선정되면 의료급여 자격 취득 • 타법지원 대상자는 해당부처의 통보 또는 민원인 신청을 받아 수급자로 선정 <신설> • 행려환자는 병·의원의 신청을 받아 수급자로 선정

</td><td>

6 의료급여 업무흐름도

나. 시행절차

1. 대상자 선정	시·군·구	• 통합조사관리팀의 자산조사 등을 거쳐 국민기초생활보장 수급자 선정되면 의료급여 자격 취득 • 타법지원 대상자는 해당부처의 통보 또는 민원인 신청을 받아 수급자로 선정 * 2023.1.1. 이후 신규 신청 타법 수급자는 근로능력 유무에 따라 1·2종 부여 • 행려환자는 병·의원의 신청을 받아 수급자로 선정

</td></tr>
</table>

주요 개정사항

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td colspan="3">제2편 수급권자 선정 및 자격관리</td></tr>
<tr><td>19</td><td>Ⅰ. 신청
1 급여신청 주체
◦ 수급권자 가구의 가구원 및 그 친족, 그 밖의 관계인이 신청
※ 수급권자의 친족 및 그 밖의 관계인은 위임장(별도양식 없음) 지참
◦ 맞춤형급여 시행 후 기초생활보장 수급권자 신규 신청은 통합신청이 원칙이나 본인 선택에 따라 급여종류별로 신청도 가능
<신설></td><td>Ⅰ. 신청
1 급여신청 주체
◦ 수급권자 가구의 가구원 및 그 친족, 그 밖의 관계인이 신청
※ 수급권자의 친족 및 그 밖의 관계인은 위임장(별도양식 없음) 지참
◦ 맞춤형급여 시행 후 기초생활보장 수급권자 신규 신청은 통합신청이 원칙이나 본인 선택에 따라 급여종류별로 신청도 가능
◦ 의료급여 타법 수급자 중 국가유공자, 국가무형문화재 보유자는 국가보훈처장과 문화재청장의 추천을 통해 선정(의료급여법 제3조의3제4항). 그 외 타법대상자는 복지부장관이 필요하다고 인정한 경우로 관할 보장기관에 수급권자 가구의 가구원 및 그 친족, 그 밖의 관계인이 신청</td></tr>
<tr><td>20</td><td>3 타법 의료급여 신청 시 구비서류
<table>
<tr><th>구분</th><th>신청서</th><th>구비 서류
(해당자에 한함)</th></tr>
<tr><td>국가유공자
무형문화재
북한이탈주민</td><td>- 사회보장급여 신청(변경) 신청서[서식 1]
- 의료급여 제공(변경) 추천 신청서(국가유공자, 문화재 등)[서식 4]
- 소득·재산신고서[서식 3]
- 금융정보 등(금융·신용·보험정보) 제공 동의서[서식 2]</td><td>- 가족관계기록사항에 관한 증명서
- 임대차 계약서
- 소득·재산 확인서류
- 위임장 및 신분확인서류
- 외국인등록사실증명서
<신설></td></tr>
<tr><td>기타 타법</td><td>- 사회보장급여 신청(변경) 신청서[서식 1]</td><td>- 타법 자격 증빙 서류
<신설></td></tr>
</table>
* 조사과정에서 구비서류 외 추가자료 제출을 요구할 수 있음
* 북한이탈주민이 하나원 퇴소후 최초로 국민기초 수급을 신청하는 경우, 사회보장급여 신청(변경) 신청서[서식 1] 상 타법에 의한 북한이탈주민 의료급여 대상여부를 함께 적어 신청하여야 하며, 타법 의료급여 선정기준에 의거 조사 진행 후 선정기준을 충족할 경우 '북한이탈주민 타법 의료급여' 유형으로 관리</td><td>3 타법 의료급여 신청 시 구비서류
<table>
<tr><th>구분</th><th>신청서</th><th>구비 서류
(해당자에 한함)</th></tr>
<tr><td>국가유공자
무형문화재
북한이탈주민</td><td>- 사회보장급여 신청(변경) 신청서[서식 1]
- 의료급여 제공(변경) 추천 신청서(국가유공자, 문화재 등)[서식 4]
- 소득·재산신고서[서식 3]
- 금융정보 등(금융·신용·보험정보) 제공 동의서[서식 2]</td><td>- 가족관계기록사항에 관한 증명서
- 임대차 계약서
- 소득·재산 확인서류
- 위임장 및 신분확인서류
- 외국인등록사실증명서
- 근로능력 평가 신청서</td></tr>
<tr><td>기타 타법</td><td>- 사회보장급여 신청(변경) 신청서[서식 1]</td><td>- 타법 자격 증빙 서류
- 근로능력 평가 신청서</td></tr>
</table>
* 조사과정에서 구비서류 외 추가자료 제출을 요구할 수 있음
* 북한이탈주민이 하나원 퇴소후 최초로 국민기초 수급을 신청하는 경우, 사회보장급여 신청(변경) 신청서[서식 1] 상 타법에 의한 북한이탈주민 의료급여 대상여부를 함께 적어 신청하여야 하며, 타법 의료급여 선정기준에 의거 조사 진행 후 선정기준을 충족할 경우 '북한이탈주민 타법 의료급여' 유형으로 관리</td></tr>
</table>

쪽	현 행	개 정
	【신청서 접수 시 유의사항】 • 신청서에 기재된 가족사항 등은 반드시 주민등록등본 등을 통해 확인하고 잘못된 사항 수정 • 가족관계기록사항에 관한 증명서, 외국인등록사실증명서(해당자에 한하여 제출)는 전산을 통해 우선적으로 확인하고, 전산조회가 어려울 경우 제출 요구(단, 타법 의료급여신청자의 경우 신청자에게 직접 가족관계 증명서 징구) • 임대차계약서(해당자에 한하여 제출)는 확정일자를 날인받도록 하고, 계약서의 사실여부 확인 • 보훈지청, 문화재청은 신청인의 수권여부 및 의료급여 가구원의 적부를 반드시 확인	**【신청서 접수 시 유의사항】** • 신청서에 기재된 가족사항 등은 반드시 주민등록등본 등을 통해 확인하고 잘못된 사항 수정 • 가족관계기록사항에 관한 증명서, 외국인등록사실증명서(해당자에 한하여 제출)는 전산을 통해 우선적으로 확인하고, 전산조회가 어려울 경우 제출 요구(단, 타법 의료급여신청자의 경우 신청자에게 직접 가족관계 증명서 징구) • 임대차계약서(해당자에 한하여 제출)는 확정일자를 날인받도록 하고, 계약서의 사실여부 확인 • 보훈지청, 문화재청은 신청인의 수권여부 및 의료급여 가구원의 적부를 반드시 확인
20	**4 의료급여 신청 시 안내사항** ◦ (제출서류) 신청서, 구비서류 이외에 추가로 제출해야 할 서류 및 제출기한 안내 <신설> ◦ (처리 예정일) 의료급여 신청 처리기한이 명시되어 있지 않으나, 처리지연에 따른 민원이 발생되지 않도록 처리예정일을 사전에 안내 ◦ (통지방법) 서면통지를 원칙으로 하되, 신청인이 원하는 경우에는 서면통지와 전자우편 또는 문자메시지서비스를 병행하여 통지할 수 있음 ◦ (부당이득 징수 및 처벌) 속임수 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여를 받거나 제3자로 하여금 의료급여를 받게 한 경우에는 부당이득을 징수하고, 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금이 부과될 수 있음을 안내	**4 의료급여 신청 시 안내사항** ◦ (제출서류) 신청서, 구비서류 이외에 추가로 제출해야 할 서류 및 제출기한 안내 ※ '23.1.1. 이후 타법 신규신청자(이재민, 노숙인 제외)에 대해서는 근로능력평가 신청 안내가 이루어 질 수 있도록 주의할 것 ◦ (처리 예정일) 의료급여 신청 처리기한이 명시되어 있지 않으나, 처리지연에 따른 민원이 발생되지 않도록 처리예정일을 사전에 안내 ◦ (통지방법) 서면통지를 원칙으로 하되, 신청인이 원하는 경우에는 서면통지와 전자우편 또는 문자메시지서비스를 병행하여 통지할 수 있음 ◦ (부당이득 징수 및 처벌) 속임수 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여를 받거나 제3자로 하여금 의료급여를 받게 한 경우에는 부당이득을 징수하고, 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금이 부과될 수 있음을 안내
21	**Ⅱ. 수급자 선정기준** **1 의료급여 단위** **가. 가구단위 급여** ◦ 국민기초생활보장 수급자의 경우	**Ⅱ. 수급자 선정기준** **1 의료급여 단위** **가. 가구단위 급여** ◦ 국민기초생활보장 수급자의 경우

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정
21	- 국민기초생활 보장가구 단위로 의료급여 실시 * 국민기초생활보장 보장가구의 범위는「국민기초생활보장사업안내」참고 ● 타법 유형 중 가구단위 급여대상(국가유공자, 중요무형문화재, 북한이탈주민)인 경우 - 국민기초생활 보장가구의 범위(외국인의 범위 포함) 준용 * 단, 부양의무자 관련 사항 및 별도가구 인정 특례는 적용하지 않음 <신설>	- 국민기초생활 보장가구 단위로 의료급여 실시 * 국민기초생활보장 보장가구의 범위는「국민기초생활보장사업안내」참고 ● 타법 유형 중 가구단위 급여대상(국가유공자, 중요무형문화재, 북한이탈주민)인 경우 - 국민기초생활 보장가구의 범위(외국인의 범위 포함) 준용 * 단, 부양의무자 관련 사항 및 별도가구 인정 특례는 적용하지 않음 ● 타법 가구단위 급여대상 중 '23.1.1. 이후 신규 신청한 가구원에 대해 근로능력 유무에 따른 2종 부여시 별도가구 인정(국가유공자, 중요무형문화재, 북한이탈주민, 5.18 민주화운동, 의사상자) 예시) 1) 국가유공자 적용세대에 전입으로 인한 신규세대원 취득의 경우 2) 북한이탈주민의 내국인과의 결혼을 통한 신규세대원 취득의 경우 * 단, '23.1.1. 이후 기존 세대 상실 후 재취득시는 신규취득으로 별도가구 인정 불가
	● 타법 유형 중 개별법에 수급범위가 규정된 경우 - (이재민) 특별재난지역으로 선포된 지역에서 발생한 이재민으로서 실제 피해를입은 사람 - (의사자 유족) 의사상법에 따른 유족의 범위에 속하는 자에 한정 - (5·18 민주화운동 수권자) 5·18 민주화운동 관련 법에 따라 보상금 등을 받은 사람 ● 기초생활보장법에서 적용 가능한 외국인 지원 가능, 그 외는 지원불가	● 타법 유형 중 개별법에 수급범위가 규정된 경우 - (이재민) 특별재난지역으로 선포된 지역에서 발생한 이재민으로서 실제 피해를입은 사람 - (의사자 유족) 의사상법에 따른 유족의 범위에 속하는 자에 한정 - (5·18 민주화운동 수권자) 5·18 민주화운동 관련 법에 따라 보상금 등을 받은 사람 ● 기초생활보장법에서 적용 가능한 외국인 지원 가능, 그 외는 지원불가
	【보장가구 구성 방법】 복지서비스 및 급여제공(변경)신청 화면의 오른쪽 상단의 도움말을 선택하면 보장가구의 구성방법이 안내되어 있으며, 행복e음 복지광장 매뉴얼자료실(신청) 에서도 확인 가능	**【보장가구 구성 방법】** 복지서비스 및 급여제공(변경)신청 화면의 오른쪽 상단의 도움말을 선택하면 보장가구의 구성방법이 안내되어 있으며, 행복e음 복지광장 매뉴얼자료실(신청) 에서도 확인 가능

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td>22</td><td>
나. 개인단위 급여
● 「국민기초생활 보장법」 제14조의2의 규정에 의한 의료급여 특례자
● 「국민기초생활 보장법 제32조의 규정에 의한 보장시설에서 의료급여를 받고 있는 자(국민기초생활보장 시설수급자)
● 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 1~6급 의상자
● 「입양 특례법」에 의하여 국내에 입양된 18세 미만의 아동
● 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」에 따른 노숙인 중 의료급여가 필요한 자
● 행려환자
<신설>
</td><td>
나. 개인단위 급여
● 「국민기초생활 보장법」 제14조의2의 규정에 의한 의료급여 특례자
● 「국민기초생활 보장법 제32조의 규정에 의한 보장시설에서 의료급여를 받고 있는 자(국민기초생활보장 시설수급자)
● 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 1~6급 의상자
● 「입양 특례법」에 의하여 국내에 입양된 18세 미만의 아동
● 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」에 따른 노숙인 중 의료급여가 필요한 자
● 행려환자
● 「의료급여법 시행령」 제3조의 규정에 따른 타법 수급권자 중 2023.1.1. 이전 수급가구에 신규 편입되는 2종 수급자
</td></tr>
<tr><td>25</td><td>
2 「국민기초생활 보장법」에 의한 수급자
다. 국민기초 군입대자 관리
● 의료급여(군입대 1·2종) 자격은 해당 수급자의 군입대 기간 동안 유지(입대일로 자격 책정하고, 제대일로 자격 중지)
- 군입대 1·2종 자격 취득시 제대일을 반드시 시스템에 입력하여 제대 정보가 누락 되지 않도록 관리
* 육군(21개월), 해군(23개월), 공군(24개월) 등 병무청 복무기간 확인하여 제대일 입력
</td><td>
2 「국민기초생활 보장법」에 의한 수급자
다. 국민기초 군입대자 관리
● 의료급여(군입대 1·2종) 자격은 해당 수급자의 군입대 기간 동안 유지(입대일로 자격 책정하고, 제대일로 자격 중지)
- 군입대 1·2종 자격 취득시 제대일을 반드시 시스템에 입력하여 제대 정보가 누락 되지 않도록 관리
* 육군/해병도(18개월), 해군(20개월), 공군(21개월) 등 병무청 복무기간 확인하여 제대일 입력
</td></tr>
<tr><td>26</td><td>
라. 기초의료급여 수급자 선정 기준
가) 소득인정액 기준
● 소득인정액이 기준 중위소득 40% 이하인 가구
(단위 : 원)
<table>
<tr><th>구분</th><th>1인가구</th><th>2인가구</th><th>3인가구</th><th>4인가구</th><th>5인가구</th><th>6인가구</th><th>7인가구</th></tr>
<tr><td>2020년 (중위소득 40%)</td><td>702,878</td><td>1,196,792</td><td>1,548,231</td><td>1,899,670</td><td>2,251,108</td><td>2,602,547</td><td>2,955,886</td></tr>
<tr><td>2021년 (중위소득 40%)</td><td>731,132</td><td>1,235,232</td><td>1,593,580</td><td>1,950,516</td><td>2,302,949</td><td>2,651,441</td><td>2,998,879</td></tr>
</table>
</td><td>
라. 기초의료급여 수급자 선정 기준
가) 소득인정액 기준
● 소득인정액이 기준 중위소득 40% 이하인 가구
(단위 : 원)
<table>
<tr><th>구분</th><th>1인가구</th><th>2인가구</th><th>3인가구</th><th>4인가구</th><th>5인가구</th><th>6인가구</th><th>7인가구</th></tr>
<tr><td>2022년 (중위소득 40%)</td><td>777,925</td><td>1,304,034</td><td>1,677,880</td><td>2,048,432</td><td>2,409,806</td><td>2,762,802</td><td>3,112,237</td></tr>
<tr><td>2023년 (중위소득 40%)</td><td>831,157</td><td>1,382,462</td><td>1,773,927</td><td>2,160,386</td><td>2,532,275</td><td>2,891,193</td><td>3,243,006</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

주요 개정사항

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td>26</td><td>
■ 기본재산 공제액 변경없음(대도시 5,400만원, 중소도시 3,400만원, 농어촌 2,900만원)
<table>
<tr><th>구분</th><th>대도시</th><th>중소도시</th><th>농어촌</th></tr>
<tr><td>의료급여</td><td>5,400만원</td><td>3,400만원</td><td>2,900만원</td></tr>
<tr><td>생계·주거·교육급여</td><td>6,900만원</td><td>4,200만원</td><td>3.500만원</td></tr>
</table>
■ 재산기준 특례대상 가구(근로무능력자로만 구성된 가구, 재산처분이 곤란한 가구) 기본재산 공제액 변경없음
<table>
<tr><th rowspan="2">구분</th><th colspan="3">재산가액 기본조건</th><th rowspan="2">추가조건</th></tr>
<tr><th>대도시</th><th>중소도시</th><th>농어촌</th></tr>
<tr><td>의료급여</td><td>8,500만원 이내</td><td>6,500만원 이내</td><td>6,000만원 이내</td><td>• 금융재산은 대도시 5,400만원, 중소도시 3,400만원, 농어촌2,900만원 이내</td></tr>
<tr><td>생계·주거·교육급여</td><td>10,000만원 이내</td><td>7,300만원 이내</td><td>6,600만원 이내</td><td>• 금융재산은 대도시 5,400만원, 중소도시 3,400만원, 농어촌2,900만원 이내</td></tr>
</table>
■ 주거용재산 인정 한도액 변경없음(대도시 1억원, 중소도시 6,800만원, 농어촌 3,800만원)
<table>
<tr><th>구분</th><th>대도시</th><th>중소도시</th><th>농어촌</th></tr>
<tr><td>의료급여</td><td>1억원</td><td>6,800만원</td><td>3,800만원</td></tr>
<tr><td>생계·주거·교육급여</td><td>1.2억원</td><td>9,000만원</td><td>5,200만원</td></tr>
</table>
</td><td>
■ 기본재산 공제액 변경없음(~~대도시 5,400만원, 중소도시 3,400만원, 농어촌 2,900만원~~)
<table>
<tr><th>구분</th><th>서울</th><th>경기</th><th>광역·세종·창원</th><th>기타</th></tr>
<tr><td>생계·의료급여</td><td>9,900만원</td><td>8,000만원</td><td>7,700만원</td><td>5,300만원</td></tr>
</table>
■ 재산기준 특례대상 가구(근로무능력자로만 구성된 가구, 재산처분이 곤란한 가구) 기본재산 공제액 변경없음
<table>
<tr><th rowspan="2">구분</th><th colspan="4">재산가액 기본조건 추가조건</th></tr>
<tr><th>서울</th><th>경기</th><th>광역·세종·창원</th><th>기타</th></tr>
<tr><td>생계·의료급여</td><td>14,300만원 이내</td><td>12,500만원 이내</td><td>12,000만원 이내</td><td>9,100만원 이내</td></tr>
</table>
■ 주거용재산 인정 한도액 변경없음(~~대도시 1억원, 중소도시 6,800만원, 농어촌 3,800만원~~)
<table>
<tr><th>구분</th><th>서울</th><th>경기</th><th>광역·세종·창원</th><th>기타</th></tr>
<tr><td>생계·의료급여</td><td>1억7,200만원</td><td>1억5,100만원</td><td>1억4,600만원</td><td>1억1,200만원</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>40
~
41</td><td>
4 타법에 의한 의료급여 수급권자
나. 일반원칙
• 타법 의료급여 수급자는 의료급여 1종 지원

<신설>

<중략>
• 각 사업별로 따로 정하지 않는 세부적인 사항 등은 국민기초 준용
- 이자배당소득 : 금융기관 회신 이자배당소득 공제 월1만원
- 타법 의료급여 수급자 중 대학생·24세 이하 청년층 및 북한이탈주민 근로·사업소득 공제
</td><td>
4 타법에 의한 의료급여 수급권자
나. 일반원칙
• 타법 의료급여 수급자는 근로능력 유무에 따라 의료급여 1·2종 지원

※ '23.1.1. 이전 신청한 타법수급자는 기존 1종 유지. 다만, '23.1.1 이후 신규 신청 가구원에 대해서는 근로능력 유무에 따른 1·2종부여(이재민 노숙인은 계속적으로 1종 부여)
– 타법 의료급여 수급자 1종 : 의료급여법 시행령 제3조 제2항 각호에 해당하는 사람으로 국민기초 1종 수급권자 자격기준(26-27p) 참고
– 타법 의료급여 수급자 2종 : 타법 의료급여 수급자 1종 기준에 해당되지 않는 자

<중략>
• 각 사업별로 따로 정하지 않는 세부적인 사항 등은 국민기초 준용
- 이자배당소득 : 금융기관 회신 이자배당소득 공제 월1만원
- 타법 의료급여 수급자 중 대학생·24세 이하 청년층 및 북한이탈주민 근로·사업소득 공제
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td>40
~
41</td><td>(국가무형문화재, 북한이탈주민)
<table><tr><th>구분</th><th>현황</th></tr><tr><td>대학생</td><td>30만원 + 초과분의 30% 공제</td></tr><tr><td>24세 이하 청년층</td><td>20만원 + 초과분의 30% 공제</td></tr><tr><td>북한이탈주민</td><td>20만원 + 초과분의 30% 공제</td></tr></table>
<신설></td><td>(국가무형문화재, 북한이탈주민)
<table><tr><th>구분</th><th>현황</th></tr><tr><td>대학생</td><td>40만원 + 초과분의 30% 공제</td></tr><tr><td>24세 이하 청년층</td><td>40만원 + 초과분의 30% 공제</td></tr><tr><td>북한이탈주민</td><td>20만원 + 초과분의 30% 공제</td></tr></table>
• 타법 의료급여 수급자 2종 신설에 따른 처리기준
- '23.1.1.이후 타법 신규 신청자(수권자)를 포함한 가구원 또는 일부 신규 전입 가구원에 대해 근로능력 유무에 따라 1·2종 부여
※ '23.1.1. 이후 일부 신규 전입 가구원(신청자)으로 인해 기존세대(1종)와 다른 2종 부여 시 별도세대로 관리
- 국가유공자·5.18민주화운동 관련자의 경우, 수권자 사망 등에 따른 승계 사유 발생 시 기존 대상자는 1종 자격유지, 동일세대 신규 적용자(23.1.1. 이후 신규 신청자)를 대상으로 근로능력 유무에 따라 1·2종 부여
※ 타법 2종 수급권자의 자격 정비 기준은 타법 기준에 따라 관리</td></tr>
<tr><td>42</td><td>다. 타법 의료급여 수급권자 유형별 선정기준
(1) 이재민
<table><tr><th>구분</th><th>내용</th></tr><tr><td>기타</td><td>• 수급권자의 주소지와 관계없이 특별재난구역으로 선포된 시군구가 지원할 것(책정 후 전출입, 가구원 변동 미반영)
<신설></td></tr></table></td><td>다. 타법 의료급여 수급권자 유형별 선정기준
(1) 이재민
<table><tr><th>구분</th><th>내용</th></tr><tr><td>기타</td><td>• 수급권자의 주소지와 관계없이 특별재난구역으로 선포된 시군구가 지원할 것(책정 후 전출입, 가구원 변동 미반영)
• 근로능력 유무에 따른 1·2종 부여 대상 아님</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>44
~
45</td><td>(2) 의사상자
<table><tr><th colspan="2">구분</th><th>내용</th></tr><tr><td rowspan="2">신청</td><td>신청인</td><td>• 신청권자 : 수급권자, 친족, 기타 관계인
• 제출 : 시장·군수·구청장</td></tr><tr><td>신청서</td><td>• 신청서식
- 사회보장급여 신청(변경)서[서식 1]
• 구비서류 : 의사상자 증명서, 가족관계 증명서</td></tr></table></td><td>(2) 의사상자
<table><tr><th colspan="2">구분</th><th>내용</th></tr><tr><td rowspan="2">신청</td><td>신청인</td><td>• 신청권자 : 수급권자, 친족, 기타 관계인
• 제출 : 시장·군수·구청장</td></tr><tr><td>신청서</td><td>• 신청서식
- 사회보장급여 신청(변경)서[서식 1]
• 구비서류 : 의사상자 증명서, 가족관계 증명서, 근로능력평가 신청서(해당자에 한함)</td></tr></table></td></tr>
</table>

주요 개정사항

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td>44
~
45</td><td>
<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th>내용</th></tr>
<tr><td rowspan="3">선정기준</td><td>인적기준</td><td>• 1~6급 의상자
• 의사자의 유족(배우자, 자녀, 부모, 조부모 또는 형제자매)</td></tr>
<tr><td>소득재산기준</td><td>• 해당 없음</td></tr>
<tr><td>기타</td><td>• 해당 없음</td></tr>
</table>
(나) 선정방법
• 의상자, 의사자 유족 등이 ‘사회보장급여 제공(변경) 신청서[서식 1]’를 시·군·구에 제출
- 주민등록지 관할 보장기관에서 주민등록 가구 단위로 책정하고, 동일 주민등록 가구원이라 할지라도 유족의 범위에 해당하지 않는 경우 선정 제외하여야 함
- 의사자의 유족이 여러 주민등록지에 분리되어 거주할 때에는 각각 선정
<신설>

• 의사상자법 제18조에 따라 의료급여는 의사상자 인정결정을 통보받은 날부터 3년이 지나면 의료급여 신청 불가</td><td>
<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th>내용</th></tr>
<tr><td rowspan="3">선정기준</td><td>인적기준</td><td>• 1~6급 의상자
• 의사자의 유족(배우자, 자녀, 부모, 조부모 또는 형제자매)</td></tr>
<tr><td>소득재산기준</td><td>• 해당 없음</td></tr>
<tr><td>기타</td><td>• 근로능력 유무에 따른 1·2종 부여 대상</td></tr>
</table>
(나) 선정방법
• 의상자, 의사자 유족 등이 ‘사회보장급여 제공(변경) 신청서[서식 1]’를 시·군·구에 제출
- 주민등록지 관할 보장기관에서 주민등록 가구 단위로 책정하고, 동일 주민등록 가구원이라 할지라도 유족의 범위에 해당하지 않는 경우 선정 제외하여야 함
- 의사자의 유족이 여러 주민등록지에 분리되어 거주할 때에는 각각 선정
• ’23.1.1.이후 신규 신청 대상은 근로능력 유무에 따른 1·2종 부여
- ’23.1.1. 이전 의사상자인 경우 ’23.1.1.이후 신청시 근로능력 유무에 따른 자격부여(사유발생일이 아닌, 신청일 기준)
※ 의사상행위 당시 기준 유족만 대상으로 추가 선정 없음
• 의사상자법 제18조(2011.8.4. 개정)에 따라 의료급여는 의사상자 인정결정을 통보받은 날부터 3년이 지나면 의료급여 신청 불가</td></tr>
<tr><td>46
~
47</td><td>
(3) 입양아동
<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th>내용</th></tr>
<tr><td rowspan="3">선정기준</td><td>인적기준</td><td>• 「입양특례법」에 의하여 국내에 입양된 18세 미만의 아동(개인급여)
- 단, 20세 미만의 중고교 재학생 포함
- 「민법」에 따라 입양한 경우는 제외</td></tr>
<tr><td>소득재산기준</td><td>• 해당 없음</td></tr>
<tr><td>기타</td><td>• 해당 없음</td></tr>
</table>
</td><td>
(3) 입양아동
<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th>내용</th></tr>
<tr><td rowspan="3">선정기준</td><td>인적기준</td><td>• 「입양특례법」에 의하여 국내에 입양된 18세 미만의 아동(개인급여)
- 단, 20세 미만의 중고교 재학생 포함
- 「민법」에 따라 입양한 경우는 제외</td></tr>
<tr><td>소득재산기준</td><td>• 해당 없음</td></tr>
<tr><td>기타</td><td>• 근로능력 유무에 따른 1·2종 부여 대상
※ 18세 미만 아동은 근로능력 없음 부여 (20세 미만 중·고교 재학생의 경우 만20세가 도래하는 날까지 근로능력 없음으로 인정)</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td></td><td>(다) 급여자격 : 1종 의료급여</td><td>(다) 급여자격 : 근로능력 유무에 따른 1·2종 자격 부여(18세 미만 등으로 1종 부여)</td></tr>
<tr><td>54~
55</td><td>(4) 국가유공자
<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th>내용</th></tr>
<tr><td rowspan="3">선정기준</td><td>인적기준</td><td>• 수권자 및 그 가족</td></tr>
<tr><td>소득재산 기준</td><td>• 소득인정액 기준 이원화
일반가구 기준 : 중위 80%
취약가구 기준 : 중위 100%
* 취약가구 기준 : 18세 미만, 65세 이상, 장애정도가 심한 장애인1) 및 국가유공자 등 상이등급 1~3급2)인 사람으로만 구성된 가구
1) '19.7.1일 전 장애4급으로서 취약가구 적용을 받고 있는 가구는 기존 수급권 보호
2) 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령」제14조제3항에 해당하는 자 중 3급 이상(1~3급)의 상이등급 해당자
• 상이1급자 특례 : 계속보호대상자 중 재산·소득기준 적용 없이 지원(본인)
• 국가유공자 의료특례(본인)</td></tr>
<tr><td>기타</td><td>• 간호수당, 생활조정수당 등 소득 공제
• <신설></td></tr>
</table>
(나) 신청
• 신청 구비서류
- 의료급여 제공(변경) 추천 신청서 (국가유공자, 문화재 등)[서식 4]
- 소득·재산신고서[서식 3]
- 금융정보 등(금융·신용·보험정보) 제공 동의서[서식 2]
- 증빙서류 : 임대차계약서, 가족관계증명서, 외국인등록사실증명서, 소득재산확인서류, 위임장 및 신분확인서류, 통장사본 등</td><td>(4) 국가유공자
<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th>내용</th></tr>
<tr><td rowspan="3">선정기준</td><td>인적기준</td><td>• 수권자 및 그 가족</td></tr>
<tr><td>소득재산 기준</td><td>• 소득인정액 기준 이원화
일반가구 기준 : 중위 80%
취약가구 기준 : 중위 100%
* 취약가구 기준 : 18세 미만, 65세 이상, 장애정도가 심한 장애인1) 및 국가유공자 등 상이등급 1~3급2)인 사람으로만 구성된 가구
1) '19.7.1일 전 장애4급으로서 취약가구 적용을 받고 있는 가구는 기존 수급권 보호
2) 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령」제14조제3항에 해당하는 자 중 3급 이상(1~3급)의 상이등급 해당자
• 상이1급자 특례 : 계속보호대상자 중 재산·소득기준 적용 없이 지원(본인)
• 국가유공자 의료특례(본인)</td></tr>
<tr><td>기타</td><td>• 간호수당, 생활조정수당 등 소득 공제
• 근로능력 유무에 따른 1·2종 부여 대상</td></tr>
</table>
(나) 신청
• 신청 구비서류
- 의료급여 제공(변경) 추천 신청서 (국가유공자, 문화재 등)[서식 4]
- 소득·재산신고서[서식 3]
- 금융정보 등(금융·신용·보험정보) 제공 동의서[서식 2]
- 증빙서류 : 임대차계약서, 가족관계증명서, 외국인등록사실증명서, 소득재산 확인서류, 근로능력평가 신청서(해당자에 한함), 위임장 및 신분확인서류, 통장사본 등</td></tr>
</table>

주요 개정사항

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td>56
~
58</td><td>
(다) 선정기준
<table>
<tr><th>항목</th><th>국가유공자 선정기준</th></tr>
<tr><td>기타
(특례 등)</td><td>• 국가유공자 의료급여 수급자 중 군입대자는 타법 의료급여 자격 계속 유지
• 상이1급자 특례 : 재산·소득기준 적용 없이 지원 (계속보호대상자인 상이1급자 본인만 해당)
• 의료특례 : 지속적 의료비 지출 있는 국가유공자 본인에게 지원
• <신설></td></tr>
</table>
* 보훈처 지급 간호수당, 생활조정수당은 공제
* 국가유공자에 대하여 따로 정하지 않은 세부적인 사항 등은 국민기초 준용

【'22년 국가유공자 의료급여 소득인정액 상한】
(단위 : 원)
<table>
<tr><th>구분 \ 가구규모</th><th></th><th>1인가구</th><th>2인가구</th><th>3인가구</th><th>4인가구</th><th>5인가구</th><th>6인가구</th></tr>
<tr><td rowspan="2">소득 인정액 상한</td><td>일반 (중위소득 80%)</td><td>1,555,850</td><td>2,608,068</td><td>3,355,761</td><td>4,096,864</td><td>4,819,612</td><td>5,525,603</td></tr>
<tr><td>일반 (중위소득 100%)</td><td>1,944,812</td><td>3,260,085</td><td>4,194,701</td><td>5,121,080</td><td>6,024,515</td><td>6,907,004</td></tr>
</table>
(라) 선정절차
① 신청정보 입력 및 가구 구성(보훈지청)
- 보훈처 e-보훈시스템에 신청정보 입력 및 주민등록 정보를 조회하여 가구원 구성 후 행복e음 연계를 통해 전송
② 소득재산 조사 및 조사결과 통보(통합조사관리팀)
- 행복e음 공적자료를 바탕으로 소득재산 조사 실시
- 조사는 의료급여사업안내 지침에 의하되, 지침에서 정하지 않은 사항은 국민기초생활 조사 방법을 준용
* 부양의무자 기준, 사적이전소득, 보장기관 확인 소득, 무료임차소득 적용하지 않음
</td><td>
(다) 선정기준
<table>
<tr><th>항목</th><th>국가유공자 선정기준</th></tr>
<tr><td>기타
(특례 등)</td><td>• 국가유공자 의료급여 수급자 중 군입대자는 타법 의료급여 자격 계속 유지
• 상이1급자 특례 : 재산·소득기준 적용 없이 지원 (계속보호대상자인 상이1급자 본인만 해당)
• 의료특례 : 지속적 의료비 지출 있는 국가유공자 본인에게 지원
• '23.1.1이후 신규 신청자는 근로능력 유무에 따른 1·2종 부여 대상</td></tr>
</table>
* 보훈처 지급 간호수당, 생활조정수당은 공제
* 국가유공자에 대하여 따로 정하지 않은 세부적인 사항 등은 국민기초 준용

【'23년 국가유공자 의료급여 소득인정액 상한】
(단위 : 원)
<table>
<tr><th>구분 \ 가구규모</th><th></th><th>1인가구</th><th>2인가구</th><th>3인가구</th><th>4인가구</th><th>5인가구</th><th>6인가구</th></tr>
<tr><td rowspan="2">소득 인정액 상한</td><td>일반 (중위소득 80%)</td><td>1,662,314</td><td>2,764,924</td><td>3,547,853</td><td>4,320,771</td><td>5,064,550</td><td>5,782,385</td></tr>
<tr><td>일반 (중위소득 100%)</td><td>2,077,892</td><td>3,456,155</td><td>4,434,816</td><td>5,400,964</td><td>6,330,688</td><td>7,227,981</td></tr>
</table>
(라) 선정절차
① 신청정보 입력 및 가구 구성(보훈지청)
- 보훈처 e-보훈시스템에 신청정보 입력 및 주민등록 정보를 조회하여 가구원 구성 후 행복e음 연계를 통해 전송
② 소득재산 조사 및 근로능력 유무 조사결과 통보(통합조사관리팀)
- 행복e음 공적자료를 바탕으로 소득재산 조사 실시
- 조사는 의료급여사업안내 지침에 의하되, 지침에서 정하지 않은 사항은 국민기초생활 조사 방법을 준용
* 부양의무자 기준, 사적이전소득, 보장기관 확인 소득, 무료임차소득 적용하지 않음
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td>56
~
58</td><td><신설>

주요 개정사항

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td>59
~
62</td><td>
(나) 신청
• 신청 구비서류
- 의료급여 제공(변경) 추천 신청서 (국가유공자, 문화재 등)[서식 4]
- 금융정보 등(금융·신용·보험정보) 제공 동의서 [서식 2]
- 소득·재산신고서[서식 3]
- 증빙서류(해당자에 한함) : 임대차계약서, 가족관계증명서, 외국인등록사실증명서, 소득재산 확인서류, 위임장 및 신분확인서류, 통장사본 등

(다) 선정기준
<table>
<tr><th>항목</th><th>국가무형문화재 선정기준</th></tr>
<tr><td>기타</td><td>• 국가무형문화재의 보유자에 대하여 따로 정하지 않은 사항은 국민기초의료급여 준용
• <신설></td></tr>
</table>

【'22년 국가무형문화재 의료급여 소득인정액 상한】
(단위 : 원)
<table>
<tr><th>구분 \ 가구규모</th><th>1인가구</th><th>2인가구</th><th>3인가구</th><th>4인가구</th><th>5인가구</th><th>6인가구</th></tr>
<tr><td>기준 중위소득 40%</td><td>777,925</td><td>1,304,034</td><td>1,677,880</td><td>2,048,432</td><td>2,409,806</td><td>2,762,802</td></tr>
<tr><td>소득인정액 상한 (중위소득 60%)</td><td>1,166,887</td><td>1,956,051</td><td>2,516,821</td><td>3,072,648</td><td>3,614,709</td><td>4,144,202</td></tr>
</table>

(라) 선정절차
③ 소득재산 조사 및 조사결과 통보(통합조사관리팀)
- 행복e음 공적자료를 바탕으로 소득재산 조사 실시
- 조사는 국민기초생활 조사방법을 준용
* 부양의무자 기준, 사적이전소득, 보장기관 확인소득, 무료임차소득 적용하지 않음
- 국가무형문화재의 보유자 신청자의 소득·재산 정보 문화재청에 공문으로 통보
</td><td>
(나) 신청
• 신청 구비서류
- 의료급여 제공(변경) 추천 신청서 (국가유공자, 문화재 등)[서식 4]
- 금융정보 등(금융·신용·보험정보) 제공 동의서 [서식 2]
- 소득·재산신고서[서식 3]
- 증빙서류(해당자에 한함) : 임대차계약서, 가족관계증명서, 외국인등록사실증명서, 소득재산 확인서류, 근로능력평가 신청서(해당자에 한함), 위임장 및 신분확인서류, 통장사본 등

(다) 선정기준
<table>
<tr><th>항목</th><th>국가무형문화재 선정기준</th></tr>
<tr><td>기타</td><td>• 국가무형문화재의 보유자에 대하여 따로 정하지 않은 사항은 국민기초의료급여 준용
• 근로능력 유무에 따른 1·2종 부여 대상</td></tr>
</table>

【'23년 국가무형문화재 의료급여 소득인정액 상한】
(단위 : 원)
<table>
<tr><th>구분 \ 가구규모</th><th>1인가구</th><th>2인가구</th><th>3인가구</th><th>4인가구</th><th>5인가구</th><th>6인가구</th></tr>
<tr><td>기준 중위소득 40%</td><td>831,157</td><td>1,382,462</td><td>1,773,927</td><td>2,160,386</td><td>2,532,275</td><td>2,891,193</td></tr>
<tr><td>소득인정액 상한 (중위소득 60%)</td><td>1,246,735</td><td>2,073,693</td><td>2,660,890</td><td>3,240,578</td><td>3,798,413</td><td>4,336,789</td></tr>
</table>

(라) 선정절차
③ 소득재산 조사 및 근로능력 유무 조사결과 통보 (통합조사관리팀)
- 행복e음 공적자료를 바탕으로 소득재산 조사 실시
- 조사는 국민기초생활 조사방법을 준용
* 부양의무자 기준, 사적이전소득, 보장기관 확인소득, 무료임차소득 적용하지 않음
- 국가무형문화재의 보유자 신청자의 소득·재산
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td>59
~
62</td><td>* 행복e음 공적자료 조회 결과를 엑셀 전환하여 공문과 함께 문화재청으로 소득재산조사 결과 통보
※ 행복e음 공적자료 조회 결과 화면출력(행복e음 조사·결정 > 결정 > 통합조사 및 결정 > 소득재산상세조회 화면> 소득재산이력비교)
<신설></td><td>정보 문화재청에 공문으로 통보
* 행복e음 공적자료 조회 결과를 엑셀 전환하여 공문과 함께 문화재청으로 소득재산조사 결과 통보
※ 행복e음 공적자료 조회 결과 화면출력(행복e음 조사·결정 > 결정 > 통합조사 및 결정 > 소득재산상세조회 화면> 소득재산이력비교)
- '23.1.1.이후 타법 신규 신청자(수권자)를 포함한 가구원 또는 일부 신규 전입 가구원에 대해 근로능력 유무에 따라 1·2종 부여</td></tr>
<tr><td>63
~
68</td><td>(6) 북한이탈주민(새터민)
<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th>내용</th></tr>
<tr><td rowspan="3">선정기준</td><td>인적기준</td><td><보호센터 및 하나원 입소 중>
• 수권자 본인
<하나원 퇴소 후>
• 수권자 및 그 가족</td></tr>
<tr><td>소득재산 기준</td><td><보호센터 및 하나원 입소 중>
• 소득재산 기준 적용 제외
<하나원 퇴소 후>
• 중위소득 50%(근로무능력가구는 1인 추가한 가구원수의 중위소득 50%)
* 취업특례의 경우 160%
• 일반/금융/자동차 등 재산의 소득환산액 : 국민기초생계급여와 동일</td></tr>
<tr><td>기타</td><td>• 해당 없음
• <신설></td></tr>
<tr><td colspan="2">기타</td><td>• 하나원 입소 중인 북한이탈주민이 주민등록번호를 부여받는 즉시 주민등록번호로 타법의료급여 신청 및 결정(전산관리번호 자격은 상실처리)
• 전입지에서는 확인조사 실시 후 계속 보호 여부 결정
• 전산관리번호로 자격 부여 시 1년 6개월 후 자격 상실 처리
• <신설></td></tr>
</table></td><td>(6) 북한이탈주민(새터민)
<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th>내용</th></tr>
<tr><td rowspan="3">선정기준</td><td>인적기준</td><td><보호센터 및 하나원 입소 중>
• 수권자 본인
<하나원 퇴소 후>
• 수권자 및 그 가족</td></tr>
<tr><td>소득재산 기준</td><td><보호센터 및 하나원 입소 중>
• 소득재산 기준 적용 제외
<하나원 퇴소 후>
• 중위소득 50%(근로무능력가구는 1인 추가한 가구원수의 중위소득 50%)
* 취업특례의 경우 160%
• 일반/금융/자동차 등 재산의 소득환산액 : 국민기초생계급여와 동일</td></tr>
<tr><td>기타</td><td>• 해당 없음
• 근로능력 유무에 따른 1·2종 부여 대상</td></tr>
<tr><td colspan="2">기타</td><td>• 하나원 입소 중인 북한이탈주민이 주민등록번호를 부여받는 즉시 주민등록번호로 타법의료급여 신청 및 결정(전산관리번호 자격은 상실처리)
• 전입지에서는 확인조사 실시 후 계속 보호 여부 결정
• 전산관리번호로 자격 부여 시 1년 6개월 후 자격 상실 처리
<보호센터 및 하나원 입소 중>
• 소득재산 기준 적용 제외
<하나원 퇴소 후>
• 근로능력 유무에 따른 1·2종 부여 대상</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정
63 ~ 68	(나) 선정방법 1) 국정원 임시호보시설(이하 보호센터) 또는 통일부 정착지원시설(이하 하나원) 입소 중 의료급여 자격부여 및 관리 • 북한이탈주민이 하나원에 입소 중에는 하나원이 소재한 보장기관에 타법의료급여 자격부여를 요청하고, 보호센터에 입소 중에는 하나원을 통하여 자격부여 요청 • 하나원으로부터 타법의료급여 자격부여 요청받은 보장기관은 의료급여 전산관리번호를 부여하여 자격취득 및 관리 ※ 전산관리번호 의료급여 수급자는 455일(보호센터 90일, 하나원 1년)후 자격상실 처리 <신설> • 하나원 또는 보호센터 입소 중에는 소득재산 조회 절차를 생략 • 하나원 입소 중인 북한이탈주민이 주민등록번호를 부여 받는 즉시, 하나원 관계자가 하나원이 소재한 보장기관에 기초생활수급자 및 타법 의료급여 신청 • 하나원으로부터 신청된 명단에 따라 보장기관은 주민등록번호로 타법 의료급여급여 자격을 부여하고, 기존 전산관리번호로 부여된 자격은 상실처리	(나) 선정방법 1) 국정원 임시호보시설(이하 보호센터) 또는 통일부 정착지원시설(이하 하나원) 입소 중 의료급여 자격부여 및 관리 • 북한이탈주민이 하나원에 입소 중에는 하나원이 소재한 보장기관에 타법의료급여 자격부여를 요청하고, 보호센터에 입소 중에는 하나원을 통하여 자격부여 요청 • 하나원으로부터 타법의료급여 자격부여 요청받은 보장기관은 의료급여 전산관리번호를 부여하여 자격취득 및 관리 ※ 전산관리번호 의료급여 수급자는 455일(보호센터 90일, 하나원 1년)후 자격상실 처리 • '23.1.1.이후 신규 신청자(수권자)를 포함한 가구원 또는 일부 신규 전입 가구원에 대해 근로능력 유무에 따라 1·2종 부여 • 하나원 또는 보호센터 입소 중에는 소득재산 조회 절차를 생략 • 하나원 입소 중인 북한이탈주민이 주민등록번호를 부여 받는 즉시, 하나원 관계자가 하나원이 소재한 보장기관에 기초생활수급자 및 타법 의료급여 신청 • 하나원으로부터 신청된 명단에 따라 보장기관은 주민등록번호로 타법 의료급여급여 자격을 부여하고, 기존 전산관리번호로 부여된 자격은 상실처리

【'22년 북한이탈주민 의료급여 소득인정액 상한】

(단위 : 원)

가구규모	1인	2인	3인	4인	5인	6인
근로능력가구 (중위소득 50%)	972,406	1,630,043	2,097,351	2,560,540	3,012,258	3,453,502
근로무능력가구 (가구원+1 중위소득 50%)	1,630,043	2,097,351	2,560,540	3,012,258	3,453,502	3,890,296
취업특례가구 (중위소득 160%)	3,111,699	5,216,136	6,711,522	8,193,728	9,639,224	11,051,206

【'23년 북한이탈주민 의료급여 소득인정액 상한】

(단위 : 원)

가구규모	1인	2인	3인	4인	5인	6인
근로능력가구 (중위소득 50%)	1,038,946	1,728,078	2,217,408	2,700,482	3,165,344	3,613,991
근로무능력가구 (가구원+1 중위소득 50%)	1,728,078	2,217,408	2,700,482	3,165,344	3,613,991	4,053,758
취업특례가구 (중위소득 160%)	3,324,627	5,529,848	7,095,706	8,641,542	10,129,101	11,564,770

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td>63
~
68</td><td>(라) 자격관리
● 북한이탈주민이 사망한 경우
- 잔여 가구원 중 북한이탈주민이 포함되어 있는 경우에는 계속 의료급여 실시
<신설>
- 잔여 가구원 중 북한이탈주민이 포함되어 있지 않은 경우에는 가구주 사망 다음 날로 모두 상실 처리</td><td>(라) 자격관리
● 북한이탈주민이 사망한 경우
- 잔여 가구원 중 북한이탈주민이 포함되어 있는 경우에는 계속 의료급여 실시
● '23.1.1.이후 수권자인 북한이탈주민이 사망한 경우라도 잔여세대원은 북한이탈주민으로 자격상실 사유가 발생하지 않는 이상 계속하여 의료급여 1종으로 지원하여야 함
- 잔여 가구원 중 북한이탈주민이 포함되어 있지 않은 경우에는 가구주 사망 다음 날로 모두 상실 처리</td></tr>
<tr><td>67</td><td>【북한이탈주민 보호 제외자】
「북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률」
제9조(보호 결정의 기준) ① 제8조제1항 본문에 따라 보호 여부를 결정할 때 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 보호대상자로 결정하지 아니할 수 있다.
1. 항공기 납치, 마약거래, 테러, 집단살해 등 국제형 사범죄자
2. 살인 등 중대한 비정치적 범죄자
3. 위장탈출 혐의자
4. ~~체류국(滯留國)에 10년 이상 생활 근거지를 두고 있는 사람~~
5. 국내 입국 후 1년이 지나서 보호신청한 사람
6. 그 밖에 보호대상자로 정하는 것이 부적당하다고 대통령령으로 정하는 사람</td><td>【북한이탈주민 보호 제외자】
「북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률」
제9조(보호 결정의 기준) ① 제8조제1항 본문에 따라 보호 여부를 결정할 때 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 보호대상자로 결정하지 아니할 수 있다.
1. 항공기 납치, 마약거래, 테러, 집단살해 등 국제형 사범죄자
2. 살인 등 중대한 비정치적 범죄자
3. 위장탈출 혐의자
4. <삭제>
5. 국내 입국 후 3년이 지나서 보호신청한 사람
6. 그 밖에 보호대상자로 정하는 것이 부적당하다고 대통령령으로 정하는 사람</td></tr>
<tr><td>68</td><td>(7) 5.18 민주화운동 관련자
<table><tr><th colspan="2">구분</th><th>내용</th></tr><tr><td colspan="2">지원 대상</td><td>● 「5·18민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」 제8조에 따라 보상금 등을 받은 사람과 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정하는 사람</td></tr><tr><td>신청</td><td>신청인</td><td>● 신청권자 : 수급권자, 친족, 기타 관계인
● 신청 : 시장·군수·구청장</td></tr></table></td><td>(7) 5.18 민주화운동 관련자
<table><tr><th colspan="2">구분</th><th>내용</th></tr><tr><td colspan="2">지원 대상</td><td>● 「5·18민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」 제8조에 따라 보상금 등을 받은 사람과 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정하는 사람</td></tr><tr><td>신청</td><td>신청인</td><td>● 신청권자 : 수급권자, 친족, 기타 관계인
● 신청 : 시장·군수·구청장</td></tr></table></td></tr>
</table>

주요 개정사항

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td>68
~
69</td><td>
<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th>내용</th></tr>
<tr><td></td><td>신청서</td><td>• 신청서식
– 사회보장급여 신청(변경)서 [서식 1]
• 구비서류(해당자에 한함)
– 5·18민주화운동 보상금 수령 관련 서류
– 선순위자 선정서(상이자 사망 후 유족 신청 시) [서식 114]</td></tr>
<tr><td rowspan="3">선정기준</td><td>인적기준</td><td>• 사망자의 선순위 유족과 그 가족
• 행방불명자의 선순위 유족과 그 가족
• 상이등급 1-14급 및 기타 1~2급의 판정을 받은 상이자와 그 가족
– 상이자 사망시 선순위 유족과 그 가족
* 선순위 유족과 가족의 범위는 “(다) 보장가구 구성” 참조
• 기소 및 기소유예 처분을 받은 구속자 (당사자에 한함, 가족 제외)</td></tr>
<tr><td>소득재산 기준</td><td>• 해당 없음</td></tr>
<tr><td>기타</td><td>• 해당 없음</td></tr>
<tr><td colspan="2">기타</td><td>• 선순위 지정은 1회에 한함(사망·행방불명자의 선순위자, 상이자 사망에 따른 선순위자)
• 선순위자가 사망 등의 사유로 의료급여 상실하면 가구원 전체 의료급여 상실
• <신설></td></tr>
</table>
(가) 적용대상
• 「5·18 민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」 제8조에 따라 보상금 등을 받은 사람과 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고</td><td>
<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th>내용</th></tr>
<tr><td></td><td>신청서</td><td>• 신청서식
– 사회보장급여 신청(변경)서 [서식 1]
• 구비서류(해당자에 한함)
– 5·18민주화운동 보상금 수령 관련 서류
– 선순위자 선정서(상이자 사망 후 유족 신청 시) [서식 114]
– 근로능력평가 신청서</td></tr>
<tr><td rowspan="3">선정기준</td><td>인적기준</td><td>• 사망자의 선순위 유족과 그 가족
• 행방불명자의 선순위 유족과 그 가족
• 상이등급 1-14급 및 기타 1~2급의 판정을 받은 상이자와 그 가족
– 상이자 사망시 선순위 유족과 그 가족
* 선순위 유족과 가족의 범위는 “(다) 보장가구 구성” 참조
• 기소 및 기소유예 처분을 받은 구속자 (당사자에 한함, 가족 제외)</td></tr>
<tr><td>소득재산 기준</td><td>• 해당 없음</td></tr>
<tr><td>기타</td><td>• 해당 없음
• 근로능력 유무에 따른 1·2종 부여 대상</td></tr>
<tr><td colspan="2">기타</td><td>• 선순위 지정은 1회에 한함(사망·행방불명자의 선순위자, 상이자 사망에 따른 선순위자)
• 선순위자가 사망 등의 사유로 의료급여 상실하면 가구원 전체 의료급여 상실
• ’23.1.1. 이후 수권승계를 한 경우 기존 대상자는 1종 자격유지, 동일세대 신규 전입 가구원을 대상으로 근로능력 유무에 따른 1·2종 부여</td></tr>
</table>
(가) 적용대상
• 「5·18 민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」 제8조에 따라 보상금 등을 받은 사람과 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고</td></tr>
</table>

쪽	현 행	개 정
68 ~ 69	인정하는 사람 - 사망자(상이 후 사망자 포함)의 선순위 유족과 그 가족 - 행방불명자의 선순위 유족과 그 가족 - 상이등급 1~14급 및 기타 1~2급의 판정을 받은 상이자와 그 가족 - 상이자 사망 시 선순위 유족과 그 가족 <신설>	인정하는 사람 - 사망자(상이 후 사망자 포함)의 선순위 유족과 그 가족 - 행방불명자의 선순위 유족과 그 가족 - 상이등급 1~14급 및 기타 1~2급의 판정을 받은 상이자와 그 가족 - 상이자 사망 시 선순위 유족과 그 가족 * '23.1.1.이후 수권자 승계를 한 경우 기존 대상자는 1종 자격유지, 동일세대 신규 전입가구원을 대상으로 근로능력 유무에 따라 1·2종 부여 - 기소 및 기소유예 처분을 받은 자(당사자에 한함, 가족 제외), 단, 구금 후 기소 또는 기소유예 처분을 받지 않고 훈방 조치된 경우에는 의료급여 지원대상이 아님
69	(나) 제출서류 ◦ 사회보장급여 신청(변경)서[서식1] ◦ 5·18민주화운동 보상금 수령 관련 서류 ◦ 선순위자 선정서(상이자 사망 후 유족 신청 시) [서식 114] <신설> (다) 보장가구 구성 ◦ "선순위 유족"은 배우자 → 자녀 → 직계존속 → 미성년 손자녀 → 미성년 형제·자매 순으로 1인이 지정됨 <신설>	(나) 제출서류 ◦ 사회보장급여 신청(변경)서[서식1] ◦ 5·18민주화운동 보상금 수령 관련 서류 ◦ 선순위자 선정서(상이자 사망 후 유족 신청 시) [서식 114] ◦ 근로능력평가 신청서(해당자에 한함) (다) 보장가구 구성 ◦ "선순위 유족"은 배우자 → 자녀 → 직계존속 → 미성년 손자녀 → 미성년 형제·자매 순으로만 1인이 지정됨 * 우선순위의 유족의 의료급여 수급권 포기로 인한 순위 변경 불가
71	(8) 노숙인 의료급여 (가) 적용대상 ◦ 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」(이하 "노숙인법"이라 함) 제2조 제1호 및 동법 시행규칙 제2조에 따른 "노숙인 등"에 해당하는 자로서 아래 기준을 모두 충족하는 사람 – 노숙인 일시보호시설*, 노숙인 자활시설(기존 노숙인쉼터) 입소자 중 노숙인법 제2조제1호에	(8) 노숙인 의료급여 (가) 적용대상 ◦ 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」(이하 "노숙인법"이라 함) 제2조 제1호 및 동법 시행규칙 제2조에 따른 "노숙인 등"에 해당하는 자로서 아래 기준을 모두 충족하는 사람 – 노숙인 일시보호시설*, 노숙인 자활시설(기존 노숙인쉼터) 입소자 중 노숙인법 제2조제1호에

주요 개정사항

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td>71</td><td>따른 노숙인 해당기간**이 지속적으로 3개월 이상 유지된 것으로 확인된 사람
<신설>
* 노숙인 일시보호 시설 기능을 하는 노숙인종합지원센터 포함
** 거리에서의 노숙생활 및 노숙인시설 입소기간, 쪽방거주 등
- 국민건강보험에 가입되어 있지 않거나 6개월 이상 체납된 사람
* 국민기초생활보장 수급자, 의료급여법에 의한 수급자, 타법에 의한 수급자 등 이미 의료급여를 받고 있는 자는 기존 수급유형 유지</td><td>따른 노숙인 해당기간**이 지속적으로 3개월 이상 유지된 것으로 확인된 사람
- 다만, 노숙인 의료급여수급권 신청자가 종전 노숙인 의료급여수급자격 상실 후 3개월이 경과하지 않은 경우에는 노숙기간이 3개월 이상 유지된 것으로 보아 당일 노숙인의료급여 수급권 책정 가능
* 노숙인 일시보호 시설 기능을 하는 노숙인종합지원센터 포함
** 거리에서의 노숙생활 및 노숙인시설 입소기간, 쪽방거주 등
- 국민건강보험에 가입되어 있지 않거나 6개월 이상 체납된 사람
* 국민기초생활보장 수급자, 의료급여법에 의한 수급자, 타법에 의한 수급자 등 이미 의료급여를 받고 있는 자는 기존 수급유형 유지</td></tr>
<tr><td>82</td><td>

5 행복e음 자격 취득 및 상실 처리

가. 자격 취득

(1) 대상자 종별 유형 및 급여유형 기호

- 종별기호 : 1종 수급권자「1」, 2종 수급권자「2」
- 급여유형 및 코드번호

급 여 유 형	코드	급 여 유 형	코드
국민기초1종	11	군입대자(1종)	39
사회복지시설입소자	12	군입대자(2종)	49
국가유공자	13	의상자 및 의사자의 유족	18
북한이탈주민	14	국내입양아동	20
중요무형문화재	15	국민기초2종	21
5·18민주화운동 관련자	16	행려환자	31
이재민	17	노숙인 등	33

</td><td>

5 행복e음 자격 취득 및 상실 처리

가. 자격 취득

(1) 대상자 종별 유형 및 급여유형 기호

- 종별기호 : 1종 수급권자「1」, 2종 수급권자「2」
- 급여유형 및 코드번호

급 여 유 형	코드	급 여 유 형	코드
국민기초(1종)	11	군입대자(1종)	39
사회복지시설입소자	12	군입대자(2종)	49
국가유공자(1종)	13	의상자 및 의사자의 유족(1종)	18
국가유공자(2종)	23	의상자 및 의사자의 유족(2종)	28
북한이탈주민(1종)	14	국내입양아동	20
북한이탈주민(2종)	24	국민기초(2종)	21
중요무형문화재(1종)	15	행려환자	31
중요무형문화재(2종)	25	노숙인 등	33
5·18민주화운동 관련자(1종)	16		
5·18민주화운동 관련자(2종)	26		
이재민	17		

</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td>82</td><td>(2) 취득사유·코드 및 취득일
◦ 취득사유별 취득일
<table>
<tr><th>취득사유</th><th>코드</th><th>취득일</th><th>취득사유</th><th>코드</th><th>취득일</th></tr>
<tr><td>신규취득</td><td>11</td><td>보장결정일</td><td>급여유형변경</td><td>18</td><td>(종별)변경일</td></tr>
<tr><td>전입(관외)</td><td>12</td><td>전입일</td><td>시설수감해제</td><td>32</td><td>해제(출소)일*</td></tr>
<tr><td>전입(관내이동)</td><td>13</td><td>전입일</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>출 생</td><td>14</td><td>출생일</td><td>가구주변경</td><td>44</td><td>변경일</td></tr>
<tr><td>결 혼</td><td>15</td><td>전입일</td><td>기 타</td><td>99</td><td>의료급여 개시일</td></tr>
<tr><td>입 양</td><td>16</td><td>입양일 및 결정일</td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td><td>(2) 취득사유·코드 및 취득일
◦ 취득사유별 취득일
<table>
<tr><th>취득사유</th><th>코드</th><th>취득일</th><th>취득사유</th><th>코드</th><th>취득일</th></tr>
<tr><td>신규취득</td><td>11</td><td>보장결정일</td><td>급여유형변경</td><td>18</td><td>(종별)변경일</td></tr>
<tr><td>전입(관외)</td><td>12</td><td>전입일</td><td>시설수감해제</td><td>32</td><td>해제(출소)일*</td></tr>
<tr><td>전입(관내이동)</td><td>13</td><td>전입일</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>출 생</td><td>14</td><td>출생일</td><td>가구주변경</td><td>44</td><td>변경일</td></tr>
<tr><td>결 혼</td><td>15</td><td>전입일</td><td>기 타</td><td>99</td><td>의료급여 개시일</td></tr>
<tr><td>입 양</td><td>16</td><td>결정일</td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td colspan="3">제3편 의료급여 수급자 지원내용, 절차</td></tr>
<tr><td>93</td><td>Ⅰ. 의료급여 지원범위 및 절차
1 의료급여 지원범위
가. 지원내용
(2) 의료급여의 범위
◦ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조 및 [별표 1](요양급여의 적용기준 및 방법)의 규정에 의함</td><td>Ⅰ. 의료급여 지원범위 및 절차
1 의료급여 지원범위
가. 지원내용
(2) 의료급여의 적용기준과 방법
◦ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조 제2항부터 제4항 및 [별표 1](요양급여의 적용기준 및 방법)의 규정에 의함</td></tr>
<tr><td>94</td><td>(3) 의료급여의 범위
<중략>
◦ 신의료기술
– 의료급여 대상 또는 비급여 대상으로 결정되지 아니한 새로운 행위 및 치료 재료에 대한 의료급여 대상 및 비급여 대상여부는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제10조 내지 제14조의 규정이 적용됨</td><td>(3) 의료급여의 범위
<중략>
◦ 신의료기술
– 의료급여 대상 또는 비급여 대상으로 결정되지 아니한 새로운 행위 및 치료 재료에 대한 의료급여 대상 및 비급여 대상여부는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조의2, 제10조, 제11조, 제12조, 제13조제1항 및 제3항, 제14조의 규정이 적용됨</td></tr>
<tr><td>98</td><td>【참고】 의료급여 수급권자 대상 건강검진 관련근거 및 지원내용
• 의료급여법 제14조 “시장·군수·구청장은 이 법에 의한 수급권자에 대하여 질병의 조기발견과 그에 따른 의료</td><td>【참고】 의료급여 수급권자 대상 건강검진 관련근거 및 지원내용
• 의료급여법 제14조 “시장·군수·구청장은 이 법에 의한 수급권자에 대하여 질병의 조기발견과 그에 따른 의료</td></tr>
</table>

주요 개정사항

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td>98</td><td>
급여를 하기 위하여 건강검진을 실시할 수 있다.”
• 건강검진 실시기준(고시), 암검진 실시기준(고시) : 의료급여 수급권자 대상 건강검진 실시
(의료급여 수급권자의 검진비용은 국가와 지자체에서 부담)
- 일반건강검진 : 만 19세부터 64세까지 세대주 및 세대원
<신설>
- 의료급여 생애전환기 검진 : 만 66세 이상 세대주 및 세대원
<table>
<tr><td rowspan="5">의료급여 생애전환기 검진</td><td>골밀도 검사</td><td>만 66세 여성</td></tr>
<tr><td>인지기능장애</td><td>만 66세 이상 2년 마다</td></tr>
<tr><td>정신건강검사(우울증)</td><td>만 70세</td></tr>
<tr><td>생활습관평가</td><td>만 70세</td></tr>
<tr><td>노인신체기능검사</td><td>만 66, 70, 80세</td></tr>
</table>
- 영유아 건강검진 : 생후 4~6개월, 9~12개월, 18~24개월, 30~36개월, 42~48개월, 54~60개월, 66~71개월에 각 1회
- 영유아 구강검진 : 생후 18~29개월, 42~53개월, 54~65개월에 실시
- 암조기검진 : 위암 40세 이상, 간암 40세 이상 고위험군, 대장암 50세 이상, 유방암 40세 이상의 여성, 자궁경부암 만 20세 이상의 여성, 폐암 만54세~74세 이상 고위험군
</td><td>
급여를 하기 위하여 건강검진을 실시할 수 있다.”
• 건강검진 실시기준(고시), 암검진 실시기준(고시) : 의료급여 수급권자 대상 건강검진 실시
(의료급여 수급권자의 검진비용은 국가와 지자체에서 부담)
- 일반건강검진 : 20세부터 64세까지 세대주 및 세대원
* 2년마다 1회 실시
- 의료급여 생애전환기 검진 : 66세 이상 세대주 및 세대원
<table>
<tr><td rowspan="5">의료급여 생애전환기 검진</td><td>골밀도 검사</td><td>66세 중 여성</td></tr>
<tr><td>인지기능장애</td><td>66세 이상 (2년 마다)</td></tr>
<tr><td>정신건강검사(우울증)</td><td>70세(해당 연령을 시작으로 10년 동안 1회)</td></tr>
<tr><td>생활습관평가</td><td>70세</td></tr>
<tr><td>노인신체기능검사</td><td>66, 70, 80세</td></tr>
</table>
- 영유아 건강검진 : 생후 14~35일, 생후 4~6개월, 9~12개월, 18~24개월, 30~36개월, 42~48개월, 54~60개월, 66~71개월에 각 1회
- 영유아 구강검진 : 생후 18~29개월, 생후 30~41개월, 42~53개월, 54~65개월에 실시
- 암조기검진 : 위암 40세 이상(검진주기: 2년), 간암 40세 이상 고위험군(검진주기: 6개월), 대장암 50세 이상(검진주기: 1년), 유방암 40세 이상의 여성(검진주기 2년), 자궁경부암 20세 이상의 여성(검진주기: 2년), 폐암 만54세~74세 이상 고위험군(검진주기: 2년)
</td></tr>
<tr><td>99</td><td>
2 의료급여 본인부담
가. 1종 수급권자
(2) 외래
<table>
<tr><th>대상자</th><th>본인부담구분 코드</th><th>의료급여기관</th><th>구분</th><th>본인부담금</th></tr>
<tr><td>본인부담 면제자 1종</td><td>M001~M019
* 본인부담구분코드 참고</td><td>제1차·2차·3차 의료급여기관</td><td colspan="2">0
(본인부담 없음)</td></tr>
</table>
</td><td>
2 의료급여 본인부담
가. 1종 수급권자
(2) 외래
<table>
<tr><th>대상자</th><th>본인부담구분 코드</th><th>의료급여기관</th><th>구분</th><th>본인부담금</th></tr>
<tr><td>본인부담 면제자 1종</td><td>M001~M019, B030
* 본인부담구분코드 참고</td><td>제1차·2차·3차 의료급여기관</td><td colspan="2">0
(본인부담 없음)</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

쪽	현 행	개 정
100	**【경증질환약제비 본인부담 차등제】('15.11.1일 시행)** • <생략> • **차등 대상 경증질환은 건강보험의** 「본인일부부담금 산정 특례에 관한 기준」[별표 6]에 해당하는 질병을 준용하며, 종전 52개에서 100개 질환으로 확대(2018.11.1. 개정 시행), [부록 5] 참고 • **읍·면 지역 소재 종합병원**의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받거나, 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 **보훈병원**의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 **국가보훈처장이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원**의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원 대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우는 경증질환 약제비 본인부담 차등 적용을 받지 않음 (기존과 동일한 500원 부담) • <생략>	**【경증질환약제비 본인부담 차등제】('15.11.1일 시행)** • <생략> • **차등 대상 경증질환은 건강보험의** 「본인일부부담금 산정 특례에 관한 기준」[별표 6]에 해당하는 질병을 준용하며, 종전 100개에서 105개 질환으로 확대(2022.3.1. 개정 시행), [부록 5] 참고 • **읍·면 지역 소재 종합병원**의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받거나, 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 **보훈병원**의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 **국가보훈처장이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원**의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원 대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우는 경증질환 약제비 본인부담 차등 적용을 받지 않음 (기존과 동일한 500원 부담) • <생략>
101	(4) 1종 수급권자 외래 본인부담금 면제자 (의료급여법 시행령 별표 제1호다목, 시행규칙 제19조의4 제1항) - 당연 적용(사유 발생시 일괄 적용) : 18세 미만인 자, 행려환자, 등록 결핵질환자, 등록 중증질환자, 등록 희귀질환자 및 등록 중증난치질환자, 선택의료급여기관 적용자 - 신청에 의한 적용(의료급여기관 외래진료 본인일부부담 면제신청서 [서식 16] 제출 시 적용) : 20세 이하 재학자, 임산부, 가정간호대상자 <신설>	(4) 1종 수급권자 외래 본인부담금 면제자 (의료급여법 시행령 별표 제1호다목, 자목, 시행규칙 제19조의4 제1항) - 당연 적용(사유 발생시 일괄 적용) : 18세 미만인 자, 행려환자, 등록 결핵질환자, 등록 중증질환자, 등록 희귀질환자 및 등록 중증난치질환자, 선택의료급여기관 적용자 잠복결핵감염자의 잠복결핵 치료 - 신청에 의한 적용(의료급여기관 외래진료 본인일부부담 면제신청서 [서식 16] 제출 시 적용) : 20세 미만 재학생, 임산부, 가정간호대상자 * 신청방법: 방문, 온라인(복지로, www.bokjiro.go.kr/서비스신청/의료급여/)
	③ 20세 이하인 자로 중고등학교 재학 중인 자 1종 : 재학증명서 제출	③ 20세 미만인 자로 중고등학교 재학 중인 자 1종 : 재학증명서 제출

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정
101	⑤ 가정간호대상자 ※ 가정간호 전담부서가 설치된 기관은 건강보험심사평가원 홈페이지(www.hira.or.kr/병원·약국/병원·약국찾기/세부 조건별 찾기/분야별/가정간호실시기관) 참고 <신설>	⑤ 가정간호대상자 ※ 가정간호 전담부서가 설치된 기관은 건강보험심사평가원 홈페이지(www.hira.or.kr/의료정보/특수운영기관정보/특수운영 항목/상세항목/가정간호실시기관) 참고 ⑥ 잠복결핵감염자의 잠복결핵 치료('22.3.22.부터) •「결핵예방법」에 따른 잠복결핵감염자의 잠복결핵 치료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우
103	**나. 2종 수급권자** - 자연분만 산모(입원) : 본인부담 없음('05.1.1부터) - 6세 미만 아동(입원) : 본인부담 없음('06.1.1부터) - 6세 이상 15세 이하 아동(입원) : 3%('17.10.1.부터) - 중증질환자 중 뇌혈관·심장질환자(수술·약제투여·입원) : 본인부담 없음(최대 30일) - 중증외상환자(권역외상센터 입원) : 본인부담 없음(최대 30일) - 고위험 임신부 : 5%('15.7.1부터) - 제왕절개분만 산모(입원) : 본인부담 없음('16.7.1부터) - 임신부 병원급 이상(외래) : 5%('17.1.1부터,) - 조산아 및 저체중 출생아 병원급 이상(외래): 5% ('17.1.1(3세)→ '20.1.1(5세)로 연령 확대) - 정신질환으로 병원급 이상 외래 이용시 : 10%(다만 조현병은 5%) ('17.3.13.부터) - 치매치료 : 입원 5%, 병원급 이상 외래 5% ('17.10.1부터) - 1세 미만 아동의 외래 치료 : 의원급 면제, 병원급 이상 5%('19.1.1부터) <신설>	**나. 2종 수급권자** - 자연분만 산모(입원) : 본인부담 없음('05.1.1부터) - 6세 미만 아동(입원) : 본인부담 없음('06.1.1부터) - 6세 이상 15세 이하 아동(입원) : 3%('17.10.1.부터) - 중증질환자 중 뇌혈관·심장질환자(수술·약제투여·입원) : 본인부담 없음(최대 30일) - 중증외상환자(권역외상센터 입원) : 본인부담 없음(최대 30일) - 고위험 임신부(입원) : 5%('15.7.1부터) - 제왕절개분만 산모(입원) : 본인부담 없음('16.7.1부터) - 임신부 병원급 이상(외래) : 5%('17.1.1부터,) - 조산아 및 저체중 출생아 병원급 이상(외래): 5% ('17.1.1(3세)→ '20.1.1(5세)로 연령 확대) - 정신질환으로 병원급 이상 외래 이용시 : 10%(다만 조현병은 5%) ('17.3.13.부터) - 치매치료 : 입원 5%, 병원급 이상 외래 5% ('17.10.1부터) - 1세 미만 아동의 외래 치료 : 의원급 면제, 병원급 이상 5%('19.1.1부터) - <잠복결핵 감염자 : 본인부담 없음('22.3.22.부터)
104	**2 의료급여 본인부담** **다. 보건기관 이용 및 식대 본인부담** (2) 식대 ● 식사종류(일반식, 치료식, 멸균식, 분유, 산모식, 경관영양유동식)별 식대의 20%	**2 의료급여 본인부담** **다. 보건기관 이용 및 식대 본인부담** (2) 식대 ● 식사종류(일반식, 치료식, 멸균식, 분유, 산모식, 경관영양유동식)별 식대의 20%

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td>104</td><td>* 의료급여수가의 기준 및 일반기준 일부개정 (고시 제2021-64호, '21.4.1.시행)

바. 병원급 이상 의료급여기관 상급병실(2·3인실) 입원료 본인일부부담('19.7.1부터 적용)
(1) 상급종합병원 : 2인실 50%, 3인실 40%
(2) 종합병원·병원·한방병원 및 요양병원 중 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신병원, 「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설 : 2인실 40%, 3인실 30%
※ 요양병원 및 치과병원 상급병실료는 급여 적용 제외
※ 장애인의료비 지원 없음</td><td>* 의료급여수가의 기준 및 일반기준 일부개정 (고시 제2022-139호, '22.7.1.시행)

바. 병원급 이상 의료급여기관 상급병실(2·3인실) 입원료 본인일부부담('19.7.1부터 적용)
(1) 상급종합병원 : 2인실 50%, 3인실 40%
(2) 종합병원·병원·한방병원·정신병원 및 요양병원 중 「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설 : 2인실 40%, 3인실 30%
※ 요양병원 및 치과병원 상급병실료는 급여 적용 제외
※ 장애인의료비 지원 없음</td></tr>
<tr><td>105</td><td>[참고] 급여비용 중 입원·외래 본인부담액(률) 특례 사항('21년 10월 22일 기준)
<table>
<tr><th rowspan="2">구 분</th><th colspan="2">의료급여수급권자 종별 본인부담액(률)</th></tr>
<tr><th>1종</th><th>2종</th></tr>
<tr><td>아동 입원</td><td>18세 미만
입원 면제</td><td>• 6세 미만 입원 면제
• 6세 이상 15세 이하 입원 3%
• 16세 이상 18세 이하 입원 시 치아홈메우기
- (의원급) 1,000원,
(병원급 이상) 5%</td></tr>
<tr><td>아동 외래</td><td>18세 미만
외래 면제</td><td>• 1세 미만 외래
- (의원급) 면제, (병원급 이상) 5%
• 18세 이하 외래 치아
- (의원급) 1,000원,
(병원급 이상) 5%</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"><신설></td></tr>
<tr><td>병원급 이상 2~3인실 입원료</td><td colspan="2">• 상급종합병원 : (2인실) 50%, (3인실) 40%
• 종합병원·병원·한방병원·요양병원 중 정신병원, 장애인 의료 재활시설 : (2인실) 40%, (3인실) 30%
※ 요양병원 및 치과병원은 제외</td></tr>
</table></td><td>[참고] 급여비용 중 입원·외래 본인부담액(률) 특례 사항('22년 11월 7일 기준)
<table>
<tr><th rowspan="2">구 분</th><th colspan="2">의료급여수급권자 종별 본인부담액(률)</th></tr>
<tr><th>1종</th><th>2종</th></tr>
<tr><td>아동 입원</td><td>18세 미만
입원 면제</td><td>• 6세 미만 입원 면제
• 6세 이상 15세 이하 입원 3%
• 16세 이상 18세 이하 입원 시 치아홈메우기 5%</td></tr>
<tr><td>아동 외래</td><td>18세 미만
외래 면제</td><td>• 1세 미만 외래
- (의원급) 면제, (병원급 이상) 5%
• 18세 이하 외래 치아 홈메우기
- (의원급) 1,000원,
(병원급 이상) 5%</td></tr>
<tr><td>잠복결핵감염자의 잠복결핵 치료</td><td colspan="2">면제</td></tr>
<tr><td>병원급 이상 2~3인실 입원료</td><td colspan="2">• 상급종합병원 : (2인실) 50%, (3인실) 40%
• 종합병원·병원·한방병원·정신병원, 요양병원 중 장애인 의료 재활시설 : (2인실) 40%, (3인실) 30%
※ 요양병원 및 치과병원은 제외</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

주요 개정사항

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td>107</td><td>[참고] 본인부담구분 코드
<table><tr><th>구분</th><th>대 상</th><th>본인부담 구분 코드</th></tr><tr><td>1</td><td>선택의료급여기관 적용자(조건부연장승인자) 1종</td><td>M001</td></tr><tr><td></td><td>(생략)</td><td></td></tr><tr><td>34</td><td>1세 미만 수급권자 중 만성질환자의 외래진료(2종)</td><td>B015</td></tr><tr><td></td><td><신설></td><td></td></tr></table></td><td>[참고] 본인부담구분 코드
<table><tr><th>구분</th><th>대 상</th><th>본인부담 구분 코드</th></tr><tr><td>1</td><td>선택의료급여기관 적용자(조건부연장승인자) 1종</td><td>M001</td></tr><tr><td></td><td>(생략)</td><td></td></tr><tr><td>34</td><td>1세 미만 수급권자 중 만성질환자의 외래진료(2종)</td><td>B015</td></tr><tr><td>35</td><td>잠복결핵 감염자의 잠복결핵 치료(1·2종)</td><td>B030</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>111</td><td>3 요양비
나. 요양비(출산비를 제외한 협의의 요양비) 지급 요건
(1) 긴급하거나 그 밖의 부득이한 사유가 발생할 것
◦ 당뇨병 환자에게 혈당검사 또는 인슐린주사에 사용되는 소모성 재료를 판매하는 의료급여기관 외의 의료기기 판매업소
◦ 당뇨병 관리기기를 필요로 하는 제1형 당뇨병 환자에게 이를 판매하는 의료급여기관 외의 의료기기 판매업소</td><td>3 요양비
나. 요양비(출산비를 제외한 협의의 요양비) 지급 요건
(1) 긴급하거나 그 밖의 부득이한 사유가 발생할 것
◦ 당뇨병 환자에게 혈당검사 또는 인슐린주사에 사용되는 소모성 재료를 판매하는 의료급여기관 외의 의료기기 판매업소로서 공단에 등록한 업소
◦ 당뇨병 관리기기를 필요로 하는 제1형 당뇨병 환자에게 이를 판매하는 의료급여기관 외의 의료기기 판매업소로서 공단에 등록한 업소</td></tr>
<tr><td>112</td><td>다. 지급 절차 및 방법
① 수급권자는 요양비지급청구서와 증빙서류를 시장·군수·구청장에 제출
<신설>
• 첨부 서류의 일부 누락 또는 오류로 보완서류 제출 시 팩스로 추가 제출가능</td><td>다. 지급 절차 및 방법
① 수급권자는 요양비지급청구서와 증빙서류를 시장·군수·구청장에 제출
• 방문 또는 온라인 신청(복지로)
※ 복지로(www.bokjiro.go.kr) → 서비스 신청 → 의료급여
• 첨부 서류의 일부 누락 또는 오류로 보완서류 제출 시 팩스 또는 복지로 추가 제출가능</td></tr>
<tr><td>113</td><td>◦ 요양비 지급여부 결정 시 고려사항
【요양비 신청 시 보장기관에서 확인해야 할 사항】
* 단, 해당 의료급여 진료비와 요양비는 중복하여 지급하지 않음</td><td>◦ 요양비 지급여부 결정 시 고려사항
【요양비 신청 시 보장기관에서 확인해야 할 사항】
* 단, 해당 의료급여 진료비와 요양비는 중복하여 지급하지 않음</td></tr>
<tr><td>122</td><td>라. 요양비 지급요건 및 절차
(6) 산소치료
◦ 지급대상
(가) 장애정도가 심한 호흡기 장애인의 경우 별도로</td><td>라. 요양비 지급요건 및 절차
(6) 산소치료
◦ 지급대상 (요양비의 의료급여 기준 및 방법 별표1)
중증의 만성심폐질환자 등 산소치료가 필요하다고</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td>122</td><td>시행된 동맥혈 가스검사 또는 산소포화도 검사 결과 다음의 각 항목 중 하나에 해당하는 경우 (요양비의 의료급여 기준 및 방법 별표1)

(다) 기타 지급대상
- 중증의 만성심폐질환자 등 산소치료가 필요하다고 인정되는 자 중 90일 동안의 적절한 내과적 치료 후(단, 90일 미만의 신생아 또는 장애정도가 심한 호흡기 장애인의 경우에는 사전 내과적 치료기준 폐지) 별도로 시행된 동맥혈 가스검사 또는 산소포화도검사결과가 (가)의 각 항목 중 하나에 해당하는 경우</td><td>인정되는 사람 중 90일 동안의 적절한 내과적 치료 후 별도로 시행된 동맥혈 가스검사 또는 산소포화도 검사결과가 다음 각 항목 중 하나에 해당하는 사람 (다만, 90일 미만의 신생아 또는 장애정도가 심한 호흡기 장애인의 경우에는 내과적 치료 없이 검사를 시행할 수 있다.)
(가) 동맥혈가스 검사 결과가 다음의 어느 하나에 해당하는 경우 또는 산소포화도 검사 결과 다음의 각 항목 중 하나에 해당하는 경우
<삭제></td></tr>
<tr><td>123</td><td>【관련 상병】
<table><tr><th>상병기호</th><th>상병명</th></tr><tr><td></td><td>(생략)</td></tr><tr><td>하단참고*</td><td>폐렴 관련 상병</td></tr></table>
<신설></td><td>【관련 상병】
<table><tr><th>상병기호</th><th>상병명</th></tr><tr><td></td><td>(생략)</td></tr><tr><td>하단참고*</td><td>폐렴 관련 상병</td></tr></table>
* G12, M301</td></tr>
<tr><td>127</td><td>(7) 인공호흡기 대여서비스 등
◦ 지급대상
*「요양비의 보험급여 기준 및 방법 고시」(보건복지부 고시 제2018-291호)[별표4의2]에 고시된 상병으로, 상병별 진단기준과 검사항목을 충족하고, 임상증상과 이산화탄소 분압 검사 결과를 통해 인공호흡기가 필요하다고 전문의로부터 확진받은 사람</td><td>(7) 인공호흡기 대여서비스 등
◦ 지급대상
*「요양비의 보험급여 기준 및 방법 고시」(보건복지부 고시 제2018-149호)[별표4의2]에 고시된 상병으로, 상병별 진단기준과 검사항목을 충족하고, 임상증상과 이산화탄소 분압 검사 결과를 통해 인공호흡기가 필요하다고 전문의로부터 확진받은 사람</td></tr>
<tr><td>137</td><td>【「요양비의 보험급여 기준 및 방법」 별표 4의2】
인공호흡기 요양비 지급대상 상병(제5조의2제1항 관련)
1. 희귀질환, 중증난치질환의 경우 : 다음 표의 상병</td><td>【「요양비의 보험급여 기준 및 방법」 별표 4의2】
인공호흡기 요양비 지급대상 상병(제5조의2제1항 관련)
1. 희귀난치질환의 경우 : 다음 표의 상병</td></tr>
</table>

주요 개정사항

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td>149</td><td>
요양비 의료급여 지급기준(제7조제1항관련)
1. 요양비 기준금액
<table>
<tr><th>항목</th><th>지급기준액</th></tr>
<tr><td>인공호흡기 대여서비스 등 (규칙 제24조 제1항 제6호 관련)</td><td>
인공호흡기 대여 서비스 등의 기준금액은 다음 표에 따른 금액으로 한다.
<table>
<tr><th colspan="5">품목 구분급여대상</th><th>기준금액(원)</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">인공호흡기 대여료</td><td colspan="2">혼합형</td><td>535,000원/월</td></tr>
<tr><td colspan="2">압력형·볼륨형</td><td>356,000원/월</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">기본소모품</td><td colspan="2">세트 1</td><td>60,000원/월</td></tr>
<tr><td colspan="2">세트 2</td><td>80,000원/월</td></tr>
<tr><td rowspan="4">선택소모품</td><td rowspan="2">기관절개 환자용 커넥터</td><td colspan="2">일반 일체형</td><td>7,000원/개</td></tr>
<tr><td colspan="2">실리콘 연결형</td><td>14,500원/개</td></tr>
<tr><td rowspan="2">마스크</td><td rowspan="2">코마스크 (Nasal, pillow)</td><td>실리콘 또는 필로우</td><td>125,000원/개</td></tr>
<tr><td>겔</td><td>120,000원/개</td></tr>
<tr><td rowspan="2">코·입마스크 (Facial)</td><td>실리콘</td><td>72,000원/개</td></tr>
<tr><td>겔</td><td>148,000원/개</td></tr>
</table>
비고 : 기본소모품 중 세트 1은 튜브 1개, 필터 4개 및 가습기물통 1개의 세트를 말하며, 세트 2는 튜브 2개, 필터 4개 및 가습기물통 1개의 세트를 말한다.
<신설>
</td></tr>
</table>
</td><td>
요양비 의료급여 지급기준(제7조제1항관련)
1. 요양비 기준금액
<table>
<tr><th>항목</th><th>지급기준액</th></tr>
<tr><td>인공호흡기 대여서비스 등 (규칙 제24조 제1항 제6호 관련)</td><td>
가. 인공호흡기 대여 서비스 등의 기준금액은 다음 표에 따른 금액으로 한다.
<table>
<tr><th colspan="5">품목 구분급여대상</th><th>기준금액(원)</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">인공호흡기 대여료</td><td colspan="2">혼합형</td><td>535,000원/월</td></tr>
<tr><td colspan="2">압력형·볼륨형</td><td>356,000원/월</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">기본소모품</td><td colspan="2">세트 1</td><td>60,000원/월</td></tr>
<tr><td colspan="2">세트 2</td><td>80,000원/월</td></tr>
<tr><td rowspan="4">선택소모품</td><td rowspan="2">기관절개 환자용 커넥터</td><td colspan="2">일반 일체형</td><td>7,000원/개</td></tr>
<tr><td colspan="2">실리콘 연결형</td><td>14,500원/개</td></tr>
<tr><td rowspan="2">마스크</td><td rowspan="2">코마스크 (Nasal, pillow)</td><td>실리콘 또는 필로우</td><td>125,000원/개</td></tr>
<tr><td>겔</td><td>120,000원/개</td></tr>
<tr><td rowspan="2">코·입마스크 (Facial)</td><td>실리콘</td><td>72,000원/개</td></tr>
<tr><td>겔</td><td>148,000원/개</td></tr>
</table>
비고 : 기본소모품 중 세트 1은 튜브 1개, 필터 4개 및 가습기물통 1개의 세트를 말하며, 세트 2는 튜브 2개, 필터 4개 및 가습기물통 1개의 세트를 말한다.
나. 기침유발기 대여서비스의 기준금액은 16만원/월으로 한다.
</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>156</td><td>
【임신·출산 진료비 신청 및 지원절차】
<table>
<tr><td>신 청</td><td>● 신청인 : 임산부 본인, 그 가족 및 대리인이 주소지 관할 시장·군수·구청장(읍면동장)에게 신청
<신설></td></tr>
</table>
</td><td>
【임신·출산 진료비 신청 및 지원절차】
<table>
<tr><td>신 청</td><td>● 신청인 : 임산부 본인, 그 가족 및 대리인이 주소지 관할 시장·군수·구청장(읍면동장)에게 방문 또는 온라인 신청(복지로)
※ 복지로(www.bokjiro.go.kr) → 서비스 신청 → 의료급여</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>159</td><td>
5 장애인보조기기
다. 지급기준
(1) 일반원칙(의료급여법 시행규칙 별표 2)
1. 일반원칙
차. 보조기기 소모품 중 전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지의 급여는 전동휠체어 또는 전동스쿠터에 대한 급여를 받은 사람이 해당 보조기기를 지속적으로 사용하고, 해당 보조기기를 구입한 날부터 1년 6개월이 지난 때부터 지급한다.
</td><td>
5 장애인보조기기
다. 지급기준
(1) 일반원칙(의료급여법 시행규칙 별표 2)
1. 일반원칙
차. 보조기기 소모품에 대한 의료급여는 의료급여를 받은 사람이 해당 보조기기 소모품을 지속적으로 사용하는 경우로서 다음의 구분에 따라 지급한다.
1) 전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지: 구입한 날부터 1년 6개월이 지난 때부터 지급
2) 다리 의지 소켓 및 실리콘라이너: 구입한 날부터 1년이 지난 때부터 지급하되, 해당 다리 의지의 내구연한 내 1회에 한하여 지급
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td>160</td><td>(2) 공통기준
◉ 보조기기에 대한 유형별 기준액, 고시금액 및 실구입 금액 중 가장 낮은 금액에 해당하는 금액을 기준으로 지급</td><td>(2) 공통기준
◉ 보조기기 구입비용의 지원
– 보조기기에 대한 지원 금액
• 전동휠체어, 전동스쿠터 및 자세보조용구: 유형별 기준액, 고시금액 및 실구입금액 중 가장 낮은 금액
• 그 밖의 보조기기: 유형별 기준액 및 실구입 금액 중 가장 낮은 금액</td></tr>
<tr><td>162~
164</td><td>(3) 급여대상 장애인보조기기의 유형·기준액 및 내구연한
<table>
<tr><th>분류</th><th>유 형</th><th>용 도</th><th>구분</th><th>기준액
(원)</th><th>내구
연한
(년)</th></tr>
<tr><td rowspan="5">다.
팔
보조기</td><td>1) 어깨 보조기
(Shoulder orthoses)</td><td>어깨 부위의 뼈나 근육이 손상되어 어깨관절과 위팔을 받쳐주어 손상 부위를 보호하기 위한 경우 사용</td><td></td><td>290,000</td><td>3</td></tr>
<tr><td>2) 팔꿈치-손목-손 보조기
(Elbow-wrist-hand orthoses)</td><td>팔꿈치관절 운동을 제한하거나 고정하는 경우 또는 팔꿈치관절과 손목관절을 동시에 고정하는 경우 (팔꿈치 및 손목관절 고정 목적) 사용</td><td>일반형</td><td>240,000</td><td>3</td></tr>
<tr><td></td><td>손목의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 또는 팔꿈치관절과 손목관절을 동시에 고정하는 경우 (팔꿈치관절 조절형) 사용</td><td>각도
조절형</td><td>260,000</td><td>3</td></tr>
<tr><td>3) 손목 - 손 보조기
(Wrist-hand orthoses)</td><td>손목과 손가락관절의 운동을 제한하거나 고정 및 가동하는 경우 사용</td><td></td><td>90,000</td><td>3</td></tr>
<tr><td>4) 손가락 보조기
(Finger orthoses)</td><td>손가락이 마비, 관절구축, 변형된 경우 사용</td><td></td><td>50,000</td><td>3</td></tr>
<tr><td rowspan="3">라.
척추
보조기</td><td rowspan="3">1) 목 보조기
(Cervical orthoses)</td><td>머리와 목뼈의 회전 또는 굽히는 것을 제한하는 경우에 중등도 환자에게 사용하는 소형 칼라식 보조기</td><td>필라델피아
(Philadlephia)</td><td>70,000</td><td>3</td></tr>
<tr><td>목을 굽히고 펼 수 있는 경증 환자에 사용하는 소형 칼라식 보조기</td><td>토머스 소프트 칼라
(Thomas Soft Collar)</td><td>60,000</td><td>3</td></tr>
<tr><td>가슴, 목뼈, 상부 등뼈의 운동을 강하게 제한하는</td><td>재킷형
(Cervical</td><td>380,000</td><td>3</td></tr>
</table></td><td>(3) 급여대상 장애인보조기기의 유형·기준액 및 내구연한
<table>
<tr><th>분류</th><th>유 형</th><th>용 도</th><th>구분</th><th>기준액
(원)</th><th>내구
연한
(년)</th></tr>
<tr><td rowspan="5">다.
팔
보조기</td><td>1) 어깨 보조기
(Shoulder orthoses)</td><td>어깨 부위의 뼈나 근육이 손상되어 어깨관절과 위팔을 받쳐주어 손상 부위를 보호하기 위한 경우 사용</td><td></td><td>290,000</td><td>3</td></tr>
<tr><td>2) 팔꿈치-손목-손 보조기
(Elbow-wrist-hand orthoses)</td><td>팔꿈치관절 운동을 제한하거나 고정하는 경우 또는 팔꿈치관절과 손목관절을 동시에 고정하는 경우 (팔꿈치 및 손목관절 고정 목적) 사용</td><td>일반형</td><td>240,000</td><td>3</td></tr>
<tr><td></td><td>손목의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 또는 팔꿈치관절과 손목관절을 동시에 고정하는 경우 (팔꿈치관절 조절형) 사용</td><td>각도
조절형</td><td>270,000</td><td>3</td></tr>
<tr><td>3) 손목 - 손 보조기
(Wrist-hand orthoses)</td><td>손목과 손가락관절의 운동을 제한하거나 고정 및 가동하는 경우 사용</td><td></td><td>110,000</td><td>3</td></tr>
<tr><td>4) 손가락 보조기
(Finger orthoses)</td><td>손가락이 마비, 관절구축, 변형된 경우 사용</td><td></td><td>60,000</td><td>3</td></tr>
<tr><td rowspan="3">라.
척추
보조기</td><td rowspan="3">1) 목 보조기
(Cervical orthoses)</td><td>머리와 목뼈의 회전 또는 굽히는 것을 제한하는 경우에 중등도 환자에게 사용하는 소형 칼라식 보조기</td><td>필라델피아
(Philadlephia)</td><td>90,000</td><td>3</td></tr>
<tr><td>목을 굽히고 펼 수 있는 경증 환자에 사용하는 소형 칼라식 보조기</td><td>토머스 소프트 칼라
(Thomas Soft Collar)</td><td>70,000</td><td>3</td></tr>
<tr><td>가슴, 목뼈, 상부 등뼈의 운동을 강하게 제한하는</td><td>재킷형
(Cervical</td><td>380,000</td><td>3</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

주요 개정사항

쪽	현 행						개 정					
	분류	유 형	용 도	구분	기준액(원)	내구연한(년)	분류	유 형	용 도	구분	기준액(원)	내구연한(년)
			경우 사용하는 플라스틱 또는 금속으로 성형된 보조기	Jacket)					경우 사용하는 플라스틱 또는 금속으로 성형된 보조기	Jacket)		
		2) 등 - 허리 보조기 (Thoraco-lumbar orthoses)	등·허리뼈의 관절운동을 모두 제한하거나 고정하는 경우 사용	나이트-테일러식 (Knight taylor type)	150,000	3		2) 등 - 허리 보조기 (Thoraco-lumbar orthoses)	등·허리뼈의 관절운동을 모두 제한하거나 고정하는 경우 사용	나이트-테일러식 (Knight taylor type)	190,000	3
		3) 허리 - 엉치 보조기 (Lumbo-sacral orthoses)	허리·엉치뼈의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 사용	윌리엄식 (William type)	190,000	3		3) 허리 - 엉치 보조기 (Lumbo-sacral orthoses)	허리·엉치뼈의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 사용	윌리엄식 (William type)	200,000	3
		4) 등-허리-엉치 보조기 (Thoraco-lumbo-sacral orthoses)	등·허리 또는 허리·엉치뼈의 관절운동을 모두 제한하거나 고정하는 경우 사용하는 플라스틱으로 성형된 보조기	TLSO식 재킷 (Jacket)	400,000	3		4) 등-허리-엉치 보조기 (Thoraco-lumbo-sacral orthoses)	등·허리 또는 허리·엉치뼈의 관절운동을 모두 제한하거나 고정하는 경우 사용하는 플라스틱으로 성형된 보조기	TLSO식 재킷 (Jacket)	460,000	3
		5) 허리 보조기 (Lumbar orthoses)	천이나 망사로 허리뼈 및 골반부의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 사용	코르셋 (Corset)	80,000	3		5) 허리 보조기 (Lumbar orthoses)	천이나 망사로 허리뼈 및 골반부의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 사용	코르셋 (Corset)	100,000	3
162~164	**마. 골반 보조기**	골반 보조기 (Pelvic orthoses)	골반운동, 특히 엉덩뼈·엉치뼈의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 사용		120,000	2	**마. 골반 보조기**	골반 보조기 (Pelvic orthoses)	골반운동, 특히 엉덩뼈·엉치뼈의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 사용		150,000	2
	바. 다리 보조기	1) 엉덩 - 무릎 - 발목 - 발 보조기 (Hip-knee-ankle-foot orthoses)	엉덩이관절을 포함하여 무릎 및 발목의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 사용	한쪽	540,000	3	**바. 다리 보조기**	1) 엉덩 - 무릎 - 발목 - 발 보조기 (Hip-knee-ankle-foot orthoses)	엉덩이관절을 포함하여 무릎 및 발목의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 사용	한쪽	620,000	3
				양쪽	790,000	3				양쪽	1,020,000	3
		2) 무릎 - 발목 - 발 보조기 (Knee-ankle-foot orthoses)	엉덩이관절을 제외한 무릎 및 발목의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 사용	한쪽	410,000	3		2) 무릎 - 발목 - 발 보조기 (Knee-ankle-foot orthoses)	엉덩이관절을 제외한 무릎 및 발목의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 사용	한쪽	530000	3
		3) 무릎 보조기 (Knee orthoses)	무릎관절 또는 넓적다리 무릎뼈관절의 운동을 견고하게 제한하거나 고정하는 경우 사용	관절운동 제한장치 부착형	190,000	3		3) 무릎 보조기 (Knee orthoses)	무릎관절 또는 넓적다리 무릎뼈관절의 운동을 견고하게 제한하거나 고정하는 경우 사용	관절운동 제한장치 부착형	210,000	3
			무릎인대 손상시 무릎관절 축 회전운동을 방지하기 위한 경우 사용	레녹스힐 (Lenox-Hill)	160,000	3			무릎인대 손상시 무릎관절 축 회전운동을 방지하기 위한 경우 사용	레녹스힐 (Lenox-Hill)	190,000	3
			무릎 안쪽 및 바깥쪽 곁인대 손상 및 앞십자인대 손상시 무릎관절축의 회전운동을 방지하기 위하여 검증 환자에게 사용	인대 손상용	80,000	3			무릎 안쪽 및 바깥쪽 곁인대 손상 및 앞십자인대 손상시 무릎관절축의 회전운동을 방지하기 위하여 검증 환자에게 사용	인대 손상용	90,000	3
		4) 발목 - 발 보조기 (Ankle-foot ortho-	플라스틱형 테두리(brim)를 사용한 체중부하장치가	체중부하식	370,000	3		4) 발목 - 발 보조기 (Ankle-foot ortho-	플라스틱형 테두리(brim)를 사용한 체중부하장치가	체중부하식	410,000	3

쪽	현 행	개 정

162~164

분류	유 형	용 도	구분	기준액(원)	내구연한(년)
	SBS)	포함된 보조기로 종아리 및 발뼈 또는 발목관절의 안정과 보호를 위한 경우 사용			
		발목관절의 발등 굽힘 근육과 발바닥 굽힘 근육의 안정 또는 발목의 관절운동 제한을 위한 경우 사용	일체형(플라스틱)	120,000	3
			90도 고정형(플라스틱)	310,000	3
			90도 고정형(금속형)	300,000	3
		스프링이 들어있는 금속 발목관절인 크렌자크 발목관절장치를 사용한 보조기로 근력이 약한 발목관절을 보조하는 경우 사용	크렌자크식(플라스틱)	360,000	3
			크렌자크식(금속형)	350,000	3

분류	유 형	용 도	구분	기준액(원)	내구연한(년)
	SBS)	포함된 보조기로 종아리 및 발뼈 또는 발목관절의 안정과 보호를 위한 경우 사용			
		발목관절의 발등 굽힘 근육과 발바닥 굽힘 근육의 안정 또는 발목의 관절운동 제한을 위한 경우 사용	일체형(플라스틱)	190,000	3
			관절형(플라스틱)	310,000	3
			관절형(금속형)	330,000	3
		스프링이 들어있는 금속 발목관절인 크렌자크 발목관절장치를 사용한 보조기로 근력이 약한 발목관절을 보조하는 경우 사용	크렌자크식(플라스틱)	360,000	3
			크렌자크식(금속형)	370,000	3

166

분류	유 형	용 도	구분	기준액(원)	내구연한(년)
자. 소모품	1) 전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지(2개 1세트)	전동휠체어·전동스쿠터의 전력 공급용 장치		160,000	1.5
	2) 넓적다리 의지 소켓	절단부위를 연결하는 부품	일반형	444,000	-
			실리콘형	664,000	-
	3) 종아리 의지 소켓	절단부위를 연결하는 부품	일반형	416,000	-
			실리콘형	527,000	-
	4) 넓적다리 의지 실리콘라이너	절단면의 피부를 감싸는 보호품		646,000	-
	5) 종아리 의지 실리콘라이너	절단면의 피부를 감싸는 보호품		435,000	-
	6) 발목 의지 실리콘라이너	절단면의 피부를 감싸는 보호품		517,000	-

분류	유 형	용 도	구분	기준액(원)	내구연한(년)
자. 소모품	1) 전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지(2개 1세트)	전동휠체어·전동스쿠터의 전력 공급용 장치		160,000	1.5
	2) 넓적다리 의지 소켓	절단부위를 연결하는 부품	일반형	444,000	-
			실리콘형	664,000	-
	3) 종아리 의지 소켓	절단부위를 연결하는 부품	일반형	416,000	-
			실리콘형	527,000	-
	4) 무릎관절 의지 소켓	절단면의 연결하는 부품	일반형	444,000	-
			실리콘형	664,000	-
	5) 발목 의지 소켓	절단면의 연결하는 부품	실리콘형	527,000	-
	6) 넓적다리 의지 실리콘라이너	절단면의 피부를 감싸는 보호품		646,000	-

주요 개정사항

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td>166</td><td></td><td>
<table>
<tr><th>분류</th><th>유 형</th><th>용 도</th><th>구분</th><th>기준액
(원)</th><th>내구
연한
(년)</th></tr>
<tr><td></td><td>7) 종아리 의지 실리콘 라이너</td><td>절단면의 피부를 감싸는 보호품</td><td></td><td>435,000</td><td>-</td></tr>
<tr><td></td><td>8) 무릎관절 의지 실리콘라이너</td><td>절단면의 피부를 감싸는 보호품</td><td></td><td>646,000</td><td>-</td></tr>
<tr><td></td><td>9) 발목 의지 실리콘라이너</td><td>절단면의 피부를 감싸는 보호품</td><td></td><td>517,000</td><td>-</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>186</td><td>(7) 장애인보조기기 구입비용 지급
◦ 보조기기 급여비의 지급청구를 받은 시장·군수·구청장은 수급권자에게 지급기준 금액(기준액, 고시금액, 실구입금액 중 낮은 금액)의 기금부담금액을 지급, 지급 전 반드시 현품을 확인한 후 지급할 것
※ 단, 자세보조용구의 경우 2013.10.1일 이후 발행된 처방전에 따라 구입한 경우부터 적용</td><td>(7) 장애인보조기기 구입비용 지급
◦ 보조기기 급여비의 지급청구를 받은 시장·군수·구청장은 수급권자에게 지급기준 금액(기준액, 고시금액, 실구입금액 중 낮은 금액)의 기금부담금액을 지급, 지급 전 반드시 현품을 확인한 후 지급할 것
~~※ 단, 자세보조용구의 경우 2013.10.1일 이후 발행된 처방전에 따라 구입한 경우부터 적용~~</td></tr>
<tr><td>207</td><td>8 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 사전등록제)
나. 급여기준
◦ (대상자) 1) 구개열, 구순열을 동반한 치조열, 구순열을 동반한 구개열 환자 2) 쇄골두개골이골증, 두개안면골이골증, 크루존병, 첨두유합지증 환자로 희귀질환 산정특례대상(등록이력 포함) 등록 환자로 1), 2) 모두 치과교정 및 악정형치료 대상자로 등록된 자
<table>
<tr><th>구분</th><th>상병기호</th><th>상병명</th></tr>
<tr><td rowspan="4">희귀질환</td><td>Q740</td><td>쇄골두개골이골증</td></tr>
<tr><td>Q751</td><td>두개안면골이골증</td></tr>
<tr><td>Q751</td><td>크루존병</td></tr>
<tr><td>Q870</td><td>첨두유합지증</td></tr>
</table>
* (희귀질환) 해당 질환자로 희귀질환 산정특례 대상으로 등록 또는 등록 이력이 있는 자(V900, V151, V185)</td><td>8 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 사전등록제)
나. 급여기준
◦ 아래에 해당하는 경우로 치과교정 및 악정형치료 대상자로 등록된 자
1) 구개열, 구순열을 동반한 치조열, 구순열을 동반한 구개열 환자
2) 선천성 악안면 기형 환자로서 희귀질환 산정특례대상(등록이력 포함)으로 등록된 자 (보건복지부 고시: 제2022-252호 및 등록 관련 질의응답 참조)
<table>
<tr><th>구분</th><th>상병기호</th><th>상병명</th></tr>
<tr><td colspan="3">선천성 악안면 기형 환자로서 희귀질환 산정특례대상(등록이력 포함)으로 등록된 자</td></tr>
</table>
~~* (희귀질환) 해당 질환자로 희귀질환 산정특례 대상으로 등록 또는 등록 이력이 있는 자(V900, V151, V185)~~</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td>226
~
227</td><td>

11 의료급여일수 연장승인 관리 및 선택의료급여기관제도

가. 의료급여일수 상한 적용 기준

(3) 급여일수 통보(시행규칙 제8조의5)

(가) 통보주체 : 건강보험공단

- 수급권자에게 우편 등을 통한 정기 통보
- 시장·군수·구청장에게는 EBDW를 통하여 통보

(나) 통보대상 및 통보 횟수

(생략)

(다) 통보내용

(생략)

(라) 급여일수확인

(생략)

(마) 전년도급여일수초과자게시

(생략)

</td><td>

11 의료급여일수 연장승인 관리 및 선택의료급여기관제도

가. 의료급여일수 상한 적용 기준

(3) 급여일수 통보(시행규칙 제8조의5)

(가) 통보주체 : 건강보험공단

(나) 통보방법

- 수급권자에게 전자문서*, 우편 등을 통한 정기 통보

① (전자문서) CI 매칭된 사용자에게 네이버(전자문서중계자) 전자문서 발송(최초1회 동의 필요) → 네이버 인증서를 활용하여 인증하고 대상자 검증 → 안내문 표출

② (우편) 5일 간 전자문서 미열람 시, 우편물관리센터 자동 통보→ 종이 안내문 우편발송

* 통지서, 안내문을 공인전자주소 기반 전자문서 형태로 본인 명의의 모바일 기기로 전달

- 시장·군수·구청장에게는 EBDW를 통하여 통보

(다) 통보대상 및통보 횟수

(현행 (나)와 같음)

(라) 통보내용

(현행 (다)와 같음)

(마) 급여일수확인

(현행 (라)와 같음)

(바) 전년도급여일수초과자게시

(현행 (마)와 같음)

</td></tr>
<tr><td>260</td><td>

12 동일성분의약품 중복투약자 관리

아. 약제비 전액본인부담 예외 인정기준

- 예외 대상자 및 식별방법

구분	대상	식별방법
⑧	등록희귀질환, 중증난치질환자 1종(M015)	본인부담구분 코드로 확인

</td><td>

12 동일성분의약품 중복투약자 관리

아. 약제비 전액본인부담 예외 인정기준

- 예외 대상자 및 식별방법

구분	대상	식별방법
⑧	- 등록 희귀난치성질환자 1종 (2013.10.01.~2018.12.31. 등록 수급자) (M015) - 등록 희귀질환자 1종(M018) - 등록 중증난치질환자 1종 (M019)	본인부담구분 코드로 확인

</td></tr>
</table>

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정
	제4편 의료급여 사례관리	
303	Ⅱ. 의료급여사례관리 체계 1 수행 체계 **다. 시·도 의료급여 담당부서** • 자체 사업기획 및 예산확보, 지도점검 및 성과보고 <신설>	Ⅱ. 의료급여사례관리 체계 1 수행 체계 **다. 시·도 의료급여 담당부서** • 자체 사업기획 및 예산확보, 지도점검 및 성과보고 ※ 자체 사업기획에 지역주도형 특화사업 포함하여 수립 **라. 시·군·구 의료급여 담당부서** • 자체 계획수립, 수행 및 평가 ※ 자체 계획에 지역주도형 특화사업 포함하여 수립
305	2 의료급여관리사 **나. 인력 배치(의료급여법 시행규칙 제2조의3 제2항)** (2) 시·군·구 의료급여관리사 (가) 배치기준 • 수급자 3,000명 이하 : 1명 • 수급자 3,000명 초과 ~ 6,000명 이하 : 2명 • 수급자 6,000명 초과 ~ 9,000명 이하 : 3명 • 수급자 9,000명 초과 ~ 12,000명 이하 : 4명 • 수급자 12,000명 초과 ~ 15,000명 이하 : 5명 • 수급자 15,000명 초과 ~ 18,000명 이하 : 6명 • 수급자 18,000명 초과 ~ 21,000명 이하 : 7명 • 수급자 21,000명 초과 : 8명 ※ 2021년 배치현원 보존하여 적용	2 의료급여관리사 **나. 인력 배치(의료급여법 시행규칙 제2조의3 제2항)** (2) 시·군·구 의료급여관리사 (가) 배치기준 • 수급자 3,000명 이하 : 1명 • 수급자 3,000명 초과 ~ 6,000명 이하 : 2명 • 수급자 6,000명 초과 ~ 9,000명 이하 : 3명 • 수급자 9,000명 초과 ~ 12,000명 이하 : 4명 • 수급자 12,000명 초과 ~ 15,000명 이하 : 5명 • 수급자 15,000명 초과 ~ 18,000명 이하 : 6명 • 수급자 18,000명 초과 ~ 21,000명 이하 : 7명 • 수급자 21,000명 초과 : 8명 ※ 2022년 배치현원 보존하여 적용
307 ~ 308	**마. 직무교육(의료급여법 시행규칙 제2조의3 제4항, 제5항)** (1) 경력 의료급여관리사 교육 ① 대상 : 시·도 및 시·군·구 의료급여관리사 ② 교육 횟수 : 연 1회 이상 ③ 교육 내용 : 이론 및 실무교육 ※ 자살예방 교과목 필수 (2) 신규 의료급여관리사 교육	**마. 직무교육(의료급여법 시행규칙 제2조의3 제4항, 제5항)** (1) 경력 의료급여관리사 교육 ① 대상 : 시·도 및 시·군·구 의료급여관리사 ② 교육 횟수 : 연 1회 이상 ③ 교육 내용 : 이론 및 실무교육 ~~※ 자살예방 교과목 필수~~ (2) 신규 의료급여관리사 교육

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td>307
~
308</td><td>① 대상 : 신규 의료급여관리사(경력 1년 미만인 자로서, 신규 직무교육 미 이수자)
② 교육 횟수 : 연 1회 이상
③ 교육 내용 : 이론 및 현장실무(단, 현장실무 교육은 시·도 의료급여관리사 주관)
<신규>
(4) 사이버 교육
① 대상 : 시·도 및 시·군·구 의료급여관리사
② 교육 내용 : 의료급여사업안내
<신설></td><td>① 대상 : 신규 의료급여관리사(경력 1년 미만인 자로서, 신규 직무교육 미 이수자)
② 교육 횟수 : 연 1회 이상
③ 교육 내용 : 이론 및 현장실무(단, 현장실무 교육은 시·도 의료급여관리사 주관)
※ 자살예방 교과목 필수
(4) 사이버 교육
① 대상 : 시·도 및 시·군·구 의료급여관리사
② 교육 내용 : 약물의 이해 등 사업 관련 내용
사. 복무
● 의료급여관리사 복무에 관한 사항은 소속 시·도 및 시·군·구 「무기계약 및 기간제근로자 관리 규정」, 별도 규정을 준용하되 그 외 사항은 지자체 실정에 맞게 준용</td></tr>
<tr><td>311</td><td><신설></td><td>Ⅲ. 의료급여사례관리 운영
6 지역주도형 특화사업
● 지역단위에서 의료급여수급자의 건강 삶의 질 향상 및 적정 의료이용 유도를 목적으로 지역 현황 및 실태, 대상자 특성 등을 파악하고 그 결과를 활용하여 사업 계획수립, 수행, 평가, 결과보고 등 일련의 과정을 추진하는 사업</td></tr>
<tr><td>312
~
313</td><td>Ⅳ. 의료급여사례관리 수행
1 신규 의료급여수급자 사례관리
다. 관리기준
(1) 관리대상 : 의료급여수급권을 최초로 취득한 자로서 1개월 이내인 자 또는 재 취득자
(2) 관리기간 및 서비스 수행기준
<table>
<tr><th rowspan="2">대상</th><th rowspan="2">사례관리 기간</th><th colspan="4">목표관리 횟수</th></tr>
<tr><th>방문*</th><th>전화</th><th>서신</th><th>교육</th></tr>
<tr><td>신규 의료급여 수급자</td><td>1개월</td><td>1회</td><td>필요시</td><td>1회 이상</td><td>※ 아래의 교육방법 중 선택
· 집합교육/읍면동 순회 교육
· 소그룹 교육
· 개별교육(1:1 방문교육)
수시</td></tr>
</table></td><td>Ⅳ. 의료급여사례관리 수행
1 신규 의료급여수급자 사례관리
다. 관리기준
(1) 관리대상 : 의료급여수급권을 최초로 취득한 자로서 1개월 이내인 자 또는 재 취득자
※ 가급적 만 18세 이상인 대상자 우선관리
(2) 관리기간 및 서비스 수행기준
<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="2">대상</th><th rowspan="2">사례관리 기간</th><th colspan="4">목표관리 횟수</th></tr>
<tr><th>방문*</th><th>전화</th><th>서신</th><th>교육</th></tr>
<tr><td rowspan="2">신규 의료급여 수급자</td><td>일반관리대상</td><td rowspan="2">1개월</td><td>-</td><td rowspan="2">필요시</td><td rowspan="2">1회 이상</td><td rowspan="2">수시</td></tr>
<tr><td>집중관리대상</td><td>1회*</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

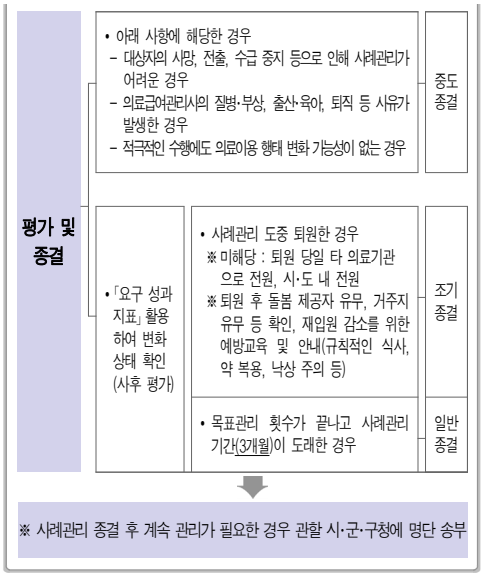
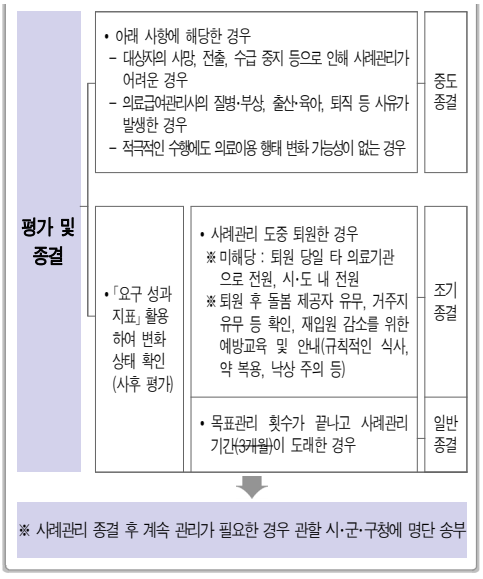
주요 개정사항

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td>312
~
313</td><td>* 방문 대상 : 신규 의료급여수급자 중 1종 수급자, 복합만성질환 보유자, 독거노인, 65세 이상자 등 우선순위 대상자로 과소 또는 다빈도 의료이용이 의심되는 자
※ 교육 : 보장기관 특성 고려하여 진행하되, 개최 시 '교육' 용어 사용(명시)을 지양할 것
예) 의료급여바로알기, 의료급여제도 안내 및 건강강좌 등</td><td>* 집중관리대상(신규 수급자의 5%) : 신규 의료급여수급자 중 고혈압(I10), 당뇨(E11), 관절 유질환자(M17) 중 1개 이상 상병이 있는 65세 이상자 우선관리, EBDW시스템 명단활용 ① 복합만성질환자, ② 65세이상 독거노인, ③ 다빈도 외래이용추정건 순으로 방문 사례관리 진행

• 교육 : 아래의 교육방법 중 신규 수급자의 규모 및 보장기관 특성을 고려하여 실시계획 및 결과(참석자명단 포함) 내부결재 득하여 진행
- 교육대상 : 신규 의료급여수급자로 선정된 전체 대상자
- 교육방법 : 집합교육/읍면동 순회교육, 소그룹 교육, 개별교육(1:1방문교육)
* 개최 시에는 '교육' 용어 사용(명시)을 지양할 것
예) 의료급여바로알기, 의료급여제도 안내 및 건강강좌 등</td></tr>
<tr><td>313</td><td>라. 수행절차
대상자 선정
• 신규 의료급여수급자 전체 명단 확보
- 보장기관 자격관리 담당자로부터 신규 책정자 명단 확보
- 행복e음 시스템을 통해 명단 조회
• 확보한 명단을 활용하여 관리기준에 맞게 대상자 선정
계획 수립
• 지역특성, 관리 인원 등을 고려하여 관리계획 수립
- 서신발송 계획, 방문계획 수립
- 신규 수급자 대상 교육실시 계획 수립
· 타기관(보건소, 자살예방센터, 희망복지지원단 등)과 연계방안 등
수 행
• 다양한 관리방법을 통해 제도, 서비스 이용방법 등 안내 및 상담
- 의료급여제도 안내문 등 서신 발송
- 전화 또는 방문을 통한 제도 및 건강관리방법 등 안내
- 교육(집합/읍면동, 소그룹, 개별 등) 실시
- 필요시 자원연계
종 결
• 목표관리 횟수가 끝나고 사례관리 기간(1개월) 도래 시 종결
※ 종결 후 계속 관리
• 종결 후 지속적인 관리가 필요한 경우 모니터링 실시
• EBDW시스템을 통해 질병 대비 다빈도 의료이용자로 의심 또는 확인된 경우 적정 대상자로 분류하여 사례관리 실시</td><td>라. 수행절차
대상자 선정
• 신규 의료급여수급자 전체 명단 확보
- 보장기관 자격관리 담당자로부터 신규 책정자 명단 확보
- 행복e음 시스템을 통해 명단 조회
- EBDW 시스템 통해 만성질환자 명단 조회
• 확보한 명단을 활용하여 관리기준에 맞게 대상자 선정
계획 수립
• 지역특성, 관리 인원 등을 고려하여 관리계획 수립
- 서신발송 계획, 방문계획 수립
- 신규 수급자 대상 교육실시 계획 수립
· 타기관(보건소, 자살예방센터, 희망복지지원단 등)과 연계방안 등
수 행
• 다양한 관리방법을 통해 제도, 서비스 이용방법 등 안내 및 상담
- 의료급여제도 안내문, 질환정보지 등 서신 발송
- 전화 또는 방문을 통한 제도, 질환관리, 생활습관 관리 등 안내
- 교육(집합/읍면동, 소그룹, 개별 등) 실시
- 필요시 자원연계
종 결
• 목표관리 횟수가 끝나고 사례관리 기간(1개월) 도래 시 종결
※ 종결 후 계속 관리
• 종결 후 지속적인 관리가 필요한 경우 모니터링 실시
• EBDW시스템을 통해 질병 대비 다빈도 의료이용자로 의심 또는 확인된 경우 적정 대상자로 분류하여 사례관리 실시</td></tr>
<tr><td>315</td><td>(2) 관리기간 및 서비스 수행기준
※ 신변에 위험이 예측되는 대상자를 가정방문 상담할 경우 개인의 신변보호에 각별히 유념 (사회복무요원 동행 등 2인 이상 방문)</td><td>(2) 관리기간 및 서비스 수행기준
※ 대상자 가정방문시에는 보장기관별 매년 수립하는 안전대책에 따라 수행하고 안전에 각별히 유념 (사회복무요원 동행 등 2인 이상 방문)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td>319</td><td>[참고] 사례관리 대상자 요구 성과지표
(사전·사후 평가용)</td><td>[참고] 다빈도 외래이용자 요구 성과지표
(사전·사후 평가용)</td></tr>
<tr><td>320</td><td>Ⅲ. 자가 관리능력(30점)</td><td>Ⅲ. 자가 건강관리능력(30점)</td></tr>
<tr><td>322</td><td>[참고] 조기종결 대상자 요구 성과지표 종결기준</td><td>[참고] 조기종결 대상자 요구 성과지표 종결기준</td></tr>
<tr><td>325
~
326</td><td>3 장기입원자 사례관리
[참고] 의료급여수급자 요구 사정 측정기준표
Ⅰ. 제도 이해 | 1. 장기입원 사례관리 이해 | 의료급여제도 및 장기입원 사례관리에 대한 대상자의 지식 정도
1. 전혀 모른다 2. 잘 모른다 3. 보통
4. 잘 안다 5. 매우 잘 안다</td><td>3 장기입원자 사례관리
[참고] 의료급여수급자 요구 사정 측정기준표
Ⅰ. 제도 이해 | 1. 장기입원자 사례관리 이해 | 의료급여제도 및 장기입원자 사례관리에 대한 대상자의 지식 정도
1. 전혀 모른다 2. 잘 모른다 3. 보통
4. 잘 안다 5. 매우 잘 안다</td></tr>
<tr><td>327</td><td>[참고] 장기입원 사례관리 대상자 요구 성과지표
Ⅰ. 장기입원 사례관리 이해 | ① 전혀 모른다 ② 잘 모른다 ③ 보통 ④ 잘 안다 ⑤ 매우 안다</td><td>[참고] 장기입원자 요구 성과지표
1. 장기입원자 사례관리 이해 | ① 전혀 모른다 ② 잘 모른다 ③ 보통 ④ 잘 안다 ⑤ 매우 잘 안다</td></tr>
<tr><td>329</td><td>[참고] 장기입원 사례관리 대상자의 문제영역별 요구 진단</td><td>[참고] 장기입원자 사례관리 대상자의 문제영역별 요구 진단</td></tr>
<tr><td>330</td><td>시·도 의료급여 입원자 사례관리
4. 수행절차
요구 사정 — • 「장기입원 사례관리 대상자 요구 사정 측정기준표」, 「요구 성과지표」를 활용하여 요구 사정(사전 평가)
• 요구 사정한 항목을 문제 영역에 따라 요구진단
• 장기입원 의료급여수급자 퇴원사정도구(서식) 참고하여 퇴원 가능여부 파악
• 필요시 시·군·구에 자료요청
목표 설정및 계획 수립 — • 사정 영역에 의거, 요구 진단에 맞는 목표 및 수행 가능한 구체적인 계획 수립
수 행 — • 계획수립에 따라 사례관리 수행
- 입원 사유, 건강상태 등 확인
- 요구 서비스 등 파악·연계 후 퇴원 유도하거나 제도, 적정 의료이용 등 안내
※ 의료인 면담, 진료기록지 열람 등을 활용하여 구체적인 내용 파악
※ 필요시 담당 공무원 또는 대상자 주소지 시·군·구 의료급여관리사에게 방문동행 요청
• 장기입원 사례관리 - 심사 연계 : 수급자 측 사유 외 의료급여기관의 협조가 안 되어 퇴원이 어려운 경우 심평원에 심사연계</td><td>시·도 의료급여 입원자 사례관리
4. 수행절차
요구 사정 — • 「장기입원자 사례관리 대상자 요구 사정 측정기준표」, 「요구 성과지표」를 활용하여 요구 사정(사전 평가)
• 요구 사정한 항목을 문제 영역에 따라 요구진단
• 장기입원 의료급여수급자 퇴원사정도구(서식) 참고하여 퇴원 가능여부 파악
• 필요시 시·군·구에 자료요청
목표 설정 및 계획 수립 — • 사정 영역에 의거, 요구 진단에 맞는 목표 및 수행 가능한 구체적인 계획 수립
수 행 — • 계획수립에 따라 사례관리 수행
- 입원 사유, 건강상태 등 확인
- 요구 서비스 등 파악·연계 후 퇴원 유도하거나 제도, 적정 의료이용 등 안내
※ 의료인 면담, 진료기록지 열람 등을 활용하여 구체적인 내용 파악
※ 필요시 담당 공무원 또는 대상자 주소지 시·군·구 의료급여관리사에게 방문동행 요청
• 장기입원자 사례관리 - 심사 연계 : 수급자 측 사유 외 의료급여기관의 협조가 안 되어 퇴원이 어려운 경우 심평원에 심사연계</td></tr>
</table>

주요 개정사항

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td>330</td><td> 
</td><td> 
</td></tr>
<tr><td>332</td><td>

4 연중관리 대상자 사례관리

다. 관리기준

(1) 관리대상 : 다빈도 외래이용자 또는 장기입원자 등 중에서 단기간의 사례관리 수행보다는 지속적인 상담, 모니터링 등이 필요한 대상자

※ 다빈도 외래이용자 통보명단에서 상위 30% 이내인 자 우선 관리

(2) 관리기간 : 연중관리

※ 1분기 내에 대상자 사례관리 시작(행복e음 등록 포함), ~12월20일까지 종결

(3) 수행서비스 기준 : 대상자 특성에 따라 자율수행하되 고위험군 목표관리 횟수 기준 이상 수행

</td><td>

4 연중관리 대상자 사례관리

다. 관리기준

(1) 관리대상 : 다빈도 외래이용자 또는 장기입원자 등 중에서 단기간의 사례관리 수행보다는 지속적인 상담, 모니터링 등이 필요한 대상자

※ 다빈도 외래이용자 통보명단에서 상위 30% 이내인 자 우선 관리

(2) 관리기간 및 서비스 수행기준

대 상	사례관리 기간	목표관리 횟수		
		방문	전화	서신
연중관리 대상자	연중	다빈도 외래이용자 수행서비스 기준 이상		

※ 연중 : 1분기 내에 대상자 사례관리 시작(행복e음 등록 포함)~12월20일(종결)

※ 다빈도 외래이용자 수행서비스 기준 : 방문 2회 이상, 전화 4회 이상, 서신 수시

</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td colspan="3">제6편 의료급여 사후관리 및 권익구제</td></tr>
<tr><td>353</td><td>Ⅰ. 부당이득 등의 확인 및 조사
1 보고 및 검사
마. 보장기관(시·군·구)의 현지조사 의뢰 세부기준 및 절차
◦ 현지조사 의뢰 기준 및 절차
– 조사의뢰 대상기관
• 사실관계 확인 후 부당·허위청구가 의심되는 기관
• 진료내역이 타인에 의한 의료급여증 (시행규칙 ~) 도용인지 허위청구인지 여부를 확인하기 곤란한 경우(부당건수에 상관없이 현지조사 의뢰)
– (조사의뢰 대상기간) 조사의뢰 시점으로부터 최근 3년 이내의 진료분 중 부당·허위청구가 의심되는 전체 진료기간</td><td>Ⅰ. 부당이득 등의 확인 및 조사
1 보고 및 검사
마. 보장기관(시·군·구)의 현지조사 의뢰 세부기준 및 절차
◦ 현지조사 의뢰 기준 및 절차
– 조사의뢰 대상기관
• 사실관계 확인 후 부당·거짓청구가 의심되거나, 개연성이 높은 기관
• 진료내역이 타인에 의한 의료급여증 (시행규칙 ~) 도용인지 거짓청구인지 여부를 확인하기 곤란한 경우(부당건수에 상관없이 현지조사 의뢰)
– (조사의뢰 대상기간) 조사의뢰 시점으로부터 최근 3년 이내의 진료분 중 부당·거짓청구가 의심되거나 개연성이 높은 전체 진료기간</td></tr>
<tr><td>369</td><td>3 의료급여 부당청구 신고 및 신고포상금제도
사. 포상금 지급 기준(의료급여법 시행령 별표 4)
<table>
<tr><th rowspan="2">신고인 유형</th><th colspan="2">지급기준</th></tr>
<tr><th>징수금의 금액</th><th>포상금의 금액</th></tr>
<tr><td rowspan="3">1. 의료급여기관에 근무하고 있거나 근무했던 사람 또는 약제·치료재료의 제조업자·판매업자에게 고용되어 있거나 고용됐던 사람이 의료급여기관을 신고하는 경우</td><td>15만원 이상 1천만원 이하</td><td>징수금 × 30/100</td></tr>
<tr><td>1천만원 초과 5천만원 이하</td><td>300만원 + [(징수금– 1천만원) × 20/100]</td></tr>
<tr><td>5천만원 초과</td><td>1,100만원 + [(징수금 – 5천만원) × 10/100]. 다만, 10억원을 넘는 경우에는 10억원으로 한다.</td></tr>
</table></td><td>3 의료급여 부당청구 신고 및 신고포상금제도
사. 포상금 지급 기준(의료급여법 시행령 별표 4)
<table>
<tr><th rowspan="2">신고인 유형</th><th colspan="2">지급기준</th></tr>
<tr><th>징수금의 금액</th><th>포상금의 금액</th></tr>
<tr><td rowspan="3">1. 의료급여기관에 근무하고 있거나 근무했던 사람 또는 약제·치료재료의 제조업자·판매업자에게 고용되어 있거나 고용됐던 사람이 의료급여기관을 신고하는 경우</td><td>15만원 이상 1천만원 이하</td><td>징수금 × 30/100</td></tr>
<tr><td>1천만원 초과 5천만원 이하</td><td>300만원 + [(징수금– 1천만원) × 20/100]</td></tr>
<tr><td>5천만원 초과</td><td>1,100만원 + [(징수금 – 5천만원) × 10/100]. 다만, 20억원을 넘는 경우에는 20억원으로 한다.</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>370</td><td>자. 포상금을 지급하지 않는 경우
1. 신고받은 허위,부당청구 내용이....
2. 신고내용이 불충분하여 허위,부당청구 행위,,,,</td><td>자. 포상금을 지급하지 않는 경우
1. 신고받은 거짓, 부당청구 내용이....
2. 신고내용이 불충분하여 거짓, 부당청구 행위,,,,</td></tr>
</table>

주요 개정사항

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td>391
~
392</td><td>Ⅱ. 정산 및 부당이득 환수

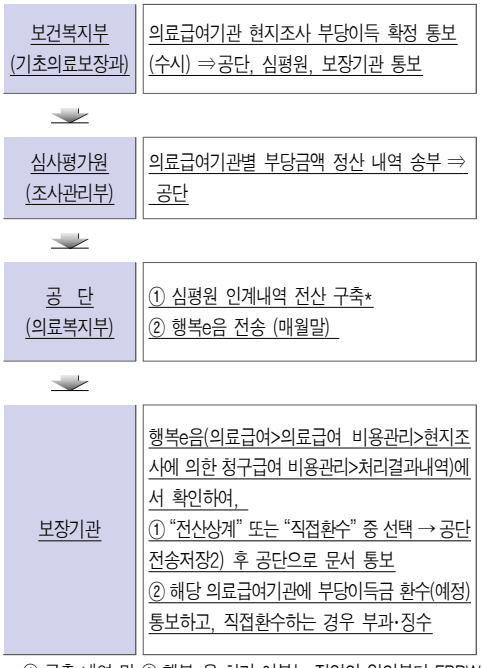
2 의료급여비용 사후관리

(라) 유의사항
◦ 부당금액 통보 중 장애인의료비 부당금액은 해당 장애인의료비 지급담당부서에서 직접 환수함에 유의

<신설></td><td>Ⅱ. 정산 및 부당이득 환수

2 의료급여비용 사후관리

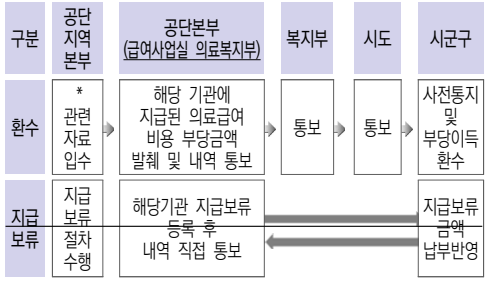
(라) 유의사항
◦ 부당금액 통보 중 장애인의료비 부당금액은 해당 장애인의료비 지급담당부서에서 직접 환수함에 유의

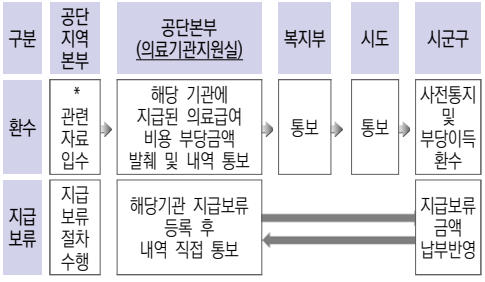
【업무흐름도】
 

* ① 구축 내역 및 ② 행복e음 처리 여부는 작업일 익일부터 EBDW (사후관리>환수세부내역 > 실사환수결정내역)에서 확인 가능</td></tr>
<tr><td>402</td><td>3 개설기준위반 의료급여기관

바. 부당이득 환수 절차
③ 부당이득 환수결정 통지
– 또한, 이미 기금에서 지출되었으나, 지급보류(거부) 요청에 의해 공단에 지급보류(거부) 중인 의료급여비용은 대표보장기관(계좌 기재)으로 입금되도록 공단본부(급여사업실 의료복지부)에 공문으로 요청</td><td>3 개설기준위반 의료급여기관

바. 부당이득 환수 절차
③ 부당이득 환수결정 통지
– 또한, ~~이미 기금에서 지출되었으나~~, 지급보류(거부) 요청에 의해 공단에 지급보류(거부) 중인 의료급여비용은 대표보장기관(계좌 기재)으로 입금되도록 공단본부(의료비지원실 의료복지부)에 공문으로 요청</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>쪽</th><th>현 행</th><th>개 정</th></tr>
<tr><td>402</td><td>
라. 개설기준위반 의료급여기관의 통보
~~【업무 흐름도】~~


~~* 수사기관은 해당기관에 대한 수사자료를 각 지자체, 보건소, 공단지사 등에 보내고 있음~~
~~● 공단 본부(의료기관 관리지원단)에서 개설기준위반 의료급여 기관으로 확인하여 건강보험 요양급여 환수대상으로 결정한 기관 목록을 공단 본부(급여사업실 의료복지부)로 제공~~
~~※ 의료법 위반 처분사항 및 직접 사법기관에서 통보받은 개설기준위반 의료급여기관 등~~
</td><td>
아. 전체 업무 흐름도


</td></tr>
<tr><td>406</td><td>
5 부당이득의 징수
나. 부당이득 징수 요건
(1) 부당이득 징수의 범위
● 속임수 및 그 밖의 부당한 방법으로 얻은 급여 또는 급여비용에 상당하는 금액
</td><td>
5 부당이득의 징수
나. 부당이득 징수 요건
(1) 부당이득 징수의 범위
● 속임수 및 그 밖의 부당한 방법(행정오류 등 고의성이 없는 행위 포함)으로 얻은 급여 또는 급여비용에 상당하는 금액
</td></tr>
<tr><td>407</td><td>
다. 징수기준
<신설>
</td><td>
다. 징수기준
● 의료급여 종별(1종→2종) 변경에 따른 환수 대상자의 환수기준일은 책정일이 아닌 변경사유 발생일임
</td></tr>
<tr><td>413</td><td>
6 행정처분(업무정지 및 과징금)
가. 의료급여기관의 업무정지
(2) 업무정지 사유(법 제28조)
● 속임수 그 밖의 부당한 방법으로 수급권자 및 그 부양의무자 또는 시장·군수· 구청장에게 급여비용을 부담하게 한 때
● 법 제11조의4의 규정을 위반하여 본인부담금을
</td><td>
6 행정처분(업무정지 및 과징금)
가. 의료급여기관의 업무정지
(2) 업무정지 사유(법 제28조)
● 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 수급권자 및 그 부양의무자 또는 시장·군수· 구청장에게 급여비용을 부담하게 한 때
● 법 제11조의4의 규정을 위반하여 본인부담금을
</td></tr>
</table>

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정
413	사전에 청구하거나 입원보증금 등 다른 명목의 비용을 청구한 때 • 법 제32조제2항의 규정에 의한 명령에 위반하거나 허위보고를 하거나 소속 공무원의 질문 및 검사를 거부·방해 또는 기피한 때	사전에 청구하거나 입원보증금 등 다른 명목의 비용을 청구한 때 • 법 제32조제2항에 따른 보고 또는 서류제출을 하지 아니하거나 거짓보고를 하거나 거짓서류를 제출하거나, 소속 공무원의 질문 및 검사를 거부·방해 또는 기피한 때
414 ~ 415	**나. 과징금(법 제29조)** (2) 과징금 사유 • 보건복지부장관은 의료급여기관이 제28조 제1항 제1호의 규정에 해당하여 업무 정지처분을 하여야 하는 경우로서, 업무정지가 수급권자에게 심한 불편을 주거나 그 밖의 특별한 사유가 있다고 인정되는 때에는 그 업무정지처분에 갈음하여 속임수 그 밖의 부당한 방법으로 부담하게 한 급여비용의 5배 이하의 금액을 과징금으로 부과·징수 (5) 과징금 부과대상(고시 제2020-225호, 업무정지처분에 갈음한 과징금 적용기준) **【업무정지처분에 갈음한 과징금 적용기준 제2조 (과징금 부과대상)】** **제2조(과징금 부과대상)** 요양기관이 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 업무정지 처분에 갈음하여 과징금을 부과·징수할 수 있다. 1. 요양기관을 이용하는 자에게 심한 불편을 주는 경우 가~다(생략) 라. 기타 요양기관을 이용하는 ①내지③에 준하는 불편을 준다고 인정되는 경우 2. 기타 특별한 사유가 있다고 인정되는 경우 가.~나.(생략) 다. 요양기관이 행정처분 절차 중에 폐업하였거나, 법인이 개설한 요양기관이 대표자의 인격이 변경되어 처분대상기관이 없는 등으로 인하여 업무정지처분이 제재 수단으로서 실효성이 없어 과징금 처분이 타당하다고 판단되는 경우 라. (생략) 마. 업무정지처분을 받고자하는 요양기관의 요구가 사회통념상 현저히 부당하여 과징금으로 처분하는 것이 타당하다고 보건복지부장관이 인정하는 경우	**나. 과징금(법 제29조)** (2) 과징금 사유 • 보건복지부장관은 의료급여기관이 제28조 제1항 제1호의 규정에 해당하여 업무 정지처분을 하여야 하는 경우로서, – 업무정지가 수급권자에게 심한 불편을 주거나 그 밖의 특별한 사유가 있다고 인정되는 때에는 그 업무정지처분에 갈음하여 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 부담하게 한 급여비용의 5배 이하의 금액을 과징금으로 부과·징수 (5) 과징금 부과대상(고시 제2022-165호, 업무정지처분에 갈음한 과징금 적용기준) **【업무정지처분에 갈음한 과징금 적용기준 제2조 (과징금 부과대상)】** **제2조(과징금 부과대상)** 요양기관이 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 업무정지 처분에 갈음하여 과징금을 부과·징수할 수 있다. 1. 요양기관을 이용하는 자에게 심한 불편을 주는 경우 가~다(생략) 라. 기타 요양기관을 이용하는 가 내지 다에 준하는 불편을 준다고 인정되는 경우 2. 기타 특별한 사유가 있다고 인정되는 경우 가.~나.(생략) 다. 요양기관이 행정처분 확정 전에 폐업하였거나, 법인이 개설한 요양기관이 대표자의 인격이 변경되어 처분대상기관이 없는 등으로 인하여 업무정지처분이 제재 수단으로서 실효성이 없어 과징금 처분이 타당하다고 판단되는 경우 라. (생략) 마. 동일한 위반사유임에도 요양급여와 의료급여에 과징금처분과 업무정지처분을 각기 달리 요청해 처분의 통일성을 기할 필요가 있는 경우 바. 업무정지처분을 받고자하는 요양기관의 요구가 사회통념상 현저히 부당하여 과징금으로 처분하는 것이 타당하다고 보건복지부장관이 인정하는 경우

쪽	현 행	개 정
418	**7 벌칙** **가. 벌칙조항** ◦ (생략) ◦ 대행청구단체의 종사자로서 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 급여비용을 청구한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처함(법 제35조 제2항, 2013.12.13. 이후) ◦ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 3년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처함(법 제35조 제3항) 1. 제3조의3제3항에 따라 준용되는 「국민기초생활 보장법」 제22조제6항(같은 법 제23조제2항에서 준용하는 경우를 포함한다)을 위반하여 정보 또는 자료를 사용하거나 제공한 사람 (2013.12.13 이후) 2. 제3조의3제3항에 따라 준용되는 「국민기초생활 보장법」 제23조의2제6항을 위반 하여 신용정보 또는 보험정보를 사용·제공 또는 누설한 사람 (2013.12.13 이후) ◦ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처함(법 제35조 제4항) 1. (생략) 2. 제11조제5항에 따른 대행청구단체가 아닌 자로 하여금 급여비용의 심사청구를 대행하게 한 자 (2013.12.13. 이후) 3.~4(생략)	**7 벌칙** **가. 벌칙조항** ◦ (생략) ◦ 법 제35조 제2항 삭제<2017.3.21.> ◦ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처함(법 제35조 제3항) 1. 제3조의3제3항에 따라 준용되는 「국민기초생활 보장법」 제22조제6항(같은 법 제23조제2항에서 준용하는 경우를 포함한다)을 위반하여 정보 또는 자료를 사용하거나 제공한 사람 (2013.12.13. 이후) 2. 삭제<2017.3.21.> 3. 대행청구단체의 종사자로서 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 급여비용을 청구한 자 ◦ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처함(법 제35조 제4항) 1. (생략) 2. 제11조제6항에 따른 대행청구단체가 아닌 자로 하여금 급여비용의 심사청구를 대행하게 한 자 3.~4(생략)

제7편 각종 서식

540

[서식 58]

20. 월 연장승인 실적보고

현 행		
연장승인 종류별 세부현황		
조건부 연장승인		
선택의료급여기관 지정 승인 건 (e)	제 3선택 신규(변경) 지정(심의) (f)	불승인(심의) (g)

개 정		
연장승인 종류별 세부현황		
조건부 연장승인		
선택의료급여기관 지정 승인 건 (e)	제 2선택 신규(변경) 지정(심의) (f)	불승인(심의) (g)

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정
561 ~ 562	[서식 72] <table><tr><td rowspan="4">□ 희귀 질환 대상자*</td><td colspan="5">* 쇄골두개골이골증, 두개안면골이골증, 크루존병, 첨두유합지증 환자로서 희귀질환 산정특례대상(등록이력 포함)으로 등록된 자</td></tr><tr><td>상병 기호</td><td></td><td>상병명</td><td></td></tr><tr><td>확인 사항</td><td>□ 편측성 □ 양측성</td><td>진단 일자</td><td></td></tr><tr><td>진단 내용</td><td colspan="3"></td></tr></table> 의료급여 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 제도 안내 1. 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 급여대상 - 구개열, 구순열을 동반한 치조열, 구순열을 동반한 구개열 환자 - 쇄골두개골이골증, 두개안면골이골증, 크루존병, 첨두유합지증 환자로서 희귀질환 산정특례대상(등록이력 포함)으로 등록된 자 ※ 희귀질환 산정특례 대상자가 기간 내 재등록을 완료해야 계속해서 산정특례 혜택을 적용받을 수 있습니다. 2. 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 본인부담률 -「의료급여법 시행령」[별표1] 의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 범위 - 산정특례 등록 후 해당 희귀질환으로 진료받는 경우 본인부담률 : 없음 ※ 비급여, 100분의100본인부담항목, 선별급여 등은 산정특례 적용대상에서 제외	[서식 72] <table><tr><td rowspan="4">□ 희귀 질환 대상자*</td><td colspan="5">* 선천성악안면기형 환자로서 희귀질환 산정특례대상(등록이력 포함)으로 등록된 자</td></tr><tr><td>상병 기호</td><td></td><td>상병명</td><td></td></tr><tr><td>확인 사항</td><td>□ 편측성 □ 양측성</td><td>진단 일자</td><td></td></tr><tr><td>진단 내용</td><td colspan="3"></td></tr></table> 의료급여 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 제도 안내 1. 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 급여대상 - 구개열, 구순열을 동반한 치조열, 구순열을 동반한 구개열 환자 - 선천성악안면기형로서 희귀질환 산정특례대상(등록이력 포함)으로 등록된 자 ※ 희귀질환 산정특례 대상자가 기간 내 재등록을 완료해야 계속해서 산정특례 혜택을 적용받을 수 있습니다. 2. 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 본인부담률 -「의료급여법 시행령」[별표1] 의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 범위 - 산정특례 등록 후 해당 희귀질환으로 진료받는 경우 본인부담률 : 없음 ※ 비급여, 100분의100본인부담항목, 선별급여 등은 산정특례 적용대상에서 제외

제 1 편

의료급여제도의 개요

Ⅰ 의료급여의 개요

1. 의료급여의 개념 및 목적
2. 지원 대상
3. 지원 유형
4. 급여 기준
5. 전산시스템 활용
6. 의료급여 업무흐름도

Ⅱ 보장기관 등

1. 보장기관
2. 의료급여심의위원회
3. 업무위탁기관

제1편 의료급여제도의 개요

Ⅰ. 의료급여의 개요

1 의료급여의 개념 및 목적

「의료급여법」 **제1조(목적)** 이 법은 생활이 어려운 사람에게 의료급여를 함으로써 국민보건의 향상과 사회복지의 증진에 이바지함을 목적으로 한다.

가. 의료급여제도

- 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료문제를 국가가 보장하는 공공부조제도로서 건강보험과 함께 국민 의료보장의 중요한 수단이 되는 사회보장 제도임
  - 생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 국민들에게 발생하는 의료문제 즉, 개인의 질병, 부상, 출산 등에 대해 의료서비스(진찰·검사, 치료 등)제공

나. 용어의 정의

「의료급여법」 **제2조(정의)** 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
1. "수급권자"란 이 법에 따라 의료급여를 받을 수 있는 자격을 가진 사람을 말한다.
2. "의료급여기관"이란 수급권자에 대한 진료·조제 또는 투약 등을 담당하는 의료기관 및 약국 등을 말한다.
3. "부양의무자"란 수급권자를 부양할 책임이 있는 사람으로서 수급권자의 1촌의 직계혈족 및 그 배우자를 말한다.

- 수급권자
  - 의료급여법에 의한 의료급여를 받을 수 있는 자격을 가진 사람을 말함

- 수급자
  - 이 법에 의한 의료급여를 받고 있는 사람을 말함
- 보장가구
  - 실제로 의료급여를 받을 가구를 말하며 가구주와 가구원으로 구성
  - 타법 수급자 가구는 당사자(당사자 사망으로 선순위 유족에게 수권이 승계된 경우에는 선순위 유족)가 가구주이어야 함
- 부양의무자
  - 수급권자를 부양할 책임이 있는 사람으로서, 수급권자의 1촌의 직계혈족 및 그 배우자(즉, 부모, 자녀 및 자녀의 배우자를 말함)
- 의료급여기관
  - 의료법 및 약사법 등에서 정하는 의료기관 및 약국 등을 말하며, 의료급여 기관은 1차(의원급), 2차(병원, 종합병원급), 3차기관(상급종합병원급)으로 구분함

2 지원대상

가. 국민기초생활보장법에 의한 수급권자

- 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 또는 부양을 받을 수 없는 자로서, 소득인정액이 선정기준 이하인 사람

나. 의료급여법에 의한 수급권자

- 행려환자

다. 타법에 의한 수급권자

- 「재해구호법」에 따른 이재민으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
- 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료급여를 받는 사람
- 「입양특례법」에 따라 국내에 입양된 18세 미만의 입양아동

- 「독립유공자 예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」의 적용을 받고 있는 사람과 그 가족 으로서 국가보훈처장이 의료급여가 필요하다고 추천한 사람 중에서 보건복지부 장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
- 「무형문화재 보전 및 진흥에 관한 법률」에 따라 지정된 국가무형문화재의 보유자(명예보유자를 포함 한다)와 그 가족으로서 문화재청장이 의료급여가 필요하다고 추천한 사람 중에서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
- 「북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률」의 적용을 받고 있는 사람과 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
- 「5·18 민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」 제8조에 따라 보상금등을 받은 사람과 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
- 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」에 따른 노숙인 등으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람

3 지원 유형

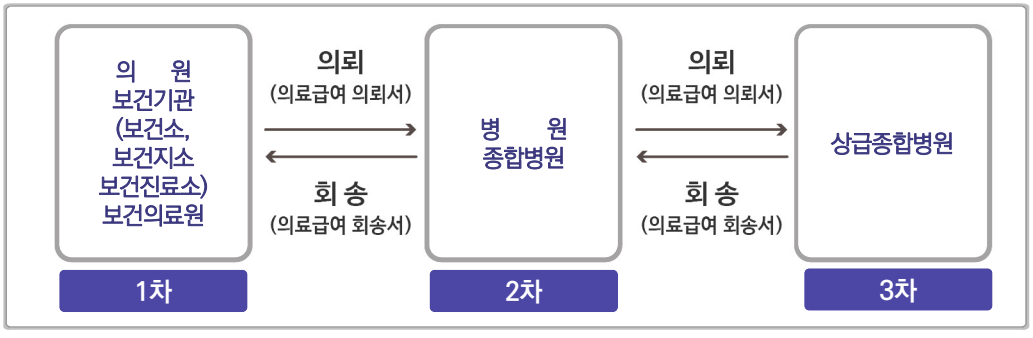
- 의료급여 수급권자는 「의료급여법」 제3조제2항 및 동법 시행령 제3조의 규정에 의하여 1종 수급권자와 2종 수급권자로 구분
  - 1종 수급권자
    - 국민기초생활보장수급자 : 근로무능력가구, 산정특례 등록한 결핵질환자, 희귀질환자, 중증난치질환자 및 중증질환(암환자, 중증화상환자만 해당) 등록자, 시설 수급자
    - 행려환자
    - 타법적용자 : 이재민, 의상자 및 의사자의 유족, 입양아동(18세 미만), 국가유공자, 국가무형문화재의 보유자, 북한이탈주민, 5·18 민주화운동 관련자, 노숙인
  - 2종 수급권자
    - 국민기초생활보장대상자 중 1종 수급대상이 아닌 가구
    - 타법수급대상자 중 1종 수급대상이 아닌 가구 또는 가구원

4 급여 기준

가. 급여내용 : 진찰·검사, 약제·치료재료 지급, 처치·수술, 예방·재활, 입원, 간호, 이송 등 (의료급여법 제7조)

나. 급여범위 및 급여비용 : 건강보험과 유사(정신과 입원, 혈액투석, 식대 수가체계 상이)

다. 급여절차 : 3단계



- 의료기관 중복방문, 약물오남용 등으로 건강상의 위해가 발생할 위험이 높은 수급권자 및 급여상한일수 초과자는 선택의료급여기관* 지정·이용

  * 수급권자 본인이 자주 이용하는 의원급 기관 선택 원칙, 선택의료급여기관 이외의 기관 방문시에는 선택의료급여기관에서 발급한 의료급여의뢰서(시행규칙 별지 제3호서식, [서식 13]) 필요

【수급권자가 의료기관 등을 이용한 경우 본인이 부담해야 하는 금액】

구 분		1차(의원)	2차 (병원, 종합병원)	3차 (상급종합병원)	약국	PET 등
1종	입원	없음	없음	없음	—	없음
	외래	1,000원	1,500원	2,000원	500원	5%
2종	입원	10%	10%	10%	—	10%
	외래	1,000원	15%	15%	500원	15%

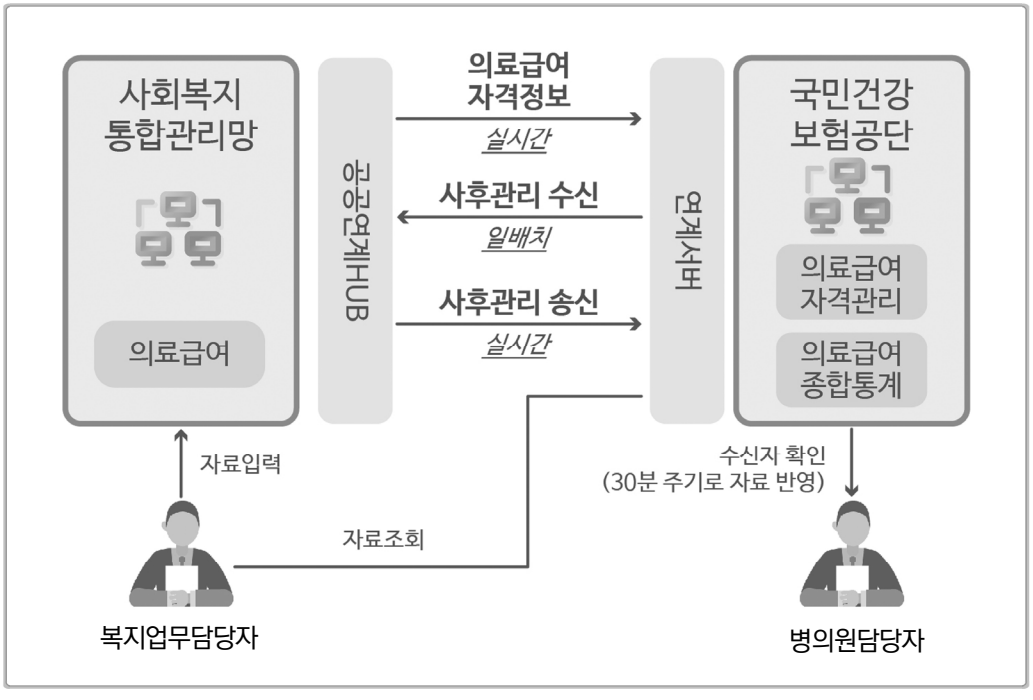
* 보건복지부장관이 고시하는 경증질환[부록 5]으로 종합병원 이상급 기관에서 원외처방전을 발급받아 약국에서 조제 받는 경우 약국약제비 본인부담은 급여비용총액의 3%

** 상기 본인부담금은 급여청구분에 대한 것으로 비급여 청구분은 전액 본인이 부담해야 하며 선별 급여시에는 급여항목별로 30~90% 본인이 부담해야 함

5 전산시스템 활용

가. 사회보장정보시스템을 통한 업무처리

- (정의) 사회보장정보시스템(이하 "행복e음"이라 함)은 각종 사회복지 급여 및 서비스 지원 대상자의 자격 및 이력에 관한 정보를 통합관리하고, 지자체의 복지업무 처리를 지원하기 위한 정보시스템
- (의료급여 업무 활용)
  - 의료급여 수급자 선정 및 자격관리 업무
    - 자격 취득·변경·상실 처리시 건강보험공단 「의료급여시스템」과 실시간 연계 처리
  - 본인부담면제·선택의료급여기관, 중증환자·노인틀니 등록, 의료급여 제한 등
    - 의료급여자격과 연결되어 자동 등록·중지 처리
    - 공단 의료급여시스템에 실시간 전송 처리
  - 사례관리, 사후관리 처리 실시간 전송 처리



나. 의료급여 종합정보지원시스템을 통한 업무처리

- (정의) 의료급여 종합정보지원시스템(이하 “EBDW”이라 함)은 「의료급여 자격관리 시스템」을 통하여 축적된 자료를 바탕으로 수급자별, 질환별, 병의원별 의료 이용 행태 및 건강생활유지비 사용현황 등 각종 의료급여 정보를 사용자(보건복지부, 보장기관, 국민건강보험공단)에게 제공하는 시스템

- (업무 활용)
  - 자격, 급여일수 등 의료급여 자격관리시스템 등록정보 열람·확인
  - 의료급여일수 연장승인 신청서[서식 55], 동일성분의약품 중복투약 사실통지서 [서식 97, 99] 등 업무추진에 필요한 각종 서식 출력 활용
  - 조회자료의 엑셀 및 한글 저장기능(읍면동 사용자 제외)

- (업무 구성)

6 의료급여 업무흐름도

가. 예산주기

구 분	담당기관	비 고
1. 익년 의료급여 예산 확정	국회 → 기획재정부 → 복지부	12월(전년)
2. 국고보조금 월별 교부계획 통보	복지부 → 시·도 → 시·군·구	1월
3. 국고보조금 교부	복지부 → 시·도	매월
4. 의료급여비용 예탁	시·도 → 국민건강보험공단	매월
5. 의료급여비용 심사청구	의료급여기관 → 건강보험심사평가원	매월
6. 의료급여 심사 및 지급 요청	건강보험심사평가원 → 국민건강보험공단	매월
7. 의료급여비용 지급	국민건강보험공단 → 의료급여기관	매월
8. 의료급여기금 결산	시·군·구 → 시·도 → 복지부	3월(익년)

나. 시행절차

구 분	담당부서	업무처리 내용
1. 대상자선정	시·군·구	• 통합조사관리팀의 자산조사 등을 거쳐 국민기초생활보장 수급자 선정되면 의료급여 자격 취득 • 타법지원 대상자는 해당부처의 통보 또는 민원인 신청을 받아 수급자로 선정 * 2023.1.1. 이후 신규 신청 타법수급자는 근로능력 유무에 따라 1·2종 부여 • 행려환자는 병·의원의 신청을 받아 수급자로 선정
2. 건보공단 자료전송	시·군·구	• 수급자의 자격정보를 건강보험공단으로 전송 * 수급자 병의원 이용 시 건보공단 자료로 자격확인
3. 급여실시	병의원, 약국 등	• 진료 전 요양기관정보마당*을 통한 자격확인 - 종별구분, 본인부담여부, 선택의료급여기관 적용여부 등 • 진찰·검사 등 의료급여 실시 - 수급자 본인부담금 납부(건강생활유지비 지급 대상자는 잔액에서 차감 후 부족한 금액은 수급자 직접 납부) • 진료 후 요양기관정보마당을 통해 건보공단에 급여일수, 진료유형(입원, 외래) 등 전송 * 건강보험공단에서 진료확인번호 부여
4. 비용심사	병의원 등, 심사평가원	• 병의원등 : 심사평가원에 비용심사 청구 - 진료확인번호 기재 - 의료급여비용 청구가능일로부터 3년 이내 청구 가능 • 심사평가원 : 심사를 거쳐 의료급여비용 확정·통보(병의원 및 건강보험공단)
5. 비용지급	건보공단	• 병의원에 의료급여비용 지급(심사평가원 심사결정금액)
6. 사후관리	복지부, 시·군·구, 건보공단, 심사평가원	• 보건복지부 - 정책수립, 지도 감독 및 행정처분 등 • 시·군·구 - 전·출입, 사망 등 수급자 관리 - 확인조사 및 수시조사 실시 - 의료기관 과다 이용자 사례관리 등 - 부정수급자 관리 및 부당이득금 징수 등 • 국민건강보험공단 - 부적정 수급 의심자(급여제한 대상 등) 발췌 - 시군구에 내역 제공 및 부정수급 조사 등 • 건강보험심사평가원 - 의료급여기관 청구진료비 심사 - 병의원 허위·부당청구 현지조사 지원 등

제1편 의료급여제도의 개요

Ⅱ. 보장기관 등

1 보장기관(의료급여법 제5조)

- 의료급여업무는 수급자의 거주지를 관할하는 특별시장·광역시장·도지사·특별 자치시장·특별자치도지사와 시장(특별자치도의 행정시장은 제외)·군수·구청장 (자치구의 구청장)이 행함
- 주거가 일정한 수급자의 경우 수급자의 주민등록상의 거주지를 관할하는 시장·군수·구청장이 행함
- 주거가 일정하지 않은 수급자의 경우 본인이 실제 거주하는 지역을 관할하는 시장·군수·구청장이 행함
- 사회복지시설 입소자의 경우 사회복지시설을 실제 관리하는 시장·군수·구청장이 행함

2 의료급여심의위원회 (의료급여법 제6조)

가. 중앙의료급여심의위원회

(1) 설 치

- 보건복지부에 의료급여사업의 기본방향, 주요 정책 등을 심의하기 위해 중앙의료급여심의위원회를 둠

(2) 구 성

- 위원장을 포함하여 15명 이내의 위원으로 구성(위원장 : 보건복지부차관)

- 위원은 보건복지부장관이 다음에 해당하는 자 중에서 위촉
  1. 공익을 대표하는 사람(의료보장에 관한 전문가로서 대학의 조교수 이상인 사람 또는 연구기관의 연구원으로 재직 중인 사람)
  2. 의약계를 대표하는 사람 및 사회복지계를 대표하는 사람
  3. 관계 행정기관 소속의 3급 이상 공무원

(3) 심의 사항

- 의료급여사업의 기본방향 및 대책 수립에 관한 사항
- 의료급여의 기준 및 수가에 관한 사항
- 그 밖에 보건복지부장관 또는 위원장이 부의하는 사항

나. 시·도 및 시·군·구 의료급여심의위원회

(1) 설 치

- 시·도 및 시·군·구에 의료급여사업 실시에 관한 사항 등을 심의하기 위해 의료급여심의위원회를 각각 둠
- 동 의료급여심의위원회는 그 기능을 담당하기에 적합한 다른 위원회가 있을 경우(단, 동 위원회의 위원이 의료급여법 제6조제4항에 규정된 자격을 갖출 것) 시·도 또는 시·군·구의 조례에 따라 의료급여심의위원회 기능을 수행하게 할 수 있음

(2) 구 성

- 시·도 및 시·군·구 의료급여심의위원회의 위원은 시장·도지사 또는 시장·군수· 구청장이 다음의 어느 하나에 해당하는 사람 중에서 위촉·지명
  (위원장 : 시장·도지사 또는 시장·군수·구청장)
  1. 의료보장에 관한 학식과 경험이 있는 사람
  2. 공익을 대표하는 사람
  3. 관계 행정기관 소속의 공무원
- 시·도 의료급여심의위원회는 위원장 및 부위원장 각 1인을 포함한 7인 이내의 위원으로 구성하고
  - 시·군·구 의료급여심의위원회는 위원장 및 부위원장 각 1인을 포함한 5인 이내의 위원으로 구성
- 타 위원회가 의료급여심의위원회의 기능을 대신하는 경우 위원장은 조례로 정함

(3) 심의 사항

- 시·도 의료급여심의위원회
  1. 법 제25조의 규정에 의한 의료급여기금의 관리·운영에 관한 주요 사항
  2. 시·군·구의 의료급여사업의 조정에 관한 사항
  3. 그 밖에 의료급여사업과 관련하여 시·도지사가 필요하다고 인정하여 회의에 부치는 사항
- 시·군·구 의료급여심의위원회
  1. 법 제24조에 따른 대지급금 및 부당이득금 등의 결손처분에 관한 사항
  2. 의료급여일수의 연장승인에 관한 사항
  3. 그 밖에 의료급여사업과 관련하여 시장·군수·구청장이 필요하다고 인정하여 회의에 부치는 사항

다. 각 의료급여심의위원회 운영 등

(1) 의원의 임기와 직무

- 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있음
- 공무원인 위원의 임기는 해당 직에 재직하는 기간으로 한함

(2) 위원장 및 부위원장의 직무

- 위원장은 해당 위원회를 대표하며, 위원회의 사무를 통할함
- 부위원장은 위원장을 보좌하며, 위원장이 부득이한 사유로 직무를 수행할 수 없는 때에는 그 직무를 대행함

(3) 위원회의 회의

- 위원장은 해당 위원회의 회의를 소집하고, 그 의장이 됨
- 위원회의 회의는 해당 위원회를 두는 기관의 장 또는 재적위원 3분의 1 이상의 회의소집 요청이 있거나 위원장이 필요하다고 인정하는 때에 소집함
- 위원회의 회의는 재적위원 과반수의 출석으로 개의하고, 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다.

  ※연 1회 이상 출석(대면) 회의 개최원칙
- 시·군·구 의료급여심의위원회는 연 12회 이상 개최하고, 연1회 이상은 출석 (대면) 회의 개최 원칙이며, 분기별 연장승인 개최실적에 포함하여 보고

(4) 수당 등

- 각 위원회의 회의에 출석한 위원에 대하여는 예산의 범위안에서 수당과 여비를 지급할 수 있음
- 다만, 공무원인 위원이 그 소관업무와 직접 관련되어 출석하는 경우는 해당되지 않음

(5) 관련 공무원 출석 등

- 의료급여심의위원회는 심의와 관련하여 필요한 경우 보장기관에 대하여 그 소속 공무원의 출석이나 자료의 제출을 요청할 수 있음

(6) 기타 운영세칙 결정

- 위원회의 운영에 관하여 필요한 사항은 해당 위원회의 의결을 거쳐 위원장이 정함

3 업무위탁기관 (의료급여법 제33조 제2항)

가. 업무위탁

- 시장·군수·구청장의 업무 중 수급자의 관리, 급여비용의 심사·조정, 의료급여의 적정성 평가, 급여 대상 여부의 확인 및 급여비용의 지급 업무 등 의료급여에 관한 업무 중 그 일부를 관계 전문기관에 위탁함
- 업무위탁에 드는 비용은 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 기금에서 부담함

나. 건강보험심사평가원

- 시장·군수·구청장의 업무 중 다음의 업무를 건강보험심사평가원에 위탁함

1. 법 제11조제2항의 규정에 의한 급여비용(건강검진비용 포함)의 심사·조정
2. 법 제11조제4항의 규정에 의한 의료급여(건강검진 포함)의 적정성 평가
3. 법 제11조제2항 및 제4항과 관련된 심사 및 평가기준의 설정

다. 국민건강보험공단

- 시장·군수·구청장의 업무 중 다음의 업무를 국민건강보험공단에 위탁함

1. 법 제11조제3항·제4항에 따른 급여비용의 지급 및 법 제11조의5에 따른 급여비용의 지급 보류
2. 법 제14조제1항에 따른 건강검진의 실시 및 그 결과의 관리
3. 법 제15조에 따른 의료급여의 제한에 필요한 실태조사 및 자료수집
4. 다음의 업무에 필요한 정보시스템의 구축 또는 운영
   가. 법 제7조제2항에 따른 의료급여의 한도 관리
   나. 법 제10조, 이 영 별표 1 제1호다목(5), 같은 호 라목·마목 및 같은 표 제2호마목·바목에 따라 기금에서 부담하는 급여비용을 적용받는 수급권자의 관리
   다. 수급권자의 자격 및 개인별 진료내역의 관리

제 2 편

수급권자 선정 및 자격관리

Ⅰ 신청

1. 급여신청 주체
2. 급여신청 장소 및 기간
3. 타법 의료급여 신청 시 구비서류
4. 의료급여 신청 시 안내사항

Ⅱ 수급자 선정기준

1. 의료급여 단위
2. 「국민기초생활 보장법」에 의한 수급자
3. 「의료급여법」에 의한 수급권자
   : 행려환자
4. 타법에 의한 의료급여 수급권자

Ⅲ 수급자 자격관리

1. 급여개시일 및 종별 선정 요령
2. 의료급여 상실처리
3. 의료급여 전산관리번호 부여 요령
4. 보장시설 입소자의 자격관리
5. 행복e음 자격 취득 및 상실처리
6. 의료급여증
7. 사회복지시설 신설 업무처리 절차

제2편 수급권자 선정 및 자격관리

Ⅰ. 신청

1 급여신청 주체

- 수급권자 가구의 가구원 및 그 친족, 그 밖의 관계인이 신청
  ※ 수급권자의 친족 및 그 밖의 관계인은 위임장(별도양식 없음) 지참
- 맞춤형급여 시행 후 기초생활보장 수급권자 신규 신청은 통합신청이 원칙이나 본인 선택에 따라 급여종류별로 신청도 가능
- 의료급여 타법 수급자 중 국가유공자, 국가무형문화재 보유자는 국가보훈처장과 문화재청장의 추천을 통해 선정(의료급여법 제3조의3제4항). 그 외 타법대상자는 복지부장관이 필요하다고 인정한 경우로 관할 보장기관에 수급권자 가구의 가구원 및 그 친족, 그 밖의 관계인이 신청

2 급여신청 장소 및 기간

- 주민등록상 주소지 관할 시·군·구(읍·면·동)에서 연중 신청
- 수급권자의 주거가 일정하지 아니한 경우에는 실제 거주지역을 관할하는 시·군·구(읍·면·동)에 신청(의료급여법 제5조제2항)
- 국가유공자는 보훈지청, 국가무형문화재의 보유자는 문화재청에 연중 신청

【의료급여법 제3조(수급권자) 제1항】

5. 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「보훈보상 대상자 지원에 관한 법률」의 적용을 받고 있는 사람과 그 가족으로서 국가보훈처장이 의료급여가 필요하다고 추천한 사람 중에서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
6. 「무형문화재 보전 및 진흥에 관한 법률」에 따라 지정된 국가무형문화재의 보유자 (명예보유자를 포함한다)와 그 가족으로서 문화재청장이 의료급여가 필요하다고 추천한 사람 중에서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람

3 타법 의료급여 신청 시 구비서류

구분	신청서	구비 서류(해당자에 한함)
국가유공자 무형문화재 북한이탈주민	- 사회보장급여 신청(변경) 신청서[서식 1] - 의료급여 제공(변경) 추천 신청서 (국가유공자, 문화재 등)[서식 4] - 소득·재산신고서[서식 3] - 금융정보 등(금융·신용·보험정보) 제공 동의서 [서식 2]	- 가족관계기록사항에 관한 증명서 - 임대차 계약서 - 소득·재산 확인서류 - 위임장 및 신분확인서류 - 외국인등록사실증명서 - 근로능력 평가 신청서
기타 타법	- 사회보장급여 신청(변경) 신청서[서식 1]	- 타법 자격 증빙 서류 - 근로능력 평가 신청서

* 조사과정에서 구비서류 외 추가자료 제출을 요구할 수 있음
* 북한이탈주민이 하나원 퇴소후 최초로 국민기초 수급을 신청하는 경우, 사회보장급여 신청(변경) 신청서[서식 1]상 타법에 의한 북한이탈주민 의료급여 대상여부를 함께 적어 신청하여야 하며, 타법 의료급여 선정기준에 의거 조사 진행 후 선정기준을 충족할 경우 '북한이탈주민 타법 의료급여' 유형으로 관리

【신청서 접수 시 유의사항】

- 신청서에 기재된 가족사항 등은 반드시 주민등록등본 등을 통해 확인하고 잘못된 사항 수정
- 가족관계기록사항에 관한 증명서, 외국인등록사실증명서(해당자에 한하여 제출)는 전산을 통해 우선적으로 확인하고, 전산조회가 어려울 경우 제출 요구(단, 타법의료급여신청자의 경우 신청자에게 직접 가족관계증명서 징구)
- 임대차계약서(해당자에 한하여 제출)는 확정일자를 날인받도록 하고, 계약서의 사실여부 확인
- 보훈지청, 문화재청은 신청인의 수권여부 및 의료급여 가구원의 적부를 반드시 확인

4 의료급여 신청 시 안내사항

- (제출서류) 신청서, 구비서류 이외에 추가로 제출해야 할 서류 및 제출기한 안내
  * '23.1.1. 이후 타법 신규신청자(이재민, 노숙인 제외)에 대해서는 근로능력평가 신청 안내가 이루어 질 수 있도록 주의할 것
- (처리 예정일) 의료급여 신청 처리기한이 명시되어 있지 않으나, 처리지연에 따른 민원이 발생되지 않도록 처리예정일을 사전에 안내
- (통지방법) 서면통지를 원칙으로 하되, 신청인이 원하는 경우에는 서면통지와 전자우편 또는 문자메시지서비스를 병행하여 통지할 수 있음
- (부당이득 징수 및 처벌) 속임수 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여를 받거나 제3자로 하여금 의료급여를 받게 한 경우에는 부당이득을 징수하고, 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금이 부과될 수 있음을 안내

제2편 수급권자 선정 및 자격관리

Ⅱ. 수급자 선정기준

1 의료급여 단위

가. 가구단위 급여

- 국민기초생활보장 수급자의 경우
  - 국민기초생활 보장가구 단위로 의료급여 실시
    * 국민기초생활보장 보장가구의 범위는「국민기초생활보장사업안내」참고
- 타법 유형 중 가구단위 급여대상(국가유공자, 중요무형문화재, 북한이탈주민)인 경우
  - 국민기초생활 보장가구의 범위(외국인의 범위 포함) 준용
    * 단, 부양의무자 관련 사항 및 별도가구 인정특례는 적용하지 않음
- 타법 가구단위 급여대상 중 '23.1.1. 이후 신규 신청한 가구원에 대해 근로능력 유무에 따른 2종 부여시 별도가구 인정(국가유공자, 중요무형문화재, 북한이탈주민, 5.18 민주화운동, 의사상자)

  예시) 1) 국가유공자 적용세대에 전입으로 인한 신규세대원 취득의 경우
  2) 북한이탈주민의 내국인과의 결혼을 통한 신규세대원 취득의 경우

  * 단, '23.1.1. 이후 기존 세대 상실 후 재취득시는 신규취득으로 별도가구 인정 불가
- 타법 유형 중 개별법에 수급범위가 규정된 경우
  - (이재민) 특별재난지역으로 선포된 지역에서 발생한 이재민으로서 실제 피해를 입은 사람
  - (의사자 유족) 의사상법에 따른 유족의 범위에 속하는 자에 한정
  - (5·18 민주화운동 수권자) 5·18 민주화운동 관련 법에 따라 보상금 등을 받은 사람
- 기초생활보장법에서 적용 가능한 외국인 지원가능, 그 외는 지원불가

【보장가구 구성 방법】

복지서비스 및 급여제공(변경)신청 화면의 오른쪽 상단의 도움말을 선택하면 보장가구의 구성방법이 안내되어 있으며, 행복e음 복지광장 매뉴얼자료실(신청) 에서도 확인 가능

나. 개인단위 급여

- 국민기초생활 보장법」 제14조의2의 규정에 의한 의료급여 특례자
- 「국민기초생활 보장법 제32조의 규정에 의한 보장시설에서 의료급여를 받고 있는 자 (국민기초생활보장 시설수급자)
- 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 1~6급 의상자
- 「입양 특례법」에 의하여 국내에 입양된 18세 미만의 아동
- 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」에 따른 노숙인 중 의료급여가 필요한 자
- 행려환자
- 「의료급여법 시행령」 제3조의 규정에 따른 타법수급권자 중 2023.1.1. 이전 수급가구에 신규 편입되는 2종 수급자

2 「국민기초생활 보장법」에 의한 수급자

가. 국민기초 1종 수급권자 자격기준(令 제3조제2항)

- 의료급여법 제3조제1항제1호에 따른 「국민기초생활 보장법」에 의한 수급자 중 다음 어느 하나에 해당하는 자

(가) 의료급여법 시행령 제3조제2항제1호가목의 규정에 의한 각 항목에 해당하는 근로능력이 없거나 근로가 곤란하다고 인정하여 보건복지부 장관이 정하는 자만으로 구성된 세대의 구성원

- 18세 미만인 자
  ※ 18세 생일이 속하는 달까지 적용
- 65세 이상인 자
  ※ 65세 생일이 속한 달부터 적용
- 「장애인고용촉진 및 직업재활법」 제2조제2항에 따른 장애정도가 심한 장애인
- 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령」 제14조제3항에 따른 상이등급에 해당하는 자 중 3급 이상의 상이등급 해당자
- 질병·부상 또는 그 후유증으로 치료 또는 요양이 필요한 사람 중에서 근로능력평가를 통하여 시장·군수·구청장이 근로능력이 없다고 판정한 사람
  ※ 「국민기초생활보장사업안내」 참조(통합조사관리팀 담당)

- 임신 중에 있거나 분만 후 6개월 미만의 여자
  ※ 임신사실 확인서(소견서) 및 출생증명서 또는 공부 확인
- 병역법에 의한 병역의무를 이행중인 자(사회복무요원, 상근 예비역 등)
  ※ 산업기능요원 및 직업군인(부사관, 장교, 학사장교 등)은 근로능력이 있는 것으로 간주
- 영주 귀국 사할린 한인 1세 및 2세(1세의 배우자 및 장애인 자녀)의 경우 기초생활보장 수급자 선정일로부터 3년 이내에는 자활사업 참여 조건부과 유예자로서 의료급여 1종 급여
  ※ 유예기간 경과 시 근로능력 유무에 따라 1·2종 구분
- 노인장기요양보험법 시행령 제7조 규정에 의한 장기요양 1~5등급 판정자
- 20세 미만의 중·고교 재학생(재학증명서 첨부)
  ※ 만 20세가 되는 날이 속한 달의 다음달 1일 근로능력자로 전환
- 타 가구원을 양육·간병 또는 보호해야 하므로 근로가 곤란한 수급권자(가구별 1인에 한함)
  - 양육·간병 등에 의한 근로곤란 판단은 기초생활보장 책정 절차 중 하나로서 통합조사 관리팀에서 하며, 의료급여팀은 통합조사관리팀의 결과를 그대로 준용할 것
  ※ 의료급여사업, 자활사업 지침 중 양육·간병 또는 보호로 인한 근로곤란 인정 기준을 통일함 (부록 3 참조)

(나) 「국민기초생활 보장법」 제32조의 규정에 의한 보장시설에서 급여를 받고 있는 자 (국민기초생활보장 시설수급자)

* 모든 시설입소자가 의료급여 수급권자가 되는 것이 아니라, 국민기초생활보장법에 따라 선정된 국민기초생활보장 시설수급자에 한함

(다) 「국민기초생활 보장법」 제14조의2의 규정에 해당하는 자로서, 보건복지부장관이 인정하는 자(국민기초생활보장 특례수급권자)

* 의료급여특례, 자활급여특례, 중 의료급여 1종 수급권자
** 「국민기초생활보장사업안내」 제2편 Ⅲ. 수급권자 범위의 특례 참고

(라) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 등록결핵질환자, 희귀질환자, 중증난치질환자 및 중증질환(암환자, 중증화상환자) 등록자

* 1종 자격 부여 후 산정특례 등록 조치
* 단, 2013.10.1. 이전 희귀난치성 질환자의 가구원에게 부여된 혜택은 해당 희귀난치성 질환자의 수급원 중지·상실 또는 해당질환 종료 시까지 유예
* 등록기간 동안 근로능력 평가 유예
희귀질환, 중증난치질환자 및 암환자 : 5년, 중증화상환자 : 1년(6개월 연장 가능)

나. 국민기초 2종 수급권자 선정 기준

- 국민기초생활보장 수급권자 중 의료급여 1종 수급권자 기준에 해당되지 않는 자

국민기초 종별 결정 시 유의사항

- 수급자 종별 구분 시 선정기준을 철저히 적용
  - 2종 수급자가 등록 결핵질환자 희귀질환, 중증난치질환 및 중증질환(암환자, 중증화상 환자)으로 산정 특례 등록신청서를 제출한 경우 산정특례 등록자에게 1종 부여, 나머지 가구원은 근로능력 재평가 결과 반영하여 1종 또는 2종 부여하되 나머지 가구원이 2종일 경우 가구 분리
  - 수급자가 근로능력 평가에 의해 1종 또는 2종 수급자가 된 경우 통합조사 관리팀의 근로능력 판정 결과에 따라 1종 또는 2종으로 의료급여 종별 변경
  - 매월 1일 기준으로 연령기준 변경일 도래자(18세 미만자, 65세 이상자, 20세 미만의 중고교 재학생)를 추출하여 가구원 전체의 종별 선정요건 충족여부를 확인한 후 종별변경이 필요한 경우 종별 변경

> **예시** 1998.4.1~4.30 출생자는 2016.5.1일자로 근로능력자로 전환되므로, 2016년 4월 말경 국민기초 1종 중에서 1998년 4월생이 속한 가구를 추출하여 희귀질환, 중증난치질환 산정특례자가 없고 중고교 재학중인 경우를 제외하고 해당 가구를 2016.5.1. 일자로 2종으로 전환 또한, 국민기초 2종 중에서 1951년 4월생을 추출하여 다른 근로능력자가 없는 경우에는 2016.4.1일자로 해당 가구를 1종으로 전환
>
> | 행복e음 화면에서 변동사후 〉 누락서비스관리 〉 연령도래자 탭 〉 분류 : 의료급여종별 변경 〉 추출일자 입력 후 조회

  - 연령기준을 제외한 나머지 종별 변경 요인이 발생한 경우 보장기관 결정일로 종별 변경

- 의료급여 종별은 수급자가 자의적으로 선택 불가
  - 예를 들어, 의료급여 1종인 장애인이 2종을 희망하는 경우가 있으나, 수급자의 요청에 의한 종별 변경은 불가

- 65세 이상 수급자, 장애정도가 심한 장애인 등 근로무능력자가 근로하는 경우에도, 근로 능력자로 간주하여 2종으로 전환하는 것이 아님에 유의

- 의료급여의 종별변경 등 의료급여 내용을 변경하였을 때에는 의료급여법 16조(의료급여의 변경)제2항에 따라 수급권자에게 서면 통보하고 국민기초생활보장법 제38조 (시·도지사에 대한 이의신청)에 따라 이의신청을 할 수 있도록 안내

다. 국민기초 군입대자 관리

- 국민기초생활수급자 중 현역사병 등 군입대자는 의료급여(군입대 1·2종) 자격으로 관리
  - 기존 국민기초생활보장법에 의한 의료급여수급자로 보장받고 있는 군입대자에 대해 적용
  - 현재 가구의 종별에 따라 의료급여 적용
  - 시스템 입력시 기존 가구에 포함되어 있는 군입대자의 경우 세대에 포함하여 관계 설정 및 가구원 수급자격 탈락시 군입대1·2종 자격상실
    * 단, 공익근무요원(사회복무요원), 상근예비역(집에서 출퇴근, 향토방위 관련 분야에 복무종사)은 군입대 1·2종이 아닌 타 가구원에 포함 자격(일반 1·2종) 유지
    ** 군입대자 단독가구의 경우 일반2종에서 군입대1종으로 변경
  - 기존 2종 가구에서 근로능력자의 군입대로 근로무능력 가구로 전환되는 경우, 가구 전체를 1종 가구로 변경하고 군입대자도 군입대1종으로 적용
    * 군입대자 단독가구 중 일반2종의 경우 군입대로 근로무능력자로 전환되어 군입대1종으로 변경
  - 군입대1·2종 통합조사표 기초의료급여수급자격 중지
- 의료급여(군입대 1·2종) 자격은 해당 수급자의 군입대 기간 동안 유지(입대일로 자격 책정하고, 제대일로 자격 중지)
  - 군입대 1·2종 자격 취득시 제대일을 반드시 시스템에 입력하여 제대 정보가 누락 되지 않도록 관리
    * 육군(18개월), 해군(20개월), 공군(21개월) 등 병무청 복무기간 확인하여 제대일 입력
- 제대일로 군입대자 자격 중지하되, 제대 후 10일 이내 신청할 경우 의료급여 소급 적용(10일 이후 신청시 결정일로 개시)
  * 행복e음 변동사후 → 인적변동 → 제대일자에서 국민기초 군입대자의 제대일자를 수시로 확인, 제대일자 기준으로 의료급여 자격관리 철저
  ** 국민기초 신청하지 않는 경우 제대일(자격중지일) 다음날 의료급여 상실 처리

라. 기초의료급여 수급자 선정 기준

가) 소득인정액 기준

● 소득인정액이 기준 중위소득 40% 이하인 가구

(단위 : 원)

구분	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구	7인가구
2022년 (중위소득 40%)	777,925	1,304,034	1,677,880	2,048,432	2,409,806	2,762,802	3,112,237
2023년 (중위소득 40%)	**831,157**	**1,382,462**	**1,773,927**	**2,160,386**	**2,532,275**	**2,891,193**	**3,243,006**

● 소득인정액 산정방식

• 소득인정액 = 소득평가액 (실제소득 - 가구특성별 지출비용 - 근로소득공제) + 재산의 소득환산액 [(재산 - 기본재산액 - 부채) × 소득환산율] + 부양비(부양능력 미약 판정시)

※ 소득평가액 및 재산의 소득환산액이 (-)인 경우는 0원으로 처리

- 2020년부터 의료급여 소득인정액 산정방식이 아래의 항목에 대해 **생계급여 소득인정액 산정방식과 달리 적용됨**에 유의

■ 의료급여는 25세~64세의 근로·사업소득에 대한 소득공제 미적용
다만, 행정인턴 참여자는 소득공제(30%) 적용
* 생계·주거·교육급여는 25~64세의 근로사업소득에 대한 소득공제(30%) 적용

■ 기본재산 공제액

구분	서울	경기	광역·세종·창원	기타
생계·의료급여	9,900만원	8,000만원	7,700만원	5.300만원

■ 재산기준 특례대상 가구(근로무능력자로만 구성된 가구, 재산처분이 곤란한 가구) 기본재산 공제액

구분	재산가액 기본조건 추가조건			
	서울	경기	광역·세종·창원	기타
생계·의료급여	14,300만원 이내	12,500만원 이내	12,000만원 이내	9,100만원 이내

■ 주거용재산 인정 한도액

구분	서울	경기	광역·세종·창원	기타
생계·의료급여	1억7,200만원	1억5,100만원	1억4,600만원	1억1,200만원

* 그 외 부양의무자 기준 등 세부 사항은「국민기초생활보장사업안내」참조

나) 부양의무자 기준 폐지 적용 대상('19.1.1~)

- 부양의무자 가구에 장애인연금 수급 등 중증장애인이 포함된 경우('19.1.1.시행)
  - 「장애인연금법」 제2조 제4호에 따른 장애인 연금 수급자, 「장애인복지법」 제32조에 따른 등록 장애인으로서 20세 이하이고, 장애 정도가 심한 중복 등록 장애 아동
- 30세 미만 한부모가구인 수급(권)자인 경우('19.1.1.시행)
  - 「한부모가족지원법」 제4조에 따른 한부모 자격 책정 가구로서 만 30세 미만 모 또는 부와 18세 미만 아동으로 구성된 세대
- 30세 미만 시설 퇴소(보호종료) 아동인 수급(권)자인 경우('19.1.1.시행)
  - 「아동복지법」 제52조 제1항 제1호 아동양육시설, 제4호 공동생활가정 퇴소아동, 「아동복지법」 제3조 제6호에 따른 가정위탁 종료아동
- 부양의무자 가구에 기초연금 수급 노인이 포함된 경우('22.1.1.시행)
  - 「기초연금법」 제2조 제3호에 따른 기초연금 수급자

마. 「국민기초생활 보장법」에 의한 특례수급자

의료급여 특례

가) 적용대상자(아래의 조건을 모두 만족하는 경우)

- 수급(권)자 가구의 실제소득에서 6개월 이상 지속적으로 발생하는 본인부담 의료비 지출 평균금액을 공제하면 의료급여 선정기준 이하에 해당하나,
  - 동 특례 수급자로 선정된 이후에는 의료급여가 지급됨에 따라 본인부담 의료비가 감소하여, 감소된 본인부담 의료비를 적용하면 의료급여 선정기준을 초과하는 가구의 지속적인 의료비 지출이 발생하는 가구원 개인

* 「기초생활보장사업안내」 의료급여특례 제도 참고

** 차상위본인부담경감대상자 우선 안내

나) 적용방법

- 6개월 이상 기간 동안 지출된 본인부담 의료비 총액에 대해
  - 해당기간 동안의 평균의료비를 산출하고, 그 평균 의료비를 해당 가구의 소득인정액에서 차감 적용하여 동 특례 적용대상자 적합여부 판단
- 질환명 및 치료기간 확인을 위한 의료기관의 진단서와 평균의료비 산정을 위한 진료비(약제비 포함, 간병비 제외) 영수증 첨부

다) 급여내용

- 의료급여 : 지속적인 본인부담 의료비 지출이 발생하는 가구원 개인에 대해서만 추가 지급

(가) 1종 : 등록 결핵질환자, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀질환, 중증난치질환 및 중증질환 (암환자, 중증화상환자) 등록자

(나) 2종 : 등록 결핵질환자, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀질환, 중증난치질환 및 중증질환 (암환자, 중증화상환자) 등록자를 제외한 기타 질환자

라) 사후관리

- 의료급여 특례 수급자 이외의 나머지 가구원이 수급자가 아니더라도 의료급여 선정기준 초과여부 및 지속적으로 지출되는 본인부담 의료비 공제 시 의료급여 선정기준 이하 여부 확인을 위해
  - 가구 전체 및 그 부양의무자에 대해 연 1회 이상 확인조사 실시
- 질병의 지속 여부 및 본인부담 의료비 발생여부 확인을 위해 연 1회 진단서 및 진료비 영수증을 제출 받아 확인
- 사회보장정보시스템에 특례기간을 1년 단위로 입력하여 관리하고 특례기간 내에 재조사 되지 않으면 즉시 급여종류별 선정기준에 따라 가구단위로 보장 여부 결정

자활급여 특례

가) 적용대상

- 수급자(조건부 및 일반수급자)가 자활근로, 자활기업, 자활인턴 등 자활사업 및 취업성공패키지(고용노동부)에 참가하여 발생한 소득으로 인하여 소득인정액이 의료급여 선정기준인 기준 중위소득 40%를 초과하는 경우
- 자활장려금의 자활소득공제가 적용될 때는 가구의 소득인정액이 의료급여 수급자 선정기준을 만족하는 가구였으나
  - 자활장려금의 자활소득공제 폐지 때문에 소득인정액이 의료급여 선정기준인 기준 중위소득 40%를 초과하는 경우

나) 급여내용

- 자활급여특례자가 포함된 가구의 모든 가구원에 대해 자활특례로 결정된 달부터 5년간 지급
  - 보건복지부장관이 정하여 고시하는 등록 결핵질환자, 희귀질환, 중증난치질환자 및 중증질환자 (암환자, 중증화상환자)가 있는 가구의 경우 : 개인에 대하여 1종 의료급여를 실시하고, 다른 가구원에 대해서는 2종 의료급여 실시
  - 보건복지부장관이 정하여 고시하는 등록 결핵질환자, 희귀질환, 중증난치질환자 및 중증질환자 (암환자, 중증화상환자)가 없는 가구의 경우 : 모든 가구원에 대하여 2종 의료급여 지급

구직촉진수당 지급에 따른 특례

가) 적용대상

- 의료급여수급자 가구원의 구직촉진수당 수급으로 발생한 소득으로 인하여 소득인정액이 의료급여 선정기준인 기준 중위소득 40%를 초과하는 의료급여 수급가구

나) 기준초과 판정 시점

- 구직촉진수당 수급으로 발생한 소득 때문에 전월 평균 소득 인정액이 의료급여 선정기준을 초과하는 달
- 그 다음 달 1일부터 구직촉진수당 특례 수급가구로 선정

다) 특례적용기간

- 구직촉진수당특례자가 포함된 가구의 모든 가구원에 대해 구직촉진수당 수급월부터 수급기간까지 지급

  * 특례기간 종료 후에는 의료급여 선정기준에 따라 즉시 보장 여부 결정

  ** 구직촉진수당 특례를 적용받는 수급자가 구직촉진수당 외의 다른 소득인정액만으로 기준 중위소득 40%를 초과하는 경우는 즉시 특례적용 중지

3 「의료급여법」에 의한 수급권자 : 행려환자

가. 급여의 내용

- (적용대상) 「의료급여법」 제3조제1항제10호 및 동법 시행령 제2조제1호의 규정에 해당하는 자
- (급여자격) 1종 의료급여
- (보장기관) 행려환자가 발생한 지역을 관할하는 시장·군수·구청장
- (급여 개시일) 행려환자로 결정된 자에 대하여는 영 제6조 단서의 규정에 의하여 진료개시일부터 소급하여 의료급여 실시

나. 선정기준(다음 4가지 요건을 모두 충족해야 함)

① 일정한 거소가 없는 자

- 거소는 사람이 다소의 기간을 계속하여 거주하는 장소로서 그 장소와의 밀접한 정도가 주소만 못한 곳을 말함
- 주민등록이 있더라도 실제 거주하지 않는 경우에는 일정한 거소가 없는 것으로 간주

② 행정관서(경찰서, 소방서 등)에 의하여 병원에 이송된 자

- 의료기관에 행려환자를 인계한 공무원은 의료기관측에 환자 인계서 작성

  * 정해진 양식은 없으며 환자 발견 장소, 인계시점까지 확인된 환자의 인적사항, 인계자의 소속, 성명, 연락처, 서명 등이 포함되어야 함

  ** 경찰서 피구호자 인계서(별지 제2호 서식) 또는 소방서 구급활동일지(별지 제5호 서식)도 가능

- 행정관서 공무원의 도움없이 환자 스스로 병원을 찾은 경우에는 행려환자로서 의료급여 수급자로 선정 불가

③ 응급환자임이 의사 진단서(또는 소견서)상 확인되는 자

- 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호 내지 제3호의 규정에 의한 응급의료(응급처치 및 응급진료)를 받은 응급환자임이 확인되는 자

  * 응급환자가 아닌 단순 주취자는 행려환자로서 의료급여 선정 불가

【응급의료 관련 규정】

「응급의료에 관한 법률」

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "응급환자"란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 사람을 말한다.
2. "응급의료"란 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위험에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 하는 상담·구조(救助)· 이송·응급처치 및 진료 등의 조치를 말한다.
3. "응급처치"란 응급의료행위의 하나로서 응급환자의 기도를 확보하고 심장박동의 회복, 그 밖에 생명의 위험이나 증상의 현저한 악화를 방지하기 위하여 긴급히 필요로 하는 처치를 말한다.

「응급의료에 관한 법률 시행규칙」

제2조(응급환자) 제2조(응급환자) 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에서 "보건복지 부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 별표 1의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

[별표 1]

응급증상 및 이에 준하는 증상(제2조제1호관련)

1. 응급증상

가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상

나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크

다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성 대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)

라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성· 다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상

마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈

바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실

사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애

2. 응급증상에 준하는 증상

가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
라. 출혈 : 혈관손상
마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

④ 부양의무자가 없거나 부양의무자의 부양능력이 없는 자

- 신분증 또는 신원조회를 통해 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양 능력이 없거나 부양을 기피하는 것으로 파악된 자

* 부양의무자(직계혈족 및 그 배우자)가 확인되었으나 부양을 거부하거나 기피하는 경우에는 행려환자 및 부양의무자가 밝힌 거부기피사유의 타당성 여부를 판단하여 인정될 만한 경우에만 수용

【부양의무자의 부양능력, 기피 여부 확인방법】

- 수급권자로부터 부양거부·기피, 부양을 받을 수 없는 사유 등 관련 소명서를 제출받고, 소명서 작성이 용이하지 않은 경우 담당공무원이 행려환자와의 상담 등을 통해 판단
- 의료급여 담당공무원은 부양의무자와 유선 등으로 가족관계 해체 및 부양기피 등 사유를 상담하고 이를 토대로 사실조사 복명서 작성

* 국민기초생활보장사업 안내 제3편 Ⅴ. 부양의무자 조사 참조

다. 선정절차

① 경찰관서, 소방관서(119 구급대) 등이 행려환자를 의료기관으로 이송

② 행려환자를 의료기관으로 이송했거나 119 구급대원의 요청으로 병원에 온 경찰관은 신분증을 확인하고, 신분증이 없는 경우 지문을 채취

※ 미성년자임이 명확한 경우, 지문채취를 생략하고 유전자(구강상피세포) 채취

③ 지문 또는 유전자를 채취한 경찰관은 신속히 의료기관 소재지 관할 경찰서에 감식을 의뢰

- 의료기관 소재지 관할 경찰서는 가급적 1개월 이내에 감식결과를 행려환자 보장기관(행려환자가 최초 발견된 시·군·구)에 통보

④ 병원은 발견된 장소의 보장기관에 행려환자 책정을 요청

- 의료기관은 시·군·구에 행려환자 책정 요청 시 공무원의 환자인계서 사본, 응급환자임을 명시한 의사의 진단서(또는 소견서) 원본 제출
- 의료기관이 입원 10일 경과 후 요청 시에는 요청지연 사유서도 제출

⑤ 보장기관은 의료기관이 행려환자 책정을 요청한 경우 신속하게 결정

- 보장기관은 행려환자의 신원이 확인되는 대로 법정 부양의무자 외에 다른 가족 및 친척이 있는지 확인하여야 하며, 가능한 가족·친척 등에게 인계될 수 있도록 조치

※ 행려환자 책정은 부양의무자(1촌의 직계혈족 및 그 배우자)의 단절 여부만 충족되면 선정 가능

- 행려환자 책정 이전에 이미 사망한 경우에도 행려환자 책정요건을 충족한다면 행려환자 소급 책정 가능

⑥ 더 이상 행려환자로 보호할 사유가 소멸된 경우에는 상실 처리

- 행려환자로 보호 중에도 부양의사를 표하는 부양의무자 또는 가족·친척이 나타나면 보장기관은 지체 없이 환자를 부양의무자 등에게 인계한 후 의료급여 중지 결정하고 중지결정일의 다음 날로 의료급여 자격상실
- 경증질환으로 퇴원하거나 시설로 전원, 의료급여기관에서 임의 퇴원하여 행방을 모르는 경우에는 퇴원일 다음 날로 상실 처리

라. 유의사항

행려환자에 대한 신원확인 요령

- 1차 지문감식 결과 동일 지문이 없는 것으로 판명된 경우 2~3개월 간격으로 재차 지문감식을 의뢰하고, 6개월 이내에 3차까지 의뢰
  ※ 2차 지문 감식시 경찰이 직접 지문채취 할 수 있도록 경찰서 협조 요청
- 3차에 걸친 지문 감식에도 불구하고 지문손상이 심하여 동일 지문이 없는 것으로 판명된 경우 유전자감식을 1회 행할 것
- 행려환자 최초 책정 시 미성년자임이 명백한 경우에는 지문감식을 생략하고 유전자감식만을 1회 행할 것
- 지문감식, 유전자감식 이후에도 신원이 확인되지 않는 경우에는 "확인불가" 결정
- 경찰서에 지문/유전자감식 의뢰 시 다음 사항을 필히 명기할 것

[지문 / 유전자 감식 의뢰 근거]

- 경찰관직무집행법 제4조제4항 및 같은 법 시행령 제8조
- 의료급여법 시행령 제2조제1호 및 제21조제1호

* 지문/유전자감식 의뢰시 공문 제목 : "행려환자 지문/ 유전자감식을 통한 주민등록번호 확인 요청(000씨 건)"

[지문 채취 요령]

- 행정복지센터 주민등록을 위한 지문 채취 용지를 이용하여 환자의 지문을 채취하되 가급적 지문을 최대한 명확하게 채취하도록 노력할 것
- 1차 채취한 지문이 선명하지 않아 지문감식 불능 판정이 난 경우, 최초 입원당시 위생상태 및 영양정도가 좋지 않아 지문이 흐리게 나온 것일 수 있으므로 2-3개월 후에 2차 지문을 채취(감식하는 데 통상 1달 정도 소요)

[유전자 감식용 샘플 채취 요령]

- 면봉으로 어금니 바깥쪽 잇몸을 몇 번 문지른 후 통풍이 잘 되는 그늘에서 24시간 정도 건조(제대로 건조되지 않아 부패되면 유전자 감식이 불가능)
- 동일 과정으로 면봉 총 3개를 채취
- 건조된 면봉 3개를 잘 건조된 종이봉투에 넣은 후 재차 종이봉투에 넣어 병원 소재지 관할 경찰서(과학수사팀)에 의뢰(감식하는 데 통상 1달 정도 소요)

신원확인 여부에 따른 자격책정

- 행려환자 최초 책정 시 주민등록번호가 파악된 경우에는 필히 주민등록번호로 자격을 취득시킬 것
  ※ 말소자 또는 주민등록지와 실거주지가 상이하더라도 주민등록번호로 취득
- 행려환자 최초 책정 시 주민등록번호가 파악되지 않는 경우, 전산관리번호로 취득시키되, 추후 주민등록번호가 확인되면 전산관리번호는 상실처리하고 같은 날로 주민등록상 성명 및 주민등록번호로 취득
  ※ 다만, 말소된 주민등록번호로 자격부여가 불가(기존 주민등록번호로 수급이력이 없는 경우 등)한 때에는 전산관리번호 유지
- 환자관리의 편리성을 도모하기 위하여 행려환자 책정 당시 성명이 확인되지 않은 경우에는 보장기관이 적당한 이름을 부여하되 이름을 '무명○○○'로 할 것
  ※ 환자 본인이 주장하는 이름을 우선 부여하되, 그렇지 않은 경우 성별이 명확하게 드러나는 이름을 부여(예: 무명김철수, 무명이영희 등)

행려환자로 책정된 수급자 사후관리

- 신원조회를 누락하거나, 최초 수급자격 책정 시 '신원 확인 불가' 결정을 한 행려환자는 매년 1회 이상 신원조회 재의뢰
  ※ 실종아동 등에 해당되어 지문 또는 유전자 정보를 「실종아동등의 보호 및 지원에 관한 법률」 시행령 제3조의2제1항에 따른 사전등록시스템에 등록 관리하는 경우 지자체장의 결정으로 신원조회 시행 주기 조정 가능
- 의료기관이 보장기관으로부터 먼 거리에 소재하여 보장기관이 환자를 관리 하는 것이 어려운 경우, 보장기관 인근병원으로 전원 조치하되, 가급적 국공립 병원을 우선적으로 물색
  ※ 경기도 A시가 보장기관이나 환자는 경상남도 B군 소재 병원에 입원하고 있는 경우 우선 A시 관내 병원을 물색하고 적당한 병원이 없는 경우 경기도와 협의하여 경기도내 병원으로 전원조치
- 입원이 장기화될 경우 기초생활보장담당과 협의하여 기초생활수급자 선정 가능 여부 확인 및 신청 안내
  ※ 기초생활수급자로 선정되면 행려환자 의료급여 중지후 국민기초 유형으로 급여유형 변경하고, 특히 국민기초법상 보장시설로 전원되어 시설수급자로 책정된 경우에는 국민기초시설수급자로 급여유형 변경

【참고 : 장기입원 행려환자 시설전환 처리요령】

- 사실조사 : 장애, 의사소통능력 등 시설 생활 가능 여부 등 파악
- 입소 가능 시설 파악 및 입소 절차 등 확인(시설 관련 부서)
  - 개인별 시설보호계획 수립 후 최적 입소시설 파악 및 입소자격 확인*
    * 주민등록, 수급자 및 등록장애인 여부 등
- 무등록자의 성·본 창설
  - 부양의무자 확인공고(가정복지 관련 부서)
  - 가족관계등록부 부존재 증명신청(민원 관련 부서)
  - 성·본의 창설허가 재판청구(관할 가정법원)
    * 기아발견조서 첨부(없을 경우 재작성)
  - 가족관계 등록부 직권등록(민원 관련 부서)
    * 성·본 창설허가 재판서 등본 수령 후 기아발견조서를 신고서로 접수
  - 주민등록 신청(관할 동 주민센터)
    * 가족관계 등록부 및 신청 공무원의 재직증명서 첨부하여 등록기준지 동 주민센터에 협조요청
- 국민기초생활보장 수급자 신청 등
  - 기초수급자 신청 및 장애인 등록* 등
    * 수급자는 장애진단 비용 면제되므로 장애 등록 필요한 경우 수급자 책정 이후 입원중인 의료급여기관에 장애등록 관련 서류 요청할 것
- 시설보호 전환
  - 기초수급자 책정 후 시설보호 전환 추진
  - 시설 소재지 지자체에 입소 의뢰
  - 입소결정 공문 수신 후 해당 시설로 결정 사실 통보

- 의사표현이 가능하며 거동에 불편함이 없는 등 건강상태가 회복된 경우에는 퇴원 조치하고 행려환자로서 의료급여 수급자 자격을 중지

행려환자로 책정된 수급자 관리카드 작성요령

- 15일을 초과 입원하는 환자에 대해서는 행려환자 관리카드[서식 8]를 반드시 작성하고 반기별로 관리내용을 현행화 할 것

  ※ [서식 8]의 행려환자 관리카드 참조

- 관리카드는 가급적 상세히 기재하고 작성일 작성자 이름을 명시하고, 최초 응급진료 진행상태, 현재 병명, 주치의 소견, 타 상병 추가발생 여부, 장기입원, 전원, 퇴원 등 의료기관 이용실태를 수시로 확인하여 관리카드에 상세히 기재
- 신원확인을 위한 지문·유전자감식 진행상황도 관리카드에 상세히 기재

행려환자 사망 시 조치요령

- 행려환자로 책정된 수급자 사망 시 1차적으로 연고자에게 인계하고, 연고자가 없거나 찾을 수 없는 경우, 연고자가 신병인수를 거부할 때는 「장사 등에 관한 법률 제2조제16호사목 및 아목의 규정에 의거, **의료급여 수급자로 책정한 시군구가 장례를 치루어야 함**

  ※ 연고자도 없고 수급자 등 정부보호를 받던 시민이 아닌 경우에만 망자 발생 병원 소재지 시군구가 장례를 치룸

- 보장기관인 시군구가 장례를 치루어야 하는 경우, 보장기관의 의료급여 담당 부서는 「장사 등에 관한 법률」 제12조에 따라 보장기관의 장제 등 사망처리를 할 수 있는 담당부서로 통보

  * 의료급여 수급자가 병원에서 사망하는 경우, 특별한 사유 없이 망자가 병원에 장기간 안치되는 사례가 발생하지 않도록 유의

  ** 병원에서 질환, 노환 등으로 사망하는 것은 변사(사고사 추정)가 아니므로 경찰이 처리할 사항이 아님

  *** 행려환자가 사망, 퇴원, 전원 등 변동사항 발생 시 즉시 보장기관에 통보

의료기관의 행려환자 책정요청 지연에 따른 조치

- 의료기관이 행려환자 책정 요청을 늦게 하여 요청지연 사유서를 제출하는 경우에는 향후 이런 일이 없도록 병원 측에 주의를 줄 것
- 책정 요청 지연으로 행려환자의 주민등록확인 및 부양의무자 확인을 못하는 경우, 행려환자로 책정되지 못할 수도 있음을 반드시 안내

행려환자 책정요청을 받은 환자가 실종아동 또는 치매노인인지 여부를 확인 하여,

- 「실종아동 등의 보호 및 지원에 관한 법률」 제2조에 따른 실종아동 등에 해당된다고 판단할 경우 실종아동전문기관(www.missingchild.or.kr, 02-777-0182) 홈페이지 상에 인적사항 입력

【참고 : 실종아동 등록방법】

- 통보대상 : 실종 당시 14세 미만인 아동 또는 지적장애인, 자폐성 장애인, 정신장애인인 성인
- 등록방법 : 실종아동전문기관 홈페이지에서 신상카드를 직접 입력(사전에 실종아동전문 기관에 전화해서 시군구 고유의 아이디와 비밀번호를 부여받아야 로그인 가능)

  * 실종아동신상카드는 실종아동 등의 보호 및 지원에 관한 법률 시행규칙 별지 제2호 [서식 9] 참조

- 변경사항 통보 : 신규입력 후 저장된 자료에 대하여는 시군구가 직접 수정불가 하므로 병원 전원, 퇴원, 시설로 전환 등 변동사항이 생긴 경우에는 변경사항을 공문으로 통보

- 치매노인인 경우 중앙치매센터(www.nid.or.kr, 1666-0921) 홈페이지에 인적사항 등록

〈행려환자 관리카드[서식 8]〉 (작성 예)

최초담당자 : 경기도 의왕시 사회복지과 홍길동 주무관 (031-***-****)
현재담당자 : 경기도 의왕시 주민생활지원과 이순신 주무관 (031-***-****)
현재입원기관 : ○○병원 (031-***-****)

<table>
<tr><td rowspan="3">인적사항</td><td>성 명</td><td></td><td>성별</td><td></td><td>( ) 주민등록 번 호</td><td>-</td><td rowspan="3">사진</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>( ) 전산관리 번 호</td><td>-</td></tr>
<tr><td>발견당시 주민등록지</td><td colspan="3"></td><td>전화 번호</td><td>-</td></tr>
<tr><td></td><td>발생일시 /장소</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">응급진료</td><td>최초입원 일 자</td><td>2009.9.16</td><td>급여기관 (전화번호)</td><td>ooo병원 (031-***-****)</td><td>주 소</td><td colspan="2">경기도 수원시 000번지</td></tr>
<tr><td>병 명</td><td>정신분열병</td><td>응급진료 사 항</td><td colspan="4">환청과 이에 따른 이상행동을 완화하기 위하여 약물치료와 정신요법 병행</td></tr>
<tr><td rowspan="2">현재 입원상황</td><td>입 원 일 자</td><td>2011. 6. 1</td><td>급여기관 (전화번호)</td><td>oooo병원 (031-***-****)</td><td>주 소</td><td colspan="2">경기도 의왕시 ooo번지</td></tr>
<tr><td>병 명</td><td>정신분열병</td><td>진료사항</td><td colspan="4">입원 당시 보다는 안정을 찾았으나 여전히 약물요법 및 입원이 필요한 상태임</td></tr>
<tr><td rowspan="6">연고자 (부양 의무자)</td><td>성 명</td><td>강감철</td><td>주민등록 번 호</td><td>67****-1******</td><td>관 계</td><td>남동생</td><td>직 업</td><td>건설일용직</td></tr>
<tr><td>주 소</td><td colspan="3">경기도 시흥시 oo동 000-00 주몽아파트 ooo호</td><td colspan="2">전화번호</td><td colspan="2">031-***-**** 010-****-****</td></tr>
<tr><td colspan="2">국민기초생활보장 수급권자 여부</td><td>여( ) 부(○)</td><td>참고 사항</td><td colspan="4">행려환자 발생사실을 통보하였으나 가족관계단절을 주장하며 신병인수를 거부함</td></tr>
<tr><td>성 명</td><td>강감순</td><td>주민등록 번호</td><td>47****-2******</td><td>관 계</td><td>누나</td><td>직 업</td><td>주부</td></tr>
<tr><td>주 소</td><td colspan="3">경기도 수원시 논곡동 000번지 0호 oo아파트 ***호</td><td colspan="2">전화번호</td><td colspan="2">031-***-**** 010-****-****</td></tr>
<tr><td colspan="2">국민기초생활보장 수급권자 여부</td><td>여(○) 부( )</td><td>참고사항</td><td colspan="4">행려환자 발생사실을 통보하였으나 생활고를 호소하며 신병인수를 거부함</td></tr>
<tr><td>신원확인</td><td colspan="8">확인진행중 ( )
신분증으로 확인 ( )
지문으로 확인 ( )
유전자로 확인 ( )
지문감식결과 확인불가 : 동일 지문 없음 ( ) 지문영구마멸·손상으로 확인불가 (○)
유전자감식결과 확인불가 (○)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">감식</td><td colspan="3">1차 감식(지문)</td><td colspan="3">2차 감식(지문)</td><td colspan="2">3차 감식(지문)</td></tr>
<tr><td colspan="3">채취자: 의왕파출소 채제공
채취일: 2009.9.16
의뢰경찰서: 의왕경찰서
결과통지일: 2009.10.16
감식결과: 동일지문 없음</td><td colspan="3">채취자: 의왕시청 홍길동
채취일: 2009.12.31
의뢰경찰서: 의왕경찰서
결과통지일: 2010. 1.31
감식결과: 동일지문 없음</td><td colspan="2">채취자: 의왕시청 홍길동
채취일: 2011. 7.15
의뢰경찰서: 의왕경찰서
결과통지일: 2011. 8.15
감식결과: 동일지문 없음</td></tr>
<tr><td colspan="3">4차 감식(유전자)</td><td colspan="3">5차 감식( )</td><td colspan="2">6차 감식( )</td></tr>
<tr><td colspan="3">채취자: 의왕시청 홍길동
채취일: 2011. 9.12
관할경찰서: 의왕경찰서
결과통지일: 2010.10.12
감식결과: 동일유전자 없음</td><td colspan="3">채취자:
채취일:
관할경찰서:
결과통지일:
감식결과:</td><td colspan="2">채취자:
채취일:
관할경찰서:
결과통지일:
감식결과:</td></tr>
<tr><td>행려환자 선 정</td><td>최초 병원이송자</td><td colspan="2">의왕파출소 체재공 경사</td><td>선정일자</td><td>2009.9.17</td><td>진료개시일 소급적용일자</td><td colspan="2">2009.9.16</td></tr>
</table>

사후관리		
년월일	관 리 내 용	작성자 (직, 성명)
2009. 9. 16	1. 노상에 쓰러져 있어 지나가던 시민의 신고를 받고 의왕파출소(채제공 경사)가 환자를 병원으로 이송함 2. 신분증을 소지하지 않아 지문을 채취하고(채취자 : 의왕파출소 채제공 경사) 의왕파출소가 국립과학수사연구소에 지문감식 의뢰하였으나 동일인 지문이 없는 것으로 나타남 3. 행려환자 책정함	주무관 홍길동
2009. 10. 7	1. 상담을 시도하였으나 노숙생활, 가족관계 등이 앞뒤가 맞지 않고 모순되어 정상적인 상담이 이루어지지 못하였음 2. 병원측으로부터 진단서를 받음 : '정신분열병'으로 향후 지속적인 관찰이 필요함	주무관 홍길동
2009. 12. 31	1. 2차 지문채취를 하여(채취자 : 의왕시 사회복지과 홍길동 주무관) 의왕파출소에 지문감식 의뢰한 결과, 동일인 지문이 없는 것으로 나타남	주무관 홍길동
2010. 1. 5.	1. 연고자(강감철, 강감순)에게 전화하여 행려환자의 신병인수를 권유하였으나 현실적 어려움(20년이 넘는 가족관계 단절)으로 부양의사가 없다고 하였음	주무관 홍길동
2010. 3. 18	1. 병원측으로부터 진단서를 받음 : 여전히 정신분열병(임상적)인 것으로 진단받았으며, 사고과정의 장애, 비현실적 사고 등의 증상은 다소 호전되었으나 지속적인 치료가 필요함 2. 위 사실을 연고자(강감철)에게 전화로 통보함	주무관 김유신
2010. 7. 1	1. 환자 상태를 점검하기 위하여 병원을 방문하여 환자를 면담함. 상태 호전되지 않음 2. 위 사실을 연고자(강감철, 강감순)에게 우편으로 통보함 3. 3차 지문채취를 하여(채취자 : 의왕시 사회복지과 홍길동 주무관) 의왕파출소에 지문감식 의뢰한 결과, 강감찬(52****-1******)으로 확인됨	주무관 김유신
2011. 6. 1.	1. 환자 관리를 용이하게 하기 위하여 의왕시내 소재 정신병원인 ○○○병원으로 전원조치함 2. 위 사실을 연고자(강감철, 강감순)에 우편으로 통보함	주무관 양만춘
2011. 7. 8.	1. ○○병원을 주소로 하여 말소자 주민등록 재등록함 2. 기초생활보장 수급자 신청함 3. 위 사실을 연고자(강감철, 강감순)에 우편으로 통보함	주무관 양만춘
2011. 7. 23	1. 기초생활보장수급자로 책정됨(부양의무자와의 가족관계 단절로 심의결정) 2. 의료급여 유형을 행려환자에서 재가국민기초 유형으로 변경함 3. 위 사실을 연고자(강감철, 강감순)에 우편으로 통보함	주무관 이순신
2011. 8. 1	1. 관내 정신요양시설인 oo요양원(031-***-****)으로 전원 조치함 2. 위 사실을 연고자(강감철, 강감순)에 우편으로 통보함 3. 행려환자 관리를 종결함	주무관 이순신

4 타법에 의한 의료급여 수급권자

가. 지원유형

【의료급여 타법 수급자 유형】(의료급여법 제3조제1항 제2호~제9호)

「의료급여법」 제3조(수급권자) ① 이 법에 의한 수급권자는 다음 각 호와 같다.

2. 「재해구호법」에 따른 **이재민**으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
3. 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료급여를 받는 사람
4. 「입양특례법」에 따라 국내에 **입양된 18세 미만의 아동**
5. 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「보훈 보상대상자 지원에 관한 법률」의 **적용을 받고 있는 사람과 그 가족**으로서 국가 보훈처장이 의료급여가 필요하다고 추천한 사람 중에서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
6. 「무형문화재 보전 및 진흥에 관한 법률」에 따라 지정된 국가무형문화재의 **보유자 (명예보유자를 포함한다) 및 그 가족**으로서 문화재청장이 의료급여가 필요하다고 추천한 사람 중에서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
7. 「북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률」의 **적용을 받고 있는 사람과 그 가족**으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
8. 「5·18민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」 제8조에 따라 **보상금 등을 받은 사람과 그 가족**으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
9. 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」에 따른 **노숙인** 등으로서 보건복지부 장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람

나. 일반원칙

- 타법 의료급여 수급자는 근로능력 유무에 따라 의료급여 1·2종 지원

※ '23.1.1. 이전 신청한 타법수급자는 기존 1종 유지. 다만, '23.1.1 이후 신규 신청 가구원에 대해서는 근로능력 유무에 따른 1·2종부여(이재민 노숙인은 계속적으로 1종 부여)

- 타법 의료급여 수급자 1종 : 의료급여법 시행령 제3조제2항 각호에 해당하는 사람으로 국민기초 1종 수급권자 자격기준(26-27p) 참고
- 타법 의료급여 수급자 2종 : 타법 의료급여 수급자 1종 기준에 해당되지 않는 자

- 타법에 의한 수급권자중 기초생활보장수급자인 경우에는 타법 의료급여 우선 적용

※ 기초의료급여자격관리를 위하여 기초의료급여자격유지, 의료급여 타법책정

- 타법 의료급여 수급자가 기초생활 보장시설에 입소하는 경우에도 타법 유형 유지
- 타법 의료급여 수급자 선정 시 먼저 타법의 적용을 받는 수권자 본인인지 확인 후 행복e음에 "당사자여부" 입력하여 자격관리 시 활용

● 타법 의료급여 수급자 전출입의 경우

- 가구원 전부 전출입 : 전입일로 보장기관 변경처리
- 가구원 일부 전출입 : 가구단위 보장유형 중 수권자를 포함한 가구는 의료급여 유지, 잔여 가구원은 보장가구 범위에서 제외되는 경우에는 수권자와 가구가 분리된 날로 의료급여 중지

● 교정시설 수용, 사망, 행방불명, 말소(국적상실자, 거주불명등록)의 경우 타법 적용대상자(수권자) 의료급여 상실 처리

- 타법 적용대상자(수권자)를 포함한 가구원 모두 의료급여 상실 처리
- 다만, 타법 적용대상자(수권자)가 아닌 경우에는 해당 가구원만 사유 발생일 다음 날로 의료급여 상실 처리

● 타법 의료급여 수급자가 해외이주 시 의료급여 유지 여부

- 타법 의료급여 수급자가 해외 이주 시에는 의료급여 상실처리 하고, 여행·사업 등의 목적으로 60일 이상 해외에 체류하는 경우에는 **61일째*** 되는 날로 의료급여 상실 처리

* 통산 방법 등 구체적 산정기준은 국민기초 준용

● 각 사업별로 따로 정하지 않는 세부적인 사항 등은 국민기초 준용

- 이자배당소득 : 금융기관 회신 이자배당소득 공제 월1만원
- 타법 의료급여 수급자 중 대학생·24세 이하 청년층 및 북한이탈주민 근로·사업소득 공제(국가무형문화재, 북한이탈주민)

구분	현황
대학생	40만원 + 초과분의 30% 공제
24세 이하 청년층	40만원 + 초과분의 30% 공제
북한이탈주민	20만원 + 초과분의 30% 공제

● 타법 의료급여 수급자 2종 신설에 따른 처리기준

- '23.1.1.이후 타법 신규 신청자(수권자)를 포함한 가구원 또는 일부 신규 전입 가구원에 대해 근로능력 유무에 따라 1·2종 부여

※ '23.1.1. 이후 일부 신규 전입 가구원(신청자)으로 인해 기존세대(1종)와 다른 2종 부여 시 별도세대로 관리

- 국가유공자·5.18민주화운동 관련자의 경우, 수권자 사망 등에 따른 승계 사유 발생 시 기존 대상자는 1종 자격유지, 동일세대 신규 적용자(23.1.1. 이후 신규 신청자)를 대상으로 근로능력 유무에 따라 1·2종 부여

※ 타법 2종 수급권자의 자격 정비 기준은 타법 기준에 따라 관리

다. 타법 의료급여 수급권자 유형별 선정기준

(1) 이재민

구 분		내 용
지원대상		• 「재해구호법」 제2조에 해당하는 이재민 중 「재난 및 안전관리 기본법」 제60조에 따라 특별재난지역으로 선포된 지역에서 발생한 이재민 • 피해기준 : 재난지수 300
실시여부		• 보장기관(시구구)에서 지역내 피해 규모 (인적·물적피해), 지원의 필요성 등을 종합적으로 고려하여 지원대상 및 지원수준 등을 자체적 으로 수립하여 지원
신청	신청인	• 신청권자 : 수급권자, 친족, 기타 관계인 • 제출 : 읍·면·동장
	신청서	• 신청서식 : 사회보장급여 신청(변경)서 [서식 1] • 구비서류(해당자에 한함) : 재해사실증명서(확인 가능한 경우 제외)
선정기준		• 「재난 및 안전관리 기본법」제3조 제1호에 따른 재난(이하 "재난"이라 한다)으로 사망한 사람의 유족 또는 실종된 사람의 가족 • 재난으로 인해 일상생활에 지장을 줄 정도의 질병·부상을 입은 자를 포함한 가구 • 재난으로 인해 주거시설에 다음 중 어느 하나에 해당하는 피해를 입은 가구 - 유실·붕괴 또는 전도 등으로 인한 주거시설의 상실 - 수리하지 아니하고서는 주거가 불가능한 정도의 주거시설의 침수·파손 • 재난으로 주소득자 또는 부소득자의 휴업·폐업·실직 등이 발생하여 병·의원 이용에 경제적 어려움이 있는 경우 • 지자체장이 차상위 계층 등 생활이 어려운 사람 중 재난으로 인해 이재민 의료급여 지원이 필요하다고 인정한 사람 또는 가구 * 시군구 의료급여심의위원회 또는 자체지원계획을 통해 지원대상 결정
선정절차		• 자체 계획 수립(시·군·구) → 타법 의료급여 신청(읍·면·동) → 행복e음 상담신청 등록(의료급여 사업팀) → 자격확인(시·군·구 의료급여사업팀 : 이재민 여부 및 재난등급) → 결정(시·군·구 의료급여사업팀) → 보호기간 경과 후 자격상실 조치(시·군·구 의료급여사업팀)
급여기간		• 재해발생일로부터 3개월간 의료급여 적용 * 의사의 진단에 따라 필요한 경우 의급심을 통해 3개월 연장
기타		• 수급권자의 주소지와 관계없이 특별재난구역으로 선포된 시군구가 지원할 것(책정 후 전출입, 가구원 변동 미반영) • 근로능력 유무에 따른 1·2종 부여 대상 아님

(가) 적용대상 및 선정방법

- 「재해구호법」 제2조에 해당하는 이재민 중 「재난 및 안전관리기본법」 제60조에 따라 특별재난지역으로 선포된 지역에서 발생한 이재민

【이재민의 정의】

「재해구호법」 제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "이재민"이란 「재난 및 안전관리 기본법」 제3조제1호에 따른 재난으로 인한 피해(이하 "재해"라 한다)를 입은 사람으로서 주거시설의 손실 정도 등 대통령령으로 정하는 기준에 해당되는 재해를 입은 사람을 말한다.

「재난 및 안전관리 기본법」 제3조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "재난"이란 국민의 생명·신체·재산과 국가에 피해를 주거나 줄 수 있는 것으로서 다음 각 목의 것을 말한다.
   가. 자연재난 : 태풍, 홍수, 호우(豪雨), 강풍, 풍랑, 해일, 대설, 낙뢰, 가뭄, 지진, 황사, 조류 대발생, 조수, 그 밖에 이에 준하는 자연현상으로 인하여 발생하는 재해
   나. 사회재난 : 화재·붕괴·폭발·교통사고(항공사고 및 해상사고를 포함한다)·화생방사고·환경오염사고 등으로 인하여 발생하는 대통령령으로 정하는 규모 이상의 피해와 에너지·통신·교통·금융·의료·수도 등 국가기반체계(이하 "국가기반체계"라 한다)의 마비, 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 감염병 또는 「가축전염병예방법」에 따른 가축전염병의 확산, 「미세먼지 저감 및 관리에 관한 특별법」에 따른 미세먼지 등으로 인한 피해

- 보장기관(시군구)에서 지역 내 피해 규모(인적·물적피해), 지원의 필요성 등을 종합적으로 고려하여 지원대상, 지원수준, 지원기간 등을 자체적으로 수립하여 지원
  * 보장기관(시군구)는 복지부와의 협의를 거쳐 자체계획을 수립하고 수립된 계획을 공문으로 제출

【이재민 의료급여 적용 예】

① 재난으로 인해 주거시설에 다음 중 어느 하나에 해당하는 피해를 입은자로 재난지수 300 이상인 경우 보장기관(시군구)의 자체계획에 따라 의료급여 지원
- 유실·붕괴 또는 전도 등으로 인한 주거시설의 상실
- 수리하지 아니하고서는 주거가 불가능한 정도의 주거시설의 침수·파손

② 이재민의 주민등록지와 관계없이 특별재난구역으로 선포된 시군구가 지원
- 책정 후 타 시군구로 전출한 경우에도 당초 특별재난지역 선포 시군구가 계속 지원

③ 타 지역 거주자가 여행 중 재난발생지역에서 피해를 입은 경우는 적용대상에서 제외

④ 이재민과 동일주민등록표에 등재되어 있더라도 실제 거주를 하지 않는 등 특별재난으로 피해를 입지 않은 가구원은 의료급여 지원 대상에서 제외할 것

(나) 처리절차

- 시·군·구 자체 계획 수립 → 읍·면·동에 사회보장급여 신청(변경)서[서식 1] 제출 → 특별재난지역의 이재민 여부 확인 후 의료급여 수급권자로 선정

(다) 급여개시일

- **당해 재난이 발생한 날로 소급**하여 급여 개시
  * 특별재난지역으로 선포한 날, 이재민 의료급여 결정 통보일이 아님에 유의
- 의료급여 소급 책정으로 인한 본인부담금 환급
  - 건강보험공단이 건강보험기금과 의료급여기금 간 정산 후 시군구에 정산내역 (본인부담금 표기)을 통보하면, 보장기관은 그 내역을 근거로 이재민에게 본인부담금 환급
    * 이재민이 의료급여기관으로부터 직접 환급받는 것이 아님

(라) 자격상실

- 취득일로부터 보장기관(시군구)의 자체계획에 따른 지원기간(6개월 이내)이 경과하면 상실 처리할 것
- 이재민이 보장기관(시군구)의 자체계획에 따른 지원기간(6개월 이내) 내 사망하는 경우 사망일 다음 날로 상실

(2) 의사상자

구 분		내 용
지원대상		• 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제11조에 의한 1~6급 의상자(義傷者) 및 의사자(義死者)의 유족
신청	신청인	• 신청권자 : 수급권자, 친족, 기타 관계인 • 제출 : 시장·군수·구청장
	신청서	• 신청서식 - 사회보장급여 신청(변경)서[서식 1] • 구비서류 : 의사상자 증명서, 가족관계증명서, 근로능력평가 신청서(해당자에 한함)
선정기준	인적기준	• 1~6급 의상자 • 의사자의 유족(배우자, 자녀, 부모, 조부모 또는 형제자매)
	소득재산기준	• 해당 없음
	기타	• 근로능력 유무에 따른 1·2종 부여 대상
선정절차		• 타법 의료급여 신청(시·군·구 의료급여사업팀 : 의사상자 자격 확인 및 상담신청 등록) → 결정(시·군·구 의료급여사업팀) → 자격상실 사유 발생 시 자격상실 조치(시·군·구 의료급여사업팀)
급여개시일		• 의사상 행위를 한 날로부터 소급적용(의사상자법 제11조제2항)
기타		• **신청기한 제한**(의사상자법 제18조) - 의상자 및 의사자유족은 의사상자 인정결정을 통보받은 날부터 3년이 지나면 신청할 수 없음 • **수급가구원 추가선정 금지** - 의사상 행위 당시 유족의 범위(태아까지 인정)에 해당하는 자에 한하여 의료급여 실시

(가) 적용대상

- 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제11조에 의한 1~6급 의상자(義傷者) 및 의사자(義死者)의 유족
  - 의사자의 경우, **의사자 사망 당시 유족(태아까지 인정)에 대하여** 의료급여를 실시하고, 의상자의 경우, 의상자 본인에 대하여만 의료급여 실시
  - 다만, 부상범위 및 등급이 제1급~제3급*에 해당하는 의상자가 건강보험 직장가입자 자격을 상실하여 피부양자가 지역가입자로 전환되어 건강 보험료가 증가하는 경우, 그 가족에게 의료급여 수급권 부여

* 부상범위 및 등급이 제1급~제3급에 해당하는 의상자가 가구원에 대해서도 의료급여를 받으려는 자는 직장보수명세서, 가족의 지역보험료 납부고지서 등 증빙서류 제출

** 부상등급 : 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 시행령 별표1 참조

【의사자 유족 및 의상자 가족의 범위】

「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제2조(정의) 제5호

5. "의사자유족"이란 의사자의 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 자를 포함한다. 이하 같다), 자녀, 부모, 조부모 또는 형제자매를 말한다.
6. "의상자가족"이란 의상자의 배우자, 자녀, 부모, 조부모 또는 형제자매를 말한다.

(나) 선정방법

- 의상자, 의사자 유족 등이 '사회보장급여 제공(변경) 신청서[서식 1]'를 시·군·구에 제출
  - 주민등록지 관할 보장기관에서 주민등록 가구단위로 책정하고, 동일 주민등록 가구원이라 할지라도 유족의 범위에 해당하지 않는 경우 선정 제외하여야 함
  - 의사자의 유족이 여러 주민등록지에 분리되어 거주할 때에는 각각 선정
- '23.1.1.이후 신규 신청 대상은 근로능력 유무에 따른 1·2종 부여
  - '23.1.1. 이전 의사상자인 경우 '23.1.1.이후 신청시 근로능력 유무에 따른 자격부여(사유 발생일이 아닌, 신청일 기준)

    ※ 의사상행위 당시 기준 유족만 대상으로 추가선정 없음
- 의사상자법 제18조(2011.8.4. 개정)에 따라 의료급여는 **의사상자 인정결정을 통보받은 날부터 3년이 지나면 의료급여 신청 불가**

(다) 급여개시일

- 의사상 행위를 한 날로부터 의료급여 소급 적용(단서삭제)

(라) 자격상실

- 의상자 사망 시 사망일 다음날로 상실
  - 의상자 가구 전체가 의료급여를 받고 있는 경우에는 가구원 전체에 대해 상실

(마) 의료급여 소급 책정으로 인한 본인부담금 환급

- 의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률 제11조 및 같은 법 시행규칙 제7조에 따라 「의료비반환신청서」(같은 법 시행규칙 별지 제11호서식) 및 의료기관이 발행한 진료비 영수증 사본, 가족관계증명서 등을 제출받아 환급함
  - 다만, 공단이 건강보험기금과 의료급여기금 간 정산 후 시군구에 정산내역 (본인부담금 표기)을 통보하면 보장기관은 이를 근거로 환급액을 산정하며, 정산통보 대상에 해당되지 않는 이전 기간에 대한 환급액은 공단에 공문으로 요청하거나 본인이 진료비 영수증 등을 제출한 경우 인정

* 의사상자가 의료급여기관으로부터 직접 환급받는 것이 아님에 유의

(3) 입양아동

구 분		내 용
지원대상		• 「입양특례법」에 의하여 국내에 입양된 18세 미만의 아동
신청	신청인	• 신청권자 : 수급권자, 친족, 기타 관계인 • 신청 : 시장·군수·구청장
	신청서	• 신청서식 - 사회보장급여 신청(변경)서[서식 1] - 입양아동 의료급여(사전·사후) 적용신청서[서식 7] • 구비서류(해당자에 한함) - 입양아동 증빙서류
선정기준	인적기준	• 「입양특례법」에 의하여 국내에 입양된 18세 미만의 아동(개인급여) - 단, 20세 미만의 중고교 재학생 포함 - 「민법」에 따라 입양한 경우는 제외
	소득재산기준	• 해당 없음
	기타	• 근로능력 유무에 따른 1·2종 부여 대상 ※ 18세 미만 아동은 근로능력 없음 부여(20세 미만 중·고교 재학생의 경우 만20세가 도래하는 날까지 근로능력 없음으로 인정)
선정절차		• 타법 의료급여 신청(시·군·구 의료급여사업팀 : 입양아동 자격확인 및 상담신청 등록) → 결정(시·군·구 의료급여사업팀) → 자격상실 사유 발생 시 자격상실 조치(시·군·구 의료급여사업팀)
급여개시일		• 수급권자로 인정된 날부터 개시(의료급여법 시행령 제6조) ※ 주의사항 : 입양아동 지원을 최우선으로 고려하여 신청일에 수급권을 부여할 수 있도록 할 것(처리시 지연됨이 없도록 유의)
적용방식		• 사전지원방식, 사후지원방식 선택한 방식 적용

(가) 적용대상

- 「입양특례법」에 의하여 국내에 입양된 18세 미만의 아동(20세 미만의 중·고교 재학생* 포함)

  * 만 20세의 생일이 도래하는 날이 속한 달까지 적용, 20세가 도래하기 전 중·고등학교를 졸업하는 경우에는 졸업하는 날이 속한 달까지 적용

  ※ 민법에 의한 입양아동(입양특례법에 의해 입양된 아동이 이후 민법에 의해 다른 가정에 재입양된 경우 제외)은 지원대상이 아님

(나) 선정방법

- 입양아동의 양부모가 증빙서류를 구비하여 입양아동 의료급여(사전·사후) 적용신청서 [서식 7]를 제출
  - 증빙서류 : 입양기관의 장, 시장·군수·구청장, 아동상담소장 중 1개 기관에서 발급한 입양 사실확인서 1부
  - 신청장소 : 시·군·구

  ※ 담당자는 입양아동 의료급여 적용 희망자에게 두 가지 적용방식에 대해 안내하고, 선택할 수 있도록 할 것

  ※ 입양증빙서류는 최초 신청시에만 제출하며, 전·출입시 시·군·구 간 서류 이송할 필요는 없음

- 입양아동 본인에 한해 의료급여 실시(그 가족은 제외)

  ※ 반드시 의료급여를 신청한 경우에만 선정 할 것

(다) 급여자격 : 근로능력 유무에 따른 1·2종 자격부여(18세 미만 등으로 1종 부여)

(라) 급여개시일 : 수급권자로 인정된 날부터 개시(의료급여법 시행령 제6조)

※ 주의사항 : 입양아동 지원을 최우선으로 고려하여 신청일에 수급권을 부여할 수 있도록 할 것(처리시 지연됨이 없도록 유의)

(마) 적용방식

- 다음의 두 가지 방식 중 양부모가 선택한 방식을 적용
  - 사전지원방식 : 입양아동을 건강보험증에 기재하되, 수급권자임을 표시하여 의료이용 시 본인부담금 면제('08.2.1일부터 시행)
  - 사후지원방식 : 입양아동을 건강보험과 함께 통합관리하고, 의료이용 시 납부한 본인부담금을 사후 환급('08.3.1일부터 시행)

  ※ 입양아동 의료급여 적용신청을 받아 건강보험공단에 전송하면 건강보험공단에서 건강보험증 발급(다만, 양부모가 기초생활보장수급자일 경우 의료급여증(시행규칙 별지 제6호서식, [서식 10])으로 발급할 수 있음)

구 분	사후지원방식	사전지원방식
증명서	건강보험증	건강보험증
의료급여 수급권자 표기 여부	미표기	주민등록번호 앞에 (A)표기
병의원 등 자격확인 시	건강보험 적용대상자	의료급여 적용대상자
진료시 본인부담금, 의료급여기관 비용청구, 지급	건강보험 적용 (건강보험재정 우선 부담)	의료급여 적용 (의료급여기금)
사후 비용정산	건강보험과 의료급여 간 기관부담금 내부 정산 (건강보험 종별가산률 적용)	비용정산 미발생
	입양아동 부모가 납부한 본인부담금 환급(의료급여)	

【입양아동 수급권자 의료급여 적용 방식】

1. 사후지원 방식

① 자격등록 및 증명서 발급
- 입양아동의 부모가 입양사실을 증명할 수 있는 서류를 첨부, 시·군·구에 의료급여 적용 신청
- 시·군·구에서 입양아동 및 가구주 정보 등 관련 자료를 건강보험공단에 전송
- 건강보험공단 지사에서 건강보험증 발급(수급권자임을 표기하지 않음)

② 의료급여기관 이용 시
- 건강보험증 제시
- 건강보험을 적용하여 진료, 건강보험 본인부담금 납부
- 의료급여기관에서 건강보험으로 청구, 건강보험에서 비용지급

③ 사후 비용정산
- 일정 주기마다(분기별) 건강보험공단에서 해당 아동의 진료내역 발췌
- 시·군·구에서 대상 아동의 부모에게 비용지급

2. 사전지원방식

① 자격등록 및 증명서 발급
- 입양아동의 부모가 입양사실을 증명할 수 있는 서류를 첨부, 시·군·구에 의료급여 적용신청
- 시·군·구에서 입양아동 및 가구주 정보 등 관련자료를 건강보험공단에 전송
- 건강보험공단 지사에서 건강보험증 발급(수급권자임을 표기)

② 의료급여기관 이용 시
- 건강보험증 제시
- 의료급여를 적용하여 진료, 본인부담금 면제
- 의료급여기관에서 의료급여로 청구, 의료급여에서 비용지급

③ 사후 비용정산 : 미 발생

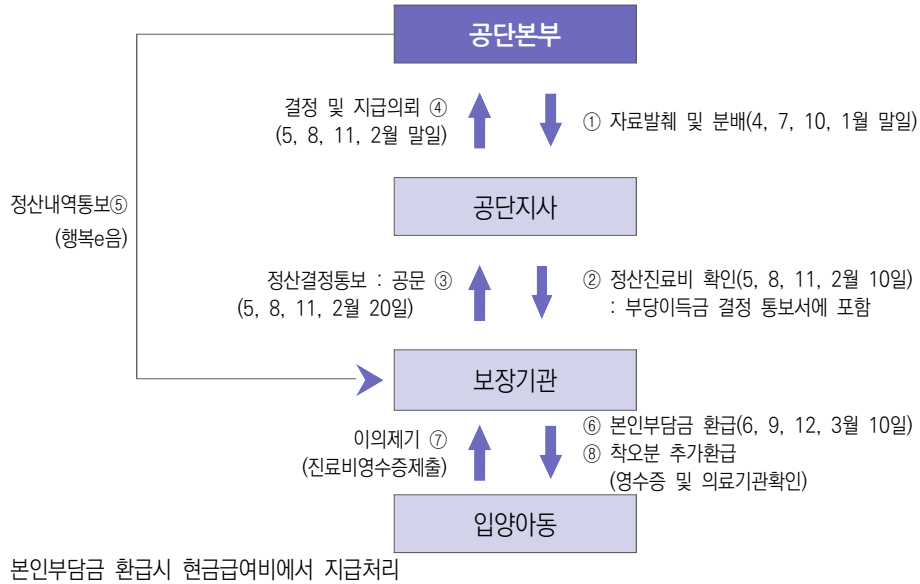
(바) 업무처리절차

● 의료급여 자격등록 및 증명서 발급

- 입양아동의 부모가 입양사실 증명서류를 첨부하여 시·군·구에 의료급여 적용신청 (사후지원 또는 사전지원 방식 선택)
- 시·군·구에서 행복e음을 통하여 입양아동 및 가구주 정보를 건강보험공단에 전송(행복e음 의료급여→입양아동 의료급여 적용 신청)
- 건강보험공단 지사에서 건강보험증 발급(사후지원 방식은 수급권자 미 표기, 사전지원 방식은 수급권자 표기)

(사) 본인부담금 정산(환급)절차

【입양아동 진료비 정산업무처리 흐름도】



※ 본인부담금 환급시 현금급여비에서 지급처리
※ 환급받은 본인부담금의 세부내역은 건강보험공단 홈페이지(http://www.nhis.or.kr)에서 확인가능

● 정산대상

- 사후지원방식을 선택한 입양아동이 건강보험증을 사용하여 발생한 진료비
- 사전 지원방식을 선택한 입양아동 중 의료기관에서 건강보험 진료비로 착오 청구한 건

※ 본인부담금 상한액(국민건강보험법 제44조 및 시행령 제19조제2항)을 초과한 금액 포함

● 정산시기

- 공단은 매분기 익월(4월, 7월, 10월, 1월)말까지 정산대상 자료를 발췌하여 그 다음 달의 말(5월, 8월, 11월, 2월)까지 보장기관과 상호정산

● 정산제외 사항

- 급여제한 사유로 진료비가 발생한 경우는 제외함
- 의료급여기관(요양기관)의 허위 및 착오 청구 등 부당한 방법으로 보험급여 비용 등을 받은 경우는 제외

● 정산 절차

공 단 (급여사후관리부)

정산진료비 지급자료를 발췌하여 공단지사로 통보
- 발췌주기 : 분기별 1회(1, 4, 7, 10월)

공 단 (각 지사)

정산대상 진료비내역(공단부담금, 본인부담금)을 발췌, 보장기관으로 통보
- 발췌주기 : 발췌 다음달(2, 5, 8, 11월)의 10일까지
- 통보서식 : 부당이득금 결정통보서

↓

보장기관

입양아동 정산진료비 내역을 통보받은 달의 20일까지 조정(확정)하고, 지급결정내역을 공단지사에 통보
- 통보주기 : 발췌 다음달(2, 5, 8, 11월)의 20일까지

↓

공 단 (각 지사)

보장기관의 통보내역을 바탕으로 공단본부에 지급의뢰
- 지급의뢰 시기 : 발췌 다음달(2, 5, 8, 11월)의 말일까지

공 단 (의료비지원실)

지사에서 의뢰받은 정산진료비를 시·도 예탁금에서 건강보험재정으로 지급 후 지급내역을 공단(급여조사 2부) 및 보장기관에 통보
* 행복e음 〉 의료급여 〉 사후관리 〉 의료급여비용 정산관리 〉 입양아동 정산진료비 수신내역

보장기관

입양아동의 보호자(부모)가 부담한 본인부담금을 지급신청계좌에 지급
* 지급기한: 정산 다음달(3, 6, 9, 12월)의 10일까지
* 보장기관 현금급여비 예산에서 집행

【입양아동 본인부담 환급사례】

- 입양아동 수급자의 총 진료비 1,500만원(공단부담금 1,150만원, 법정 본인 부담금 300만원, 비급여 50만원)이 나왔을 경우

① 환자부담액 : 250만원 = 200만원(건보 본인부담상한액)+50만원(비급여)

② 건강보험공단이 병의원에 지급 1,250만원=1,150만원+100만원(법정 본인부담금 300만원 - 건강보험 상한액 200만원)

③ 공단이 보장기관(시군구)에 청구하는 금액 : 1,250만원

④ 보장기관(시군구)이 입양아동 부모에게 환불 : 200만원

⇒ 최종적으로 본인이 직접 부담하는 비용 : 비급여 비용 50만원(250만원-200만원(환급금))

(아) 유의사항

- 입양아동의 보호자가 부담한 본인부담금과 공단 전산D/B에서 발췌하여 보장 기관에서 확정한 본인부담금(정산진료비)과 차이가 발생할 경우
  - 입양아동의 보호자가 관련 증빙자료(진료비 영수증)를 첨부하여 해당 보장 기관에 직접 청구
- 입양아동 전출입 시 건강보험공단에서 **본인부담금 환급내역을 통보받은 보장기관(시·군·구청)에서 환급**
- 해당 입양아동이 긴급지원 또는 공동모금회 등에서 의료비를 지원받았을 경우 지원받은 비용을 공제한 후 입금
- 입양아동부모가 의료급여기관에 납부한 본인부담금 내역을 확인하고자 할 경우 → 공단 홈페이지(www.nhis.or.kr)에 회원가입 후 본인부담금 내역확인(공인 인증절차 등 안내 : 1577-1000)

  ※ 입양사실의 노출방지를 위해 유·무선으로 본인부담 환급 내역 등에 대해 질의하는 경우 답변할 수 없음을 설명할 것
- 기타 입양아동 의료급여비 정산은 의료급여비용의 정산에 따름

【입양아동 본인부담금 정산진료비 행복e음 화면】

(자) 입양대상아동 의료급여 처리요령

- 입양대상아동은 국민기초 책정일로부터 의료급여 개시
- 입양대상아동이 국민기초생활보장법에 따른 보장시설에 입소한 경우에는 시설수급자 선정요령에 따라 처리
- 선정절차

① 시·군·구 아동보호전담요원의 직권신청 접수

- 아동 주소지 시·군·구 아동보호전담요원은 입양실무매뉴얼에 따라 입양대상 아동을 입양기관에 보호 의뢰함과 동시에 동 지자체 통합조사팀에 의료급여 수급권 직권 신청(「국민기초생활보장법」 제21조제2항)
- 주민등록번호가 발급된 경우에는 전산관리번호가 아닌 주민등록번호를 사용하고, 주민등록번호 번호 불명자는 의료급여 전산관리번호(자료구분 “4”) 부여(시·군·구청장)

② 소득재산 조사(통합조사관리팀)

- 입양대상아동은 별도가구 보장 대상으로서 당사자만 개인단위 급여
- '23.1.1.이후 신규등록 대상은 근로능력 유무에 따른 1·2종 부여

※ 18세 미만 아동은 근로능력 없음 부여(20세 미만 중·고교 재학생의 경우 만20세가 도래하는 날까지 근로능력 없음으로 인정)

- 의료급여팀(부서)는 직권신청된 입양대상아동에 대한 수급권 결정

* 입양대상아동의 지원을 최우선으로 고려하여 신청일에 수급권을 부여할 수 있도록 할 것(처리시 지연됨이 없도록 유의)

③ 선정

- 급여개시일 : 국민기초(시설)수급자로 선정된 날
- 급여유형 : 국민기초(시설수급자 1종)

※ "입양아동 1종" 유형이 아님에 유의

※ 주의사항 : 입양대상아동 지원을 최우선으로 고려하여 신청일에 수급권을 부여할 수 있도록 할 것(처리시 지연됨이 없도록 할 것)

● 입양기관 및 위탁가정 등 보호기관 변경 시 처리요령

- 종전 보장기관에서 새로운 보호기관이 소재한 보장기관으로 의료급여 자격 관련 자료 통보
- 통보받은 보장기관은 전 보장기관 중지일로 선정 및 의료급여증(시행규칙 별지 제6호 서식, [서식 10]) 발급

● 입양대상아동이 입양이 성립된 경우 처리요령

- 입양된 날로 입양대상아동으로서의 의료급여 중지

※ 이후 양부모로부터 입양아동 의료급여 신청이 있는 경우에만 입양아동으로 책정

(4) 국가유공자

구 분		내 용
지원대상		• 「독립유공자 예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」의 적용을 받고 있는 사람과 그 가족으로서 국가보훈처장이 의료급여가 필요하다고 추천한 사람 중에서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
신청	신청인	• 신청권자 : 수급권자, 친족, 기타 관계인 • 신청 : 각 보훈지청
	신청서	• 신청서식 - 의료급여 제공(변경) 추천 신청서 (국가유공자, 문화재 등)[서식 4] - 금융정보 등(금융·신용·보험정보) 제공 동의서[서식 2] • 구비서류(해당자에 한함) - 임대차계약서, 가족관계증명서, 소득재산 확인서류 등
선정기준	인적기준	• 수권자 및 그 가족
	소득재산기준	• 소득인정액 기준 이원화 일반가구 기준 : 중위 80% 취약가구 기준 : 중위 100% * 취약가구 기준 : 18세 미만, 65세 이상, 장애정도가 심한 장애인[1] 및 국가유공자 등 상이등급 1~3급[2]인 사람으로만 구성된 가구 1) '19.7.1일 전 장애4급으로서 취약가구 적용을 받고 있는 가구는 기존 수급권 보호 2) 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령」제14조제3항에 해당하는 자 중 3급 이상(1~3급)의 상이등급 해당자 • 상이1급자 특례 : 계속보호대상자 중 재산·소득기준 적용 없이 지원(본인) • 국가유공자 의료특례(본인)
	기타	• 간호수당, 생활조정수당 등 소득 공제 • 근로능력 유무에 따른 1·2종 부여 대상
선정절차		• 타법 의료급여 신청·접수 및 시·군·구에 소득재산 조사의뢰 (보훈지청) → 행복e음 신청·접수, 소득재산 조사 및 보훈지청에 소득재산 결과통보(시·군·구 통합조사관리팀) → 대상자 선정, 통지 및 지자체에 인정신청(보훈지청) → 의료급여증(시행규칙 별지 제6호서식, [서식 10]) 발급 및 사후관리 업무(시·군·구 의료급여사업팀)
확인조사		• 탈락예정자 명단 등 제공(통합조사관리팀→보훈지청) → 적격여부 판단(보훈지청) → 최종 추천(보훈지청→의료급여사업팀·통합조사 관리팀)→ 자격관리(통합조사관리팀·의료급여사업팀) * 확인조사 이외의 자격정비로 인한 수급자격 변동은 통합조사관리팀에서 처리후 보훈처에 사유 알림
급여개시일		• 국가보훈처의 추천일

(가) 적용대상

- 「독립유공자 예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」의 적용을 받고 있는 사람과 그 가족으로서 국가보훈처장이 의료급여가 필요하다고 추천한 사람 중에서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람

(나) 신청

- (신청인) 수급권자 가구의 가구원 및 그 친족, 기타 관계인
- (신청장소) 각 보훈지청에 연중 신청 가능
- 신청 구비서류
  - 의료급여 제공(변경) 추천 신청서 (국가유공자, 문화재 등)[서식 4]
  - 소득·재산신고서[서식 3]
  - 금융정보 등(금융·신용·보험정보) 제공 동의서[서식 2]
  - 증빙서류 : 임대차계약서, 가족관계증명서, 외국인등록사실증명서, 소득재산 확인서류, 근로능력평가 신청서(해당자에 한함), 위임장 및 신분확인 서류, 통장사본 등
- **가족의 범위**

【국가유공자 보장가구 범위】

- 동일 주민등록인 경우 국민기초생활 보장가구와 동일

1) 세대별 주민등록표에 등재된 자(동거인*은 제외)로서 생계나 주거를 같이 하는 자

※「주민등록법 시행령」 제6조제2항 및 「민법」 제779조에 따른 가족의 범위에 해당되는 사람은 보장가구에 포함하고 해당되지 않는 사람은 동거인으로 반영

- 단, 「민법」에 따른 가족의 범위에 포함되는 사람은 주민등록표에 동거인으로 등재되더라도 보장가구에 포함되는 사람임

※「민법」제779조(가족의 범위) ① 배우자, 직계혈족 및 형제자매 ② 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매(②항은 생계를 같이하는 경우에 한함)

- 주민등록을 달리해도 보장 가구원의 범위에 포함되는 경우
  - 타법 수권자의 배우자(사실상 혼인관계에 있는 자 포함)
  - 타법 수권자의 30세 미만 미혼자녀

※ 30세 미만 미혼자녀가 주거를 달리하면서 취업을 하고 있는 경우, 생계를 달리하는 것으로 판단하여 가구에서 분리

- 보장가구에서 제외되는 자의 범위 : 국민기초생활보장과 동일

(다) 선정기준

항 목	국가유공자 선정기준
소득 인정액	• 소득평가액 + 재산의 소득환산액
소득 평가액	• 실제소득 - 가구특성별 지출비용 - 근로소득공제
근로소득 공제	• 상시·일용 근로 소득 공제 - 52만원 공제 후, 30% 공제 * 국민기초 근로 소득 공제와 이중 적용하지 않음
재산의 소득환산액	• (재산 - 기본재산액 - 부채) × 월소득환산율 * 금융재산 공제액 : 2천만원 ** 공제 후 금융재산 총액이 **250백만원 이상**일 경우 의료급여 제외 (단, 금융재산 공제방법은 2019년과 동일하게 적용)
기본재산액	• 기초연금 준용 - 대도시 13,500만원 / 중소도시 8,500만원 / 농어촌 7,250만원
자동차 기준	• 상이 1~7급 2,000CC 미만 자동차 1대 재산산정 제외
재산의 소득환산율	• 일반/금융/자동차: 연4%(월 0.333%) * 보훈처 자체 대출이 있는 경우 잔액(대출) 증명서를 제출토록 하여 이를 반영 (부채 증빙서류는 e보훈으로 송신)
소득인정액 상한	• 일반가구 : 중위 80% • 취약가구 : 중위 100% * 취약가구 기준 : 18세 미만, 65세 이상, 장애정도가 심한 장애인[1], 국가 유공자 등 상이등급 1~3급[2]인 자로만 구성된 가구 1) '19.7.1일 전 장애4급으로서 취약가구 적용을 받고 있는 가구는 기존 수급권 보호 2) 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령」 제14조제3항에 해당(준용)하는 자 중 3급 이상(1~3급)의 상이등급 해당자
기타 (특례 등)	• 국가유공자 의료급여 수급자 중 군입대자는 타법 의료급여 자격 계속 유지 • 상이1급자 특례 : 재산·소득기준 적용 없이 지원(계속보호대상자인 상이1급자 본인만 해당) • 의료특례 : 지속적 의료비 지출 있는 국가유공자 본인에게 지원 • '23.1.1.이후 신규 신청자는 근로능력 유무에 따른 1·2종 부여 대상

* 보훈처 지급 간호수당, 생활조정수당은 공제
* 국가유공자에 대하여 따로 정하지 않은 세부적인 사항 등은 국민기초 준용

【'23년 국가유공자 의료급여 소득인정액 상한】

(단위 : 원)

구분 \ 가구규모		1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구
소득 인정액 상한	일반 (중위소득 80%)	1,662,314	2,764,924	3,547,853	4,320,771	5,064,550	5,782,385
	일반 (중위소득 100%)	2,077,892	3,456,155	4,434,816	5,400,964	6,330,688	7,227,981

(라) 선정절차

① 신청정보 입력 및 가구 구성(보훈지청)

- 보훈처 e-보훈시스템에 신청정보 입력 및 주민등록 정보를 조회하여 가구원 구성 후 행복e음 연계를 통해 전송

② 소득재산 조사 및 근로능력 유무 조사결과 통보(통합조사관리팀)

- 행복e음 공적자료를 바탕으로 소득재산 조사 실시
- 조사는 의료급여사업안내 지침에 의하되, 지침에서 정하지 않은 사항은 국민기초생활 조사방법을 준용

  * 부양의무자 기준, 사적이전소득, 보장기관 확인소득, 무료임차소득 적용하지 않음

- '23.1.1.이후 타법 신규 신청자(수권자)를 포함한 가구원 또는 일부 신규 전입 가구원에 대해 근로능력 유무에 따라 1·2종 부여

  * '23.1.1. 이후 일부 신규 전입 가구원(신청자)으로 인해 기존세대(1종)와 다른 2종 부여 시 별도 세대로 관리

- 국가유공자의 경우, 수권자 사망 등에 따른 승계 사유 발생 시 기존 대상자는 1종 자격유지, 동일세대 신규 전입가구원을 대상으로 근로능력 유무에 따라 1·2종 부여
- 국가유공자 신청자의 소득·재산 정보 보훈지청에 공문으로 통보

  * 행복e음 공적자료 조회 결과를 엑셀 전환하여 공문과 함께 보훈지청으로 소득재산조사 결과 통보

  ** 행복e음 공적자료 조회 결과 화면출력(행복e음 조사·결정 〉 결정 〉 통합조사 및 결정 〉 소득재산 상세조회 화면〉 소득재산이력비교)

③ 추천대상자 선정 및 결과 통보(보훈지청)

- 소득·재산 결과 활용하여 추천대상자 선정, 대상자 개별 통지 후 이의신청 등 접수, 시군구청에 추천 여부에 대해 결과 통보

④ 자격관리(의료급여팀)

- 의료급여담당은 행복e음 시스템 등록 및 의료급여증(시행규칙 별지 제6호서식, [서식 10]) 발급
- 전출입, 사망 등으로 인한 자격변동에 대해 수시 관리

(마) 자격관리

- 수급자의 수급자격 및 급여의 적정성을 확인하기 위하여 시장·군수·구청장이 매년 1회 이상 정기적으로 조사를 수행 (의료급여법 제3조의3), 기준 초과로 확인될 경우 중지 처리.
  - 확인조사 절차는 기본적으로 신청조사 절차에 준함

※ 확인조사 절차
탈락예정자 명단 등 제공(통합조사관리팀→보훈지청)→적격여부 판단(보훈지청)→최종 추천 (보훈지청→의료급여사업팀·통합조사관리팀)→자격관리(통합조사관리팀·의료급여사업팀)

- 수권자 당사자가 사망 등 수권을 상실한 경우에는 **가구원 모두 수권상실 다음날로 의료급여 중지**
  - 수권 승계받은 경우 수권 승계자로부터 새로운 급여 신청을 접수하여 조사를 거쳐 신규 수급자로 선정
  - 국가유공자의 경우, 수권자 사망 등에 따른 승계 사유 발생 시 기존 대상자는 1종 자격유지, 동일세대 신규 적용자를 대상으로 근로능력 유무에 따라 1·2종 부여 후 별도세대 관리
  - 이 경우 기존 보장가구의 가구원 변동 없으면 순위변경이 완료된 날(순위변경 최종처리일자)로부터 30일 이내 신청시 의료급여 상실일자로 소급하여 책정

* **각 보훈지청에서 지자체로 공문 통보**

【참고 : 국가유공자 수권 승계】

- "수권"은 국가유공자로서 각종 보상금을 받을 권리를 말하며, "수권자"는 보상금을 받은 자를 말함
- 수권자의 승계 순위는 배우자 → 자녀 → 직계존속 → 미성년 손자녀(순국선열·애국 지사의 손자녀는 성인인 경우에도 포함) → 미성년 형제·자매 순으로 1인이 지정됨
  - 손자녀(순국선열·애국지사의 손자녀는 성인인 경우에도 수권 승계) 및 형제·자매는 성년이 되면 수권 승계가 되지 않으며,
  - 자녀 또는 손자녀가 여러 명인 경우 자녀 간 합의에 의해 1인에게만 수권 승계

(5) 국가무형문화재

구 분		내 용
지원 대상		• 「무형문화재 보전 및 진흥에 관한 법률」에 따라 지정된 국가무형문화재의 보유자(명예보유자를 포함한다) 및 그 가족으로서 문화재청장이 의료급여가 필요하다고 추천한 사람 중에서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
신청	신청인	• 신청권자 : 수급권자, 친족, 기타 관계인 • 신청장소 : 문화재청
	신청서	• 신청서식 - 의료급여 제공(변경) 추천 신청서 (국가유공자, 문화재 등)[서식 4] - 금융정보 등(금융·신용·보험정보) 제공 동의서[서식 2] • 구비서류(해당자에 한함) - 임대차계약서, 가족관계증명서, 소득재산 확인서류 등
선정기준	인적기준	• 수권자 및 그 가족
	소득재산기준	• 중위소득 60%
	기타	• 월정전승지원금 등 문화재청 지원금은 소득에서 공제 • 근로능력 유무에 따른 1·2종 부여 대상
선정절차		• 타법 의료급여 신청·접수 및 시·군·구에 소득재산 조사의뢰 (문화재청) → 행복e음 신청·접수, 소득재산 조사 및 문화재청에 소득재산 정보통보(시·군·구 통합조사관리팀) → 추천 대상자 선정, 통지 및 지자체에 인정신청(문화재청) → 의료급여증(시행규칙 별지 제6호서식, [서식 10]) 발급 및 사후관리 업무(시·군·구 의료급여사업팀)
급여개시일		• 문화재청의 추천일
기타		

(가) 적용대상

- 「무형문화재 보전 및 진흥에 관한 법률」에 의하여 지정된 국가무형문화재의 보유자(명예보유자를 포함한다) 및 그 가족으로서 문화재청장이 의료급여가 필요하다고 요청한 자 중 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 자

(나) 신청

- (신청인) 수급권자 가구의 가구원 및 그 친족, 기타 관계인
- (신청 장소) 문화재청에 연중 신청 가능(2013.2월부터 적용)
- 신청 구비서류
  - 의료급여 제공(변경) 추천 신청서 (국가유공자, 문화재 등)[서식 4]
  - 금융정보 등(금융·신용·보험정보) 제공 동의서[서식 2]
  - 소득·재산신고서[서식 3]
  - 증빙서류(해당자에 한함) : 임대차계약서, 가족관계증명서, 외국인등록사실증명서, 소득재산 확인서류, 근로능력평가 신청서(해당자에 한함), 위임장 및 신분확인서류 등
- 가족의 범위

【국가무형문화재 보장가구 범위】

- 동일 주민등록인 경우 국민기초생활 보장가구와 동일

1) 세대별 주민등록표에 등재된 자(동거인*은 제외)로서 생계나 주거를 같이 하는 자

※「주민등록법 시행령」 제6조제2항 및「민법」 제779조에 따른 가족의 범위에 해당되는 사람은 보장가구에 포함하고 해당되지 않는 사람은 동거인으로 반영

- 단,「민법」에 따른 가족의 범위에 포함되는 사람은 주민등록표에 동거인으로 등재되더라도 보장가구에 포함되는 사람임

※「민법」제779조(가족의 범위) ① 배우자, 직계혈족 및 형제자매 ② 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매(②항은 생계를 같이하는 경우에 한함)

- 주민등록을 달리해도 보장 가구원의 범위에 포함되는 경우

- 타법 의료급여 수급 자격 당사자의 배우자(사실상 혼인관계에 있는 자 포함)
- 타법 수급 자격 당사자의 30세 미만 미혼자녀

※ 30세 미만 미혼자녀가 주거를 달리하면서 취업을 하고 있는 경우, 생계를 달리하는 것으로 판단하여 가구에서 분리

- 보장가구에서 제외되는 자의 범위 : 국민기초생활보장과 동일

(다) 선정기준

항 목	국가무형문화재 선정기준
소득 평가액	• 실제소득 - 가구특성별 지출비용 - 근로소득공제
재산의 소득환산액	• (재산 - 기본재산액 - 부채) × 월 소득환산율
공적이전소득 공제	• 월정전승지원금, 각종 공연·전시·행사지원금, 전승 장비·교재·재료비 구입·제작비 지원금, 특별지원금(작품구입비용), 보유자 위로금 등 문화재청 지급 지원금
소득환산율	• 일반재산 : 월 1% ·승 용 차 : 월 1% • 금융재산 : 월 1%('13.12.13 시행)
가구특성별 지출 비용	• 국민기초의료급여 준용
근로소득공제	• 국민기초의료급여 준용
기본재산액	• 국민기초의료급여 준용
기타	• 국가무형문화재의 보유자에 대하여 따로 정하지 않은 사항은 국민기초의료급여 준용 • 근로능력 유무에 따른 1·2종 부여 대상
소득인정액 상한	• 중위소득 60% 이하

【'23년 국가무형문화재 의료급여 소득인정액 상한】

(단위 : 원)

구분 \ 가구규모	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구
기준 중위소득 40%	831,157	1,382,462	1,773,927	2,160,386	2,532,275	2,891,193
소득인정액 상한 (중위소득 60%)	1,246,735	2,073,693	2,660,890	3,240,578	3,798,413	4,336,789

(라) 선정절차

① 신청서 및 관련서류 접수(문화재청)

- 문화재청은 수권자 적정여부를 반드시 확인한 후 신청서 및 관련서류를 우편을 통해 보장기관(통합조사관리팀)으로 이송

② 신청사항 행복e음 입력 및 보장가구 구성(통합조사관리팀)

③ 소득재산 조사 및 근로능력 유무 조사결과 통보(통합조사관리팀)

- 행복e음 공적자료를 바탕으로 소득재산 조사 실시
- 조사는 국민기초생활 조사방법을 준용

  * 부양의무자 기준, 사적이전소득, 보장기관 확인소득, 무료임차소득 적용하지 않음

- 국가무형문화재의 보유자 신청자의 소득·재산 정보 문화재청에 공문으로 통보

  * 행복e음 공적자료 조회 결과를 엑셀 전환하여 공문과 함께 문화재청으로 소득재산조사 결과 통보

  ※ 행복e음 공적자료 조회 결과 화면출력(행복e음 조사·결정 〉 결정 〉 통합조사 및 결정 〉 소득재산 상세조회 화면〉 소득재산이력비교)

- '23.1.1.이후 타법 신규 신청자(수권자)를 포함한 가구원 또는 일부 신규 전입 가구원에 대해 근로능력 유무에 따라 1·2종 부여

④ 추천대상자 선정 및 결과 통보(문화재청)

- 소득·재산 결과 활용하여 추천대상자 선정, 대상자 개별 통지 후 이의신청 등 접수, 시군구청에 추천 여부에 대해 결과 통보

⑤ 자격관리(의료급여팀)

- 의료급여담당은 행복e음 시스템 등록 및 의료급여증(시행규칙 별지 제6호서식, [서식 10]) 발급
- 전출입, 사망 등으로 인한 자격변동에 대해 수시 관리

(마) 자격관리

- 수급자의 수급자격 및 급여의 적정성을 확인하기 위하여 시장·군수·구청장이 매년 1회 이상 정기적으로 조사를 수행 (의료급여법 제3조의3), 기준 초과로 확인될 경우 중지 처리.
  - 확인조사 절차는 기본적으로 신청조사 절차에 준함
- 수권자 당사자가 사망 등 수권을 상실한 경우에는 **가구원 모두 수권상실 다음날로 의료급여 중지**

(6) 북한이탈주민(새터민)

구 분		내 용
지원 대상		• 「북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률」의 적용을 받고 있는 사람과 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
신청	신청인	〈국정원 임시보호시설(이하 보호센터) 및 통일부 정착지원시설(이하 하나원) 입소 중〉 • 하나원 관계자가 하나원 소재 보장기관에 요청 * 보호센터 입소 중인 북한이탈주민은 보호센터 관계자가 하나원을 통해 보장기관에 신청 〈하나원 퇴소 후〉 • 신청권자 : 수급권자, 친족, 기타 관계인, 거주지보호담당관 • 신청장소 : 읍·면·동장
	신청서	〈보호센터 및 하나원 입소 중〉 • 하나원에서 하나원 소재 보장기관으로 공문 요청 〈하나원 퇴소 후〉 • 신청서식 - 사회보장급여 신청(변경)서[서식 1] - 금융정보 등(금융·신용·보험정보) 제공 동의서[서식 2] • 구비서류(해당자에 한함) - 임대차계약서, 가족관계증명서, 소득재산 확인서류 등
선정기준	인적기준	〈보호센터 및 하나원 입소 중〉 • 수권자 본인 〈하나원 퇴소 후〉 • 수권자 및 그 가족
	소득재산기준	〈보호센터 및 하나원 입소 중〉 • 소득재산 기준 적용 제외 〈하나원 퇴소 후〉 • 중위소득 50%(근로무능력가구는 1인 추가한 가구원수의 중위소득 50%) * 취업특례의 경우 160% • 일반/금융/자동차 등 재산의 소득환산액 : 국민기초생계급여와 동일
	기타	• 해당 없음 • 근로능력 유무에 따른 1·2종 부여 대상

구 분	내 용
선정절차	〈보호센터 및 하나원 입소 중〉 • 의료급여 자격부여 요청(보호센터:하나원, 하나원:시군구 의료급여사업팀)→결정(의료급여사업팀)→주민등록번호 부여 시 타법의료급여 신청(의료급여사업팀)→주민등록번호로 타법의료급여 결정 및 전산관리번호 자격 상실(의료급여사업팀)→하나원 퇴소 시 하나원 소재 보장기관과 전입지보장기관에 통보(하나원)→수급자 전출처리(하나원 소재 보장기관)→수급자 자격 책정(전입지 보장기관) 〈하나원 퇴소 후〉 • 타법 의료급여 신청 및 자격확인(읍·면·동: 시군구 거주지보호 담당관실에 북한이탈주민 여부 및 거주지보호기간 확인) → 소득· 재산 조사(통합조사관리팀) → 결정(의료급여사업팀) → 자격상실 사유 발생시 자격상실 조치(의료급여사업팀)
급여개시일	〈보호센터 및 하나원 입소 중〉 • 보호센터 입소일(또는 입국일) 또는 하나원 입소일로부터 10일 이내 자격부여 요청 시 입소일로 소급 취득하고, 주민등록번호 취득일로부터 10일 이내 요청 시 취득일로부터 소급 지원. 그 이후 신청 시는 결정일로부터 개시 〈하나원 퇴소 후〉 • 하나원 퇴소일(사회진출일)로 부터 10일 이내 신청 시는 퇴소일로 소급 취득하되, 그 이후 신청 시는 결정일부터 개시 ※ 하나원 입소 중 기초생활 자격 결정 및 최초 거주지 전입시 확인조사 실시 후 계속 보호 여부 결정
기타	• 하나원 입소 중인 북한이탈주민이 주민등록번호를 부여받는 즉시 주민등록번호로 타법의료급여 신청 및 결정(전산관리번호 자격은 상실처리) • 전입지에서는 확인조사 실시 후 계속 보호 여부 결정 • 전산관리번호로 자격 부여 시 1년 6개월 후 자격 상실 처리 〈보호센터 및 하나원 입소 중〉 • 근로능력 유무 확인 제외 〈하나원 퇴소 후〉 • 근로능력 유무 확인에 따른 1·2종 부여

(가) 적용대상

- 「북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률」의 적용을 받고 있는 사람과 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람

(나) 선정방법

1) 국정원 임시호보시설(이하 보호센터) 또는 통일부 정착지원시설(이하 하나원) 입소 중 의료급여 자격 부여 및 관리

- 북한이탈주민이 하나원에 입소 중에는 하나원이 소재한 보장기관에 타법의료급여 자격부여를 요청하고, 보호센터에 입소 중에는 하나원을 통하여 자격부여 요청
- 하나원으로부터 타법의료급여 자격부여 요청받은 보장기관은 의료급여 전산관리번호를 부여하여 자격취득 및 관리
  ※ 전산관리번호 의료급여 수급자는 455일(보호센터 90일, 하나원 1년)후 자격상실 처리
- '23.1.1.이후 신규 신청자(수권자)를 포함한 가구원 또는 일부 신규 전입 가구원에 대해 근로능력 유무에 따라 1·2종 부여
- 하나원 또는 보호센터 입소 중에는 소득재산 조회 절차를 생략
- 하나원 입소 중인 북한이탈주민이 주민등록번호를 부여 받는 즉시, 하나원 관계자가 하나원이 소재한 보장기관에 기초생활수급자 및 타법 의료급여 신청
- 하나원으로부터 신청된 명단에 따라 보장기관은 주민등록번호로 타법 의료급여 급여 자격을 부여하고, 기존 전산관리번호로 부여된 자격은 상실처리

2) 하나원 퇴소시 처리 및 의료급여 신청

- 북한이탈주민이 하나원 퇴소 시, 하나원은 거주지 배정 명단을 첨부하여 보장기관과 전입지 보장기관에 통보하고 보장기관은 수급자 전출처리 절차에 따라 전입지 보장기관에 전출 통보
  ※ 하나원은 퇴원하는 북한이탈주민에게 배정된 거주지로 주민등록법에 따라 14일 이내에 전입신고를 하도록 반드시 안내
- 전입지에서는 전입 즉시 구비서류 징구 및 동거가족이 있는 경우의 소득인정액 확인 등 확인 조사 실시 후 계속 보호 여부 결정
  * 「국민기초생활보장사업안내」 타 법률에 의한 수급권자 범위의 특례 참고

【북한이탈주민 보장가구 범위】

- 동일 주민등록인 경우 국민기초생활 보장가구와 동일
  - 세대별 주민등록표에 등재된 자(동거인*은 제외)로서 생계나 주거를 같이 하는 자
    ※ 「주민등록법 시행령」 제6조제2항 및 「민법」 제779조에 따른 가족의 범위에 해당되는 사람은 보장가구에 포함하고 해당되지 않는 사람은 동거인으로 반영
    - 단, 「민법」에 따른 가족의 범위에 포함되는 사람은 주민등록표에 동거인으로 등재되더라도 보장가구에 포함되는 사람임
    ※ 「민법」제779조(가족의 범위) ① 배우자, 직계혈족 및 형제자매 ② 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매(②항은 생계를 같이하는 경우에 한함)
- 주민등록을 달리해도 보장 가구원의 범위에 포함되는 경우
  - 타법 의료급여 수급 자격 당사자의 배우자(사실상 혼인관계에 있는 자 포함)
  - 타법 수급 자격 당사자의 30세 미만 미혼자녀
    ※ 30세 미만 미혼자녀가 주거를 달리하면서 취업을 하고 있는 경우, 생계를 달리하는 것으로 판단하여 가구에서 분리
- 보장가구에서 제외되는 자의 범위 : 국민기초생활보장과 동일

(다) 소득인정액 적용 기준

- 기초생활보장(생계급여) 수급자 책정시 선정기준을 준용하되, 부양의무자 기준은 적용 하지 않음
  * 사적이전소득, 보장기관 확인소득, 무료임차소득 적용하지 않음
  * 근로소득공제 : 20만원 공제 후, 초과분의 30% 공제(국민기초생계급여의 근로소득공제와 이중 적용하지 않음)
- 근로능력이 없는 자로만 구성된 가구는 가구원 수에 1인을 추가한 중위소득 50% 이하 소득인정액 기준 적용
- 근로능력이 있는 자가 포함된 가구는 중위소득 50% 이하 소득인정액 기준 적용
- 기존 북한이탈주민 의료급여 수급자(보호기간 5년이내) 중 근로·사업 소득이 증가하여 소득인정액 기준 초과로 북한이탈주민 의료급여가 중지되는 가구는 취업특례가구 기준(중위소득 160% 이하) 적용

【'23년 북한이탈주민 의료급여 소득인정액 상한】

(단위 : 원)

가구규모	1인	2인	3인	4인	5인	6인
근로능력가구 (중위소득 50%)	1,038,946	1,728,078	2,217,408	2,700,482	3,165,344	3,613,991
근로무능력가구 (가구원+1 중위소득 50%)	1,728,078	2,217,408	2,700,482	3,165,344	3,613,991	4,053,758
취업특례가구 (중위소득 160%)	3,324,627	5,529,848	7,095,706	8,641,542	10,129,101	11,564,770

(라) 자격관리

- 국민기초 북한이탈주민 특례기준과 북한이탈주민 의료급여 서로 상이함에 유의

가구규모	국민기초 특례기준	타법 의료급여 선정기준
보호기간	근로무능력가구 5년 근로능력가구 5년	적용기간 제한 없음 (북한이탈주민 보호제외자는 적용제외)
선정기준	중위소득 40%	중위소득 50%, 취업특례 160%
적용기간	해당 기간동안 계속적으로 수급유지 필요	선정기준 충족 시 수시 취득 (취업특례가구는 취업자인 북한이탈주민의 거주지 보호기간 5년 이내)
가구원의 범위	국민기초 보장가구 범위	국민기초 보장가구 범위 준용
근로무능력가구	근로무능력가구는 가구원 수에 1인 추가	
소득재산산정	정착금 등은 재산가액 산정 제외 및 부양의무자 미적용	

* 국민기초 특례기준은 수급(권)자 범위의 특례로 수급(권)자 보장결정시 적용

● 북한이탈주민 여부는 거주지 보호담당관에게 확인 요청

* 북한이탈주민 보호 제외자인 경우 북한이탈주민 의료급여 적용 제외

【북한이탈주민 보호 제외자】

「북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률」

제9조(보호 결정의 기준) ① 제8조제1항 본문에 따라 보호 여부를 결정할 때 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 보호대상자로 결정하지 아니할 수 있다.

1. 항공기 납치, 마약거래, 테러, 집단살해 등 국제형사범죄자
2. 살인 등 중대한 비정치적 범죄자
3. 위장탈출 혐의자
4. 〈삭제〉
5. 국내 입국 후 3년이 지나서 보호신청한 사람
6. 그 밖에 보호대상자로 정하는 것이 부적당하다고 대통령령으로 정하는 사람

● 수급권자의 수급자격 및 급여의 적정성을 확인하기 위하여 시장·군수·구청장이 매년 1회 이상 정기적으로 조사를 수행(의료급여법 제3조의3), 기준 초과로 확인될 경우 중지 처리

【거주지보호담당관】

- 거주지보호담당관 : 각 지자체마다 새터민 업무를 담당하는 거주지 보호담당관이 있으며 (대개의 경우 총무과장 겸직), 거주지보호담당관을 통해 해당 지자체에 거주하는 새터민 관련 정보(보호대상자인지 여부, 하나원 퇴소일 등) 확인 가능
- 거주지보호기간 : 2010년 12월부터 북한이탈주민 주민등록번호 부여 절차가 변경되어, 예전에는 하나원 퇴소한 후 실제 정착 시군구에 가서 최초 전입신고하면서 주민등록 번호도 부여받았으나, 요즘은 하나원 퇴소전에 미리 주민등록번호를 부여받음
  - 정착지 시군구에 최초 정착하기 전에 미리 주민등록번호를 부여받고 주민등록증은 실제 정착하는 시군구에서 가서 전입신고를 하면서 수령
  - 이에 따라 (1) 주민등록번호 부여 날짜(통상 하나원 퇴소 1주일 전) (2) 하나원 퇴소일(일명 사회진출일) (3) 실제 최초 정착지 시군구 전입일 세가지 날짜가 생김. **이중 거주지 보호기간 개시일자는 (2)번임.**

● 전입지 보장기관

- 전입지에서는 확인조사 실시 후 계속 보장 여부 결정

● 북한이탈주민 의료급여 수급중인 북한이탈주민(보호기간 5년 이내)이 근로·사업소득이 증가하여 소득인정액 기준을 초과함으로써 북한이탈주민 의료 급여를 중지하고자 하는 경우에는 북한이탈주민 의료급여 취업특례 선정기준 충족여부를 반드시 확인하여 취업특례 적용 대상자의 자격이 중지되지 않도록 유의하여야 함

● 북한이탈주민이 사망한 경우

- 잔여 가구원 중 북한이탈주민이 포함되어 있는 경우에는 계속 의료급여 실시

  * '23.1.1.이후 수권자인 북한이탈주민이 사망한 경우라도 잔여세대원은 북한이탈주민으로 자격상실 사유가 발생하지 않는 이상 계속하여 의료급여 1종으로 지원하여야 함

- 잔여 가구원 중 북한이탈주민이 포함되어 있지 않은 경우에는 가구주 사망 다음 날로 모두 상실 처리

(7) 5·18 민주화운동 관련자

구 분		내 용
지원 대상		● 「5·18민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」 제8조에 따라 보상금 등을 받은 사람과 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정하는 사람
신청	신청인	● 신청권자 : 수급권자, 친족, 기타 관계인 ● 신청 : 시장·군수·구청장
	신청서	● 신청서식 - 사회보장급여 신청(변경)서 [서식 1] ● 구비서류(해당자에 한함) - 5·18민주화운동 보상금 수령 관련 서류 - 선순위자 선정서(상이자 사망 후 유족 신청 시) [서식 114] - 근로능력평가 신청서
선정기준	인적기준	● 사망자의 선순위 유족과 그 가족 ● 행방불명자의 선순위 유족과 그 가족 ● 상이등급 1-14급 및 기타 1~2급의 판정을 받은 상이자와 그 가족 - 상이자 사망시 선순위 유족과 그 가족 * 선순위 유족과 가족의 범위는 "(다) 보장가구 구성" 참조 ● 기소 및 기소유예 처분을 받은 구속자(당사자에 한함, 가족 제외)
	소득재산기준	● 해당 없음
	기타	● 근로능력 유무에 따른 1·2종 부여 대상
선정절차		● 타법 의료급여 신청(시·군·구 의료급여사업팀 : 5.18민주화운동 관련자 자격 확인 및 상담신청 등록) → 결정(시·군·구 의료급여사업팀) → 자격상실 사유 발생 시 자격상실 조치(시·군·구 의료급여사업팀)
급여개시일		● 결정한 날
기타		● 선순위 지정은 1회에 한함(사망·행방불명자의 선순위자, 상이자 사망에 따른 선순위자) ● 선순위자가 사망 등의 사유로 의료급여 상실하면 가구원 전체 의료급여 상실 ● '23.1.1. 이후 수권승계를 한 경우 기존 대상자는 1종 자격유지, 동일세대 신규 전입가구원을 대상으로 근로능력 유무에 따른 1·2종 부여

(가) 적용대상

- 「5·18 민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」 제8조에 따라 보상금 등을 받은 사람과 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정하는 사람
  - 사망자(상이 후 사망자 포함)의 선순위 유족과 그 가족
  - 행방불명자의 선순위 유족과 그 가족
  - 상이등급 1~14급 및 기타 1~2급의 판정을 받은 상이자와 그 가족
  - 상이자 사망 시 선순위 유족과 그 가족
    * '23.1.1.이후 수권자 승계를 한 경우 기존 대상자는 1종 자격유지, 동일세대 신규 전입가구원을 대상으로 근로능력 유무에 따라 1·2종 부여
  - 기소 및 기소유예 처분을 받은 자(당사자에 한함, 가족 제외), 단, 구금 후 기소 또는 기소유예 처분을 받지 않고 훈방 조치된 경우에는 의료급여 지원대상이 아님

(나) 제출서류

- 사회보장급여 신청(변경)서[서식 1]
- 5·18민주화운동 보상금 수령 관련 서류
- 선순위자 선정서(상이자 사망 후 유족 신청 시)[서식 114]
- 근로능력평가 신청서(해당자에 한함)

(다) 보장가구 구성

- 보상금을 받은 자와 동일가구 구성원으로서 당사자의 배우자, 직계존속, 자녀(배우자 포함), 미성년 손자녀(외손자녀 포함), 미성년 형제자매
  * 국민기초생활보장 보장가구를 준용하지 않음에 유의

【5·18 민주화운동 관련 보장가구 범위 적용예】

- 5·18 민주화운동 관련자로 선정된 이후 당사자 본인과 결혼한 배우자, 출산한 자녀도 포함(재혼한 배우자의 자녀로서 주민등록상 동일 가구일 경우 포함)
- 직계존속은 당사자의 직계존속만 인정
- 주민등록상 등재되어 있고 실제 주거를 달리하는 경우는 제외함(단, 교육상의 사유로 주거를 달리하는 경우에 한하여 가족에 포함)
- 외국인 배우자는 대한민국 국민과 혼인하여 임신, 대한민국 국적의 미성년 자녀 양육, 배우자의 대한민국 국적인 직계존속과 생계와 주거를 같이하는 경우 수급권 부여
- 수권자의 사망, 해외이주, 교정시설 수용, 행방불명 등으로 타법의료급여 적용이 중지된 경우 수권자를 포함한 가구원 모두 의료급여 중지
- 상이자가 사망한 경우는 상이자의 선순위 유족과 그 가구원을 신규 책정

- "선순위 유족"은 배우자 → 자녀 → 직계존속 → 미성년 손자녀→ 미성년 형제·자매 순으로만 1인이 지정됨
  * 손자녀 및 형제·자매는 성년이 되면 대상에서 제외되며, 동순위자가 여러 명이 경우(자녀, 직계존속, 미성년 손자녀 등) 동순위자간 합의에 의해 1인 선정
  * 우선순위의 유족의 의료급여 수급권 포기로 인한 순위 변경 불가

(라) 상이자 사망 후 선순위 유족의 의료급여 신청 절차

- 상이자의 유족 중 선순위 유족에 해당하는 사람은 시·군·구에 의료급여 신청
  - 상이자의 보상금수령 관련 서류, 선순위자 선정서[서식 114]를 시·군·구에 제출
  * 선순위자 선정서에는 상이자의 가족관계 기록사항에 관한 증명서 또는 제적등본 1부, 위임자 본인(미성년자인 경우 법정대리인)의 주민등록증 등 공공기관이 발행한 본인 확인이 가능한 신분증 사본 각 1부씩 첨부
- 시·군·구에서는 상이자의 5·18관련자 여부, 상이자와 신청자의 관계, 다른 유족의 위임여부 등을 확인한 후 복지부 기초의료보장과로 해당 상이자의 유족으로서 의료급여 수급 중인 사람이 있는지 확인요청 공문 발송
- 복지부 기초의료보장과는 해당 상이자의 유족으로서 의료급여 수급중인 사람이 있는지 확인 후 해당 시·군·구로 공문 회신
- 시·군구에서는 복지부 기초의료보장과의 회신 공문을 확인하여 의료급여 자격 책정 여부 결정하고 의료급여 결정 내역 복지부로 공문 발송

(8) 노숙인 의료급여

구 분		내 용
지원 대상		• 노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」에 따른 노숙인 중 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정하는 사람
신청	신청인	• 신청권자 : 수급권자, 친족, 기타 관계인 • 신청 : 시장·군수·구청장
	신청서	• 신청서식 - 사회보장급여 신청(변경)서[서식 1] • 구비서류 - 노숙기간 3개월 이상 확인 관련 서류
선정기준	인적기준	• 노숙인 등에 해당하는 자로서 아래 기준을 모두 충족하는 사람 - 노숙인 일시보호시설, 노숙인 자활시설(기존 노숙인쉼터) 입소자 중 노숙인 해당 기간이 지속적으로 3개월 이상 유지된 것으로 확인된 사람 - 국민건강보험에 가입되어 있지 않거나 6개월 이상 체납된 사람
	소득재산기준	• 해당 없음
	기타	• 근로능력 유무에 따른 1·2종 부여 대상 아님
선정절차		• 노숙인 노숙인시설에 신청 → 노숙인사업팀에서 의료급여 사업팀 으로 수급자 선정 의뢰 → 결정(시·군·구 의료급여사업팀) → 자격상실 사유 발생 시 자격상실 조치(시·군·구 의료급여사업팀)
급여개시일		• 결정한 날
기타		• (중지일) 해당 시설 퇴소일 * 노숙인 일시보호시설의 경우 월 20일(연장시 30일) 범위 내에서 수급 중지

(가) 적용대상

- 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」(이하 "노숙인법"이라 함) 제2조 제1호 및 동법 시행규칙 제2조에 따른 "노숙인 등"에 해당하는 자로서 아래 기준을 모두 충족하는 사람
  - 노숙인 일시보호시설*, 노숙인 자활시설(기존 노숙인쉼터) 입소자 중 노숙인법 제2조 제1호에 따른 노숙인 해당기간**이 지속적으로 3개월 이상 유지된 것으로 확인된 사람
  - 다만, 노숙인 의료급여수급권 신청자가 종전 노숙인 의료급여수급자격 상실 후 3개월이 경과하지 않은 경우에는 노숙기간이 3개월 이상 유지된 것으로 보아 당일 노숙인의료급여 수급권 책정 가능

    * 노숙인 일시보호 시설 기능을 하는 노숙인종합지원센터 포함

    ** 거리에서의 노숙생활 및 노숙인시설 입소기간, 쪽방거주 등
  - 국민건강보험에 가입되어 있지 않거나 6개월 이상 체납된 사람

    * 국민기초생활보장 수급자, 의료급여법에 의한 수급자, 타법에 의한 수급자 등 이미 의료급여를 받고 있는 자는 기존 수급유형 유지
- 국민기초생활보장법 제32조에 따른 보장시설(노숙인 재활시설, 노숙인 요양 시설 - 기존 부랑인시설) 수급자로 책정된 노숙인은 기존 시설 수급자 급여지침에 따름

(나) 급여내용

- (시행일) 2012. 6. 8부터
- (급여유형) "노숙인 1종", 개인단위 급여
- (본인부담) 노숙인 의료급여수급자는 본인부담면제자로 관리
  - **100/100 본인부담 및 비급여 항목은 본인부담**
  - 본인부담면제 정보는 자격 부여 시 자동 등록됨(면제코드: M012)

【참고】 본인부담면제 적용 기준

- **노숙인은 항상 "노숙인 1종(M012)" 면제를 적용하여야 함**
  - 노숙인이 임신한 경우에도 "임산부 1종(M004)"이 아닌 "노숙인 1종(M012)"으로 유지
  - 희귀난치성 질환자 및 중증질환자(암환자, 중증화상 환자만 해당)로 등록한 경우 에도 "등록 희귀난치성 질환자 1종(M015)" 또는 "등록 중증질환자 1종(M016)"이 아닌 "노숙인 1종(M012)"으로 유지

- (개시일) 의료급여 수급자로 결정된 날
- (보장기관) 노숙인이 입소한 **시설**의 **관할 시군구**
  - 지방이전시설의 경우에는 행정지침이나 지방자치단체간 행정협약에 의거 급여를 관할하는 시군구청장이 조사 및 관리를 수행함이 원칙

- 시·도에서 직접 또는 위탁하여 운영하는 경우에는 시설소재지 시·군·구와 협의하여 조사 및 관리 수행
- 시설간 전원의 경우에는 시설 입·퇴소일로 중지(전 시설)후 재책정(현 시설)
- 주거 불분명의 특성 고려하여 주민등록 전출입 사항은 자격관리에 반영하지 않음

● (중지일) 해당 시설 퇴소일

* 다만, 노숙인 일시보호시설의 경우 퇴소일 인지가 어려운 때는 「노숙인등의복지사업안내」에 따라 월 20일(연장시 30일) 범위 내에서 수급 중지

(다) 선정절차

● 급여신청 : 노숙인 → 노숙인시설

- 의료급여를 받고자 하는 노숙인은 거소(이용)지 관할 **노숙인복지시설(노숙인자활시설, 노숙인일시보호시설)에** 사회보장급여 신청(변경)서[서식 1] **제출**
- 시설장은 노숙인으로부터 제출받은 신청서 등을 시군구 송부

● **(명단통보) 노숙인사업팀 → 의료급여사업팀**

- 현장조사를 통해 노숙인 의료급여 적합 대상자를 선별하여 의료급여담당자에게 선정 의뢰

* 노숙인의 선정기준에 관한 자세한 사항은 노숙인 사업지침 참고

- 신분증 미소지 등으로 주민등록번호가 확인되지 않는 자는 지문조회 등 신원을 확인 요청한 사항을 첨부하여야 함
- 주민등록이 말소된 경우에도 말소된 주민등록번호 통보

● **(급여대상자 결정) 의료급여사업팀**

- 의료급여 수급대상자 결정 및 행복e음 입력
- 시설수급자와 유사한 방식으로 노숙인시설정보를 활용하여 자격부여
- 주민등록이 말소된 경우에도 말소된 주민등록번호로 자격부여
- 무호적자 등 주민등록번호 불명자의 경우 전산관리번호 부여

* 자료구분(5) 활용

- 노숙인 의료급여 수급자 결정 결과는 서면 또는 전자문서로 노숙인사업팀 및 노숙인시설로 통보하여야 함
- 의료급여 수급자로 책정된 자의 의료급여증(시행규칙 별지 제6호서식, [서식 10])은 노숙인시설을 통해 본인에게 전달(노숙인사업팀 협조)

(라) 자격관리 시 유의사항

- “시설수급자”와 “노숙인 1종” 간 급여유형이 혼용되지 않도록 함

자격유형	자격코드	시설유형	시설기호	비고
시설수급자	12	재활(84) / 요양(85)	5001~5499	국민기초 시설수급자
노숙인 1종	33	일시(82) / 자활(83) / 센터(86)	5501~5999	타법수급자

※ 노숙인 종합 지원센터가 노숙인 일시보호시설 기능을 하는 경우 센터(86)로 시설유형 분류

- 노숙인 1종은 **보장기관이 수급자로 결정한 날로 급여 개시**

(마) 노숙인시설

① 정의

- 노숙인시설이란 노숙인법 제16조에 따른 노숙인복지시설 및 제19조에 따른 노숙인 종합지원센터를 말함

② 노숙인시설 중 의료급여 신청을 할 수 있는 시설

- 노숙인시설 중 노숙인으로부터 의료급여 신청을 접수받아 시군구에 통보할 수 있는 시설은 다음과 같음

  - 노숙인자활시설 / 노숙인일시보호시설 / 노숙인종합지원센터

    * 재활 및 요양시설의 경우 국민기초생활 보장법상 보장시설로서 해당 시설에 입소결정 된 경우에는 국민기초 시설수급자로 책정되는 것이므로 “시설수급자” 유형으로 급여

** 노숙인종합지원센터가 노숙인일시보호시설 기능을 하는 경우에 한함

「관련 법령」

「국민기초생활 보장법」 제32조(보장시설) 「국민기초생활 보장법」 제32조(보장시설) 5. 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」제 16조제1항 제3호 및 제4호의 노숙인재활시설 및 노숙인요양시설

「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」
제2조(정의) 2. “노숙인시설”이란 이 법에 따른 노숙인 등을 위한 노숙인복지시설, 노숙인 종합지원센터를 말한다.

제16조(노숙인복지시설의 종류) ① 노숙인복지시설의 종류는 다음 각 호와 같다.
1. 노숙인일시보호시설 : 노숙인 등에게 일시보호 및 복지서비스 연계 등을 제공하는 시설
2. 노숙인자활시설 : 노숙인 등의 자립을 지원하기 위하여 전문적인 직업상담·훈련 등의 복지서비스를 제공하는 시설
3. 노숙인재활시설: 신체 및 정신장애 등으로 자립이 어려운 노숙인 등에게 치료 및 재활서비스를 제공하는 시설
4. 노숙인요양시설: 건강상의 문제 등으로 단기간 내 가정 및 사회복귀가 어려운 노숙인 등에게 요양서비스를 제공하는 시설
5. 노숙인급식시설: 제11조에 따른 급식시설
6. 노숙인진료시설: 제12조에 따른 진료시설
7. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 시설

제19조(노숙인종합지원센터) 노숙인종합지원센터는 다음 각 호의 업무를 수행한다.
1. 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 주거·의료·고용 지원을 위한 상담 및 복지서비스 연계
2. 제14조에 따른 응급조치
3. 복지서비스 이력 관리
4. 심리상담
5. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사항

(바) 노숙인 진료시설

① 정의

- 노숙인 진료시설이란 노숙인법 제12조 및 동법 시행규칙 제5조에 따라 국가와 지방자치단체가 노숙인 등에게 필요한 의료서비스를 제공하기 위하여 노숙인 진료기관으로 지정한 의료급여기관을 말함

② 노숙인 진료시설 지정

- (대상) 제1차 또는 제2차 의료급여기관 중에서 지정

  * 단, 요양병원은 지정에서 제외

  * 3차병원은 2차병원으로 변경되면 노숙인 진료시설 지정절차 필요

- (지정주체) 시·군·구청장(노숙인사업팀)은 노숙인의 발생 실태, 의료이용 상황 등을 감안하여 관내 국공립병원, 보건소 또는 민간의료기관과 협의를 거쳐 노숙인 진료시설로 지정

- 노숙인진료시설로 지정신청을 받았거나, 시·군·구청장이 지정하고자 할 때에는 사전에 보건복지부(기초의료보장과)와 협의하여야 함

- 노숙인진료시설로 지정된 의료기관에는 노숙인진료시설 지정서 교부

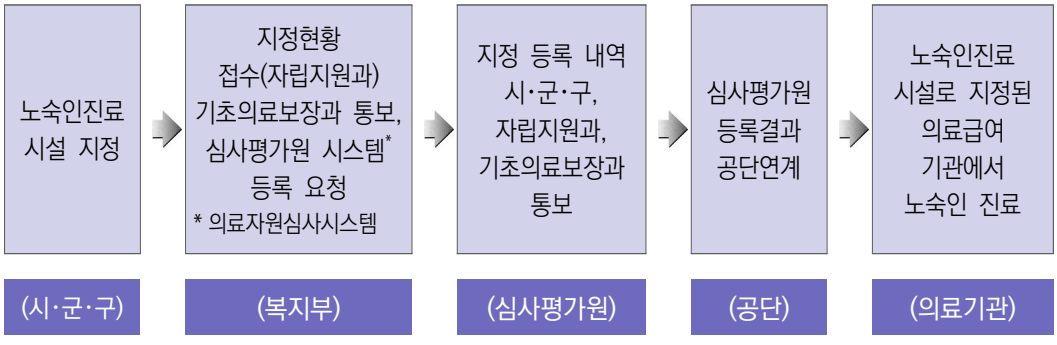
  * 노숙인진료시설의 지정기준에 관한 자세한 사항은 노숙인 사업지침 참고

③ 노숙인 진료시설 등록

- 보건복지부(자립지원과)는 시도로부터 받은 노숙인진료시설 지정 내역을 기초의료보장과와 건강보험심사 평가원에 문서로 통보하고 심사평가원에 등록 요청

- 건강보험심사평가원은 지정된 의료급여기관 정보를 심사평가원 심사시스템에 등록 후 등록정보를 공단에 전송

- 공단 및 심사평가원은 노숙인 진료시설 등록정보를 홈페이지 등에 게시



④ 노숙인진료시설 관리

- 심사평가원은 노숙인진료시설로 지정된 의료급여기관에 대해 수시로 청구 내역을 확인하여 적정 의료급여를 유지하도록 하고, 필요시 교육 실시(청구 방법, 적정 의료급여 방안 등)

(사) 노숙인 의료급여 절차

① 노숙인 의료급여 이용 절차

- 노숙인 등은 노숙인 진료시설로 지정된 의료급여기관에 먼저 의료급여를 신청하여야 함(시행규칙 제3조제2항)
  - 노숙인 진료시설로 지정된 의료급여기관은 의료급여의뢰서(시행규칙 별지 제3호 서식)없이 이용 가능 (1차, 2차 공통)
- 노숙인 진료시설로 지정된 제2차 의료급여기관에서 진료 중 제3차 의료급여기관의 진료가 필요한 경우, 진료 담당의사가 발급한 의료급여 의뢰서를 발급받아 제3차 의료급여기관 이용(면제코드 M014)
  - 제1차 노숙인 진료시설 ⇒ 제2차 노숙인 진료시설
  - 제2차 노숙인 진료시설 ⇒ 다른 제2차 노숙인 진료시설 또는 3차 의료급여기관(의료급여의뢰서 필수)
    * 제2차 노숙인 진료시설은 의료급여의뢰서 없이 이용 가능하므로 제1차 노숙인 진료시설에서의 의뢰서 있는 경우와 없는 경우에 모두 이용 가능
    * 제1차 노숙인 진료시설에서 노숙인 진료시설로 지정되지 않은 다른 의료급여기관 및 3차 의료급여기관으로 의뢰 불가
    * 보건소 등 보건기관도 제1차 의료급여기관에 속하므로 노숙인 진료시설로 지정되지 않은 보건소 등은 이용 불가
    * 의료기관내 진료의 범위 및 내용은 일반 수급자와 동일하게 적용
    * 시설수급자인 노숙인은 위 노숙인 의료급여절차를 적용하지 않음

② 절차 예외(면제코드 M013)

- 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 해당하는 응급환자
- 분만의 경우

(아) 기타

① 급여일수 관리 등 제도전반에 대한 노숙인 적용 기준

- 노숙인도 의료급여법에 의한 수급자로서 관련 적용대상에 합당할 경우 일반 수급자와 동일하게 적용함을 원칙으로 함
  - 의료급여절차 이외의 별도의 예외(제외)규정을 두지 않음

② 사업별 적용 검토

- 연장승인 및 선택병의원제 적용 여부
  - 노숙인도 급여일수 상한제 및 연장승인제도를 적용하나, 질환군별 연장승인 및 연장불승인만 적용
    * 이미 노숙인진료시설로 지정된 기관만을 이용하도록 제한을 두고 있으므로, 조건부승인(선택병의원제)는 적용하지 않음
  - 급여일수 통보는 노숙인이 소속된 시설로 송부하여 본인에게 전달
  - 연장승인 신청은 시설장이 대리로 신청 가능
- 현금급여
  - 요양비, 임신출산진료비, 장애인보조기기 등 개별 지급대상에 적합한 경우 지원함이 원칙
- 중증질환 및 희귀질환, 중증난치질환 산정특례
  - 등록대상에 해당할 경우 신청에 의해 등록함이 원칙
- 동일성분의약품 중복투약 제한 등은 타 수급자와 동일하게 적용

③ 사후관리

- 상해요인, 동일성분의약품 중복투약 등 사후관리는 노숙인 시설 종사자의 협조를 얻어 조사 실시

④ 보장시설(재활, 요양 등 기존 부랑인시설) 입소자 관리

- 노숙인 재활시설, 노숙인 요양시설에 입소(책정)된 노숙인 등에 대하여는 국민기초보장시설 수급자 결정결과에 따라 시설수급자로 의료급여 책정

제2편 수급권자 선정 및 자격관리

Ⅲ. 수급자 자격관리

1 급여개시일 및 종별 선정 요령

가. 의료급여 개시일

(1) 일반원칙

● 의료급여 수급권자는 원칙적으로 수급자로 결정된 날부터 의료급여 실시

【의료급여 개시일의 적용】

- 국민기초수급자(시설수급자, 특례자 포함)는 **국민기초 수급자로 책정된 날**로부터 개시
- 이재민은 특별재난지역으로 선포된 원인이 된 **재해가 발생한 날**부터 개시
- 의사상자는 **의사상 행위를 한 날**부터 개시
- 입양아동 및 입양대상아동은 수급권자로 인정된 날부터 개시
- 북한이탈주민은 하나원 퇴소일(사회진출일)로부터 10일 이내 신청시는 **퇴소일**로 소급 취득하되, 그 이후 신청시는 **결정일**부터 개시
- 행려환자는 **진료를 시작한 날**부터 개시

※ 북한이탈주민은 하나원 입소중 기초생활 자격 결정 및 최초 거주지 전입시 확인조사 실시 후 계속 보장 여부 결정(「국민기초생활보장안내」 참고)

● 이의신청을 거쳐 기초생활보장수급자로 재 책정되는 경우, 의료급여 재취득을 기존 의료급여 상실일과 연계하여 소급책정

* 예시 2015. 6. 4. 기초생활보장/의료급여가 중지되었다가 이의신청이 받아들여져 2015. 7.11자로 기초생활보장이 재책정된 경우에는 2015. 6. 4자로 소급하여 개시

(2) 개별 적용기준

(가) 교정시설 수용자

- 출소 후 10일 이내 신청하여 수급권자로 선정되면 출소일로 소급 취득하되 10일 이후 신청 시는 **결정일**부터 개시(「국민기초생활보장사업안내」 교정시설 출소자에 대한 특별 연계보호방안 참고)

(나) 출생자

- 국민기초 수급가구 내 출생의 경우에는 **출생일로 의료급여 개시**
- 타법수급자인 경우 **보장가구 범위에 해당하는 경우에** 한하여 출생일로 의료급여 개시
  - 자녀는 한국국적이라면 친자/양자 모두 가구원으로 인정. 즉, 양쪽 부모 모두의 친자가 아닌 한 쪽 부모만의 친자이어도 가구원으로 인정되며 입양을 한 경우에도 가구원으로 인정됨
- 다만, 출생자가 속한 세대의 의료급여 개시일이 출생일보다 늦은 경우 해당 세대의 의료급여 개시일로 적용

〈적용예〉

- 출생일로 소급 책정

* 가구주가 2016. 7. 1. A 시군구에서 의료급여를 최초 취득한 후 2016. 7. 15. B 시군구로 전출가서 현재까지 의료급여 유지중인 경우로서 2016. 7. 10. 출생한 자녀에 대하여 2016. 7. 30. 가구원 추가를 신청하는 경우에는 자녀에 대하여 2016. 7. 10. 출생일로 소급하여 B 시군구가 의료급여 책정(책정사유 : 출생)

- 다만, 가구주의 의료급여 취득일까지만 소급 가능

* 가구주가 2016. 7. 10. A 시군구에서 의료급여를 최초 취득한 후 2016. 7. 15. B 시군구로 전출가서 현재까지 의료급여 유지중인 경우로서 2016. 7. 5. 출생한 자녀에 대하여 2016. 7. 30. 가구원 추가를 신청하는 경우에는 자녀에 대하여 2016. 7. 10.까지만 소급하여 B 시군구가 의료급여 책정(책정사유 : 신규취득)

- 또한, 자녀의 한국국적 취득일까지만 소급 가능

* 가구주가 2016. 7. 1. A 시군구에서 의료급여를 최초 취득한 후 2016. 7. 15. B 시군구로 전출가서 현재까지 의료급여 유지중인 경우로서 자녀가 중국에서 2006. 1. 1. 출생하였으나 최근 2016. 7. 5.에서야 한국국적취득한 경우 : 국적취득일인 2016. 7. 5.까지만 소급하여 B 시군구가 의료급여 책정(책정사유 : 신규취득)

2 의료급여 상실처리

- **의료급여는 의료급여 수급권자 요건에 해당되지 아니하게 된 때 종료처리함**
  * 의료급여 수급권자가 건강보험 당연적용 사업장에 고용되었을 경우 당연히 건강보험가입자가 되는 것은 아니며 건강보험에 가입할 지 의료급여를 유지할 지는 당사자가 선택할 수 있음
- 가구주가 상실되는 경우 가구 전체를 상실해야 하며, 계속 적용되는 가구원이 있는 경우 새로운 가구주로서 가구 전체를 취득(코드: 44) 처리하여야 함
  * 시·군·구는 자격 상실 또는 종별 변경시 반드시 서면으로 통지서를 발송해야 하며 민원인은 통지받은 날로부터 90일 이내 문서로써 시·군·구 또는 읍·면·동에 이의신청을 할 수 있으며 정당한 사유에 따라 90일 이내 이의신청할 수 없었음을 소명한 때에는 90일이 경과해도 이의신청할 수 있음

3 의료급여 전산관리번호 부여 요령

- 의료급여 자격관리는 개인의 주민등록번호로 관리함을 원칙으로 하나, 다만 다음의 경우에는 특별히 전산관리번호를 부여하여 관리

구 분	전산관리번호 구성	적용대상자
[자료구분(3)] ○ 행려환자 (주민등록번호 확인된 자는 주민 등록번호로 관리 하고, 불명자만 전산관리번호 부여)	①②③④⑤⑥-⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬ ①-② : 출생년도 마지막 2자리 ③ : 자료구분(3) ④-⑥ : 보장기관기호 (앞 3자리 해당 시·군·구 부호) ⑦ : 성별구분(남: 1, 3 / 여 2, 4) 1800년대 및 1900년대 출생 (남: 1, 여: 2) 2000년대 출생(남: 3, 여: 4) ⑧-⑨ : 발생년도 마지막 두자리 ⑩-⑬ : 일련번호 〈예시〉 서울 종로구(30000)에서 2007년도 7번째 발생한 행려환자(1960.3.30일생 남자)의 경우 전산관리번호는? ⇒ 603300–1070007	○ 일정한 거소가 없는 자로서 경찰관서로 부터 무연고자임을 확인받아 행려환자가 발생한 시·군·구청인 보장기관이 의료급여수급권자로 인정한 자

구 분	전산관리번호 구성	적용대상자
[자료구분(4)] ○ 사회복지시설 수용자가 아닌자로서 주민등록번호 불명자	①②③④⑤⑥-⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬ ①-② : 출생년도 마지막 2자리 ③ : 자료구분(4) ④-⑥ : 보장기관기호(해당 시·군·구 행정동 부호 앞 3자리) ⑦ : 성별(남: 1, 3 /여: 2, 4) 1800년대 및 1900년대 출생 (남: 1, 여: 2) 2000년대 출생(남: 3, 여: 4) ⑧-⑨ : 관리번호 부여년도 (2000년 00, 2007년 07) ⑩-⑬ : 일련번호 〈예시〉 '07.1.15일 대전동구(3640000) 100번째 사회복지전산관리번호 부여자 (1957.5.30일생 남자) ⇒ 574364-1070100	○ 사회취약계층특별보호자 - 사회복지전산관리번호 부여자 - 입양대상 아동 - 무호적자 - 북한이탈주민 - 기타
[자료구분(5)] ○ 사회복지시설 수용자 중 주민등록번호 불명자 ○ 사회복지시설 수용자 중 주민등록번호가 있어도 개인정보 보호가 필요한 자	①②③④⑤⑥-⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬ ①-② : 출생년도 마지막 2자리 ③ : 자료구분(5) ④-⑥ : 일련번호 ⑦ : 성별(남: 1, 3 / 여: 2, 4) 1800년대 및 1900년대 출생 (남: 1, 여: 2) 2000년대 출생(남: 3, 여: 4) ⑧-⑨ : 입소년도 마지막 2자리 ⑩-⑬ : 시설기호 〈예시〉 '04. 1. 15일○ ○시 감로당(2349)에 입소된 150번째 노인(1930.3.30일생, 여자)의 경우 전산관리번호는? ⇒ 305150-2042349	○ 국민기초생활보장법 시행령 제38조의 규정에 의한 보장시설에서 급여를 받고 있는 자 ○ 개인의 사생활 비밀 유지가 필요한 시설에 수용된 자가 본인이 요청할 경우 (성폭력피해자 보호시설, 가정폭력피해자 보호시설, 미혼모시설 등)
○ 영주귀국사할린 한인	외국인 등록번호가 있는 경우는 외국인등록번호를 사용하고, 외국인 등록번호가 없는 경우 주민등록번호 불명자로 전산관리번호(4)를 사용할 것	
○ 외국인배우자	주민등록번호란에 출입국관리법에서 정하는 외국인 등록번호(13자리)를 기재한다.	○ 국민기초생활 보장법 제5조의 2에 의한 외국인 배우자

- 사생활보호시설 입소자의 전산관리번호 취득시 건강보험료 발생 문제
  - 사생활보호시설(가정폭력피해자 보호시설, 성폭력 피해자 보호시설 등)에 입소하는 사람에 대해서는 본인이 희망할 경우 주민등록번호가 아닌 전산관리번호로 생계급여/의료급여를 취득
  - 주민등록번호로 취득할 경우 건강보험가입이 중단되고 이 중단사실이 가정(현재 가해자가 거주하는 곳)에 우편통보될 우려가 있기 때문임
  - 전산관리번호로 취득하는 기간 중 발생하는 건강보험료는 납부할 필요 없음
  - 시설 퇴소 후에 보장기관으로부터 자격득실확인서(시행규칙 별지 18호의2호 서식)을 발급받아 건강보험지사에 제출함으로써 건강보험료 철회받을 수 있음

    * 자격득실확인서에 주민등록번호 및 전산관리번호 함께 적어 발급

4 보장시설 입소자의 자격관리

가. 보장시설 입소시 관리요령

- 새로이 국민기초보장법상 보장시설에 입소하여 국민기초 시설수급자로 책정된 경우 국민기초 시설수급 책정일로 의료급여 1종 부여
  - 반드시 행복e음상 국민기초 시설수급자로 입력(책정)된 자만 의료급여 시설 수급자로 책정함

    * MOU체결 시설수급자도 행복e음시스템을 통해 전산 자격관리
- 일반 재가수급자로 보호 중에 시설수급자 책정된 경우 입소일로 국민기초 재가수급 중지 및 시설수급자로 책정
- 보장시설에서 보장시설로 전원된 경우 입·퇴소일로 중지 및 책정
  - 개인정보 보호를 요청하는 대상자는 주민등록번호가 아닌 전산관리번호로 취득

    * 개인정보보호시설(가정폭력피해자 보호시설 등) 수급자도 반드시 행복e음상 기초생활보장이 책정되어 있어야 의료급여 지원 가능

나. 보장시설 퇴소시 관리요령

- 보장시설에서 퇴소하는 경우 퇴소이후 거주지에서의 국민기초 수급자 책정여부에 따라 급여 적용(재가 국민기초 취득시 국민기초 1,2종 의료급여 책정)

  * 보장시설 수급자의 퇴소시 관리에 대해서는「국민기초생활보장사업안내」제6편 보장시설 참조

5 행복e음 자격 취득 및 상실 처리

가. 자격 취득

(1) 대상자 종별 유형 및 급여유형 기호

- 종별기호 : 1종 수급권자「1」, 2종 수급권자「2」
- 급여유형 및 코드번호

급 여 유 형	코드	급 여 유 형	코드
국민기초(1종)	11	군입대자(1종)	39
사회복지시설입소자	12	군입대자(2종)	49
국가유공자(1종)	13	의상자 및 의사자의 유족(1종)	18
국가유공자(2종)	23	의상자 및 의사자의 유족(2종)	28
북한이탈주민(1종)	14	국내입양아동	20
북한이탈주민(2종)	24	국민기초(2종)	21
중요무형문화재(1종)	15	행려환자	31
중요무형문화재(2종)	25	노숙인 등	33
5·18민주화운동 관련자 (1종)	16		
5·18민주화운동 관련자 (2종)	26		
이재민	17		

(2) 취득사유·코드 및 취득일

- 취득사유별 취득일

취득사유	코드	취득일	취득사유	코드	취득일
신규취득	11	보장결정일	급여유형변경	18	(종별)변경일
전입(관외)	12	전입일	시설수감해제	32	해제(출소)일*
전입(관내이동)	13	전입일			
출 생	14	출생일	가구주변경	44	변경일
결 혼	15	전입일	기 타	99	의료급여 개시일
입 양	16	보장결정일			

- 취득사유가 여러 가지에 해당할 경우 우선 순위
  - 입양/결혼/출생 또는 신규취득 : 입양/결혼/출생으로 등록
  - 가구주변경 또는 급여유형 변경 : 급여유형변경으로 등록

(3) 취득유형(코드)

- 가구주(부양가족포함) 취득(1), 가구주 단독 취득(2), 부양가족 추가 취득(3)

(4) 행복e음상 자격 취득

- 수급자 자격 취득시 행복e음을 통하여 지체 없이 공단으로 전송하며, 이 경우 본인부담구분 내용 및 선택의료급여기관적용 관련 해당사항이 있는 경우 함께 입력
  - 본인부담구분 내용 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 [별표 1]에 따른 본인 부담구분 코드(M001~M005, M007, M008, M011, M012, M015,~M016, B001~B002)
    * M001, M002, B001, B002에 해당하는 경우 질환자 구분·복합질환 여부, 주상병 기호도 같이 입력하여 전송
    * 자세한 것은 뒤의 본인부담면제 관련 페이지 참조
  - 선택의료급여기관적용 사항 : 선택의료급여기관 적용대상자의 경우 선택의료급여기관 명칭 및 기호, 시작일 등
    * 자세한 것은 뒤의 선택의료급여기관 적용 관련 페이지 참조
  - 자격취득 이후 본인부담구분 및 선택의료급여기관 적용 관련 사유가 발생 하거나, 자격 취득 당시 수급권자의 본인부담구분코드 또는 선택의료급여기관 정보를 알 수 없는 경우에는 [본인부담구분대상자] 관리 화면에서 추후 등록하여 전송 가능
  - 자격 취득 관련 전송 오류가 발생하는 경우 행복e음 복지광장에 자료보정을 요청, 이 경우 본인부담구분 및 선택의료급여기관 적용 관련 해당사항이 있는 경우 반드시 함께 기재 요청
- 수급권자의 취득사유, 상실사유 등 기재사항 중 오류가 있는 경우 행복e음 [자격변경등록] 화면에서 변경정보를 입력

변경사유	코드	변경사유	코드	변경사유	코드
성 명	11			상실사유	24
주민등록번호	12			입양아동 양부모정보	26
가구주와의 관계	13	취득사유	21	입양아동지원방식	27

● 취득·변경·상실 사유 발생 시 신속하게 행복e음에 입력

- 행복e음을 통해 자료를 입력하고 입력된 자료가 건강보험공단 자격관리시스템에 제대로 전송되었는 지 반드시 확인하고 전송오류 발생시 행복e음 복지광장에 자료보정 요청할 것

* 수급권자 자격 종별변경, 취득, 상실 등 변경사항이 건강보험공단에 지연 통보시 의료급여·건강보험간 정산, 급여비용 착오 지급, 수급권 자격 확인 업무 등에 막대한 지장을 초래

나. 자격 상실

(1) 상실사유·코드

상실사유	코드	상실일	상실사유	코드	상실일
소득인정액 초과	11	중지결정일의 다음날	이재기간만료	24	만료일 다음날
전출(관외)	12	전출일	시설수감	32	수감(입소) 다음날
전 출 (관내이동)	13	전출일	해외체류 (60일 이상)	33	해외체류기간 61일째 되는 날
사 망	14	사망일 다음날	복지시설퇴소 (퇴소 후 중지될 경우)	42	퇴소한 날의 다음날
결 혼	15	혼인신고일 다음날	부양의무자 기준 부적합	43	중지결정일의 다음날
이 혼	16	이혼일 다음날	가구주 상실	44	가구주 상실일
급여유형변경	18	(종별)변경일	미거주	45	미거주로 중지 결정한 날의 다음날
이민(국적상실)	21	출국일 다음날	연령 초과	46	연령 초과 다음날
지역가입자로 변경	22	중지결정일의 다음날			
직장가입자로 변경	23	중지결정일의 다음날	기 타	99	중지결정일의 다음날

- 의료급여 종별변경
  - 종별변경은 상실 후 재취득으로 처리하여야 함
    - 1종 수급자 → 2종 수급자로 변경 : 1종 상실 후 2종 취득
    - 2종 수급자 → 1종 수급자로 변경 : 2종 상실 후 1종 취득

      * 종별변경 시 주의사항 : 종별변경을 기재사항변경으로 처리하면 최초 취득일부터 종별유형이 수정되므로 반드시 기존의 종별을 상실 시킨 후 재취득 처리를 하여야 함(기재사항변경은 잘못된 것(오타 등)을 수정하는 것임

(2) 상실유형(코드)

- 가구주(부양가족포함) 상실(1), 가구주제외 부양가족 상실(3)

(3) 행복e음상 자격 상실

- 수급자 자격 상실시 행복e음을 통하여 지체 없이 공단으로 전송
  - 이 경우 본인부담구분 종료 및 선택의료급여기관 해지 정보를 별도로 처리할 필요 없이 자격과 함께 자동으로 중지 처리됨
- 수급자가 보장기관 내 또는 다른 보장기관 간 전출입시 전출지 시군구가 상실처리한 후에야 전입지 시군구가 취득 처리할 수 있음
- 공단 자격관리시스템에는 자격이 취득되어 있으나, 행복e음상에는 의료급여가 취득되어 있지 않는 경우 상실처리 요령
  - 공단 자격관리시스템에는 의료급여가 취득되어 있으나 행복e음상 의료급여가 취득되어 있지 않은 경우에도 시군구가 직접 상실처리 가능(복지광장에 자료 보정 요청할 필요 없음)

    * 우선 공단 자격관리시스템 자료값과 동일하게 행복e음에 취득처리한 후 상실처리하면 됨

    * 전산관리번호대상자였다면 행복e음상 전산관리번호 등록 → 의료급여 취득 → 의료급여 상실처리

6 의료급여증

가. 의료급여증 발급

- 수급자를 선정한 때에는 지체없이 의료급여증(시행규칙 별지 제6호서식, [서식 10])을 발급하되, 천재지변 등 부득이한 사유로 의료급여증을 발급할 수 없는 경우에 한하여 의료급여증명서(시행규칙 별지 제7호서식, [서식 11]) 발급
  - 가구단위 수급자에 대하여는 가구당 1매, 개인단위 수급자에 대하여는 개인당 1매를 발급
    * 입양아동이 사후 지원방식을 선택한 경우 의료급여증을 발급하지 아니함
  - 수급권자 가구주 및 가구원임을 확인하고 교부(등기, 방문) 단, 법정대리인 수령가능
- 발급 시 수급권자에게 의료급여증을 분실한 경우 즉시 시군구로 통보하고, 타인 대여 등 부정사용시 1년이하 징역 또는 1천만원 이하 벌금에 처할 수 있다는 점을 안내
- 수급자는 의료급여기관 이용시 의료급여증 또는 의료급여증명서를 제출하여야 하나 신분증명서를 제출하여 자격확인이 가능한 경우 의료급여증 제시 없이도 의료급여기관 이용 가능(의료급여법 제8조)
  * 의료급여기관에서도 의료급여증 또는 의료급여증명서를 제시 받은 경우, 본인 여부 등을 확인하여야 할 의무가 있음(의료급여법 시행규칙 제13조제2항)

나. 의료급여증 추가발급 및 재발급

- 의료급여 가구원 중 수학·보육 등의 사유로 의료급여증을 추가로 발급받으려는 경우에는 추가 발급 가능
- 의료급여증 재발급은 시행규칙 제12조의 규정에 따라 처리
  * 주소 이전시에는 본인이 요청하는 경우에 한해 발급. 다만, 전 보장기관의 의료급여증을 반드시 회수할 것

다. 급여유형별 변경 시 처리

- 1종에서 2종 또는 2종에서 1종으로 수급자 자격이 변경된 경우, 기존 의료 급여증을 지체 없이 회수하고 변경된 내용에 맞게 새로운 의료급여증(시행규칙 별지 제6호서식, [서식 10])을 발급
  - 종별변경은 시장·군수·구청장이 종별변경을 결정한 날로 할 것

● 종별변경 시 반드시 기존의 종별을 상실시킨 후 재취득 처리(기재사항변경으로 처리하면 최초 취득일로부터 종별유형이 수정되므로 반드시 상실 후 재취득 처리할 것)

* 기재사항변경은 잘못된 것(오타 등)을 수정하는 것임

라. 의료급여증 반납 및 회수

● 시행규칙 제15조의 규정에 따라 반납 및 회수

① 수급권자가 법 제3조제1항의 규정에 의한 수급권자의 요건에 해당하지 아니된 때

② 법 제17조의 규정에 의하여 수급권자에 대한 의료급여가 중지된 때

③ 기타 다음에 해당하는 경우

- 전출입으로 인한 전 보장기관의 의료급여증
- 자격취득·상실, 기재사항 변경, 종별변경, 가구주변경 등으로 인한 구 의료급여증

● 시군구/읍면동은 의료급여증 타인대여 등 부정사용을 방지하기 위하여 의료 급여증 회수 철저

- 의료급여증을 반납하지 않거나 회수가 어려운 경우 부정사용 등으로 인한 모든 책임은 본인에게 있다는 확인서*를 징구하여 향후 책임소재를 명백히 할 것

  * 확인서는 의료급여증(추가발급·재발급) 신청서(시행규칙 별지 제8호서식, [서식 12])의 신청사유란 활용

- 타인대여 등 부정사용시 자신의 급여일수가 줄어들게 되며, 부정사용자에게는 부당이득금을 징수(법 제23조)하며 타인대여자에게 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금(법 제35조)을 부과함을 안내
- 의료급여증은 전입지 또는 전출지의 시군구/읍면동에서 어디든 회수 가능

  * 전입시 기초생활보장 수급 중지 등의 사유로 의료급여가 상실된 경우 전출지로 의료급여증 송부하지 말고 전입지 보장기관이 폐기할 것

- 반납·회수된 의료급여증은 보관에 따른 분실 또는 개인정보가 누출되지 않도록 즉시 폐기조치

마. 의료급여 자격 이력증명서 발급

● (의료급여 자격득실 확인) 의료급여 수급자 또는 수급자이었던 사람으로부터 의료급여 자격 득실 내용을 확인해 줄 것을 요청받은 시장·군수·구청장은 의료급여법 시행규칙 서식 [별지 제18호의2 서식]의 의료급여 자격득실 확인서[서식 51]를 발급

7 사회복지시설 신설 업무처리 절차

● 시설기호 부여 절차

- 행복e음에서 복지시설 인허가정보 등록 이후 대장정보 수정화면을 통해 시설기호를 자동으로 채번
- 복지시설 정보 및 시설기호(숫자 4자리)는 건강보험공단과 연계되어 자동전송됨

【사회복지시설기호 부여 방법】

• 행복e음 : 시설법인 〉 사회복지시설관리 〉 복지시설 〉 복지시설대장관리
(시설·법인업무에 대한 권한부여 및 시설 담당 협조 필요)

- 복지시설대장 등록 이후 [복지시설대장수정] 화면에서 '시도코드, 기관코드' 입력 후 "시설코드저장" 버튼을 클릭하면 사회복지시설기호인 시설의료급여 코드 4자리가 자동 생성됨
- 시도코드와 기관코드는 해당시설의 의료급여 보장기관의 코드를 선택
  * 자치구가 아닌 행정구의 경우 인허가 시군구와 의료급여 보장기관이 다름에 유의
  ex) 시설인허가 : 고양시, 의료급여보장기관 : 고양시 일산구
- 건보공단 연계 주기 : 1시간 주기

● 시설기호 부여체계

형 식	설 명
5 0 0 1 ↓ ↘↓↙ 시설유형 일련번호	- 첫째자리 : 시설종별을 구분하는 구분값 1 : 아동복지시설 2 : 노인복지시설 3 : 한부모가족복지시설 4 : 장애인복지시설 5 : 노숙인시설 6 : 정신요양시설 7 : 성폭력피해자시설 8 : 가정폭력피해자시설 9 : 기타사회복지시설 **- 나머지 3자리 : 등재순서에 따른 일련번호**

● 보장시설에 입소한 시설수급자 및 노숙인 시설에 입소한 노숙인의 경우 시설기호를 활용하여 의료급여자격 관리

【노숙인시설 시설기호 채번 요령】

- (재활/요양) 이미 부여된 시설기호는 재부여하지 않고 유형만 변경
  * "5"(시설 종별)+숫자 3자리 : 5001~5499
- (일시보호/자활/기타) 보장시설이 아닌 일반 시설유형은 새로이 부여하되, 보장시설과 구분이 될 수 있도록 "5501"부터 부여
  * "5"(시설 종별)+숫자 3자리 : 5501~5999

● 종전에는 사회복지시설 신규개설시 공단에 의뢰하여 시설기호를 부여받아 행복e음에 등재하는 방식이었으나, '12.6.1부터는 시군구에서 직접 시설기호를 부여하는 방식으로 행복e음 개선 운영

【사회복지시설 기호】

시 설 종 별		시 설 종 별 유 형	
명 칭	부호	명 칭	부호
아동복지시설	1	아동양육시설 아동일시보호시설 아동보호치료시설 자립지원시설 아동종합시설	01 02 04 05 12
노인복지시설	2	양로시설 노인요양시설 노인공동생활가정 노인요양공동생활가정	21 22 27 28
한부모가족복지시설	3	모자보호시설 모자자립시설 미혼모자시설 일시보호시설 부자보호시설 부자자립시설	41 42 44 45 49 50
장애인 복지시설	4	장애인 거주시설	61
노숙인시설	5	부랑인 보호시설 노숙인 일시보호시설 노숙인 자활시설 노숙인 재활시설 노숙인 요양시설 노숙인종합지원센터 기타 노숙인시설	81 82 83 84 85 86 89
정신요양시설	6	정신요양 및 정신질환자사회복귀시설	00
성폭력피해자시설	7	성폭력피해자보호시설	77
가정폭력피해자시설	8	가정폭력피해자보호시설	88
기타 사회복지시설	9	한센시설 결핵요양시설 기 타	91 92 99

제 3 편

의료급여 수급자 지원내용, 절차

Ⅰ 의료급여 지원범위 및 절차

1. 의료급여 지원범위
2. 의료급여 본인부담
3. 요양비
4. 임신·출산 진료비
5. 장애인보조기기
6. 노인틀니
7. 의료급여 치과임플란트
8. 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 사전등록제
9. 의료급여 치석제거
10. 의료급여 절차
11. 의료급여일수 연장승인 관리 및 선택의료급여기관제도
12. 동일성분의약품 중복투약자 관리

Ⅱ 의료급여 수급자 본인부담 완화

1. 본인부담 보상금제도
2. 본인부담금 상환제
3. 의료급여 대지급금 제도
4. 건강생활유지비 지원 제도
5. 중증질환 및 희귀·중증난치질환자 산정특례 등록

제3편 의료급여수급자 지원내용, 절차

Ⅰ. 의료급여 지원범위 및 절차

1 의료급여 지원범위

가. 지원내용

(1) 의료급여의 내용(의료급여법 제7조)

- 의료급여수급자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음과 같음
  ① 진찰·검사
  ② 약제·치료재료의 지급
  ③ 처치·수술과 그 밖의 치료
  ④ 예방·재활
  ⑤ 입 원
  ⑥ 간 호
  ⑦ 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
- 의료수가의 기준과 그 계산방법은 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」(보건복지부 고시)이 정하는 바에 의함

(2) 의료급여의 적용기준과 방법

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제2항부터 제4항 및 [별표 1](요양급여의 적용기준 및 방법)의 규정에 의함
  - 단, 동 규칙 [별표 1]의 제2호나목(질병군포괄수가제DRG 적용)을 제외함

(3) 의료급여의 범위

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조(요양급여대상의 고시)의 규정에 의함
  - 단, 동 규칙 제8조제3항(질병군포괄수가제DRG 적용)을 제외함
    ※동 규정에 따른 고시에는 "치료재료급여·비급여 목록 및 급여상한금액표", "건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수", "한약제제급여목록및상한금액표", "약제급여목록 및 급여상한금액표"가 있음
- 입원기간 중 영안실 안치료(3일 이내)는 의료급여 대상
- 비급여 대상
  - 「국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표 2]에 규정된 비급여대상이 적용됨
- 신의료기술
  - 의료급여 대상 또는 비급여 대상으로 결정되지 아니한 새로운 행위 및 치료 재료에 대한 의료급여 대상 및 비급여 대상여부는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조의2, 제10조, 제11조, 제12조, 제13조제1항 및 제3항, 제14조의 규정이 적용됨

【비급여대상 (「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」(2021.10.1.개정) [별표 2])】

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
   라. 단순 코골음
   마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
   바. 검열반 등 안과질환
   사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환

2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
   나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 치과교정. 다만, 선천성 기형으로 저하된 씹는 기능 및 발음 기능을 개선하기 위한 치과교정으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.

라. 씹는 기능 또는 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면) 교정술

마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술

바. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술

사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료

아. 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료

3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료

가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자등에게 실시하는 건강검진 제외)

나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)

다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전체 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.

라. 불소부분도포, 치면열구전색(치아홈메우기) 등 치아우식증(충치) 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하인 사람의 치아 중 치아우식증(충치)이 생기지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 대한 치면열구전색(치아홈메우기)은 제외한다.

마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료

바. 유전성질환 등 태아 또는 배아의 이상유무를 진단하기 위한 유전학적 검사

사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료

아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료

4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료

가. 가입자 등이 다음 표에 따른 요양기관으로서 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 1인(「의료법」 제3조 제2항제1호에 따른 의원급 의료기관 및 제3호 나목에 따른 치과병원의 경우 3인 이하)이 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용한 경우에는 다음 표의 구분에 따라 부담하는 비용. 다만, 격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우에는 비급여대상에서 제외한다.

요양기관 구분	비용
「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관	제8조에 따라 고시한 요양급여 대상인 입원료(이하 “입원료”라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
「의료법」 제3조제2항제3호 나목에 따른 치과병원	
「의료법」 제3조제2항제3호 가목에 따른 병원 중 진료과목에 소아청소년과 또는 산부인과를 둔 병원으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건을 갖춘 병원(이하 "아동·분만병원"이라 한다)	
상급종합병원	입원실 이용 비용 전액
「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원은 제외한다)	

(1) 의료법령에 따라 허가를 받거나 신고한 병상 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 다음의 구분에 따라 운영하는 경우. 다만, 규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.

(가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관, 같은 항 제3호나목의 치과병원, 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기(周産期) 전문병원 및 아동·분만병원: 일반병상을 총 병상의 2분의 1 이상 확보할 것

(나) 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원을 제외한다) : 일반병상을 총 병상의 5분의 3 이상 확보할 것

(다) 「의료법」 제3조제2항제3호마목의 종합병원 및 같은 법 제3조의4제1항에 따른 지정을 받은 상급종합병원: 일반병상을 총 병상의 5분의 4 이상 확보할 것

(2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우

나. 가목에도 불구하고 다음 각 항목에 해당하는 경우에는 다음의 구분에 따른 비용

(1) 가입자등이 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다. 이하 같다) 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 제외한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우: 제8조제4항 전단에 따라 고시한 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

(2) 가입자등이 가목(1)에서 정한 요건을 갖춘 상급종합병원, 종합병원, 병원 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」제25조에 따라 호스피스전문기관으로 지정된 요양기관에서 1인실 병상을 이용하여 같은 법 제28조에 따른 호스피스·완화의료를 받는 경우(격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우, 임종실을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다): 제8조제4항 전단에 따라 고시한 호스피스·완화의료 입원실의 입원료 중 4인실 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

다. 선별급여를 받는 사람이 요양급여비용 외에 추가로 부담하는 비용

라. 법 제51조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다.

마. 친자확인을 위한 진단

바. 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 65세 이상인 사람의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.

사. 및 아. 삭제 〈2002.10.24〉

자. 이 규칙 제8조의 규정에 의하여 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제

차. 삭제 〈2006.12.29〉

카. 삭제 〈2018.12.31.〉

타. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용

파. 「마약류 관리에 관한 법률」 제40조에 따른 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용

하. 이 규칙 제11조제1항 또는 제13조제1항의 규정에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함하되, 같은 규칙 제3조제3항에 따라 서류를 송부받은 경우와 같은 규칙 제3조의4에 따른 신의료기술평가 결과 안전성·유효성을 인정받지 못한 경우에는 제외한다). 다만, 제11조제9항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 따라 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함한다)는 제외한다.

거. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조10항제2호에 따른 제한적 의료기술

너. 「의료기기법 시행규칙」 제32조제1항제6호에 따른 의료기기를 장기이식 또는 조직이식에 사용하는 의료행위

더. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료

5. 삭제 〈2006.12.29〉

6. 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호아목, 제3호아목 및 제4호더목은 다음 각 목에서 정하는 경우에 한정한다.

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료

나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제

6의2. 영 제21조제3항제3호에 따른 호스피스·완화의료 입원진료의 경우에는 제1호부터 제3호까지, 제4호나목(2)·더목에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호사목, 제3호아목 및 제4호더목은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료에 한정한다.

7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법

나. 한약첩약 및 기상한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제

8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제5조제4항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.

【참고】 의료급여 수급권자 대상 건강검진 관련근거 및 지원내용

- 의료급여법 제14조 “시장·군수·구청장은 이 법에 의한 수급권자에 대하여 질병의 조기발견과 그에 따른 의료급여를 하기 위하여 건강검진을 실시할 수 있다.”
- 건강검진 실시기준(고시), 암검진 실시기준(고시) : 의료급여 수급권자 대상 건강검진 실시 (의료급여 수급권자의 검진비용은 국가와 지자체에서 부담)

- 일반건강검진 : 20세부터 64세까지 세대주 및 세대원

  * 2년마다 1회 실시

- 의료급여 생애전환기 검진 : 66세 이상 세대주 및 세대원

의료급여 생애전환기 검진	골밀도 검사	66세 중 여성
	인지기능장애	66세 이상(2년 마다)
	정신건강검사(우울증)	70세(해당 연령을 시작으로 10년 동안 1회)
	생활습관평가	70세
	노인신체기능검사	66, 70, 80세

- 영유아 건강검진 : 생후 14~35일, 생후 4~6개월, 9~12개월, 18~24개월, 30~36개월, 42~48개월, 54~60개월, 66~71개월에 각 1회
- 영유아 구강검진 : 생후 18~29개월, 생후 30~41개월, 42~53개월, 54~65개월에 실시
- 암조기검진 : 위암 40세 이상(검진주기: 2년), 간암 40세 이상 고위험군(검진주기: 6개월), 대장암 50세 이상(검진주기: 1년), 유방암 40세 이상의 여성(검진주기 2년), 자궁경부암 20세 이상의 여성(검진주기: 2년), 폐암 만54세~74세 이상 고위험군(검진주기: 2년)

2 의료급여 본인부담[1)]

가. 1종 수급권자

(1) 입원 : 본인부담 없음

(2) 외래

대상자	본인부담구분 코드	의료급여기관	구 분	본인부담금
일반1종 · 선택의료급여기관에서 의뢰된 자 1종	일반 1종의 경우 (본인부담코드 없음) 선택의료급여기관에서 의뢰된 자 (B005) 선택의료급여기관에서 의뢰 되어 재의뢰된 자(B006) 절차예외 경과규정 적용자 등 (B009) ※ 감염병 확산 등 긴급한 사유로 인해 외래로 의료급여를 받은 선택의료급여기관 적용자(B099)	제1차 의료급여기관 (의원, 보건의료원)	원내 직접 조제	1,500원
			그 이외의 경우[2)]	1,000원
			특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 5%
		제2차 의료급여기관	원내 직접 조제	2,000원
			그 이외의 경우	1,500원
			특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 5%
		제3차 의료급여기관	원내 직접 조제	2,500원
			그 이외의 경우	2,000원
			특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 5%
본인부담 면제자 1종	M001~M019, B030 * 본인부담구분코드 참고	제1차·2차·3차 의료급여기관	0 (본인부담 없음)	
선택의료급여기관 이용자 1종	조건부연장승인자(M001) 자발적참여자(M002) M009~M010	제1~3차 의료급여기관	0 (본인부담 없음)	
	촉탁의 처방(B007)	제1차·2차·3차 의료급여기관	1,000~1,500원	
	제3선택, 제4선택기관(B008)	선택한의원, 선택치과의원	1,000~1,500원	

1) 의료급여 수급권자의 본인부담
- 본인부담 : 의료급여법 시행령 제13조제1항 및 시행령 별표에 의한 의료급여기금의 부담금을 제외한 의료급여 비용
- 다만, 영 제13조제3항 및 규칙 제19조, 규칙 별표 1의2에 해당하는 경우에는 수급권자가 100/100 본인부담하여야 함
- 의료급여법 제7조제3항 및 의료급여법 시행규칙 제9조에 따른 비급여대상은 전액 본인부담함
- 선택의료급여기관 적용자는 의료급여법 시행규칙 별표 1 및 「선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용절차 등에 관한 규정」 고시에 따라 선택의료급여기관 이용 및 선택의료급여기관으로부터 의뢰받아 이용한 경우에 한하여 의료급여 적용

(3) 약국(한국희귀·필수의약품센터)의 본인부담금

구 분	본인부담금
처방조제	500원
직접조제	900원
보건소 보건지소 및 보건진료소의 처방전	없음
선택의료급여기관에서 발부한 처방전에 의한 처방조제	없음
선택의료급여기관 적용자이지만 다른 의료급여기관으로 의뢰 또는 재의뢰된 의료기관에서 처방된 처방전에 의한 처방조제	500원
보건복지부장관이 고시하는 경증질환[부록5]으로 종합병원 이상급 기관에서 원외처방전을 발급받아 약국에서 조제 받는 경우[3]	급여비용 총액의 3%

【경증질환약제비 본인부담 차등제】('15.11.1일 시행)

- 경증질환으로 **대형병원(종합병원급 이상 기관)**에 내원하여 진료를 받은 뒤 **원외처방** 시 발생되는 약제비의 본인부담은 **급여비용 총액의 3%**
  * 약국 의료급여비용 총액의 3%가 500원 미만일 경우에는 본인일부부담금 500원 적용
  * 경증질환 약제비도 건강생활유지비 및 본인부담보상금상한제 적용대상임
- **차등 대상 경증질환은 건강보험의** 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」[별표 6]에 해당하는 질병을 준용하며, 종전 100개에서 105개 질환으로 확대(2022.3.1. 개정 시행), [부록 5] 참고
- **읍·면 지역 소재 종합병원**의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받거나, 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 **보훈병원**의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「참전유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 **국가보훈처장이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원**의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원 대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우는 경증질환 약제비 본인부담 차등 적용을 받지 않음 (기존과 동일한 500원 부담)
- 추가적으로, 의료급여에서 적용 제외 대상이 되는 대상자는 현행 본인부담 면제자와 대형병원(종합병원급 이상 기관)을 선택의료급여기관으로 지정하고, 해당 지정 병원 에서 처방받는 경우(2종 수급자도 포함)
  - 지정한 선택의료급여기관이 종합병원이나 상급종합병원인 경우는 해당기관에서 경증질환으로 약제를 처방받더라도 약제비 본인부담은 기존과 동일하게 1종의 경우 무료, 2종의 경우 500원(단, 의뢰받은 의료급여기관이 종합병원이나 상급종합병원인 경우에는 급여비용 총액의 3% 적용)

2) 그 이외의 경우
- 원외처방전 발행이 있는 경우, 원내 직접조제와 원외처방이 동시에 발생한 경우, 원내 또는 원외로 의약품 처방 없이 진료를 실시한 경우

3) 경증질환 약제비 본인부담 차등 적용('15.11.1일 시행)

(4) 1종 수급권자 외래 본인부담금 면제자
(의료급여법 시행령 별표 제1호다목, 자목, 시행규칙 제19조의4 제1항)

- 당연 적용(사유 발생시 일괄 적용)
  : 18세 미만인 자, 행려환자, 등록 결핵질환자, 등록 중증질환자, 등록 희귀질환자 및 등록 중증난치질환자, 선택의료급여기관 적용자, 잠복결핵감염자의 잠복결핵 치료
- 신청에 의한 적용(의료급여기관 외래진료 본인일부부담 면제신청서 [서식 16] 제출 시 적용)
  : 20세 미만 재학생, 임산부, 가정간호대상자
  * 신청방법: 방문, 온라인(복지로, www.bokjiro.go.kr/서비스신청/의료급여/)

① 등록 결핵질환자, 중증질환자, 희귀질환자 및 중증난치질환자

- 보건복지부장관이 고시하는 결핵질환, 중증질환자, 희귀질환 및 중증난치질환을 가진 자로서 산정특례 등록한 자
- 행복e음 산정특례 입력 후 우측 상단의 “본인부담면제 등록” 버튼을 클릭하여 등록기간에 맞추어 본인부담면제자로 등록

② 선택의료급여기관 이용자[4)]

- 행복e음 본인부담구분 대상자관리에서 선택의료급여기관 정보 입력

③ 20세 미만인 자로 중고등학교 재학 중인 자 1종 : 재학증명서 제출

④ 임산부

- 임신임을 신고한 날부터 출산예정일 후 6개월까지 본인부담면제
- (유산, 사산 시) 당초 신고 받은 출산예정일부터 6개월까지 본인부담면제. 다만, 건강생활유지비를 지원받기 원하는 경우 본인부담면제 대상에서 제외

⑤ 가정간호대상자

- 가정간호 전담부서가 설치된 의료급여기관에서 가정간호를 받고 있음을 증명할 수 있는 서류(가정간호 진료대상 확인서, 진단서 등)를 첨부한 경우에 한하여 본인부담면제자로 등록
  * 가정간호 전담부서가 설치된 기관은 건강보험심사평가원 홈페이지(www.hira.or.kr / 의료정보 / 특수운영기관정보 / 특수운영 항목 / 상세항목 / 가정간호실시기관) 참고

⑥ 잠복결핵감염자의 잠복결핵 치료('22.3.22.부터)

- 「결핵예방법」에 따른 잠복결핵감염자의 잠복결핵 치료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우

4) 단, 선택의료급여기관에서 외래진료를 받거나 선택의료급여기관에서 교부한 처방전에 따라 의약품을 조제 받은 경우, 응급상황 및 장애인 보조기기를 지급받으려는 경우에 한하여 선택의료급여기관이 아닌 다른 의료급여기관에서 외래진료를 받은 경우에 한함.
선택의료급여기관으로부터 의뢰 및 재의뢰 받아 외래진료를 받거나 교부된 처방전에 따라 의약품을 조제 받은 경우에는 본인일부부담 하여야 함(시행규칙 제19조의4 제2항)

나. 2종 수급권자

(1) 입원

- 급여비용 총액의 10% ('04.1.1 이전 20%, 단, 특례는 별도기준 적용)

(2) 외래

<table>
<tr><th>대상자</th><th>본인부담구분코드</th><th colspan="2">의료급여기관</th><th>구 분</th><th>본인부담금</th></tr>
<tr><td rowspan="11">일반2종
·
선택의료
급여기관
이용자 2종
·
선택의료
급여기관
에서
의뢰된 2종</td><td rowspan="7">일반 2종의 경우
(본인부담코드 없음)

조건부연장승인자
(B001)

자발적 참여자(B002)

선택의료급여기관에서
의뢰된 자(B005)

선택의료급여기관에서
의뢰되어 재의뢰된 자
(B006)

절차예외 경과규정
적용자 등(B009)

※ 감염병 확산 등 긴급한 사유로 인해 외래로 의료급여를 받은 선택 의료급여기관 적용자 (B099)</td><td colspan="2" rowspan="3">제1차
의료급여기관
(의원, 보건의료원)</td><td>원내 직접 조제</td><td>1,500원</td></tr>
<tr><td>그 이외의 경우</td><td>1,000원</td></tr>
<tr><td>특수장비촬영
(CT, MRI, PET)</td><td>특수장비총액의 15%</td></tr>
<tr><td rowspan="3">제2차
의료
급여기관</td><td rowspan="3">만성질환자
* 의료급여수가의
기준및일반기준
제17조</td><td>원내 직접 조제</td><td>1,500원</td></tr>
<tr><td>그 이외의 경우</td><td>1,000원</td></tr>
<tr><td>특수장비촬영
(CT, MRI, PET)</td><td>특수장비총액의 15%</td></tr>
<tr><td colspan="2">만성질환자 외</td><td colspan="2">의료급여비용총액의 15%</td></tr>
<tr><td colspan="2">제3차 의료급여기관</td><td colspan="2">의료급여비용총액의 15%</td></tr>
<tr><td>선택의료급여기관
적용자의 촉탁의
처방(B007)</td><td colspan="2">제1·2·3차 의료급여기관</td><td colspan="2">1,000원~1,500원</td></tr>
<tr><td>제3선택, 제4선택기관
(B008)</td><td colspan="2">선택한의원, 선택치과의원</td><td colspan="2">1,000원~1,500원</td></tr>
</table>

※ 2종 장애인은 1차의료급여기관 외래 진료시 장애인의료비에서 750원만 지원, 1차의료급여기관 입원 및 2차·3차의료급여기관 입원·외래 진료시 본인부담금은 전액 장애인의료비에서 지원

(3) 약국(한국희귀·필수의약품센터)의 본인부담금

구 분	본인부담금
처방조제	500원
직접조제	900원
보건소 보건지소 및 보건진료소의 처방전	없음
선택의료급여기관에서 발부한 처방전에 의한 처방조제	500원
선택의료급여기관 적용자이지만 다른 의료급여기관으로 의뢰 또는 재의뢰된 의료기관에서 처방된 처방전에 의한 처방조제	500원
보건복지부장관이 고시하는 경증질환[부록5]으로 종합병원 이상급 기관에서 원외처방전을 발급받아 약국에서 조제 받는 경우[5]	급여비용 총액의 3%

(4) 2종 수급권자 본인부담금 특례

- 자연분만 산모(입원) : 본인부담 없음('05.1.1부터)
- 6세 미만 아동(입원) : 본인부담 없음('06.1.1부터)
- 6세 이상 15세 이하 아동(입원) : 3%('17.10.1.부터)
- 중증질환자 중 뇌혈관·심장질환자(수술·약제투여·입원) : 본인부담 없음(최대 30일)
- 중증외상환자(권역외상센터 입원) : 본인부담 없음(최대 30일)
- 고위험 임신부(입원) : 5%('15.7.1부터)
- 제왕절개분만 산모(입원) : 본인부담 없음('16.7.1부터)
- 임신부 병원급 이상(외래) : 5%('17.1.1부터,)
- 조산아 및 저체중 출생아 병원급 이상(외래): 5% ('17.1.1(3세)→ '20.1.1(5세)로 연령 확대)
- 정신질환으로 병원급 이상 외래 이용시 : 10%(다만 조현병은 5%) ('17.3.13.부터)
- 치매치료 : 입원 5%, 병원급 이상 외래 5%('17.10.1부터)
- 1세 미만 아동의 외래 치료 : 의원급 면제, 병원급 이상 5%('19.1.1부터)
- 잠복결핵 감염자 : 본인부담 없음('22.3.22. 부터)

5) 2종 수급자 경증질환 약제비 본인부담 차등적용('15.11.1일 시행), 경증질환 약제비도 본인부담보상금 상한제 적용·지정한 선택의료급여기관이 종합병원이나 상급종합병원인 경우는 해당기관에서 경증질환으로 약제를 처방받더라도 약제비 본인부담은 기존과 동일하게 500원(단, 의뢰받은 의료급여기관이 종합병원이나 상급종합병원인 경우에는 급여비용 총액의 3% 적용)

다. 보건기관 이용 및 식대 본인부담

(1) 보건기관(보건소, 보건지소, 보건진료소) 이용

- 1, 2종 모두 보건기관 이용시 본인부담금 없음

(2) 식대

- 식사종류(일반식, 치료식, 멸균식, 분유, 산모식, 경관영양유동식)별 식대의 20%
  * 의료급여수가의 기준 및 일반기준 일부개정(고시 제2022-139호, '22.7.1. 시행)
- 식대본인부담 면제 : 자연분만·6세 미만 입원(1·2종 모두) 및 행려환자
- 식대본인부담 경감 : 중증질환(등록암·화상환자, 심장 및 뇌혈관질환자, 중증외상환자)산정특례자 (1, 2종 모두)의 해당 질환(합병증 포함)에 대한 진료시 5%

라. 65세 이상 노인 틀니 및 치과임플란트 본인부담(의료급여법 시행령 [별표1] 1호 라목, 마목, 2호 마목, 바목),

(1) 틀니

- 제 1·2·3차 의료급여기관 입원·외래 : (1종) 5%, (2종) 15%('17.11.1부터)

(2) 치과임플란트

- 제 1·2·3차 의료급여기관 입원·외래 : (1종) 10%, (2종) 20%('18.7.1부터)

(3) 본인부담 보상제 및 상한제 적용 예외

마. 선별급여

(1) 급여항목별 30~90% 본인부담

(2) 본인부담 보상제 및 상한제 적용 예외

- 건강생활유지비 차감 가능

바. 병원급 이상 의료급여기관 상급병실(2·3인실) 입원료 본인일부부담('19.7.1부터 적용)

(1) 상급종합병원 : 2인실 50%, 3인실 40%

(2) 종합병원·병원·한방병원·정신병원 및 요양병원 중 「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설 : 2인실 40%, 3인실 30%

※ 요양병원 및 치과병원 상급병실료는 급여 적용 제외

※ 장애인의료비 지원 없음

사. 항정신병 장기지속형 주사제 외래 본인일부부담

- 본인부담률을 기준 10%에서 5%로 경감하여 의료비부담 완화('21.4.20부터 적용)

[참고] 급여비용 중 입원·외래 본인부담액(률) 특례사항('22년 11월 7일 기준)

구 분	의료급여수급권자 종별 본인부담액(률)	
	1종	2종
중증질환, 희귀·중증난치성질환 (산정특례 등록자)	면제	해당사항 없음
65세 이상 틀니	5%	15%
65세 이상 치과임플란트	10%	20%
조산아 및 저체중출생아 (만 5세까지)	의료급여법 시행령 [별표 1] 제1호가목	(1차) 1,000원, (2·3차) 외래 5% (CT 등) 5%
고위험임신부	상동	입원 5%
임산부 또는 임신부	임산부 면제(입원,외래)	• 임신부 – (1차) 1,000원, (2·3차) 외래 5%, (CT 등) 5% • (자연·제왕) 면제(입원)
가정간호	면제	10%
정신질환	의료급여법 시행령 [별표 1] 제1호가목	• 외래 – (1차) 1,000원, (2·3차) 조현병 5%, 그 외 정신질환 10%, (CT 등) 15% • 입원 10%
	장기지속형 주사제 5%(외래)	장기지속형 주사제 5%(외래)
아동 입원	18세 미만 입원 면제	• 6세 미만 입원 면제 • 6세 이상 15세 이하 입원 3% • 16세 이상 18세 이하 입원 시 치아홈메우기 5%
아동 외래	18세 미만 외래 면제	• 1세 미만 외래 – (의원급) 면제, (병원급 이상) 5% • 18세 이하 외래 치아 홈메우기 – (의원급) 1,000원, (병원급 이상) 5%
치매	의료급여법 시행령 [별표 1] 제1호가목	입원, 외래, CT 등 5%
국가건강검진 후 확진검사, 원격협의진찰료(자문료), 회송료	면제	
잠복결핵감염자의 잠복결핵 치료	면제	
병원급 이상 2~3인실 입원료	• 상급종합병원 : (2인실) 50%, (3인실) 40% • 종합병원·병원·한방병원·정신병원, 요양병원 중 장애인 의료 재활시설 : (2인실) 40%, (3인실) 30% ※ 요양병원 및 치과병원은 제외	
연장승인(선택의료급여기관) 미신청자 (불승인자)	입원 20%, 외래 30%, 약국 30%(모든 차수 해당)	
추나요법	30%	40%

* 의료급여법 시행령 [별표 1] 제1호다목부터 아목까지, [별표 1] 제2호다목부터 버목까지 및 [별표 1] 제3호나목부터 라목까지 내용을 정리한 내용이며, 환자의 구체적인 진료내용(비급여, 선별급여, 전액 본인부담 등 포함인 경우)에 따라 본인부담이 달라질 수 있는 점 참고

[참고] 재가 의료급여 시범사업('19.6월~)

- (사업목적) 지역사회 통합 돌봄 사업의 일환으로 입원 필요성이 낮은 의료급여수급자가 자신의 집에서 불편함 없이 생활할 수 있도록 재가 서비스 제공

법적 근거

의료급여법 제5조(보장기관) ③ 특별시장·광역시장·도지사 및 시장·군수·구청장은 수급권자의 건강 유지 및 증진을 위하여 필요한 사업을 실시하여야 한다.

의료급여법 시행규칙 제8조(의료급여의 범위 등) ① 법 제7조에 따른 의료급여의 범위는 다음 각호 와 같다

3. 법 제7조제1항제7호에 따른 그 밖의 의료목적 달성을 위한 조치: 법 제5조제3항에 따라 특별시장·광역시장·도지사 및 시장·군수·구청장이 수급권자의 건강 유지 및 증진을 위하여 실시하는 사업으로서 보건복지부장관이 정하여 고시한 것

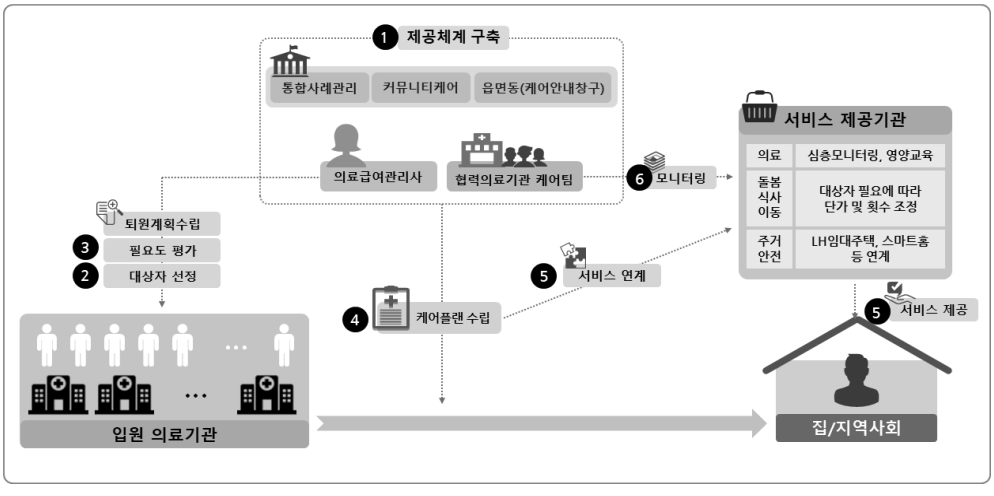
보건복지부고시 제2021-142호. 수급권자의 건강 유지 및 증진 등을 위한 사업의 지원에 관한 기준

- (사업대상) 동일상병으로 31일 이상 입원자 중 의료적 필요도가 낮고, 퇴원 시 주거가 있거나 주거연계가 가능한 의료급여수급자
- (급여유형) 필수급여(의료, 비 의료: 돌봄·식사·이동), 선택급여(주거개선, 냉난방지원, 안전관리)
- (사업절차)

제공체계 구축 ⇨ 대상자 발굴 및 선정 ⇨ 필요도 평가 ⇨ 케어플랜 수립 (사례회의) ⇨ 서비스 연계 및 제공 ⇨ 모니터링 ⇨ 종결

- (추진경과) 2019.6월 지역사회 통합 돌봄 노인 선도 사업 지역(13개 시·군·구)에서 시범사업 병행 실시, 2021.6월 38개 시·군·구로 확대(25개 시·군·구 신규 참여)

〈 재가 의료급여 시범사업 흐름도 〉



[참고] 본인부담구분 코드[6)]

구분	대 상	본인부담 구분 코드
1	선택의료급여기관 적용자(조건부연장승인자) 1종	M001
2	선택의료급여기관 자발적 참여자 1종	M002
3	18세 미만인자 1종	M003
4	임산부 1종	M004
5	(구)등록 희귀질환, 중증난치질환자 1종(2013.09.30.이전 등록 수급권자) ※'14.09월 코드정비(M005 사용종료) →(구)등록 희귀질환, 중증난치질환자 / 중증암질환자 1종 : MA15 / MA16 으로 관리	M005
6	〈삭 제〉	〈삭 제〉
7	20세 이하인 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 희귀질환, 중증난치질환자 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 촉탁의에게 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 갈음하는 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 외래진료	B013
33	연장승인(선택의료급여기관) 미신청자(불승인자)로서 「의료급여법 시행령」 [별표 1] 제3호 다목에 따른 의료급여비용을 적용받는 사람(1·2종)	B014
34	1세 미만 수급권자 중 만성질환자의 외래진료(2종)	B015
35	잠복결핵 감염자의 잠복결핵 치료(1·2종)	B030

6) 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 별표 1 제4장1호(8)에 따라 의료급여기관은 의료급여비용명세서 작성 시 해당 "본인부담구분"코드를 기재하여야 하며, 원외처방전을 발행하는 경우 처방전의 "조제 시 참고사항"란에 해당 본인부담구분 코드를 반드시 기재하여야 함

[참고] 본인부담코드 유효기간 및 종료일자(면제 및 일부부담)

코드	대 상	유효기간	종료일자
M001	선택의료급여기관 적용자 (조건부연장승인자) 1종	귀속년도(연장승인대상) 다음해 말일	유효일 + 1일
M002	선택의료급여기관 자발적 참여자 1종	적용중지 신청일의 전일	중지신청일
M003	18세 미만인자 1종	국민기초 1종 : 만18세가 속한 달의 말일 시설입소자 및 타법적용자 : 만18세가 속한 해의 말일	유효일 + 1일
M004	임산부 1종	출산예정일+6개월이 속한 달의 말일	유효일 + 1일
M007	20세 이하인 자로 중·고등 학교 재학 중인 자 1종	국민기초 1종 : 만20세가 속한 달의 말일 시설입소자 및 타법적용자 : 만20세가 속한 해의 말일	유효일 + 1일
M008	가정간호대상자 1종	가정간호 종료 해당일	유효일 + 1일
M011	행려자	종료기간 없음 (NULL값 = 99991231)	9999.12.31
M015 (MA15)	등록 희귀질환, 중증난치질환자 1종	등록일로부터 5년	산정특례 등록기간 + 1
M018	등록 희귀질환자 1종	등록일로부터 5년	산정특례 등록기간 + 1
M019	등록 중증난치질환자 1종	등록일로부터 5년	산정특례 등록기간 + 1
M016 (MA16)	등록 중증질환자 1종	암환자인 경우 등록일로부터 5년	산정특례 등록기간 + 1
		중증화상환자인 경우 등록일로부터 1년(등록기간 종료 후 2년 이내에 별첨3의 수술을 받는 경우 1년간 재등록)	산정특례 등록기간 + 1
M017	등록 결핵질환자 1종	등록시작일 ~ 치료종료시* * 결핵예방법에 따른 치료결과보고를 "완치", "완료", "사망"으로 할 경우	종료요청일
B001	선택의료급여기관 적용자 (조건부연장승인자) 2종	귀속년도(연장승인대상) 다음해 말일	유효일 + 1일
B002	선택의료급여기관 자발적 참여자 2종	적용중지 신청일의 전일	중지신청일
B011	등록 조산아 및 저체중 출생아 2종	출생일로부터 5년까지 (출생일로부터 31일 경과 등록 신청한 경우 최대 31일까지 소급)	유효일 + 1일

* 종료일자 : 행복e음 입력일자

[참고] 본인부담구분 및 선택의료급여기관 변경(중지)사유

구분	코드	변경 및 중지 유형 명칭	비 고
본인부담 구분 변경	U1	시작일자·종료일자 변경	
	U2	질환자 구분 변경	선택의료급여기관 당연적용자(M001, B001)의 급여상한일수 초과 상병(1.희귀질환, 중증난치질환, 2.중증질환 3. 고시질환, 4. 기타질환)에 변경이 생긴 경우
	U3	복합질환여부 변경	선택의료급여기관 적용자(M001, M002, B001, B002)의 복합질환 여부 내용에 변경이 생긴 경우 (N→Y로 변경 가능, Y→N으로 변경 불가능)
	U4	주상병기호 변경	선택의료급여기관 적용자(M001, M002, B001, B002)의 주상병기호에 변경이 생긴 경우
본인부담 구분 중지	D1	건강생활유지비 생성	1종 수급권자 중 본인부담면제자가 일반 1종 수급권자로 전환되는 경우 (예, M002 중지요청, 임산부의 본인부담면제 기간 종료 등)
	D2	건강생활유지비 미생성	본인부담면제 코드 내에서 변경이 생긴 경우 (예, M005→M001 등) 2종 선택의료급여기관 자발적 참여자가 중지를 요청하는 경우 등
선택의료급여기관 변경	U1	시작일자·종료일자 변경	
선택의료급여기관 중지	D1	업무정지	
	D2	휴·폐업	의료급여기관 지급중지일 및 지급개시일 확인 대상
	D3	불가피한사유 (진료가 곤란한 질병)	
	D4	선택의료급여기관 직권상실 (수급권자 불성실)	
	D5	전산착오입력 (병의원코드 착오 등)	
	D6	선택의료급여기관 적용 해지 (본인부담구분 종료)	당연적용자(M001, B001)의 유효기간 종료, 자발적참여자(M002, B002)의 중지 요청 시 (본인부담구분코드 종료일과 동일)

3 요양비

가. 개요

- 시장·군수·구청장은 ① 수급권자가 긴급하거나 그 밖의 부득이한 사유로 ② 의료급여기관과 동일한 기능을 수행하는 기관에서 ③ 질병·부상·출산 등에 대하여 의료급여를 받거나 의료급여기관 외의 장소에서 출산을 한 때에는 그 의료급여에 상당하는 금액을 수급권자에게 요양비로 지급

【관련 법령】

- 의료급여법 제12조(요양비), 동법 시행규칙 제24조(요양비)
- 요양비의 의료급여 기준 및 방법
- 요양비의 보험급여 기준 및 방법

나. 요양비(출산비를 제외한 협의의 요양비) 지급 요건

(1) 긴급하거나 그 밖의 부득이한 사유가 발생할 것

- 의료급여기관을 이용할 수 없거나 의료급여기관이 없는 경우
- 만성신부전증환자가 의사의 처방전에 의하여 복막관류액 또는 자동복막투석에 사용되는 소모성재료(카세트, 배액백 및 카테터말단폐색기)를 의료급여기관외의 의약품 판매업소에서 구입·사용한 경우
- 산소치료를 필요로 하는 환자가 의사의 산소치료처방전에 의하여 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 방법으로 산소치료를 받은 경우
- 당뇨병 환자가 의사의 처방전에 따라 혈당검사 또는 인슐린주사에 사용되는 소모성재료 또는 당뇨병 관리기기를 의료급여기관 외의 의료기기 판매업소에서 구입·사용한 경우
- 신경인성 방광환자가 의사의 처방전에 따라 자가도뇨에 사용되는 소모성 재료를 의료급여기관 외의 의료기기판매업소에서 구입·사용한 경우
- 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환이 있는 사람으로서 인공호흡기·기침유발기를 필요로 하는 환자가 의사의 처방전에 따라 인공호흡기·기침유발기를 대여받아 사용하는 경우

- 수면무호흡증 환자가 의사의 처방전에 따라 양압기(수면 중 좁아진 기도에 지속적으로 공기를 불어 넣어 기도를 확보해 주는 기구를 말한다)를 대여 받아 사용하는 경우
- 의료급여기관에서 제외된 의료기관 및 약국(영 제12조제1항 각 호의 규정)

【의료급여법 시행령 제12조 제1항 각호의 규정】

1. 「의료법」 제35조의 규정에 의하여 개설된 부속의료기관
2. 「의료법」 제66조 또는 「약사법」 제79조제2항의 규정에 의하여 면허자격정지처분을 5년 동안 2회 이상 받은 의료인 또는 약사가 개설·운영하는 의료기관 또는 약국
3. 법 제28조 또는 법 제29조의 규정에 의한 업무정지 또는 과징금 처분을 5년 동안에 2회 이상 받은 의료기관 또는 약국
4. 법 제28조의 규정에 의한 업무정지 처분의 절차가 진행 중이거나 업무정지처분을 받은 의료급여기관의 개설자가 개설한 의료기관 또는 약국

- 시행규칙 제24조제1항 제2호에 따른 **의약품 판매업소**(자동복막투석에 사용되는 소모성 재료인 경우에는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준에 해당하는 의약품 판매업소만 해당)
- 의료급여기관 외의 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준에 해당하는 기관 으로서 산소치료를 필요로 하는 환자에게 가정에서 의료용 산소발생기 등으로 산소치료 서비스를 제공하는 기관(해당환자가 제공받는 경우만 해당)
- 당뇨병 환자에게 혈당검사 또는 인슐린주사에 사용되는 소모성 재료를 판매하는 의료급여기관 외의 의료기기 판매업소로서 공단에 등록한 업소
- 당뇨병 관리기기를 필요로 하는 제1형 당뇨병 환자에게 이를 판매하는 의료급여기관 외의 의료기기 판매업소로서 공단에 등록한 업소
- 신경인성 방광환자에게 자가도뇨에 사용되는 소모성 재료를 판매하는 의료급여기관 외의 의료기기판매업소
- 인공호흡기·기침유발기를 필요로 하는 환자에게 이를 대여하는 의료급여기관 외의 기관으로서 공단에 등록한 기관
- 양압기를 필요로 하는 환자에게 이를 대여하는 의료급여기관 외의 기관으로서 공단에 등록한 기관

다. 지급 절차 및 방법

- **(당뇨 등 소모성재료)** 처방전을 발급받아 구입한 경우 구입일자를 사용개시일로 등록. 단, 급여종료일 전 90일 이내 처방전을 발급받아 급여 종료일 전 30일 이내 구입한 경우 이전 급여종료일의 다음날로 등록.
- **(당뇨병 관리기기)** 처방전을 발급받아 구입한 경우 구입일자를 사용개시일로 등록. 다만, 급여종료일 전 30일 이내 처방전을 발급받아 급여종료일 전 14일 이내 구입한 경우 이전 급여종료일의 다음날로 등록.
- **(산소치료 등 기기대여-양압기 제외)** 처방기간 종료일 전 90일 이내 또는 후 30일 이내 처방전을 발급받아 종료일 후 30일 이내 대여한 경우에는 시작일을 이전 처방기간 종료일 다음날로 등록
  - 단, 인공호흡기 및 기침유발기는 이산화탄소 분압검사 2회 실시 등으로 6개월 전 발급한 처방전 인정
- **(양압기)** 처방기간 종료일 후 30일 이내 처방전을 발급받아 종료일 후 30일 이내 대여한 경우에는 시작일을 이전 처방기간 종료일 다음날로 등록
  - 순응기간 중 처방종료일 전에 순응하여 순응기간 후 처방전을 발급한 경우 인정

※ 처방기간 및 급여기간이 중복되어서는 안됨. 단, 이전 처방기간 종료 전에 신규 처방전을 발급받아 처방기간이 중복되는 경우 표준계약서를 확인하여 처방기간을 이전 처방기간 종료일의 다음날부터 종료일까지 등록 가능

① 수급권자는 요양비지급청구서와 증빙서류를 시장·군수·구청장에 제출

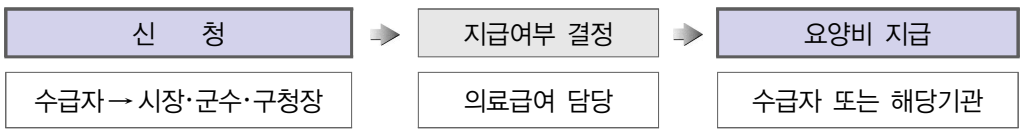
- 방문 또는 온라인 신청(복지로)
  * 복지로(www.bokjiro.go.kr) → 서비스 신청 → 의료급여
- 첨부 서류의 일부 누락 또는 오류로 보완서류 제출 시 팩스 또는 복지로 추가 제출가능

② 수급권자로부터 요양비 지급청구를 받은 시장·군수·구청장은 지급여부를 결정한 후 지체 없이 수급권자 또는 해당기관에 요양비 지급

- 지급청구 시 반드시 본인 사용여부 확인(방문, 전화 등)
- 시장·군수·구청장은 시행규칙 제24조 제2항 제1호의 규정에 의한 의료기관·약국과 법 제28조 제1항의 규정에 의하여 업무정지처분중인 의료급여기관에서 요양을 받은 경우에는 요양비 지급결정을 하기 전에 심사평가원의 심사를 거쳐야 함(시행규칙 제24조 제6항)

③ 반드시 행복e음을 이용해서 책정하고 행복e음과 연계된 e-호조를 통해 대금지급 (수기책정 및 수기지급 금지)

【요양비 지급 절차】



● 요양비 지급여부 결정 시 고려사항

【요양비 신청 시 보장기관에서 확인해야 할 사항】

- 진료받은 자의 진료일 기준 수급권 자격 확인
- 세금계산서의 금액 확인
- 이중청구 여부 확인
- 구입처 확인
- 지급청구서의 진료기간과 의사처방전, 발행일 등 확인
  - 처방전은 사용기간이 경과하지 않은 유효한 처방전에 한함
- 수령인 확인 : 수급자 본인 또는 가구원
- 소멸시효 완성 여부 확인 : 구입일 또는 급여를 받은 날로부터 3년 이내
- 입원 여부 확인 : 입원 중에는 요양비 지원 불가(예외: 인공호흡기, 기침유발기, 양압기, 자가도뇨 소모성재료)

라. 요양비 지급요건 및 절차

(1) 질병·부상·출산 요양비

● 지급 대상

- 의료급여기관을 이용할 수 없거나 의료급여기관이 없는 사유로 인하여 질병·부상·출산(사산의 경우로서 임신 16주 이상인 경우를 포함)에 대하여 요양을 받은 경우

● 제출서류

- **의료급여기관을 이용할 수 없거나 의료급여기관이 없는 경우**
  - 요양비 지급청구서(출산비, 복막투석, 자가도뇨, 기타)(시행규칙 별지 제12호서식) 1부
  - 요양비 명세서 또는 세금계산서(약국의 경우에는 처방전과 세금계산서) 1부
  - 의료급여기관에서 의료급여를 받을 수 없었던 사유를 증명할 수 있는 있는 서류 1부
- **의료급여기관 외에 장소에서 출산한 경우**
  - 요양비 지급청구서(출산비, 복막투석, 자가도뇨, 기타)(시행규칙 별지 제12호서식) 1부
  - 출산사실을 증명할 수 있는 서류 1부

● 지급금액

- 질병·부상·출산(사산의 경우에는 임신 16주 이상인 경우를 말한다)에 대하여 요양을 받은 경우에는 의료급여비용(의료급여법 시행령 제13조 규정에 의한 본인부담액을 제외한 금액을 말한다)에 상당하는 금액
- 의료급여기관 외의 장소에서 출산한 경우에는 「요양비의 보험급여기준 및 방법」에서 정하는 금액(자녀당 250,000원)

(2) 자동복막투석에 사용되는 복막관류액 또는 소모성 재료비

● 지급대상 및 기준

> 만성신부전증 환자가 ①의사의 처방전에 따라 ②자동복막투석 시 사용되는 복막 관류액 또는 소모성재료를 ③의료급여기관 외의 의약품 판매업소에서 구입·사용한 경우

① 지급대상

- 내과 전문의(소아의 경우에는 소아청소년과 전문의 포함)가 복막평형검사 결과 등에 따라 복막관류액 또는 자동복막투석이 필요한 상병*에 해당된다고 인정한 사람 또는 아래 상병에 해당되지 않는 만성신부전증 환자 중 내과 전문의가 복막관류액 또는 자동복막투석이 필요하다는 소견서를 발급한 경우

* 만성 신장병(N18), 말기 콩팥(신장)병(N180), 만성신장병(1기)(N181), 만성신장병(2기)(N182), 만성신장병(3기)(N183), 만성신장병(4기)(N184), 만성신장병(5기)(N185), 기타 만성 콩팥(신장) 기능상실(N188), 상세 불명의 만성 신장병(N189)

② 의사의 처방전

- 처방전은 내과전문의(소아의 경우 소아청소년과전문의 포함)가 발행
- 처방기간은 1개월. 다만, 해당 처방전을 발행하는 전문의가 필요하다고 인정하는 경우에는 90일 이내

③ 복막관류액 또는 자동복막투석시 사용되는 소모성 재료(카세트, 배액백, 및 카테터말단폐색기)

④ 의료급여기관외의 의약품 판매업소에서 구입한 경우

- 자동복막투석에 사용되는 소모성재료를 제공하기 위하여 국민건강보험공단에 자동복막투석 소모성재료 공급업소로 등록한 업체

【「요양비의 보험급여 기준 및 방법」 별표 1】

[자동복막투석 소모성재료 공급업소 기준(제2조제2항 관련)]

1. 공단에 등록하는 자동복막투석 소모성 재료 공급업소(이하 이 별표에서 "공급 업소"라 한다)는 해당 자동복막투석에 사용되는 소모성 재료의 수입 또는 제조에 관한 식품의약품안전처장의 허가를 받은 업소(「의료기기법」 관련 법령에 따라 판매업 신고를 한 판매대행 업소를 포함한다)에 한정한다.
2. 공급업소는 자동복막투석을 필요로 하는 가입자 및 피부양자에게 서비스를 제공할 때 다음 각 목의 기준을 준수하여야 한다.
   가. 공급업소는 환자가 소모성 재료를 구입할 경우 사용장소까지 직접 공급하여야 한다. 이 경우 운임비용 등의 명목으로 별도의 금액을 징수하여서는 아니 된다.
   나. 공급업소는 전문의의 처방에 따라 적정한 투석이 될 수 있도록 기기 조작 등의 지원을 하여야 한다.
   다. 공급업소는 자동복막투석기 사용료 등의 명목으로 별도의 금액을 징수하여서는 아니 된다.
3. 그 밖에 공급업소는 공단이 공고하는 서비스 내용 등의 기준을 충족하여야 한다.

제출서류

- 요양비 지급청구서(출산비, 복막투석, 자가도뇨, 기타)(시행규칙 별지 제12호 서식, 서식 22) 1부
- 의사의 처방전 1부
- 세금계산서(세금계산서 대신 현금영수증 또는 카드영수증(지출증빙) & 거래명세서 가능) 1부

지급방법

- 시장·군수·구청장은 수급자 또는 의약품 판매업소(수급자가 입금을 희망하는 경우)에 대금 지급

  * 수급자가 업체에 대금지급하기를 희망하는 경우에는 업체 계좌에 입금 가능(청구서상 수령인란에 업체로 체크(√)되어있어야 함)

  ** 자동복막투석 소모성재료 등록업소는 공단홈페이지(www.nhis.or.kr) 정책센터 → 건강보험안내 → 보험급여 → 보험급여 → 자동복막투석 소모성재료 등록업소 현황에서 확인 가능

- 복막투석중인 환자가 복막관류액 한달 치를 구입하여 사용하다 도중에 사망 하는 경우 잔여 제품을 판매업체에 반품하지 말 것(즉, 한달치 금액 모두 의료 급여 요양비로 지급)

  * 가정에서 보관 시 오염되었을 가능성이 있으므로 다른 환자가 사용하는 것은 바람직하지 않음

● 지급금액

- 복막관류액 : 보건복지부 고시 건강보험 약가기준액 범위 내에서 실구입가로 지급
  - 복막관류액 상한금액 확인 : 건강보험심사평가원 홈페이지(www.hira.or.kr) 요양기관 업무포털 → 심사기준 종합서비스 → 의약품 → 약가정보 → 제품명(복막 또는 약가품명으로 검색)
  - 청구된 복막관류액의 실거래가 등에 문의가 있을 경우, 심사평가원의 협조를 받아 처리
  - 복막관류액 지급시 1일 기준 사용량 초과 등 과다이용이 의심스러운 경우, 건강보험심사평가원에 심사의뢰 후 지급 처리
- 자동복막투석 소모성재료〔카세트, 배액백 및 카테터말단폐색기(미니캡)〕: 1일 10,420원

(3) 당뇨병 소모성 재료

● 지급대상 및 기준(요양비의 의료급여 기준 및 방법 별표1, 별표2)

당뇨병 환자가 ①의사의 처방전에 따라 ②혈당검사 또는 인슐린주사에 사용되는 소모성재료를 ③의료급여기관 외의 의료기기 판매업소에서 구입·사용한 경우

① 의사의 처방전

- 처방전 발행의사
  - 제1형 당뇨병 : 내과전문의, 소아청소년과전문의, 가정의학과전문의
  - 제2형 당뇨병 : 의사(90일을 초과하여 처방할 경우 내과, 소아청소년과, 가정의학과전문의)
  - 임신 중 당뇨병 : 내과전문의, 소아청소년과전문의, 가정의학과전문의, 산부인과 전문의
- 처방전 기재사항
  - 서식에 따라 당뇨병 종류, 인슐린 투여여부, 처방품목, 처방기간 등 기재
  - 처방기간은 1회 최대 90일까지 가능. 다만, 해당 전문의 판단에 따라 180일까지 처방가능

    ※ '18. 8. 1. ~ : 제2형 당뇨병환자와 임신 중 당뇨병환자의 처방기간을 확대(90일 이내 -〉「처방전을 발행하는 전문의가 필요하다고 인정하는 경우에는 처방기간을 180일 이내」)
  - 연속혈당측정용 전극('19.1.1.시행) : 1회 최대 100일(단, 최초처방은 30일 이내)

② 소모성 재료 : 혈당측정검사지, 채혈침(란셋), 인슐린주사기, 인슐린주사바늘(펜니들), 인슐린펌프용 주사기, 인슐린펌프용 주사바늘, *연속혈당측정용 전극

- '18. 8. 1. ~ : 인슐린펌프용 주사기, 인슐린펌프용 주사바늘 추가
- '19. 1. 1. ~ : 연속혈당측정용 전극 추가

* 연속혈당측정용 전극 : ('19. 1. 1. 시행)

1) 지원대상 : 인슐린 투여가 반드시 필요한 제1형 당뇨병(상병코드 E10.x) 상병으로 연속혈당측정용 전극을 처방받은 자(진단기준은 당뇨병 소모성 재료 요양비 지원 대상 중 제1형 당뇨병과 동일)

2) 처방기간 : 1회 최대 90일(단, 최초처방은 4주 이내)

③ 의료급여기관 외의 의약품 판매업소에서 구입한 경우

- 당뇨병 환자에게 혈당검사 또는 인슐린주사에 사용되는 소모성 재료를 판매하는 의료급여기관 외의 의료기기 판매업소로서 건강보험공단에 등록한 업체

* 당뇨 소모성 재료 등록업소는 공단홈페이지(www.nhis.or.kr) 정책센터 → 국민건강보험 → 보험급여 → 의료비 신청 → 당뇨병환자 소모성재료 구입비(☞ 등록업소 및 제품 조회)

제출서류

- 요양비 지급청구서(당뇨병 소모성 재료)(시행규칙 별지 제12호4서식, [서식 24]) 1부
- 당뇨 소모성 재료 처방전 1부(별지 제7호서식, [서식 34])
- 연속혈당측정용 전극 처방전 1부(별지 제5호서식, [서식 32])
- 세금계산서(세금계산서 대신 "현금영수증 또는 카드영수증(지출증빙)" & 거래명세서 가능) 1부

지급방법 및 지급금액

- 시장·군수·구청장은 수급자 또는 의약품 판매업소(수급자가 입금을 희망하는 경우)에 대금 지급
  - 수급자가 업체에 대금지급을 희망하는 경우에는 업체 계좌에 입금 가능(청구서 수령인란에 업체로 체크(√)되어있어야 함, 위임장은 필요 없음
  - 당뇨병 소모성 재료는 분할구입 분할청구, 분할구입 합산청구 모두 지원 가능. (동일 처방기간 내 분할구입 후 2회차 청구 시 처방전은 최초 청구 시 제출한 처방전으로 인정)

※ 2회차 청구 시 처방일수는 최초 처방일수에서 1회차 청구의 실지급일수를 뺀 나머지 일수를 입력함

• 기준금액

가. 당뇨병 소모성 재료의 기준금액(연속혈당측정용 전극은 제외한다) : 1일당 기준금액 범위 내에서 지원

※ '18. 8. 1. ~ : 제2형 당뇨병환자(만 19세 이상 인슐린투여자)의 기준금액을 투여횟수에 따라 조정(900원/일->900월~2,500원/1일)

지원대상자			기준금액	
			인슐린 투여자	인슐린 미투여자
제1형 당뇨병환자			2,500원/일	해당사항 없음
제2형 당뇨병환자	만 19세 미만		2,500원/일	1,300원/일
	만19세 이상 1일 인슐린 투여횟수	1회 투여	900원/일	해당사항 없음
		2회 투여	1,800원/일	
		3회 이상 투여	2,500원/일	
임신 중 당뇨병환자			2,500원/일	1,300원/일

※ 비고 : 나이는 처방일을 기준으로 계산

나. 당뇨병 소모성 재료 중 연속혈당측정용 전극의 기준금액 : 제품별 사용가능 일수 × 일당 기준금액

〈제품별 사용가능 일수〉

연 번	모델명 (제품 등록명)	사용가능 일수 (일/1개)
1	Dexcom G5ⓡ Mobile/G4ⓡ PLATINUM Sensor	7일/개
2	Guardian Sensor 3(MMT-7020C3)	7일/개
3	Guardian Sensor 3(MMT-7020D3)	
4	Enlite Glucose Sensor (MMT-7008A)	6일/개
5	Enlite Glucose Sensor (MMT-7008B)	
6	FreeStyle Libre	14일/개
7	G6 sensor Applicator -STS-GS-012	10일/개
8	G6 sensor Applicator -STS-GS-009	
9	Guardian Sensor 3(MMT-7020C7)	7일/개
10	Guardian Sensor 3(MMT-7020D7)	

〈일당 기준금액〉

지원대상자	일당 기준금액
제1형 당뇨병환자	10,000원

※ 연속혈당측정기 사용 시에도 혈당치 보정을 위해 자가혈당측정(2회/일)이 필요하므로 기존 당뇨병 소모성 재료도 병행하여 지원

(4) 당뇨병 관리기기

● 지급대상 및 기준(요양비의 의료급여 기준 및 방법 별표1, 별표2)

제1형 당뇨병환자가 ①의사의 처방전에 따라 ②당뇨병에 사용되는 관리기기(연속혈당측정기, 인슐린자동주입기)를 ③의료급여기관 외의 의료기기 판매업소에서 구입·사용한 경우

다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 제1형 당뇨병환자에 해당하는 사람

1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람
   가. 혈중 씨펩타이드(C-peptide) 수치가 기저치 0.6ng/ml 이하, 경구포도당섭취 자극(또는 글루카곤 주사 또는 식사 후 등) 후 1.8ng/ml 이하 또는 24시간 소변 씨펩타이드(C-peptide) 수치가 30μg/24hr 미만인 경우
   나. 최초 진단 시 당뇨병성케톤산증(DKA)의 병력이 있는 경우
   다. 항글루타민산탈탄산효소항체(anti-GAD antibody) 등 췌도 또 는 인슐린 등에 대한 자가항체 양성인 경우
2. 적절한 혈당조절을 위하여 인슐린 투여가 반드시 필요할 것
3. 다음 상병에 해당하는 사람

상병코드	상병명
E10.x	인슐린-의존당뇨병

* 단, 위의 조건에 해당된다 할지라도 제2형 당뇨병환자는 제외한다.

● 처방전문의 및 처방기간

- 처방전문의사 : 내과, 가정의학과 또는 소아청소년과 전문의
- 처방기간 :
  가. 연속혈당측정기 : 12개월 이내
  나. 인슐린자동주입기 : 60개월 이내

● 제출서류

- 요양비 지급청구서(당뇨병 관리기기)(시행규칙 별지 제12호5서식, [서식 25]) 1부
- 당뇨병 관리기기 처방전(검사결과지 또는 의사소견서 첨부)(요양비의 의료급여 기준 및 방법 별지 제8호서식, [서식 35])1부
- 세금계산서(세금계산서 대신 “현금영수증 또는 카드영수증(지출증빙)” & 거래명세서 가능) 1부

● 지급절차 및 방법

• 수급자 본인, 가족 및 대리인은 요양비지급청구서에 관련서류를 첨부하여 주소지 관할 시장·군수·구청장에게 신청

- 시장·군수·구청장은 건강보험공단 홈페이지에서 업체 및 모델명이 등록되어 있는지 확인한 후 지체 없이 수급자에게 요양비 지급

* 당뇨 관리기기 등록업소는 공단홈페이지(www.nhis.or.kr) 정책센터 → 국민건강보험 → 보험급여 → 의료비 신청 → 요양비 → 당뇨병환자 소모성재료 구입비(☞ 등록업소 및 제품 조회)

• 수급자가 업체에 대금지급하기를 희망하는 경우에는 업체 계좌에 입금 가능 (청구서 수령인란에 업체로 체크(√), 위임장은 필요 없음)

● 지급금액

지원대상자	기준금액	
	연속혈당측정기	인슐린자동주입기
제1형 당뇨병환자	210,000원/3개월	1,700,000원/개

(5) 자가도뇨 소모성 재료(간헐적 도뇨 카테터)

● 지급대상 및 기준

신경인성 방광환자가 ①의사의 처방전에 따라 ②자가도뇨에 사용되는 소모성재료(간헐적 도뇨 카테터)를 ③의료급여기관 외의 의료기기 판매업소에서 구입·사용한 경우

① 의사의 처방전

• 처방전 발행의사 : 비뇨기과, 재활의학과, 정형외과, 신경과 또는 신경외과 전문의

* 최초등록시 등록 신청서의 담당의사의 사실확인일 기준 3년 이내 시행한 검사만 유효

• 처방기간 : 1회 최대 90일 이내

② 지급대상(요양비의 의료급여 기준 및 방법 별표1)

• 요류역학검사 결과(요류역학검사 결과지 반드시 첨부), 진단기준에 부합*할 경우 급여 지원

* 무반사 방광, 배뇨근 저활동성, 기능이상성 배뇨, 배뇨근-외조임근 협동장애, 배뇨근 과활동성 및 수축력 저하 중 하나 이상에 해당하는 경우

* 건강보험대상자(선청성 신경인성방광 환자)가 건강보험으로 자격 변동된 경우에는 기존 요류역학검사 인정

• (요류역학검사 유효기간) 처방전 발행일 기준 3년 이내 검사까지 적용 인정

• (재확인) 최초 급여 적용일로부터 2년 경과시점에 아래의 아래의 대상자는 방광진단, 자가도뇨 필요도 등 환자상태를 알기위한 요류역학검사 1회 재시행

- 후천성 척수손상으로 인한 신경인성 방광환자 중 최초 급여적용 후 2년이 지난 경우(급여신청 당시, 최초 진단 후 2년 미경과자로 급여신청을 받고 있던 자에 한함)
- 척수손상 이외의 기타질병에 의한 신경인성 방광환자 중 최초 급여 적용 후 2년이 지난 경우

* 종료일 6개월 전에 요류역학검사 재시행 안내문 발송

* 대상자 재등록의 경우 급여종료일 기준 6개월 이내 시행한 검사만 유효(다만, 급여종료일 이후에는 등록신청서 담당의사의 사실확인일 기준 6개월 이내 시행된 검사만 유효)

③ 소모성 재료

• 시장·군수·구청장은 식품의약품안전처로부터 비뇨기과용으로 허가받아 건보공단에 등록된 제품에 대하여 요양비 지원

④ 의료급여기관외의 의약품 판매업소에서 구입한 경우

• 건보공단에 자가도뇨 판매업소로 등록한 업소에서 구입한 경우에만 의료급여 적용

* 소모성재료 등록업소 및 제품은 공단홈페이지(www.nhis.or.kr) 정책센터→국민건강보험 →보험급여 → 의료비 신청→요양비 → 자가도뇨 소모성재료 구입비에서 확인 가능

● 제출서류

- 요양비 지급청구서(출산비, 복막투석, 자가도뇨, 기타)(시행규칙 별지 제12호서식 [서식 22]) 1부
- 자가도뇨 소모성 재료 처방전(요양비의 의료급여 기준 및 방법 별지1호서식 [서식 28]) 1부 (최초급여, 재확인 대상자는 요류학검사 결과지를 반드시 첨부)
- 세금계산서(세금계산서 대신 "현금영수증 또는 카드영수증(지출증빙)" & 거래명세서 가능) 1부

● 지급방법 및 지급금액

- 시장·군수·구청장은 수급자 또는 의약품 판매업소(수급자가 입금을 희망하는 경우)에 대금 지급
- 수급자가 업체에 대금지급을 희망하는 경우에는 업체 계좌에 입금 가능(청구서 수령인란에 업체로 체크(√)되어있어야 함, 위임장은 필요 없음)

• 1일 9천원/인(1일당 최대 6개 이내의 범위)

(6) 산소치료

● 지급대상(요양비의 의료급여 기준 및 방법 별표1)

중증의 만성심폐질환자 등 산소치료가 필요하다고 인정되는 사람 중 90일 동안의 적절한 내과적 치료 후 별도로 시행된 동맥혈 가스검사 또는 산소포화도검사결과가 다음 각 항목 중 하나에 해당하는 사람(다만, 90일 미만의 신생아 또는 장애정도가 심한 호흡기 장애인의 경우에는 내과적 치료 없이 검사를 시행할 수 있다.)

(가) 동맥혈가스 검사 결과가 다음의 어느 하나에 해당하는 경우 또는 산소포화도 검사 결과 다음의 각 항목 중 하나에 해당하는 경우

① 동맥혈 가스검사

- 동맥혈 산소분압이 55mmHg 이하인 경우
- 동맥혈 산소포화도가 88% 이하인 경우
- 동맥혈 산소분압이 56~59mmHg이면서 적혈구 증가증(헤마토크릿 > 55%)이거나 울혈성 심부전을 시사하는 말초 부종이 있거나, 폐동맥 고혈압이 있는 경우
- 동맥혈 산소포화도가 89% 이상이면서 적혈구 증가증(헤마토크릿 > 55%)이거나 울혈성 심부전을 시사하는 말초 부종이 있거나, 폐동맥 고혈압이 있는 경우

② 산소포화도 검사

- 산소포화도가 88% 이하인 경우
- 산소포화도가 89% 이상이면서 적혈구 증가증(헤마토크릿 > 55%)이거나 울혈성 심부전을 시사하는 말초 부종이 있거나, 폐동맥 고혈압이 있는 경우

(나) 2019년 7월 1일전 호흡기 장애 1급 또는 2급으로 확인되는 경우에는 (가)의 검사 없이 내과, 결핵과, 흉부외과 또는 소아청소년과 전문의가 산소치료가 필요하다고 판단한 사람

【관련 상병】

상병기호			상병명
A150	~	A169	호흡기결핵
B909			호흡기 및 상세불명 결핵의 후유증
C32	~	C349	기관지 및 폐의 악성 신생물
C73			갑상선의악성신생물
C78	~	C783	폐의 이차성 악성 신생물
D021	~	D022	기관의 제자리암종 등
I21	~	I25	심근경색 관련 상병
I26	~	I289	폐성심장병 및 폐순환의 질환
I500	~	I509	울혈성 심부전 등
J43	~	J47	폐기종 등
J60	~	J65	진폐증 등
J70			호흡기병태 및 폐장애 등
J80	~	J99	성인호흡곤란증후군 등
P22	~	P229	신생아의 호흡곤란
P270	~	P289	윌슨미키티증후군 등
Q20	~	Q349	심방실 및 연결의 선천기형 등
R060	~	R068	호흡곤란 등
하단참고*			폐렴 관련 상병

* A202, A403, A482, B012, B052, B206, B221, B250, B953, B960, B961, G001, G12, J12, J15, J16, J17, J18, J100, J110, J120~J129, J13, J14, J150~159, J160, J168, J170~J178, J180, J181, J182, J188, J189, J200, J67, J69, J678, J679, J680, J690, J691, J698, J8410, J851, J852, M001, M0010~M0019, M301, O740, P23, P230~P239

● 처방전문의 및 처방기간

- 처방전문의 : 내과, 결핵과 또는 흉부외과 전문의
  (소아의 경우 소아청소년과 전문의 포함)
- 처방기간 : 1년 이내

● 가정산소치료서비스 기준

- 업체는 정기방문 시 방문하는 달에 환자의 서명을 받되, 방문하지 않는 달에는 청구인란을 공란으로 둘 것
- 공란은 보장기관 담당자가 수시로 수급자 또는 가족에게 사용여부를 확인하고, 서명인 란에 통화일시를 기록할 것

【서비스 가격별 장비 및 서비스 내용】

1. 가정용 산소발생기

구 분	장비기준				서비스 내용	
	순도	소음	소비 전력	경보기능	정기방문	직영 영업소
1) 요양비고시 별표2 제2호 가목의 규정에 의한 기준 가격(12만원/월)	90% 이상	45dB 이하	300W 이하	전원중단, 산소농도, 유량(압력) 중 1가지 이상	4개월마다 1회 이상	3개 이하
2) 요양비고시 별표2 제2호 가목의 규정에서 정한 기준 가격을 초과하고 최고가격 (16만원/월) 미만	90% 이상	35dB 초과 ~ 45dB 미만	250W 초과 ~ 300W 미만	전원중단, 산소농도, 유량(압력) 중 2가지 이상	3개월마다 1회 이상	4개 이상
3) 요양비고시 별표2 제2호 나목의 규정에서 정한 최고 가격(16만원/월)	90% 이상	35dB 이하	250W 이하	전원중단, 산소농도, 유량(압력) 중 3가지 이상	3개월마다 1회 이상	6개 이상

2. 휴대용 산소발생기

구 분	장비기준				서비스 내용	
	순도	소음	소비 전력	경보기능	정기방문	직영 영업소
1) 요양비고시 별표2 제2호 가목의 규정에 의한 기준 가격(20만원/월)	90% 이상	60dB 이하	흡입모드	기기고장, 배터리 잔량, 호흡수 이상 감지, 호흡 미감지 중 1가지 이상	3개월마다 1회 이상	3개 이하
2) 요양비고시 별표2 제2호 가목의 규정에서 정한 기준 가격을 초과하고 최고가격 (24만원/월) 미만	90% 이상	60dB 이하	연속모드	기기고장, 산소농도, 배터리 잔량, 호흡수 이상감지, 호흡미 감지 중 2가지 이상	3개월마다 1회 이상	4개 이상

* 산소치료서비스기준 등에 관한 세부사항(국민건강보험공단 공고)

【동일업체를 계속 이용하는 경우 표준계약서 연장이 불필요한 이유】

- 산소치료서비스 기준등에 관한 세부사항(건강보험공단 공고) 별지 제1호 서식, 가정 산소치료 서비스 표준계약서 제3조 제3항 : 계약기간 만료 7일전까지 갑(제공업체) 또는 을(수급자)이 계약 종료 의사를 표시하지 않는 한 계약기간은 연장된 것으로 본다.

제출서류

- 요양비 지급청구서(산소치료)(시행규칙 별지 제12호의2서식, [서식 23]) 1부
- 의사의 산소치료 처방전(별지 제6호서식, [서식 33]) 1부
- 산소치료를 하였음을 증명할 수 있는 서류(표준계약서) 1부
  - 표준계약서에는 반드시 산소발생기 관리번호가 적혀 있어야 하고, 2차 청구부터는 변경사항이 있을 경우에만 제출(동일업체를 계속 이용하는 한 표준계약서 연장 불필요)
- 세금계산서(세금계산서 대신 "현금영수증 또는 카드영수증(지출증빙)" & 거래명세서 가능) 1부

【의료기관 입원 중 가정산소요양비 지급(예시)】

- 4월 20일 입원하여 7월 19일 퇴원한 경우, 4.1~4.19일까지 사용하였으므로 한달치 지급, 5~6월 지급 불가, 7월에 새로 신청하여 하루라도 사용한 경우에는 한달치 지급

지급절차 및 방법

- 수급자 본인, 가족 및 대리인은 요양비지급청구서에 관련서류를 첨부하여 주소지 관할 시장·군수·구청장에게 신청
  - 산소치료 요양비는 월 단위로 청구하며, 첫 달(1차청구)에는 반드시 처방전 확인
    * 필요한 경우 담당공무원이 신청할 수 있으며, 청구인란에 담당공무원 성명 기재
- 시장·군수·구청장은 건강보험공단 홈페이지에서 업체 및 모델명이 등록되어 있는지 확인한 후 지체 없이 수급자에게 요양비 지급
  - 수급자가 업체에 대금지급하기를 희망하는 경우에는 업체 계좌에 입금 가능 (청구서 수령인란에 업체로 체크(√), 위임장은 필요 없음)
    * 산소치료서비스 등록업소는 공단홈페이지(www.nhis.or.kr) 정책센터 → 국민건강보험 → 보험급여 → 의료비 신청 → 요양비 → 산소치료 기기 대여료
  - 요양비는 사용기간 경과 후에 청구
  - 가정용은 하루를 사용한 경우에도 월 지급금액을 지급하며, 서비스 계약기간 중에 종료되는 경우에도 종료되는 날이 속하는 해당 월의 지급금액 전액 지급
    * 사용기간이 2.14~3.13일 경우, 3.13일 이후 청구 가능
    * 산소발생기를 구입하여 사용하는 경우 및 의료급여기관 입원기간 중에는 요양비 지원 불가
  - 휴대용은 15일 이내 대여 시 기준금액의 50% 지원(10만원/매월 단위)
    * 산소발생기를 구입하여 사용하는 경우 및 의료급여기관 입원기간 중에는 요양비 지원 불가

● 지급금액

- 산소치료서비스에 대한 요양비는 서비스 가격에 관계없이 고시된 금액의 범위 내에서 지급(유지·보수시 소요된 재료비 등 제반비용 포함)
  - 가정용(12만원/월)
  - 휴대용(20만원/월)

【휴대용 산소치료 서비스 사용기간별 청구 사례】

연번	사용기간	청구시기	차수적용	기준금액	비고
1	'17.1.25. ~ 2.5.	'17.3.1. 이후	(1차) '17.1.25. ~ 1.31. (2차) '17.2.1. ~ 2.5.	(1차) 10만원 (2차) 10만원	월 기준 각각 15일 이내 사용
2	'17.1.25. ~ 2.18. / '17.2.20. ~ 2.25. (2회 사용)	'17.3.1. 이후	(1차) '17.1.25. ~1.31. (2차) '17.2.1. ~ 2.18.	(1차) 10만원 (2차) 20만원	'17.2.20. ~ 2.25. 사용은 2월 기준금액 초과로 청구 불가
3	'17.1.1. ~ 1.3 / '17.1.10. ~ 1.28. (2회 사용)	'17.2.1. 이후	(1차) '17.1.1. ~ 1.3. (2차) '17.1.10. ~ 1.28.	(1차) 10만원 (2차) 10만원	(2차) 15일 초과 사용 이나, 월 기준금액 초과로 10만원 적용
4	'17.1.1. / '17.1.10. '17.1.25. / '17.1.29. (4회 사용)	'17.2.1. 이후	(1차) '17.1.1. ~ 1.1. (2차) '17.1.10. ~ 1.10.	(1차) 10만원 (2차) 10만원	'17.1.25. / '17.1.29. 사용은 월 기준금액 초과로 청구불가
5	'17.2.5. ~ 2.15. / '17.2.21. ~ 2.28. (2.10. 자격변동 : 건보→ 의료급여)	'17.3.1. 이후	(1차) '17.2.5. ~ 2.15. (2차) '17.2.21. ~ 2.28.	(1차) 10만원 (2차) 10만원	(1차) 건보 청구 : 2.5. 자격 적용 (2차) 의료급여 청구 : 2.21. 자격적용
6	'17.1.25. ~ 2.20. / '17.2.3. 사망	'17.3.1. 이후	(1차) '17.1.25. ~ 1.31. (2차) '17.2.1. ~ 2.3.	(1차) 10만원 (2차) 10만원	서비스 시작일부터 사망일까지 월 단위로 계산하여 지급

(7) 인공호흡기 대여서비스 등

● 지급대상

인공호흡기를 필요로 하는 환자*가 ①의사의 처방전에 따라 ②건강보험공단에 등록된 업소에서 인공호흡기 치료 서비스를 제공받는 경우

* 「요양비의 보험급여 기준 및 방법 고시」(보건복지부 고시 제2018-149호)[별표4의2]에 고시된 상병으로, 상병별 진단기준과 검사항목을 충족하고, 임상증상과 이산화탄소 분압 검사 결과를 통해 인공호흡기가 필요하다고 전문의로부터 확진받은 사람

● 처방전문의 및 처방기간

- 처방전문의 : 신경과, 신경외과, 재활의학과, 내과, 흉부외과, 또는 결핵과 전문의 (소아의 경우 소아청소년과 전문의 포함)
- 처방기간 : 최초처방은 6개월이내, 재 처방은 2년 이내의 범위에서 담당 의사가 판단하여 처방 가능

※ 현재 질병관리본부에서 인공호흡기 지원을 받고 있는 희귀질환, 중증난치질환대상자 중 의료급여 수급자는 처방기간이 남아있는 경우 신규 처방전 발급하지 않고 요양비 청구 가능
단, 처방기간은 2016년 1월 1일부터 최대 2년이며, 처방기간 종료일 전 90일 이내 또는 후 30일 이내에 재처방전을 발급받아 종료일 후 30일 이내 대여한 경우에 계속하여 요양비 지급 청구 가능
또한, 제도시행 이전에 자비로 의사의 처방에 따라 인공호흡기를 지속적으로 사용하던 환자의 경우 '16.1.30.일까지 해당 검사 후 처방전(검사결과지 또는 의사소견서 첨부)을 보장기관에 제출한 경우 '16.1.1.일을 요양비 적용 시작일로 적용

● 적용절차 및 시기

- 적용 절차 : 처방전 발급 → 인공호흡기 기기적응 테스트 후 최종 확정* → 인공호흡기 치료 서비스 제공업소와 '표준계약서 작성' 후 환자 및 업소가 각 1부씩 보관

* 의사의 처방에 따라 기기적응 테스트가 완료되어 최종 확정된 날을 요양비 적용시작일로 산정함

※ 적용 시작일 : 인공호흡기 요양비는 인공호흡기 적응테스트 후 최종 확정된 날(인공호흡기를 대여받아 사용한 것으로 봄)부터 요양비 적용

예시 2016.2.3. 인공호흡기 처방전 발행 → 인공호흡기 기기적응 테스트(2.3~2.5) → 2016.2.5. 테스트 완료, 기기확정 → 인공호흡기 요양비는 2016.2.5.일부터 적용

청구 및 지급절차

〈지급요건 확인〉

① 진료일 현재 자격 및 관련 상병력 여부

② 처방전의 처방기간 확인
(처방전 발행 월에 한해 2회 이상의 이산화탄소 분압 검사결과지 또는 검사결과를 명시한 의사소견서 첨부 필수)

③ 등록업소에서의 대여 및 구입여부와 등록제품 여부 확인

④ 지급청구서의 청구기간과 의사처방전 발행일 등 확인

⑤ 인공호흡기치료 서비스의 최초 청구월과 마지막 청구월의 경우 사용기간 일할계산 등 확인(기기에 한해 일할 계산하는 내용 첨부, 소모품은 중 마스크는 1년 단위로 계산(매년초 갱신), 커넥터를 마스크로 변경시 증빙서류 확인 등)

- 수급자 본인, 가족 및 대리인은 요양비지급청구서에 관련서류를 첨부하여 주소지 관할 시장·군수·구청장에게 신청
- 시장·군수·구청장은 건강보험공단 홈페이지에서 업체 및 모델명이 등록되어 있는지 확인한 후 수급자에게 요양비 지급

  * 인공호흡기 대여서비스 등록업소는 공단홈페이지(www.nhis.or.kr) 정책센터 → 국민건강보험 → 보험급여 → 의료비 신청 → 요양비 → 인공호흡기 대여료 및 소모품 구입

  ** 수급자가 업체에 대금지급하기를 희망하는 경우에는 업체 계좌에 입금 가능(청구서 수령인란에 업체로 체크(✓), 위임장은 필요 없음)

- 요양비는 사용기간 경과 후에 청구해야 하며, 월 중에 시작하거나 월 중에 종료한 경우 그 시작 월 또는 종료 월의 요양비(기계대여료에 한정)는 일할 계산하여 지급

  * 인공호흡기치료 서비스에 대한 요양비(기기대여료, 소모품 구입비)는 **사용한 달의 다음 달에 청구**

- 소모품 유형 및 개수에 따라 지급액이 달라지므로 신청 접수시 세트유형 및 개수에 대해 반드시 확인 필요

  ※ 적용예시

  • 기본 소모품은 세트유형(세트1, 세트2) 확인하고, 둘 중 하나 선택

  예시 세트1 구입시 → [✓] 튜브, 필터, 가습기물통 원

  • 선택 소모품은 ㉮, ㉯ 중 택1하여 금액 적시하며, 개수 확인(월 2개까지 선택 가능)

  예시 ㉮ 일반 일체형 커넥터 구입시 → [✓] 일반 원

  예시 ㉯ 일반(실리콘 튜브 포함) 구입시 → [✓] 일반(실리콘 튜브 포함) 원

제출서류

- 요양비 지급청구서(인공호흡기·기침유발기) (시행규칙 별지 제12호6서식, [서식 26]) 1부
- 의료급여 인공호흡기 처방전(검사결과지 또는 의사소견서 첨부)(요양비의 의료급여 기준 및 방법 별지 제2호서식, [서식 29])1부
- 공단에 등록된 업소에서 인공호흡기 치료 서비스를 제공받았음을 증명할 수 있는 서류(표준계약서) 1부
- 세금계산서(세금계산서 대신 “현금영수증 또는 카드영수증(지출증빙)” & 거래명세서 가능) 1부

지급대상 품목

구 분	품 목
인공호흡기 대여료	인공호흡기(범용 또는 개인용)
소모품 구입비	기본소모품 : 튜브, 필터, 가습기 물통
	선택소모품 : 커넥터 또는 마스크

지급금액

- 인공호흡기 대여 서비스 등 구입 및 대여에 대한 요양비는 기준 금액 내에서 지급

☞ 기준금액

급여대상 품목 구분				기준금액(원)
인공호흡기 대여료		혼합형		535,000원/월
		압력형·볼륨형		356,000원/월
기본소모품(택 1)		세트 1		60,000원/월
		세트 2		80,000원/월
선택 소모품 (㉮, ㉯ 중 하나 선택)	㉮ 기관절개 환자용 커넥터	일반 일체형		7,000원/개
		일반(실리콘 튜브 포함)		14,500원/개
	㉯ 마스크	코마스크 (Nasal, pillow)	실리콘 또는 필로우	125,000원/개
			겔	120,000원/개
		코·입마스크 (Facial)	실리콘	72,000원/개
			겔	148,000원/개

※ 기본소모품 : 세트 1은 튜브 1개, 필터 4개 및 가습기물통 1개 이고, 세트 2는 튜브 2개, 필터 4개 및 가습기물통 1개로 구성됩니다.

- 선택 소모품은 개수 초과 시 그 종류별로 다음 표에서 정하는 금액을 넘지 못함

구 분		기준금액
기관절개환자용 커넥터	일반 일체형	14,000원/월
	실리콘 연결형	29,000원/월
마스크		400,000원/연

* 커넥터는 일반 일체형 또는 실리콘 연결형 포함 월 2개, 마스크는 월 1개 지원

(8) 기침유발기

● 지급대상

인공호흡기 사용하는 사람 중 기침유발기를 필요로 하는 환자가 ①의사의 처방전에 따라 ②건강보험공단에 등록된 업소에서 기침유발기 서비스를 제공받는 경우

(1) 보건복지부 고시 "요양비의 보험급여 기준 및 방법" [별표 4의2] 제1호 (희귀질환, 중증난치질환) 및 제2호(만성호흡부전이 동반되는 중추신경계 질환)의 **상병으로** 인공호흡기 사용자가 호흡기 질환 병력 확인 및 호흡기능검사에서 최고호기유량 측정 결과 최대기침유량이 250 L/min 이하일 것

- 24시간 지속적인 인공호흡기 사용으로 인공호흡기를 이탈할 수 없는 경우, 만 6세 이하의 소아, 의식 저하, 인지기능 저하 또는 기관절개로 최고호기유량 측정을 할 수 없는 경우에는 환자의 상태를 적은 의사소견서로 대체

(2) 최초 처방 시 해당 전문의에게 기본사용법과 주의사항에 대하여 교육을 받았을 것

● 처방전문의 및 처방기간

- 처방전문의 : 신경과, 신경외과, 재활의학과, 내과, 흉부외과 전문의
(소아 : 소아청소년과 전문의 포함)

* 인공호흡기와 동일한 처방 전문의 범위 내로 하되, 인공호흡기 지원대상 상병 중에서 폐질환 제외로 '결핵과' 제외

- 처방기간 : 최초 처방 6개월 이내, 재(再)처방 2년 이내

※ 국고지원대상자 중 처방전에 처방기간을 정하지 아니한 경우 2018.12.31.까지 인정하고, 처방기간이 명시된 경우 해당 처방기간까지만 인정(처방기간 종료일 전 90일 이내 또는 후 30일 이내에 새로운 처방전 제출)

● 적용절차

- 환자 진료 후 의료급여 기침유발기 처방전(별지 제7호서식, [서식 30]) 발급 → 기침유발기치료 서비스 제공업소와 '표준계약서 작성'후 환자 및 업소가 각 1부씩 보관 → 시군구 신청

  * 요양비 기준고시 별표 4의2 '인공호흡기 요양비 지급대상 상병' 중, 희귀난치성 질환(제1호) 및 만성 호흡부전이 동반되는 중추신경계 질환(제2호)

  * 뇌간뇌졸중 증후군 (G46.3), 중추성 수면무호흡 (G47.31) 제외

● 청구 및 지급절차

〈지급요건 확인〉

① 진료일 현재 자격 및 관련 상병력 여부

② 처방전의 처방기간 확인
(처방전 발행 월에 한해 검사결과지 또는 의사소견서 첨부 필수)

③ 등록업소에서의 대여 및 구입여부와 등록제품 여부 확인

④ 지급청구서의 청구기간과 의사처방전 발행일 등 확인

⑤ 기침유발기의 최초 청구월과 마지막 청구월의 경우 사용기간 일할계산 등 확인

- 수급자 본인, 가족 및 대리인은 요양비지급청구서에 관련 서류를 첨부하여 주소지 관할 시장·군수·구청장에게 신청

- 시장·군수·구청장은 건강보험공단 홈페이지에서 업체 및 모델명이 등록되어 있는지 확인한 후 수급자에게 요양비 지급

  * 기침유발기 대여서비스 등록업소는 공단홈페이지(www.nhis.or.kr) 정책센터→ 국민건강보험 → 보험급여 → 의료비 신청 → 요양비 → 기침유발기 대여료

  ** 수급자가 업체에 대금지급하기를 희망하는 경우에는 업체 계좌에 입금 가능(청구서 수령인란에 업체로 체크(✓), 위임장은 필요 없음)

- 요양비는 사용기간 경과 후에 청구해야 하며, 월 중에 시작하거나 월 중에 종료한 경우 그 시작 월 또는 종료 월의 요양비는 일할 계산하여 지급

● 제출서류

- 요양비 지급청구서(인공호흡기·기침유발기)(시행규칙 별지 제12호6 서식, [서식 26]) 1부
- 의료급여 기침유발기 처방전(검사결과지 또는 의사소견서 첨부)(요양비의 의료급여 기준 및 방법 별지 제3호서식, [서식 30]) 1부
- 공단에 등록된 업소에서 기침유발기 치료 서비스를 제공받았음을 증명할 수 있는 서류(표준계약서) 1부
- 세금계산서(세금계산서 대신 신용카드전표 또는 현금영수증 & 거래명세서 가능) 1부

● 지급금액

- 산소치료서비스에 대한 요양비는 서비스 가격에 관계 없이 고시된 금액의 범위 내에서 지급(유지·보수시 소요된 재료비 등 제반비용 포함)

• 160,000원/월

(9) 양압기('20. 12. 2. 개정)

● 지급대상 및 기준 : (요양비의 의료급여 기준 및 방법 별표1, 별표2)

양압기를 필요로 하는 환자가 ①의사의 처방전에 따라 ②건강보험공단에 등록된 업소에서 양압기 서비스를 제공받는 경우

1. 다음 각 목(가, 나, 다)의 요건을 모두 충족하는 사람

가. 다음 상병 중 어느 하나에 해당하는 수면무호흡증후군 환자로서 양압기가 필요하다고 진단 받았을 것

상병코드	상병명
G47.3	수면무호흡
P28.3	신생아의 원발성 수면무호흡, 신생아의 중추성 수면무호흡, 신생아의 수면무호흡 NOS, 신생아의 폐색성 수면무호흡
P28.4	신생아의 기타 무호흡, 신생아·폐색성(~의) 무호흡, 미숙아(~의) 무호흡

나. 대상자별로 다음 구분에 따른 요건을 충족할 것

1) 일반의 경우 : 제Ⅰ형 수면다원검사(Level Ⅰ)[별지 제4호서식의 처방전 발행일부터 소급하여 **1년 이내에 실시**한 것이어야 한다. 이하 2)에서 같다] 결과 무호흡·저호흡 지수(AHI, Apnea Hypopnea Index)가 **15 이상이**거나 다음의 어느 하나에 해당할 것

가) 무호흡·저호흡 지수가 10 이상이면서 불면증, 주간졸음, 인지기능 감소, 기분장애 중 어느 하나에 해당할 것

나) 무호흡·저호흡 지수가 5 이상이면서 고혈압, 빈혈성 심장질환, 뇌졸중의 기왕력, 산소포화도가 85% 미만 중 어느 하나에 해당할 것

2) 12세 이하 소아의 경우 : 제Ⅰ형 수면다원검사(Level Ⅰ) 결과 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 **5 이상**이거나 또는 **1 이상**이면서 다음의 어느 하나에 해당할 것

가) 불면증, 나) 주간졸음, 다) 부주의-과행동증, 라)아침두통, 마)행동장애, 바) 학습장애, 사) 산소포화도가 91% 미만

3) 제Ⅰ형 수면다원검사(Level Ⅰ)를 실시할 수 없는 경우 : 2세 이하의 영유아인 경우 또는 협조가 불가능한 질환자(선천이상 기형, 신경발달지연)로서 수면 중 이산화탄소 분압 검사 결과가 아래 어느 하나에 해당 할 것.

가) 호기말 또는 경피적 이산화탄소 분압(EtCO2 또는 TcCO2)이 수면시간의 **25% 이상**에서 **50mmHg 이상**일 것

나) 2회 이상 실시한 호기말 또는 경피적 이산화탄소 분압(EtCO2 또는 TcCO2) 결과가 **모두 50mmHg 이상**일 것

다. 다음의 서류를 제출하였을 것

1) 나목 1), 2)에 해당하는 사람(일반, 12세 이하 소아) : 제Ⅰ형 수면다원검사(Level Ⅰ) 결과지

2) 나목 3)에 해당하는 사람(제Ⅰ형 수면다원검사 Level Ⅰ를 실시할 수 없는 경우) : 해당 이산화탄소 분압 검사 결과지(또는 해당 검사결과를 명시한 소견서)와 환자 상태에 대한 의사소견서

● 처방전문의 및 처방기간

- 처방전문의 : 가정의학과·내과·소아청소년과·신경과·이비인후과·정신건강의학과·재활의학과 전문의 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」고시에 따라 수면다원검사 실시 자격기준을 충족한 전문의
- 처방기간
  - 순응기간(최초 처방일부터 90일까지의 기간) 중 처방 : 90일 이내
  - 순응기간 후 처방 : 3개월 이내
    (만약, 순응기준에 해당하지 않는 자의 경우에는 순응기간 말일의 다음 날부터 180일 경과 후 순응도 평가 등 절차가 최초 양압기 처방시와 동일하게 다시 진행)

● 순응기간과 순응도 평가 기준

- 순응기간 : 양압기 처방을 받고 사용에 적응하는 기간을 말하며 그 기간은 최초 처방일부터 90일까지가 해당
- 순응도평가 : 순응기간 중에 양압기 사용에 성공여부를 평가하는 것

〈순응도 평가기준〉

순응기간(최초 처방일부터 90일까지) 중 연이은 30일 사용기간에서 1일 4시간(12세 이하는 3시간) 이상 사용한 날이 21일(70%) 이상인 경우 양압기 사용에 성공한 것으로 봄.

- 순응도 평가 결과 순응에 성공한 경우에 한해 지속적 급여 대상자로 인정되며 다만, 순응기간 중 사용한 기간은 순응성공 여부에 관계 없이 급여를 적용.

> **예시** 최초 처방기간 8.1~10.29(90일) 동안 하루 4시간 이상 사용한 날이
> - 사례1: 총 25일[8.1~7(7), 8.25~31(7), 9.10~16(7), 10.1~4(4)]→ 순응실패
> - 사례2: 총 21일[8.16~22(7), 8.27~9.2(7), 9.5~11(7)] → 순응성공

- 순응에 실패한 경우 : 순응기간(최초 처방일부터 90일) 후 순응에 실패한 경우로 확인된 경우 '순응기간 후 처방전' 발급은 불가.
  다만, 순응에 실패한 경우 순응기간 말일의 다음날부터 180일 경과 후 처방전 발행, 순응도 평가 등 절차가 최초 양압기 처방시와 동일하게 다시 진행

● 처방전 기재사항

- 상병코드, 상병명, 압력처방, 순응기간 중 순응도 평가(순응기간 후 최초 처방 시 해당), 처방 구분, 처방기간, 하루 평균 사용시간을 기재하고, 양압기 종류도 함께 처방

● 급여품목 및 기준금액

급여대상 품목 구분		기준금액(원)
양압기 대여료	지속형(CPAP)	76,000원/월
	자동형(APAP)	89,000원/월
	이중형(BiPAP)	126,000원/월
소모품	마스크	95,000원/1개(연)

● 양압기 대여 및 청구·지급절차

1. 양압기 대여

- (대상) 직전 처방기간 동안 하루 평균 기기사용시간이 2시간 이상인 경우에 해당하는 자에 한정
- (절차) 의사의 처방에 따라 양압기를 처방 받기 → 업체와 "양압기치료 서비스 표준계약서" 작성 → 양압기 치료서비스를 제공 받기 → 해당 월 요양비는 [별지 제12호의7서식] 요양비 지급청구서(양압기) 서식서식(별지 제12호의7서식, [서식 27])으로 매월 1일부터 그달 말일 제공 받은 서비스를 그 다음 달에 월정액으로 매월 지급청구(후불제)

  * 다만, 대여 서비스를 월 중에 시작하거나 종료한 경우 일할 계산

- 청구 기간 : 양압기 기기대여 또는 소모품 구입일로부터 3년 이내

▷ 요양비 급여 적용기간

예시 ① 순응기간 중 처방기간(2020.8.1.~10.29.) → 2020.8.1. 기기확정 및 사용 개시일(=대여계약기간 시작일) → 2020.10.29. 계약 종료일: 요양비 급여 적용기간은 2020.8.1.~10.29.(90일간)입니다.

② 순응기간 중 처방기간(2020.8.1.~10.29.) → 2020.8.3. 기기확정 및 사용 개시일(=대여계약기간 시작일) → 2020.10.29. 계약 종료일: 요양비 급여 적용기간은 2020.8.3.~10.29.(88일간)입니다.

2. 청구 및 지급절차

〈지급요건 확인〉

① 진료일 현재 자격 및 관련 상병력 여부
② 처방전의 처방기간 확인
(처방전 발행 월에 한해 검사결과지 또는 의사소견서 첨부 필수)
③ 등록업소에서의 대여 및 구입여부와 등록제품 여부 확인
④ 지급청구서의 청구기간과 의사처방전 발행일 등 확인
⑤ 인공호흡기와 중복청구 확인
(인공호흡기 기능에 양압기 기능이 모두 포함되어 있어, 인공호흡기치료 또는 양압기치료 중에 하나를 선택해서 청구)

- 수급자 본인, 가족 및 대리인은 요양비지급청구서에 관련서류를 첨부하여 주소지 관할 시장·군수·구청장에게 신청
- 시장·군수·구청장은 건강보험공단 홈페이지에서 업체 및 모델명이 등록되어 있는 지 확인한 후 수급자에게 요양비 지급

* 공단에 등록된 양압기치료 서비스 제공업소의 등록 된 제품에 대해서만 지원 가능

☞ 공단홈페이지(www.nhis.or.kr) 정책센터 → 국민건강보험 → 보험급여 → 의료비 신청 → 요양비 → 양압기 대여료 및 소모품 구입비

** 수급자가 업체에 대금지급하기를 희망하는 경우에는 업체 계좌에 입금 가능(청구서 수령인란에 업체로 체크(✓), 위임장은 필요 없음)

- 양압기치료 서비스에 대한 요양비(기기대여료, 소모품 구입비)는 사용기간 경과 후에 청구해야 하며, 기기 대여를 월중에 시작하거나 종료한 경우에는 그 달의 대여료는 일할 계산하여 지급

● 제출서류

- 아래 구비서류는 모두 원본(다만, 표준계약서는 사본) 제출

- 요양비 지급청구서 1부 (시행규칙 별지 제12호7서식, [서식 27])
- 의료급여 양압기 처방전 1부 (처방전 발급받은 월에 한함)(별지 제4호서식, [서식 31])
  ※ 처방전 구비서류 포함
- 양압기치료 서비스 표준계약서 사본 1부
  ※ 표준계약서는 제공업소와 계약한 당월분에 한해 제출(변경사항 발생 시 추가 제출)
- 세금계산서 1부 (품명, 수량, 단가, 업소명이 기재된 세금계산서)
  ※ 요양비 지급 청구서와 세금계산서는 매월 제출
  ※ 세금계산서 대신 “현금영수증 또는 카드영수증(지출증빙)” & 거래명세서 가능) 1부

【「요양비의 보험급여 기준 및 방법」 별표 4의2】

인공호흡기 요양비 지급대상 상병(제5조의2제1항 관련)

1. 희귀난치질환의 경우 : 다음 표의 상병

상병명	특정기호
크로이츠펠트-야콥병 (A81.0)	V102
부신백질디스트로피[애디슨-쉴더] (E71.3)	V117
글리코젠축적병 / 심장글리코젠증 / 안데르센병 / 코리병 / 포르브스병 / 허스병 / 맥아들병 / 폼페병 / 타루이병 / 폰기에르케병 / 간인산화효소결핍 (E74.0)	V117
글리코사미노글라이칸대사장애 (E76)	V117
Ⅰ형 점액다당류증 / 헐러증후군 / 헐러-샤이에증후군 / 샤이에증후군 (E76.0)	V117
Ⅱ형 점액다당류증 / 헌터증후군 (E76.1)	V117
기타 점액다당류증 / 베타-글루쿠론산분해효소결핍 / Ⅲ,Ⅳ,Ⅵ,Ⅶ형 점액다당류증 / 마로토-라미(경도)(중증) 증후군 / 모르키오(-유사)(고전적)증후군 / 산필립포(B형)(C형)(D형)증후군 (E76.2)	V117
상세불명의 점액다당류증 (E76.3)	V117
글루코사미노글라이칸대사의 기타 장애 (E76.8)	V117
글루코사미노글라이칸대사의 상세불명 장애 (E76.9)	V117
유전성 운동실조 (G11)	V123
선천성 비진행성 운동실조 (G11.0)	V123
조기발병 소뇌성 운동실조 / 본태성 떨림을(를) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조 / 마이오클로누스[헌트운동실조]을(를) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조 / 보류된 건반사(을)를 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조 / 프리드라이히운동실조(보통염색체열성) / X-연관 열성 척수소뇌성 운동실조 (G11.1)	V123
만기발병 소뇌성 운동실조 (G11.2)	V123
DNA복구결손을 수반한 소뇌성 운동실조 / 모세혈관확장성 운동실조[루이-바] (G11.3)	V123
유전성 강직성 하반신마비 (G11.4)	V123
기타 유전성 운동실조 (G11.8)	V123
상세불명의 유전성 운동실조 / 유전성 소뇌의 운동실조 NOS / 유전성 소뇌의 변성 / 유전성 소뇌의 병 / 유전성 소뇌의 증후군 (G11.9)	V123
척수성 근위축 및 관련 증후군 (G12)	V123
영아척수성 근위축, Ⅰ형[베르드니히-호프만] (G12.0)	V123
기타 유전성 척수성 근위축 / 소아기의 진행성 연수마비[파지오-론데] / 성인형 척수성 근위축 / 소아형, Ⅱ형 척수성 근위축 / 원위 척수성 근위축 / 연소형,	V123

상병명	특정기호
Ⅲ형[쿠겔베르그-벨란더] 척수성 근위축 / 어깨종아리형 척수성 근위축 (G12.1)	
운동신경세포병 (G12.2)	V123
가족성 근위축측삭경화증 (G12.20)	V123
산발형 근위축측삭경화증 (G12.21)	V123
원발성 측삭경화증 (G12.22)	V123
진행성 연수마비 (G12.23)	V123
진행성 근위축 (G12.24)	V123
기타 척수성 근위축 및 관련 증후군 (G12.8)	V123
상세불명의 척수성 근위축 (G12.9)	V123
다발경화증 / 다발경화증 NOS / 뇌간(~의) 다발경화증 / 척수(~의) 다발경화증 / 파종성(~의) 다발경화증 / 전신성(~의) 다발경화증 (G35)	V022
샤르코-마리-치아질환 / 데제린-소타스병 / 루시-레비증후군 / 영아기의 비대성 신경병증 / 유전성 운동 및 감각 신경병증Ⅰ-Ⅳ형 / 유전성 운동 및 감각 신경병증 / 비골근위축(축삭형, 비대형) (G60.0)	V169
길랭-바레증후군 / 급성 감염(후)다발신경염 (G61.0)	V126
중증근무력증 (G70.0)	V012
근육의 원발성 장애 (G71)	V012
근디스트로피 / 뒤센 또는 베커와 유사한 보통염색체열성, 소아형 근디스트로피 / 양성[베커] 근디스트로피 / 조기수축을 동반하는 양성 어깨종아리[에머리-드라이프스] 근디스트로피 / 원위성 근디스트로피 / 얼굴어깨팔 근디스트로피 / 지대 근디스트로피 / 눈 근디스트로피 / 눈인두성 근디스트로피 / 어깨종아리 근디스트로피 / 중증[뒤센] 근디스트로피 (G71.0)	V012
근긴장장애 / 근긴장디스트로피[스타이너트] / 연골형성장애성 근긴장증 / 약물유발 근긴장증 / 증상성 근긴장증 / 선천성 근긴장증 NOS / 우성[톰슨] 선천성 근긴장증 / 열성[베커] 선천성 근긴장증 / 신경근육긴장[아이작스] / 선천성 이상근긴장증 / 거짓근긴장증 (G71.1)	V012
선천성 근병증 / 선천성 근디스트로피 NOS / 근섬유의 특정 형태이상을 동반한 선천성 근디스트로피 / 중심핵 병 / 미세심 병 / 다발심 병 / 근섬유형 불균형 / 근세관성(중심핵성) 근병증 / 네말린근병증 (G71.2)	V012
달리 분류되지 않은 미토콘드리아근병증 (G71.3)	V012
근육의 기타 원발성 장애 (G71.8)	V012
근육의 상세불명의 원발성 장애 / 유전성 근병증 NOS (G71.9)	V012
특발성 폐섬유증 (J84.18)	V236

2. 만성호흡부전이 동반되는 중추신경계 질환의 경우 : 다음 표의 상병

상병명	특정기호
뇌간의 악성 신생물 (C71.7) + 만성호흡부전 (J96.1)	
뇌간의 양성 신생물 (D33.1) + 만성호흡부전 (J96.1)	
뇌염, 척수염 및 뇌척수염 (G04) + 만성호흡부전 (J96.1)	
달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염 (G05) + 만성호흡부전 (J96.1)	
기타 및 상세불명의 운동신경세포병 (G12.28) + 만성호흡부전 (J96.1)	
다발-계통 위축 (G23.2) + 만성호흡부전 (J96.1)	
신경성 기립성 저혈압[샤이-드레거] (G23.8) + 만성호흡부전 (J96.1)	
뇌간뇌졸중 증후군 (G46.3) + 만성호흡부전 (J96.1)	
중추성 수면무호흡 (G47.31) + 만성호흡부전 (J96.1)	
밀러휘셔증후군 (G61.0) + 만성호흡부전 (J96.1)	
약물유발 근병증 (G72.0) + 만성호흡부전 (J96.1)	
달리 분류되지 않은 무산소성 뇌손상 (G93.1) + 만성호흡부전 (J96.1)	
상세불명의 뇌병증 (G93.4) + 만성호흡부전 (J96.1)	
대사성 뇌병증 (G93.80) + 만성호흡부전 (J96.1)	
뇌간의 뇌내출혈 (I61.3) + 만성호흡부전 (J96.1)	
뇌경색증 (I63) + 만성호흡부전 (J96.1)	
기타 및 상세불명의 척주후만증, 흉추부 (M40.24) + 만성호흡부전 (J96.1)	
척주측만증 (M41) + 만성호흡부전 (J96.1)	
척수병증을 동반한 기타 척추증, 경부 (M47.12) + 만성호흡부전 (J96.1)	
신생아의 저산소성 허혈뇌병증 (P91.6) + 만성호흡부전 (J96.1)	
뇌량의 선천기형 (Q04.0) + 만성호흡부전 (J96.1)	
뇌의 상세불명의 선천기형 (Q04.9) + 만성호흡부전 (J96.1)	
경부척수의 기타 및 상세불명의 손상 (S14.1) + 만성호흡부전 (J96.1)	

3. 만성호흡부전이 동반되는 폐질환의 경우 : 다음 표의 상병

상병명	특정기호
호흡기 및 상세불명 결핵의 후유증 (B90.9) + 만성호흡부전 (J96.1)	
원발성 폐동맥고혈압 (I27.0) + 만성호흡부전 (J96.1)	V202
기타 이차성 폐동맥고혈압 (I27.2) + 만성호흡부전 (J96.1)	
폐심장증(만성) NOS (I27.9) + 만성호흡부전 (J96.1)	
기타 만성 폐색성 폐질환 (J44) + 만성호흡부전 (J96.1)	
기관지확장증 (J47) + 만성호흡부전 (J96.1)	
기관지의 허탈 (J98.01) + 만성호흡부전 (J96.1)	
기타 명시된 호흡장애 (J98.8) + 만성호흡부전 (J96.1)	
출생전후기에 기원한 기관지폐형성이상 (P27.1) + 만성호흡부전 (J96.1)	
신생아의 호흡부전 (P28.5) + 만성호흡부전 (J96.1)	
신생아의 (지속성)폐동맥고혈압 (P29.3) + 만성호흡부전 (J96.1)	
선천성 후두연화 (Q31.5) + 만성호흡부전 (J96.1)	
기관 및 기관지의 선천기형 (Q32) + 만성호흡부전 (J96.1)	
선천성 낭성 폐 (Q33.0) + 만성호흡부전 (J96.1)	
폐의 기타 선천기형 (Q33.8) + 만성호흡부전 (J96.1)	
호흡계통의 기타 명시된 선천기형 (Q34.8) + 만성호흡부전 (J96.1)	
인두의 기타 선천기형 (Q38.8) + 만성호흡부전 (J96.1)	
폐쇄를 동반하지 않은 선천성 기관지-식도루 (Q39.2) + 만성호흡부전 (J96.1)	
선천성 횡격막탈장 (Q79.0) + 만성호흡부전 (J96.1)	V155

4. 만성호흡부전이 동반되는 심장질환의 경우 : 다음 표의 상병

상병명	특정기호
심장의 선천이상 NOS (Q24.9) + 만성호흡부전 (J96.1)	

「요양비의 의료급여 기준 및 방법」

[별표 1]

요양비 지급 대상자(제7조제1항 관련)

<table>
<tr><th>구 분</th><th>대상자</th></tr>
<tr><td>복막관류액 및 자동 복막투석 소모성재료</td><td>내과전문의(소아의 경우에는 소아청소년과 전문의를 포함한다. 이하 제2호에서 같다)가 복막평형검사 결과 등에 따라 복막관류액 또는 자동복막투석이 필요하다고 인정한 사람 중
1. 다음 상병 중 어느 하나에 해당하는 경우
<table>
<tr><th>상병코드</th><th>상병명</th></tr>
<tr><td>N18</td><td>만성 신장병</td></tr>
<tr><td>N180</td><td>말기 콩팥(신장)병</td></tr>
<tr><td>N181</td><td>만성신장병(1기)</td></tr>
<tr><td>N182</td><td>만성신장병(2기)</td></tr>
<tr><td>N183</td><td>만성신장병(3기)</td></tr>
<tr><td>N184</td><td>만성신장병(4기)</td></tr>
<tr><td>N185</td><td>만성신장병(5기)</td></tr>
<tr><td>N188</td><td>기타 만성 콩팥(신장) 기능상실</td></tr>
<tr><td>N189</td><td>상세 불명의 만성 신장병</td></tr>
</table>
2. 제1호의 상병에 해당하지 않는 만성신부전증 환자 중 내과 전문의가 복막관류액 또는 자동복막투석이 필요하다는 내용의 소견서를 발급한 경우</td></tr>
<tr><td>산소치료</td><td>다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람
1. 중증의 만성심폐질환 등으로 산소치료가 필요하다고 인정되는 사람 중 90일 동안의 적절한 내과적 치료 후 별도로 시행한 동맥혈가스 검사 또는 산소포화도 검사 결과가 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람. 다만, 90일 미만인 신생아 또는 장애 정도가 심한 호흡기 장애인의 경우에는 내과적 치료 없이 검사를 시행할 수 있다.
가. 동맥혈가스 검사 결과가 다음의 어느 하나에 해당하는 경우
1) 동맥혈 산소분압이 55mmHg 이하인 경우
2) 동맥혈 산소포화도가 88% 이하인 경우
3) 다음의 어느 하나에 해당하면서 적혈구 증가증(헤마토크릿이 55%를 넘는 경우를 말한다. 이하 같다)이 있거나, 울혈성 심부전을 시사하는 말초 부종이 있거나, 폐동맥고혈압이 있는 경우
가) 동맥혈 산소분압이 56~59mmHg인 경우
나) 동맥혈 산소포화도가 89% 이상인 경우
나. 산소포화도 검사 결과가 다음의 어느 하나에 해당하는 경우
1) 산소포화도가 88% 이하인 경우</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구 분</th><th>대상자</th></tr>
<tr><td></td><td>2) 산소포화도가 89% 이상이면서 적혈구 증가증이 있거나, 울혈성 심부전을 시사하는 말초부종이 있거나, 폐동맥고혈압이 있는 경우
2. 2019년 7월 1일전 호흡기 장애 1급 또는 2급으로 확인되는 경우에는 제1호의 검사 없이 내과, 결핵과, 흉부외과 또는 소아청소년과 전문의가 산소치료가 필요하다고 판단한 사람</td></tr>
<tr><td>당뇨병
소모성재료</td><td>다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람
1. 제1형 당뇨병환자 : 다음의 요건을 모두 충족하는 사람
가. 다음 중 하나 이상에 해당하는 사람
1) 혈중 씨펩타이드(C-peptide) 수치가 기저치 0.6ng/ml 이하, 경구포도당 섭취자극(또는 글루카곤 주사 또는 식사 후 등) 후 1.8ng/ml 이하 또는 24시간 소변 씨펩타이드(C-peptide) 수치가 30㎍/24hr 미만인 경우
2) 최초 진단 시 당뇨병성케톤산증(DKA)의 병력이 있는 경우
3) 항글루타민산탈탄산효소항체(anti-GAD antibody) 등 췌도 또는 인슐린 등에 대한 자가항체 양성인 경우
나. 적절한 혈당조절을 위하여 인슐린 투여가 반드시 필요한 사람
다. 다음 상병에 해당하는 사람
<table>
<tr><th>상병코드</th><th>상병명</th></tr>
<tr><td>E10.x</td><td>인슐린-의존당뇨병</td></tr>
</table>
* 단, 위의 조건에 해당된다 할지라도 제2형 당뇨병환자는 제외한다.

2. 제2형 당뇨병환자 : 다음의 요건을 모두 충족하는 사람(처방일 기준으로 만 19세 미만인 경우에는 나목을 충족하지 않는 사람도 포함한다)
가. 다음 중 하나 이상에 해당하는 사람
1) 8시간 이상의 공복 혈당 수치가 126mg/dL 이상
2) 당뇨병의 전형적인 증상(다뇨, 다음, 설명되지 않는 체중감소)이 있고 임의 혈당 수치가 200mg/dL 이상
3) 75g 경구당부하검사 후 2시간 혈장 혈당 수치가 200mg/dL 이상
4) 당화혈색소의 수치가 6.5% 이상
나. 적절한 혈당조절을 위하여 인슐린 투여가 반드시 필요한 사람
다. 다음 상병 중 어느 하나에 해당하는 사람
<table>
<tr><th>상병코드</th><th>상병명</th></tr>
<tr><td>E11.x</td><td>인슐린-비의존당뇨병</td></tr>
<tr><td>E12.x</td><td>영양실조-관련 당뇨병</td></tr>
<tr><td>E13.x</td><td>기타 명시된 당뇨병</td></tr>
<tr><td>E14.x</td><td>상세불명의 당뇨병</td></tr>
</table>
3. 임신 중 당뇨병환자 : 다음의 요건을 모두 충족하는 사람</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구 분</th><th>대상자</th></tr>
<tr><td></td><td>가. 다음 상병 중 어느 하나에 해당하는 사람
<table>
<tr><th>상병코드</th><th>상병명</th></tr>
<tr><td>E11.x</td><td>인슐린-비의존당뇨병</td></tr>
<tr><td>E12.x</td><td>영양실조-관련 당뇨병</td></tr>
<tr><td>E13.x</td><td>기타 명시된 당뇨병</td></tr>
<tr><td>E14.x</td><td>상세불명의 당뇨병</td></tr>
<tr><td>O24.x</td><td>임신 중 당뇨병</td></tr>
</table>
나. 제7조제1항제3호의 처방전 발급 당시 임신 중인 사람</td></tr>
<tr><td>당뇨병
관리기기</td><td>다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 제1형 당뇨병환자에 해당하는 사람
1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람
가. 혈중 씨펩타이드(C-peptide) 수치가 기저치 0.6ng/ml 이하, 경구포도당섭취 자극(또는 글루카곤 주사 또는 식사 후 등) 후 1.8ng/ml 이하 또는 24시간 소변 씨펩타이드(C-peptide) 수치가 30㎍/24hr 미만인 경우
나. 최초 진단 시 당뇨병성케톤산증(DKA)의 병력이 있는 경우
다. 항글루타민산탈탄산효소항체(anti-GAD antibody) 등 췌도 또는 인슐린 등에 대한 자가항체 양성인 경우
2. 적절한 혈당조절을 위하여 인슐린 투여가 반드시 필요할 것
3. 다음 상병에 해당하는 사람
<table>
<tr><th>상병코드</th><th>상병명</th></tr>
<tr><td>E10.x</td><td>인슐린-의존당뇨병</td></tr>
</table>
* 단, 위의 조건에 해당된다 할지라도 제2형 당뇨병환자는 제외한다.</td></tr>
<tr><td>자가도뇨
소모성재료</td><td>1. 다음 각 목 모두에 해당하는 것으로 진단 된 신경인성 방광환자(요류역학 검사결과지 첨부) 다만, 비뇨기계통의 선천성 기형으로 요류역학검사가 불가능한 경우에는 환자상태와 함께 자가도뇨 소모성재료가 필요하다는 의사소견서를 제출한 경우에는 요류역학 검사를 실시한 것으로 본다
가. 다음의 어느 하나에 해당할 것
1) 다음의 상병이 있는 선천성 신경인성 방광환자
<table>
<tr><th>연번</th><th>상병명</th><th>상병코드</th></tr>
<tr><td>1</td><td>이분척추</td><td>Q05</td></tr>
<tr><td>2</td><td>말린자두배증후군</td><td>Q79.4</td></tr>
<tr><td>3</td><td>복벽의 기타 선천기형</td><td>Q79.5</td></tr>
<tr><td>4</td><td>엘러스-단로스증후군</td><td>Q79.6</td></tr>
<tr><td>5</td><td>근골격계통의 기타 선천기형</td><td>Q79.8</td></tr>
<tr><td>6</td><td>방광외반</td><td>Q64.1</td></tr>
<tr><td>7</td><td>선천성 후부요도판막</td><td>Q64.2</td></tr>
<tr><td>8</td><td>요도 및 방광경부의 기타 폐쇄 및 협착</td><td>Q64.3</td></tr>
<tr><td>9</td><td>비뇨계통의 기타 명시된 선천기형</td><td>Q64.8</td></tr>
<tr><td>10</td><td>비뇨계통의 상세불명의 선천기형</td><td>Q64.9</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구 분</th><th>대상자</th></tr>
<tr><td></td><td>
2) 다음의 후천성 척수손상 상병이 있는 신경인성 방광환자
<table>
<tr><th>연번</th><th>상병명</th><th>상병코드</th></tr>
<tr><td>1</td><td>결핵성 수막염(G01*)</td><td>A17.0</td></tr>
<tr><td>2</td><td>뇌 및 척수의 결핵종(G07*)</td><td>A17.80</td></tr>
<tr><td>3</td><td>결핵성 수막뇌염(G05.0*)</td><td>A17.81</td></tr>
<tr><td>4</td><td>뇌 및 척수의 결핵성 농양(G07*)</td><td>A17.88</td></tr>
<tr><td>5</td><td>척수매독</td><td>A52.1</td></tr>
<tr><td>6</td><td>열대성 강직성 하반신마비</td><td>G04.1</td></tr>
<tr><td>7</td><td>달리 분류되지 않은 세균성 수막뇌염 및 수막척수염</td><td>G04.2</td></tr>
<tr><td>8</td><td>기타 뇌염, 척수염 및 뇌척수염</td><td>G04.8</td></tr>
<tr><td>9</td><td>상세불명의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염</td><td>G04.9</td></tr>
<tr><td>10</td><td>달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염</td><td>G05</td></tr>
<tr><td>11</td><td>다발경화증</td><td>G35</td></tr>
<tr><td>12</td><td>시신경척수염[데빅병]</td><td>G36.0</td></tr>
<tr><td>13</td><td>중추신경계통의 탈수초질환에서의 급성 횡단척수염</td><td>G37.3</td></tr>
<tr><td>14</td><td>하반신마비 및 사지마비</td><td>G82.×</td></tr>
<tr><td>15</td><td>말총증후군</td><td>G83.4</td></tr>
<tr><td>16</td><td>혈관성 척수병증</td><td>G95.1</td></tr>
<tr><td>17</td><td>상세불명의 척수압박</td><td>G95.2</td></tr>
<tr><td>18</td><td>척수의 기타 명시된 질환</td><td>G95.8</td></tr>
<tr><td>19</td><td>척수의 상세불명 질환</td><td>G95.9</td></tr>
<tr><td>20</td><td>달리 분류된 질환에서의 척수병증</td><td>G99.2</td></tr>
<tr><td>21</td><td>신경병성 척추병증</td><td>M49.4</td></tr>
<tr><td>22</td><td>목부위의 신경 및 척수의 손상</td><td>S14.×</td></tr>
<tr><td>23</td><td>흉부부위의 신경 및 척수의 손상</td><td>S24.×</td></tr>
<tr><td>24</td><td>복부, 아래등 및 골반 부위의 신경 및 허리척수의 손상</td><td>S34.×</td></tr>
<tr><td>25</td><td>척수의 상세불명 부위의 손상</td><td>T09.3</td></tr>
</table>
3) 가목1) 또는 2)에 해당하지 아니하는 상병으로 인한 신경인성방광 환자로 진단되어 비뇨기과 또는 재활의학과 전문의가 자가도뇨가 필요하다고 인정하는 경우
나. 요류역학검사 결과 다음의 어느 하나 이상에 해당할 것
1) 무반사 방광(Areflexic bladder)
2) 배뇨근 저활동성(Detrusor underactivity)
3) 기능이상성 배뇨(Dysfunctional voiding)
4) 배뇨근-외조임근 협동장애(Detrusor external-sphincter dyssynergia)
5) 배뇨근 과활동성 및 수축력 저하(Detrusor hyper-reflexia and impaired contractility)
</td></tr>
</table>

구 분	대상자
	다. 제1호가목2)·3)에 해당하는 사람[제1호가목2)에 해당하는 사람이 해당 상병에 대한 최초 진단일부터 2년이 지난 후 전문의의 진단을 통해 재확인 (최초 급여 적용일 이후 2년이 지난 후 전문의의 진단을 통해 재확인한 경우를 포함한다)한 사람은 제외한다]은 최초 급여 적용일로 부터 2년이 지나지 아니하였을 것
인공호흡기 대여 서비스 등	다음의 각 호의 요건을 모두 충족하는 사람 1. 「요양비의 보험급여 기준 및 방법」(이하 "요양비기준고시"라 한다) 별표 4의2의 상병 중 어느 하나에 해당하는 사람으로서 자가 호흡이 불가능 하거나 어려워 인공호흡기가 필요하다고 진단받았을 것 2. 다음의 각 목의 요건을 모두 충족하는 사람. 다만, 24시간 지속적인 인공 호흡기 사용으로 인공호흡기를 이탈하여 가목의 임상 증상확인 및 나목의 검사가 어려운 경우에는 환자상태와 함께 인공호흡기 이용이 필요하다는 내용을 적은 의사소견서가 있는 경우에는 다음 각 목의 요건을 모두 충족한 것으로 보며, 의식저하 등으로 의사표현이 불가능한 경우에는 나목의 요건만 충족하면 된다. 가. 다음의 고이산화탄소혈증 임상 증상 중에서 두 가지 이상 해당 될 것 1) 숨참 2) 피로감 3) 두통 4) 정신이 밝지 못하고 멍함 5) 밤에 자주 깨거나 낮에 졸리고 토막잠을 자주 자거나 악몽을 자주 꾸거나 가위에 눌림 6) 불안하여 안절부절 못함 7) 빈맥(頻脈) 나. 2회 이상 실시한 이산화탄소 분압 검사 결과가 다음의 어느 하나에 해당하고, 그 검사결과지 또는 해당 검사결과를 적은 의사소견서를 제출하였을 것 1) 동맥혈가스 검사 결과 이산화탄소 분압(PaCO2)이 45mmHg 이상 2) 호기말 이산화탄소 분압($EtCO_2$)이이 40mmHg 이상
기침유발기 대여 서비스	다음 각 호의 요건을 모두 충족한 사람 1. 다음 각 목 요건을 모두 충족하는 사람 가. 요양비 기준고시 별표 4의2제1호 및 제2호(뇌간뇌졸중 증후군 및 중추성 수면무호흡은 제외한다)의 상병으로 인공호흡기를 사용하는 사람이 스스로 기도분비물 배출이 어려워 기침 유발기가 필요하다고 진단받았을 것 나. 호흡기능검사에서 최고호기(呼氣)유량 측정 결과 최대 기침 유량이 250 L/min 이하일 것. 다만, 최고호기유량 측정을 할 수 없는 다음의 어느 하나에 해당하는 사람은 그 상태를 적은 의사소견서를 제출하면 해당 요건을 충족한 것으로 본다. 1) 24시간 지속적인 인공호흡기 사용으로 인공호흡기를 이탈할 수 없는 경우 2) 만 6세 이하의 소아 3) 의식 저하, 인지기능 저하 또는 기관절개를 한 경우 2. 별지 제3호서식의 처방전을 최초로 받을 때 기침유발기에 대한 기본사용법과 주의사항에 대하여 교육을 받았을 것

<table>
<tr><th>구 분</th><th>대상자</th></tr>
<tr><td>양압기
치료 서비스</td><td>
1. 다음 각 목의 요건을 모두 충족하는 사람
가. 다음 상병 중 어느 하나에 해당하는 수면무호흡증후군 환자로서 양압기가 필요하다고 진단받았을 것
<table>
<tr><th>상병코드</th><th>상병명</th></tr>
<tr><td>G47.3</td><td>수면무호흡</td></tr>
<tr><td>P28.3</td><td>신생아의 원발성 수면무호흡, 신생아의 중추성 수면무호흡, 신생아의 수면무호흡 NOS, 신생아의 폐색성 수면무호흡</td></tr>
<tr><td>P28.4</td><td>신생아의 기타 무호흡, 신생아·폐색성(~의) 무호흡, 미숙아(~의) 무호흡</td></tr>
</table>
나. 대상자별로 다음 구분에 따른 요건을 충족할 것
1) 일반의 경우: 제Ⅰ형 수면다원검사(Level Ⅰ)[별지 제4호서식의 처방전 발행일부터 소급하여 1년 이내에 실시한 것이어야 한다. 이하 2)에서 같다] 결과 무호흡·저호흡 지수(AHI, Apnea Hypopnea Index)가 15 이상이거나 다음의 어느 하나에 해당할 것
가) 무호흡·저호흡 지수가 10 이상이면서 다음의 어느 하나에 해당할 것
① 불면증
② 주간졸음
③ 인지기능 감소
④ 기분장애
나) 무호흡·저호흡 지수가 5 이상이면서 다음의 어느 하나에 해당할 것
① 고혈압
② 빈혈성 심장질환
③ 뇌졸중의 기왕력
④ 산소포화도가 85% 미만
2) 12세 이하 소아의 경우: 제Ⅰ형 수면다원검사(Level Ⅰ) 결과 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 5 이상이거나 또는 1이상이면서 다음의 어느 하나에 해당할 것
가) 불면증
나) 주간졸음
다) 부주의-과행동증
라) 아침두통
마) 행동장애
바) 학습장애
사) 산소포화도가 91% 미만
3) 1), 2)에도 불구하고 2세 이하의 영유아인 경우 또는 선천이상 기형이나 신경발달 지연으로 제Ⅰ형 수면다원검사(Level Ⅰ)를 실시할 수 없는 경우: 수면 중 이산화탄소 분압 검사 결과가 다음의 어느 하나에 해당할 것
</td></tr>
</table>

구 분	대상자
	가) 호기말 또는 경피적 이산화탄소 분압(EtCO2 또는 TcCO2)이 수면시간의 25% 이상에서 50mmHg 이상일 것 나) 2회 이상 실시한 호기말 또는 경피적 이산화탄소 분압(EtCO2 또는 TcCO2) 결과가 모두 50mmHg 이상일 것 다. 다음의 서류를 제출하였을 것 1) 나목 1), 2)에 해당하는 사람: 제Ⅰ형 수면다원검사(Level Ⅰ) 결과지 2) 나목 3)에 해당하는 사람: 해당 이산화탄소 분압 검사 결과지(또는 해당 검사결과를 명시한 소견서)와 환자 상태에 대한 의사소견서 2. 순응기간(최초 처방일부터 90일까지의 기간) 중 연이은 30일의 사용기간에서 1일 4시간 이상(12세 이하인 경우에는 3시간 이상) 사용한 날이 21일 이상인 경우에 해당하지 않는 사람은 순응기간 중이거나, 순응기간 말일의 다음 날부터 180일이 지났을 것 3. 직전 처방기간 동안의 하루 평균 기기사용 시간이 2시간 이상인 경우에 해당하는 자에 한정한다. 다만, 12세 이하의 소아인 경우에는 이를 적용하지 않는다.

[별표 2]

요양비 의료급여 지급기준(제7조제1항관련)

1. 요양비 기준금액

<table>
<tr><th>항 목</th><th>지급기준액</th></tr>
<tr><td>의료급여기관을 이용할 수 없거나 의료급여기관이 없는 경우
(규칙 제24조제1항 제1호 관련)</td><td>가. 질병·부상·출산(사산의 경우에는 임신 16주 이상인 경우를 말한다)에 대하여 요양을 받은 경우에는 의료급여비용(의료급여법 시행령 제13조 규정에 의한 본인부담액을 제외한 금액을 말한다)에 상당하는 금액
나. 의료급여기관 외의 장소에서 출산한 경우에는 1명당 25만원</td></tr>
<tr><td>복막관류액 및 자동복막투석 소모성 재료
(규칙 제24조제1항 제2호 관련)</td><td>가. 복막관류액은 건강보험 약가기준액 범위내 실구입가로 한다.
나. 자동복막투석에 사용되는 소모성 재료의 기준가격은 1일 10,420원으로 한다.</td></tr>
<tr><td>산소치료
(규칙 제24조제1항 제3호 관련)</td><td>
<table>
<tr><th>구 분</th><th>가정용</th><th>휴대용</th></tr>
<tr><td>기준금액</td><td>12만원/월</td><td>20만원/월</td></tr>
</table>
비고 : 휴대용 산소발생기로 산소치료서비스를 1개월에 15일을 넘지 않는 기간 동안 받은 경우에 기준금액은 10만원/월로 한다.
</td></tr>
<tr><td>당뇨병 소모성 재료
(규칙 제24조제1항 제4호 관련)</td><td>가. 당뇨병 소모성 재료의 기준금액은 다음 표에 따른 금액으로 한다.
(연속혈당측정용 전극은 제외한다.)
<table>
<tr><th colspan="3" rowspan="2">지원대상자</th><th colspan="2">기준금액</th></tr>
<tr><th>인슐린 투여자</th><th>인슐린 미투여자</th></tr>
<tr><td colspan="3">제1형 당뇨병환자</td><td>2,500원/일</td><td>해당사항 없음</td></tr>
<tr><td rowspan="6">제2형 당뇨병환자</td><td colspan="2">만 19세 미만</td><td>2,500원/일</td><td>1,300원/일</td></tr>
<tr><td rowspan="3">만19세 이상
1일 인슐린 투여횟수</td><td>1회 투여</td><td>900원/일</td><td>해당사항 없음</td></tr>
<tr><td>2회 투여</td><td>1,800원/일</td><td>해당사항 없음</td></tr>
<tr><td>3회 이상 투여</td><td>2,500원/일</td><td>해당사항 없음</td></tr>
<tr><td colspan="2">만 19세 이상</td><td>900원/일</td><td>해당사항 없음</td></tr>
<tr><td colspan="3">임신 중 당뇨병환자</td><td>2,500원/일</td><td>1,300원/일</td></tr>
</table>
※ 비고 : 나이는 처방일을 기준으로 계산
나. 당뇨병 소모성 재료 중 연속혈당측정용 전극의 기준금액:
「요양비기준고시」 별표6 제5호에 따른 제품별 사용가능일수(제품 1개당 최대 사용가능 일수를 말한다.)에 다음 표의 일당 기준금액을 곱하여 산정한 금액</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>지급기준액</th></tr>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><th>지원대상자</th><th>일당 기준금액</th></tr>
<tr><td>제1형 당뇨병환자</td><td>10,000원</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>당뇨병
관리기기
(규칙 제24조제1항 제4호 관련)</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">지원대상자</th><th colspan="2">기준금액</th></tr>
<tr><th>연속혈당측정기</th><th>인슐린자동주입기</th></tr>
<tr><td>제1형 당뇨병환자</td><td>210,000원/3개월</td><td>1,700,000원/개</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>자가도뇨
소모성 재료
(규칙 제24조제1항 제5호 관련)</td><td>자가도뇨 소모성 재료의 기준금액은 1일 9,000원(1일당 최대 6개 이내의 범위)으로 한다.</td></tr>
<tr><td>인공호흡기
대여 서비스 등
(규칙 제24조제1항 제6호 관련)</td><td>
가. 인공호흡기 대여 서비스 등의 기준금액은 다음 표에 따른 금액으로 한다.
<table>
<tr><th colspan="4">급여대상 품목 구분</th><th>기준금액(원)</th></tr>
<tr><td colspan="2">인공호흡기
대여료</td><td colspan="2">혼합형</td><td>535,000원/월</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">압력형·볼륨형</td><td>356,000원/월</td></tr>
<tr><td colspan="2">기본소모품</td><td colspan="2">세트 1</td><td>60,000원/월</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">세트 2</td><td>80,000원/월</td></tr>
<tr><td rowspan="5">선택
소모품</td><td rowspan="2">기관절개
환자용
커넥터</td><td colspan="2">일반 일체형</td><td>7,000원/개</td></tr>
<tr><td colspan="2">실리콘 연결형</td><td>14,500원/개</td></tr>
<tr><td rowspan="3">마스크</td><td rowspan="2">코마스크
(Nasal, pillow)</td><td>실리콘 또는 필로우</td><td>125,000원/개</td></tr>
<tr><td>겔</td><td>120,000원/개</td></tr>
<tr><td>코·입마스크
(Facial)</td><td>실리콘</td><td>72,000원/개</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>겔</td><td>148,000원/개</td></tr>
</table>
비고 : 기본소모품 중 세트 1은 튜브 1개, 필터 4개 및 가습기물통 1개의 세트를 말하며, 세트 2는 튜브 2개, 필터 4개 및 가습기물통 1개의 세트를 말한다.
나. 기침유발기 대여서비스의 기준금액은 16만원/월으로 한다.
</td></tr>
<tr><td>양압기치료 서비스 등
(규칙 제24조 제1항 제7호 관련)</td><td>
<table>
<tr><th colspan="2">급여대상 품목 구분</th><th>기준금액(원)</th></tr>
<tr><td rowspan="3">양압기
대여료</td><td>지속형(CPAP)</td><td>76,000원/월</td></tr>
<tr><td>자동형(APAP)</td><td>89,000원/월</td></tr>
<tr><td>이중형(BiPAP)</td><td>126,000원/월</td></tr>
<tr><td>소모품</td><td>마스크</td><td>95,000원/개</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

2. 요양비 구입비용의 기금부담

가. 자동복막투석 소모성 재료, 산소치료 서비스, 당뇨병 소모성 재료, 당뇨병 관리기기, 자가도뇨 소모성 재료, 인공호흡기·기침유발기 또는 양압기 대여 서비스 등 구입 및 대여에 대한 기금의 부담은 유형별 기준금액 이내의 금액으로 구입한 경우 실구입가의 전부로 한다. 다만, 기준금액을 초과하는 금액으로 구입한 경우에는 기준금액의 전부

나. 가목에서 정한 기금에서 부담하는 금액외의 금액은 수급권자가 전액 부담

3. 제1호 및 제2호에 따라 요양비를 지급할 때는 다음 각 목의 기준에 따라야 한다.

가. 자동복막투석 소모성 재료(카세트, 배액백 및 카테터말단폐색기 각 1개를 하나의 세트로 한다), 당뇨병 소모성 재료 및 자가도뇨 소모성 재료에 대한 요양비는 일당 금액으로, 당뇨병 관리기기와 산소치료·인공호흡기·기침유발기·양압기 대여 서비스에 대한 요양비는 월당 금액으로 지급한다. 다만, 인공호흡기, 기침유발기 또는 양압기 대여 서비스를 월 중에 시작하거나 월중에 종료한 경우 그 시작 월 또는 종료 월의 요양비(인공호흡기와 양압기의 경우에는 기계대여료에 한정한다)는 일할 계산하여 지급한다.

나. 산소치료 서비스 및 기침유발기 대여 서비스에 대하여 요양비로 지급하는 금액은 산소발생기 및 기침유발기의 유지, 보수를 위한 재료비, 소모품비 등 제반비용을 포함한 금액으로 한다.

다. 자가도뇨 소모성 재료에 대한 요양비는 1일에 6개를 넘지 않는 범위에서 지급한다.

라. 인공호흡기 대여 서비스 중 선택소모품에 대한 요양비는 기관절개 환자용 커넥터와 마스크 중 하나에 대하여 지급한다. 이 경우 이미 받은 선택소모품과 다른 종류의 소모품에 대하여 요양비를 지급받으려면 그 사유를 증명하는 서류를 제출하여야 한다.

마. 인공호흡기 대여 서비스 중 선택소모품에 대한 요양비는 그 종류별로 다음 표에서 정하는 금액을 넘지 못한다.

구분		기준금액
기관절개환자용 커넥터	일반 일체형	14,000원/월
	실리콘 연결형	29,000원/월
마스크		400,000원/연

바. 기침유발기 대여 서비스 중 소모품(마스크 또는 기관절개용연결관 중 하나와 튜브, 필터 및 커넥터를 하나의 세트로 한다)에 대한 요양비는 1개월에 1개에 대해서만 지급한다.

사. 양압기치료에 대한 요양비는 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에 지급한다.

1) 순응기간(최초 처방일부터 90일까지의 기간) 중 양압기 대여

2) 순응기간 후 최초 양압기 대여[순응기간 중 연이은 30일의 사용기간에서 1일 4시간 이상(12세 이하인 경우에는 3시간 이상) 사용한 날이 21일 이상인 경우에 해당하는 자에 한정한다]

3) 양압기 대여(직전 처방기간 동안 하루 평균 사용시간이 2시간 이상인 경우에 해당하는 자에 한정한다. 단, 12세 이하인 경우에는 이를 적용하지 않는다.)

아. 양압기에 대한 의료급여는 지속형(CPAP)과 자동형(APAP)에 대해서 실시하는 것을 원칙으로 한다. 다만, 지속형(CPAP) 또는 자동형(APAP)을 사용하였을 때[13세 이상인 경우에는 지속형(CPAP) 또는 자동형(APAP)을 15cmH2O 이상의 압력으로 사용하였을 때로 한다] 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 이중형(BiPAP)에 대해서도 실시할 수 있다.

1) 동맥혈 이산화탄소 분압(PaCO2) 또는 경피적 이산화탄소 분압(TcCO2) 또는 호기말 이산화탄소 분압(EtCO2) 수치가 50mmHg를 초과하는 수면 과탄산혈증(nocturnal hypercapnia)을 보이는 경우

2) 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 10(12세 이하의 경우에는 5)을 초과하는 경우

자. 양압기치료 서비스 중 소모품(마스크)에 대한 요양비는 1년에 1개에 대해서만 지급한다.

차. 연속혈당용 전극에 대한 의료급여비는 구입한 제품의 총 사용가능 일수의 범위 내에서 산정하여 지급하며, 총 사용가능 일수는 제품별로 구입한 개수와 「요양비기준고시」 별표6제5호의 최대 사용가능 일수를 곱한 값을 합하여 계산한다. 다만, 구입한 제품의 총 사용가능 일수는 처방전에 기재된 처방기간을 초과하여 산정할 수 없다.

카. 의료급여기관에 입원하였다 하더라도 부득이한 사유로 의료급여진료비와 중복되지 않는 경우에는 요양비를 지급할 수 있다.

4. 연속혈당용 전극 등록제품 및 제품 1개당 사용가능 일수는 「요양비기준고시」 별표6 제5호에 따른다.

4 임신·출산 진료비

가. 목적

- 출산 전·후 산모와 영·유아의 건강관리 등에 소요되는 진료비 부담을 경감시켜 출산 친화적 환경 조성

나. 법적근거

- 「의료급여법 시행규칙」 제8조의 2
- 「임신·출산 진료비 등의 의료급여 기준 및 방법」
- 「급여비용의 예탁 및 지급에 관한 규정」 제26조~제30조

다. 임신·출산 진료비 지원금액 및 사용방법

- 1, 2종 구분 없이 단태아 100만원, 다태아 140만원 지원
- 임신·출산 진료비는 입원·외래를 불문하고 의료급여기관에서 진료 받은 본인부담금(비급여 포함)에 대하여 사용 가능
- 처방에 따른 약제·치료재료 구입에 드는 비용에 대하여 사용 가능(해당 수급권자의 2세 미만인 자녀에 대하여 처방된 약제·치료재료 구입에 드는 비용 포함)
- 임산부는 임신·출산 진료비를 보장기관이 지원 결정한 날부터 출산예정일(출산일)로부터 2년까지 사용
  - 임신출산진료비 지원 종료일은 출산예정일(출산일)부터 2년되는 날임
    예시 2022. 1. 1.일이 출산예정일인 임산부의 경우, 2023. 12. 31.일까지 지원
  - 1일 사용액 한도 제한 없음('13.4.22 시행)
  - 조산, 자연유산, 분만의 경우에도 당초 지원기간 종료일까지 지원 금액 사용 가능
  - 기존 임신출산 진료비 지원기간 중 재임신한 경우 기존 지원기간을 새로운 임신출산 진료비 신청 전날로 지원 종료(잔액 소멸)하고 새로운 임신출산 진료비를 신청할 수 있음
    * 읍면동에서는 유산·사산 등으로 임신·출산 진료비 지원기간 중 재임신하여 신청한 경우기존 지원금액 중 잔액이 있으면 신청 전날로 소멸되고 새로이 지급된다는 것을 안내

【임신·출산 진료비 사용이 가능한 의료기관】

- 임신·출산진료비 등의 의료급여기준 및 방법(제3조 제1항 각호)
  - 산부인과 전문의가 개설한 제1차 의료급여기관
  - 산부인과가 개설된 제2차 또는 제3차 의료급여기관
  - 「지역보건법」에 따라 개설된 보건소·보건의료원 및 보건지소
  - 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 개설된 보건진료소
  - 「의료법」에 따라 개설된 조산원, 한의원, 한방병원('13.4.22 시행)
  - 「약사법」에 따라 개설등록된 약국 및 같은법 제91조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품 센터 ('20.7.14. 시행)

● 출생아 임신·출산 진료비 사용 방법

- 수급자는 시장·군수·구청장(읍·면·동장)에게 의료급여 임신·출산 진료비 지원(변경) 신청서[서식 36]를 제출(영아정보 추가)하고, 시장·군수·구청장은 자격 확인 후 행복e음을 통하여 건강보험공단으로 전송

  * 임산부가 진료비를 본인에게 사용한 경우, 잔액에 한해서 지원기간 동안 영·유아에게 사용 가능

● 분만취약지 20만원 추가 지원

- 임신과 출산에 관련된 진료를 용이하게 받기 어려운 지역에 계속하여 30일 이상 거주하는(주민등록) 경우 20만원 추가 지원('16.7.1 시행)

  * 「공공보건의료에 관한 법률」에 따라 보건복지부 '분만취약지 지원사업'에서 규정하는 지역에 한함.

구 분	분만취약지
인천(1)	옹진군
경기(1)	양평군
강원(4)	평창군, 정선군, 화천군, 인제군
충북(2)	보은군, 괴산군
충남(1)	청양군
전북(3)	진안군, 무주군, 장수군
전남(6)	보성군, 장흥군, 함평군, 완도군, 진도군, 신안군
경북(8)	청도군, 군위군, 의성군, 청송군, 영양군, 영덕군, 봉화군, 울릉군
경남(4)	의령군, 남해군, 함양군, 합천군

● 임신·출산 진료비 신청일 이전에 부담한 본인부담금에 대해서는 소급하여 적용하지 않으며, 지원기간 내 미사용한 금액은 소멸

라. 임신·출산 진료비 지원 대상 및 방법

● 대상자

- 의료급여 수급자 중 임신 중이거나 출산(유산 및 사산 포함)한 수급권자 및 출생일로부터 2세미만 영·유아

※ 2019.7.1.부터 자궁 외 임신도 포함, 자궁 외 임신의 판단은 의사의 소견서로 갈음

● 제출서류

- 수급자는 의료급여 임신·출산 진료비 지원(변경) 신청서[서식 36] 등의 서류를 주소지 관할 시장·군수·구청장(읍·면·동장)에게 제출

* 의사소견서는 발행한 지 1주일 이내만 인정

【제출 서류】

- 의료급여 임신·출산 진료비 지원(변경) 신청서[서식 36]
- 임신·출산 사실증명서(건강보험 "임신·출산 진료비 지원 신청 및 임신확인서" 또는 분만예정일 또는 출산일이 기재된 의사의 소견서 등) 1부.

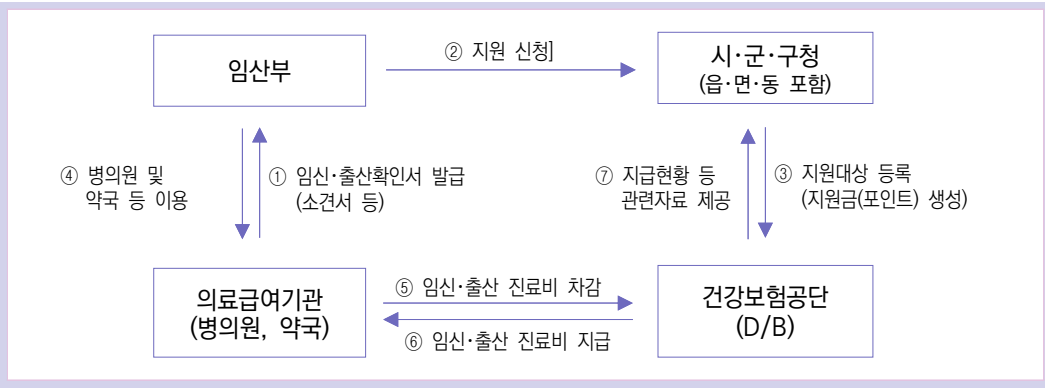
● 지급절차

- 시장·군수·구청장은 의료급여 임신·출산 진료비 지원(변경) 신청서[서식 36] 접수 후 지원대상자로 결정
- 행복e음을 통하여 지원대상자, 지원금액, 출산예정일 및 지원기간 등을 건강 보험공단으로 전송

* 1종 수급자는 '의료급여기관 외래진료 본인부담 면제 신청(임신부)'가능함을 안내

- 건강보험공단은 요양기관정보마당을 통해 임신·출산 진료비 지원대상자 및 지원금액 등 임신·출산 진료비 관련 자료를 의료급여기관에 제공
- 의료급여기관에서는 임산부가 사용한 임신·출산 진료비를 "요양기관 정보마당"을 통해 건강보험공단에 차감 요청

* 임신·출산 진료비에 대해서는 의료급여기관이 지정한 계좌로 주 단위 지급



마. 임신·출산 진료비 지원기간 중 자격변경에 따른 유의사항

- 임산부의 자격변경으로 인한 임신·출산 진료비는 공단과의 이중지원을 방지 하기 위해 최초 신청 당시 자격을 기준으로 1회 지원
- 건강보험에서 의료급여 수급자로 자격이 변경된 임산부의 경우
  - 시·군·구에서는 동일한 임신기간 동안 건강보험에서 임신·출산 진료비를 지원받은 사실이 있는지 여부 확인(임산부 성명, 주민등록번호 및 지원기간 등)하고, 건강보험에서 지원받지 않은 대상자에게만 지원
  - 건강보험에서 받은 국민행복카드(임신·출산 진료비)는 지원기간 동안 계속 사용할 수 있음

    * 시·군·구청에서는 EBDW를 통하여 지원여부 확인 가능
- 의료급여 수급자에서 건강보험으로 자격이 변경된 임산부의 경우
  - 지원기간 종료 전 대상자의 임신·출산 진료비 잔액은 공단에서 행복e음에 전송하고 동 사실을 해당 보장기관에 통보
  - 시·군·구청에서 임신·출산 진료비 잔액을 임산부에게 지급
  - 단, 국적상실, 사망 또는 행방불명 등의 경우 지급하지 않음

【의료급여 자격상실시 잔액을 지급하는 이유】

① 건강보험 가입자는 자격관리시스템을 통한 지원금 조회 및 사용(포인트 차감)할 수 없음
② 중복지원 방지를 위해 건강보험에서는 의료급여 자격 상실 후 임신·출산 진료비를 추가 지원하지 않음

- 의료급여 자격이 소급 상실된 경우(건강보험 가입자로 소급 변경)
  - 보장기관에서 현재 시점을 기준으로 임신·출산 진료비 잔액 지급
- 수급자 전출입의 경우에는 공단은 통보 당시 관할 보장기관에 통보하며, 통보 받은 보장기관에서 지급

【임신·출산 진료비 신청 및 지원절차】

임신사실 증명서 발급	● 임신사실 증명서 : 임신·출산확인서(분만예정일, 출산일 또는 유산일이 기재된 소견서)
↓	
신 청	● 신청인 : 임산부 본인, 그 가족 및 대리인이 주소지 관할 시장· 군수· 구청장(읍면동장)에게 방문 또는 온라인 신청(복지로) * 복지로(www.bokjiro.go.kr) → 서비스 신청 → 의료급여 ● 신청서류 : 의료급여 임신·출산 진료비 지원(변경) 신청서[서식 36], 임신·출산 확인서(분만예정일, 출산일 또는 유산일이 기재된 소견서) 각 1부
↓	
지원 결정 및 관련자료 전송	● 시·군·구에서 임신·출산 진료비 지원 적격여부를 지체없이(3일 이내) 결정하여 관련 자료를 건강보험공단으로 전송 * 1, 2종 구분 없이 한자녀 100만원(다자녀 140만원) 지원(미사용분 소멸) * 분만취약지 거주 시 20만원 추가지원
↓	
임신·출산 진료비 사용	● 모든 의료급여기관에서 진료비 및 처방된 약제·치료재료 구입 시 사용 가능(비급여 포함)
↓	
임신·출산 진료비 지급	● 임산부 및 영·유아가 사용한 임신·출산 진료비에 대해서는 “요양기관 정보마당”을 통하여 지체 없이 건강보험공단으로 차감 요청 * 임신·출산 진료비는 건보공단에서 의료급여기관 계좌에 주 단위 지급 * 현행 건강생활유지비 지원방식과 동일함

【건강보험과 의료급여 임신·출산 진료비 지원방식 비교】

구 분	건강보험	의료급여
지원대상자	① 건강보험가입자 또는 피부양자 중 임산부 ② 2세 미만인 가입자 또는 피부양자(영유아)의 법정대리인	의료급여 수급권자 중 임신 중이거나 출산(유산·사산 포함)한 수급권자 및 출생일로부터 2년 이내 영유아
신청접수처	공단지사, 이용권 발급업무를 수행하는 전담 금융기관	수급권자 주소지 시·군·구청, 읍·면·동 행정복지센터
지원방식	국민행복카드(바우처카드) 결재	자격관리시스템 활용 : 잔액조회 및 차감 * 건생비지원 방식과 동일함
지원기간 종료일	출산(예정)일 또는 유·사산일부터 2년까지	좌동
지원금액	100만원(다자녀인 경우 140만원)	좌동
진료비지원 소요일	신청 후 약 15일 이후 * 체크카드 발급 및 배송 기간 소요	임신·출산 진료비 지원대상 관련 자료를 건강보험공단으로 전송한 다음날부터 사용 가능
사용기관	모든 요양기관(병의원 및 약국등) * 2019.1.1. 지정요양기관 폐지	모든 의료급여기관(병의원 및 약국 등)
사용범위	임신·출산 진료시 발생하는 본인부담금(비급여 포함)	임신·출산 진료시 발생하는 본인부담금(비급여 포함) * 단 약국은 처방된 약제·치료재료 구입 시 사용
자격변동에 따른 정산	지원기간 내에 자격변동(건강보험→의료급여)시 바우처 카드 지속사용 가능 * 지원기간 초과후 사용잔액은 자동소멸	지원기간 내에 자격변동(의료급여→건강보험)시 사용잔액 지급 * 지원기간 초과 후 사용잔액은 자동소멸

5 장애인보조기기

가. 지원대상

- 의료급여 수급권자 중 「장애인복지법」에 따라 등록한 장애인

나. 관련법령

- 「의료급여법」 제13조, 동법 시행규칙 제25조
- 「임신·출산 진료비 등의 의료급여기준 및 방법」 제4조 및 제5조 및 제5조의2

다. 지급기준

(1) 일반원칙(의료급여법 시행규칙 별표 2)

1. 일반원칙

가. 보조기기는 제2호에서 정한 것으로서, 의지(義肢)·보조기는 「장애인복지법」에 따라 의지· 보조기기사가 제조(팔보조기는 「의료기사 등에 관한 법률」에 따라 의사의 지도를 받아 작업치료사가 제조한 것을 포함한다)·수리한 것이어야 하고, 의료기기는 「의료 기기법」에 따라 신고 또는 허가 받은 것이어야 하며, 자세보조용구는 공단이 정하는 품질 및 안전에 관한 기준을 충족하는 것이어야 하고, 그 밖의 보조기기는 관련 법령 등에 따라 제조·수입 또는 판매된 것이어야 한다.

나. 가목의 보조기기 중 수동휠체어, 보청기, 전동휠체어, 전동스쿠터, 자세보조용구, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트 및 전·후방보행보조차는 공단에 등록한 품목이어야 한다. 이 경우 품목의 등록기준, 등록절차 및 등록취소 등에 필요한 사항은 「국민건강 보험법 시행규칙」 제26조제7항에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

다. 의지·보조기, 맞춤형 교정용 신발, 수동휠체어, 보청기, 전동휠체어, 전동스쿠터, 자세보조용구, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트 및 전·후방보행 보조차에 대해서는 공단에 등록한 보장구 업소에서 구입한 경우에만 의료급여를 한다. 이 경우 보조기기 업소의 등록기준, 등록절차 및 등록취소 등에 필요한 사항은 「국민건강보험법 시행규칙」 제26조제7항에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

라. 보조기기는 재료의 재질·형태·기능 및 종류에 관계 없이 같은 보조기기의 유형별로 내구연한(耐久年限) 내에 1인당 한 번만 의료급여를 한다. 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 각각을 1회로 본다.

1) 같은 유형의 팔 의지, 다리 의지, 팔 보조기, 다리 보조기, 의안(義眼) 또는 보청기를 양쪽에 장착하는 경우

2) 손가락 의지를 2개 이상 장착하는 경우

3) 몸통 및 골반 지지대를 다음 자세보조용구 중 하나 이상과 동시에 장착한 경우나 몸통 및 골반 지지대를 장착한 후 그 내구연한 내에서 다음 자세보조용구의 하나 이상을 추가로 장착한 경우

가) 머리 및 목 지지대

나) 팔 지지대 및 랩트레이(lap tray)

다) 다리 및 발 지지대

4) 보청기를 구입한 후 판매자로부터 보청기의 청력개선 효과를 높이기 위한 성능 유지·관리 서비스(이하 "적합관리서비스"라 한다)를 받는 경우

마. 진료담당 의사가 훼손, 마모 또는 장애인의 성장·신체변형 등으로 계속 장착하기 부적절하거나 그 밖의 부득이한 사유로 교체해야 할 필요가 있다고 판단하여 별지 제14호서식 및 별지 제14호의2서식부터 별지 제14호의4서식까지의 보조기기 처방전을 발행한 경우에는 제2호에 따른 내구연한 내라도 의료급여를 할 수 있다. 다만, 제2호에 따른 의료급여 대상 소모품은 제외한다.

바. 보조기기중 실리콘형 다리 의지는 절단후 남아있는 신체부분(stump)이 불안정하여 실리콘형 소켓이 필요하다는 진료담당의사의 의학적 의견이 있는 경우에만 의료 급여를 한다.

사. 보조기기에 대한 의료급여는 해당 보조기기의 기준액(제2호에 따른 기준액을 말하며, 이하 이 표에서 같다), 고시금액(보건복지부장관이 공단의 급여평가 결과를 고려하여 제품별로 고시하는 금액을 말하며, 이하 이 표에서 같다) 또는 실구입금액 중에서 제3호에서 정하는 기준에 따라 실시한다.

아. 뇌병변장애인, 심장 및 호흡기장애인에 대한 수동휠체어는 보행이 불가능하거나 현저하게 제한된 경우에만 의료급여를 한다.

자. 제2호에 따른 전동휠체어, 전동스쿠터, 자세보조용구, 수동휠체어, 보청기, 욕창예방방석, 욕창 예방매트리스, 이동식전동리프트 및 전·후방보행보조차 및 소모품(전동휠체어 및 전동 스쿠터용 전지를 말한다)의 의료급여 대상자 및 기준에 관한 세부적인 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

차. 보조기기 소모품에 대한 의료급여는 의료급여를 받은 사람이 해당 보조기기 소모품을 지속적으로 사용하는 경우로서 다음의 구분에 따라 지급한다.

1) 전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지: 구입한 날부터 1년 6개월이 지난 때부터 지급

2) 다리 의지 소켓 및 실리콘라이너: 구입한 날부터 1년이 지난 때부터 지급하되, 해당 다리 의지의 내구연한 내 1회에 한하여 지급

카. 「장애인복지법」에 따라 장애인 등록을 한 수급자가 그 장애인 등록 전 6개월 이내에 구입한 보조기기(해당 장애와 관련하여 해당 과목 전문의가 발행한 보조기기처방전에 따라 구입한 것으로 한정한다)에 대해서도 의료급여를 한다. 다만, 활동형 수동휠체어, 틸팅형 수동휠체어, 리클라이닝형 수동휠체어, 전동휠체어, 전동스쿠터, 자세보조용구 및 이동식전동리프트는 제외한다.

타. 자세보조용구에 대한 의료급여는 스스로 앉기 어렵고 독립적으로 앉은 자세를 유지하지 못하는 장애인의 앉은 자세를 고정하거나 유지하기 위하여 해당 장애인의 체형에 맞게 제작된 몸통 및 골반 지지대에 대하여 실시한다. 이 경우 앉은 자세를 고정하거나 유지하기 위하여 머리, 팔 또는 다리를 고정할 필요가 있는 경우에는 다음의 자세보조용구에 대해서도 추가로 의료급여를 실시할 수 있다.

1) 머리 및 목 지지대

2) 팔 지지대 및 랩트레이

3) 다리 및 발 지지대

파. 보청기에 대한 급여는 다음의 구분에 따라 실시한다.

1) 제품급여 : 보청기 제품에 대하여 다음의 구분에 따른 경우에 실시한다.

가) 2019년 1월 1일부터 12월 31일까지 처방된 보청기: 보청기 구입 후 그 보청기를 착용한 상태에서 청력개선 효과가 있다고 의사가 검수 확인한 경우

나) 2020년 1월 1일부터 처방된 보청기 : 보청기 구입 후 그 보청기를 착용한 상태에서 음장 검사한 결과 청력 개선 효과가 있다고 의사가 검수 확인한 경우

2) 적합관리급여 : 적합관리서비스에 대하여 실시한다. 이 경우 적합관리급여의 지급방법·시기 등 세부적인 사항은 보건복지부 장관이 정하여 고시한다.

(2) 공통기준

- 보장기관은 고가 보조기기에 지나치게 편중 지급되어 타 보조기기 수요자가 불이익을 받지 않도록 지급에 적정성을 기하여 운영
- 등록된 장애와 다른 유형의 보조기기를 청구한 경우 원칙적으로 지급하지 않으며, 중복장애 등록자는 해당 용도의 보조기기 지급 가능

  ※ 다만, 척추장애인이 하지마비 등으로 인해 다리보조기가 필요한 경우처럼 중대한 사유로 인해 다른 유형의 보조기기가 필요하다는 의사의 소견이 있는 경우, 보장기관이 판단하여 지급 가능

  - 중복장애인의 장애정도는 종합장애정도가 아닌 각각의 개별 장애정도를 기준으로 해당 용도의 보조기기 급여대상여부를 판단하여야 함
- 보조기기는 재료의 재질, 형태, 기능 및 종류를 불문하고 동일 보조기기 유형별로 1명당 내구연한의 기간 내에 1회만 인정
- 보조기기 구입비용의 지원
  - 보조기기에 대한 지원 금액
    - 전동휠체어, 전동스쿠터 및 자세보조용구: 유형별 기준액, 고시금액 및 실구입금액 중 가장 낮은 금액
    - 그 밖의 보조기기: 유형별 기준액 및 실구입금액 중 가장 낮은 금액
  - 기금에서 부담하는 금액외의 금액은 수급권자가 전액 부담
  - 보조기기의 사용에 소요되는 건전지 등 소모품의 구입비용과 수리비용에 대하여는 전동휠체어/전동스쿠터 장착용 전지를 제외하고 기금에서 부담하지 아니함
- 보조기기 지급시 보조기기 용도와 적절한지 처방전 확인 및 보조기기 세부인정기준 준수

(3) 급여대상 장애인보조기기의 유형·기준액 및 내구연한

분류	유 형	용 도	구분	기준액 (원)	내구 연한 (년)
가. 팔의지	1) 어깨가슴 의지 (Scapulo-thoracic disarticulation prostheses)	어깨뼈, 빗장뼈 및 어깨관절을 포함한 팔 전체가 상실된 경우 사용	미관형	930,000	4
			기능형	1,530,000	4
	2) 어깨관절 의지 (Shoulder disarticulation prostheses)	어깨뼈를 제외하고 어깨관절부터 팔 전체가 상실된 경우 또는 어깨관절부터 위팔뼈 길이의 30% 이하를 남기고 팔이 상실된 경우 사용	미관형	1,020,000	4
			기능형	1,530,000	4
	3) 위팔 의지 (Trans-humeral prostheses)	어깨관절부터 위팔뼈 길이의 30%~90%를 남기고 팔이 상실된 경우 사용	미관형	740,000	4
			기능형	1,490,000	4
	4) 팔꿈치관절 의지 (Elbow disarticulation prostheses)	어깨관절부터 위팔뼈 길이가 90% 이상 남았거나 팔꿈치관절이 절단된 경우 사용	미관형	720,000	3
			기능형	1,640,000	3
	5) 아래팔 의지 (Trans-radial prostheses)	팔꿈치관절부터 아래팔뼈가 상실되거나 손목관절 바로 위 부위를 남기고(손목관절은 상실) 팔이 상실된 경우 사용	미관형	650,000	3
			기능형	980,000	3
	6) 손목관절 의지 (Wrist disarticulation prostheses)	손목관절면을 남기고 손 전체가 상실된 경우 사용	미관형	520,000	3
			기능형	830,000	3
	7) 손 의지 (Partial hand prostheses)	손목뼈 또는 손바닥뼈 이하의 일부 또는 전부가 상실된 경우 사용	미관형	330,000	1
			기능형	610,000	2
	8) 손가락 의지 (Cosmetic thumb or fingers prostheses)	엄지손가락 또는 그 밖의 손가락의 근위지골 이하가 상실된 경우 사용	미관형	150,000	1
나. 다리 의지	1) 골반 의지 (Trans-pelvic prostheses)	골반 한쪽 및 엉덩이관절을 포함하여 다리 전체가 상실된 경우 사용		2,260,000	4
	2) 엉덩이관절 의지 (Hip disarticulation prostheses)	골반을 제외하고 엉덩이관절부터 다리 전체가 상실된 경우 또는 엉덩이관절부터 넓적다리뼈 길이의 25% 미만을 남기고 다리가 상실된 경우 사용		2,260,000	4
	3) 넓적다리 의지 (Trans-femoral prostheses)	엉덩이관절부터 넓적다리뼈 길이의 25% 이상을 남기고 다리가 상실된 경우 사용	일반형	1,950,000	3
			실리콘형	2,960,000	5
	4) 무릎관절 의지 (Knee disarticulation prostheses)	무릎관절이 절단된 경우 사용	일반형	1,930,000	3
			실리콘형	2,610,000	5

분류	유 형	용 도	구분	기준액(원)	내구연한(년)
	5) 종아리 의지 (Trans-tibial prostheses)	하퇴부에서 절단되어 다리가 상실된 경우 사용	일반형	1,380,000	3
			실리콘형	2,230,000	3
	6) 발목 의지 (Ankle disarticulation prostheses)	발목관절 바로 위 정강뼈와 종아리뼈 부위를 남기고(발목관절은 상실) 다리가 상실된 경우 사용	일반형	680,000	2
			실리콘형	1,440,000	3
	7) 발 의지 (Foot prostheses)	발이 상실된 경우 사용	일반형	280,000	1
			실리콘형	790,000	2
다. 팔 보조기	1) 어깨 보조기 (Shoulder orthoses)	어깨 부위의 뼈나 근육이 손상되어 어깨관절과 위팔을 받쳐주어 손상 부위를 보호하기 위한 경우 사용		290,000	3
	2) 팔꿈치 - 손목 - 손 보조기 (Elbow-wrist-hand orthoses)	팔꿈치관절 운동을 제한하거나 고정하는 경우 또는 팔꿈치관절과 손목관절을 동시에 고정하는 경우(팔꿈치 및 손목관절 고정 목적) 사용	일반형	240,000	3
		손목의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 또는 팔꿈치관절과 손목관절을 동시에 고정하는 경우(팔꿈치관절 조절형) 사용	각도 조절형	270,000	3
	3) 손목 - 손 보조기 (Wrist-hand orthoses)	손목과 손가락관절의 운동을 제한하거나 고정 및 가동하는 경우 사용		110,000	3
	4) 손가락 보조기 (Finger orthoses)	손가락이 마비, 관절구축, 변형된 경우 사용		60,000	3
라. 척추 보조기	1) 목 보조기 (Cervical orthoses)	머리와 목뼈의 회전 또는 굽히는 것을 제한하는 경우에 중등도 환자에게 사용하는 소형 칼라식 보조기	필라델피아 (Philadelphia)	90,000	3
		목을 굽히고 펼 수 있는 경증 환자에 사용하는 소형 칼라식 보조기	토머스 소프트 칼라 (Thomas Soft Collar)	70,000	3
		가슴, 목뼈, 상부 등뼈의 운동을 강하게 제한하는 경우 사용하는 플라스틱 또는 금속으로 성형된 보조기	재킷형 (Cervical Jacket)	380,000	3
	2) 등 - 허리 보조기 (Thoraco-lumbar orthoses)	등·허리뼈의 관절운동을 모두 제한하거나 고정하는 경우 사용	나이트-테일러식 (Knight taylor type)	190,000	3

분류	유 형	용 도	구분	기준액 (원)	내구 연한 (년)
	3) 허리 - 엉치 보조기 (Lumbo-sacral orthoses)	허리·엉치뼈의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 사용	윌리엄식 (William type)	200,000	3
	4) 등 - 허리 - 엉치 보조기 (Thoraco-lumbo-sacral orthoses)	등·허리 또는 허리·엉치뼈의 관절운동을 모두 제한하거나 고정하는 경우 사용하는 플라스틱으로 성형된 보조기	TLSO식 재킷 (Jacket)	460,000	3
	5) 허리 보조기 (Lumbar orthoses)	천이나 망사로 허리뼈 및 골반부의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 사용	코르셋 (Corset)	100,000	3
마. 골반 보조기	골반 보조기 (Pelvic orthoses)	골반운동, 특히 엉덩뼈·엉치뼈의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 사용		150,000	2
바. 다리 보조기	1) 엉덩 - 무릎 - 발목 - 발 보조기 (Hip-knee-ankle-foot orthoses)	엉덩이관절을 포함하여 무릎 및 발목의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 사용	한쪽	620,000	3
			양쪽	1,020,000	3
	2) 무릎 - 발목 - 발 보조기 (Knee-ankle-foot orthoses)	엉덩이관절을 제외한 무릎 및 발목의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 사용	한쪽	530,000	3
	3) 무릎 보조기 (Knee orthoses)	무릎관절 또는 넓적다리 무릎뼈관절의 운동을 견고하게 제한하거나 고정하는 경우 사용	관절 운동 제한 장치 부착형	210,000	3
		무릎인대 손상 시 무릎관절 축 회전운동을 방지하기 위한 경우 사용	레녹스힐 (Lenox-Hill)	190,000	3
		무릎 안쪽 및 바깥쪽 곁인대 손상 및 앞 십자인대 손상 시 무릎관절 축의 회전운동을 방지하기 위하여 경증 환자에게 사용	인대 손상용	90,000	3
	4) 발목 - 발 보조기 (Ankle-foot orthoses)	플라스틱형 테두리(brim)를 사용한 체중부하장치가 포함된 보조기로 종아리 및 발뼈 또는 발목관절의 안정과 보호를 위한 경우 사용	체중 부하식	410,000	3
		발목관절의 발등 굽힘 근육과 발바닥 굽힘 근육의 안정 또는 발목의 관절운동 제한을 위한 경우 사용	일체형 (플라스틱)	190,000	3
			관절형 (플라스틱)	310,000	3
			관절형 (금속형)	330,000	3

분류	유 형	용 도	구분	기준액(원)	내구연한(년)
		스프링이 들어있는 금속 발목관절인 크렌자크 발목관절장치를 사용한 보조기로 근력이 약한 발목관절을 보조하는 경우 사용	크렌자크식(플라스틱)	360,000	3
			크렌자크식(금속형)	370,000	3
사. 교정용 신발류	맞춤형 교정용 신발 (orthopedic shoes)	19세 이상인 사람으로서 발에 기능장애가 있거나(발에 변형이 없는 사람은 제외) 다리 길이의 차이가 있어 맞춤형 교정용 신발이 필요한 경우 사용		250,000	2
		18세 이하인 사람으로서 발에 기능장애가 있거나(발에 변형이 없는 사람은 제외) 다리 길이의 차이가 있어 맞춤형 교정용 신발이 필요한 경우 사용		250,000	1
아. 그밖의 보조기기	1) 수동휠체어	의지, 보조기, 지팡이 등 다른 보조기기를 사용해도 실외 보행이 곤란한 경우 사용	일반형	480,000	5
		양팔 및 자세균형 제어기능이 양호하여 다른 사람의 도움 없이 휠체어를 안전하게 작동할 수 있는 경우 사용	활동형	1,000,000	5
		스스로 앉기가 어렵고, 독립적으로 앉은 자세를 유지하지 못하여 압박과 자세관리가 필요한 경우 사용	틸팅형, 리클라이닝형	800,000	5
	2) 지팡이	지체장애 및 뇌병변장애에 대한 보행 보조를 위한 보조기구		20,000	2
	3) 목발 (crutches)			15,000	2
	4) 의안 (Ocular prostheses)	실명 시각장애인의 미관 개선을 위한 보조기구		620,000	5
	5) 저시력 보조안경	시각장애에 대한 시력개선이나 보행 보조를 위한 보조기구		100,000	3
	6) 콘택트렌즈			80,000	3
	7) 돋보기			100,000	4
	8) 망원경			100,000	4
	9) 흰지팡이			25,000	0.5
	10) 보청기 (hearing aid)	청각장애에 대한 청력 개선을 위한 보조기구		1,310,000 (적합관리 급여 400,000을 포함한다)	5

분류	유 형	용 도	구분	기준액(원)	내구연한(년)
	11) 개인용 음성 증폭기	언어장애에 대한 음성기능 개선을 위한 보조기구		500,000	5
	12) 전동휠체어	보행이 불가능한 사람으로서 팔기능이 약화되거나 완전히 상실되어 수동휠체어를 혼자서 조작할 수 없는 사람이 다른 사람의 도움 없이 전동휠체어를 안전하게 작동할 수 있는 경우 사용		2,090,000	6
	13) 전동스쿠터 (moped)	보행이 불가능한 사람으로서 팔 기능에 이상이 있거나, 이상이 없는 경우에도 수동휠체어를 완전하게 조작하기 어렵거나 불가능한 사람이 다른 사람의 도움 없이 전동스쿠터를 안전하게 작동할 수 있는 경우 사용		1,670,000	6
	14) 자세보조용구 (Seating and positioning systems)	앉은 자세를 유지하기 위하여 척추, 골반 또는 엉덩관절을 고정하는 데 사용	몸통 및 골반 지지대	880,000	3
		앉은 자세를 유지하기 위하여 가눌 수 없거나 흔들림이 심한 머리를 고정할 필요가 있는 경우에 사용	머리 및 목 지지대	210,000	3
		앉은 자세를 유지하기 위하여 팔을 일정한 자세로 유지하거나 일정한 위치에 고정할 필요가 있는 경우에 사용	팔 지지대 및 랩트레이 (lap tray)	170,000	3
		앉은 자세를 유지하기 위하여 다리를 일정한 자세로 유지하거나 일정한 위치에 고정할 필요가 있는 경우에 사용	다리 및 발 지지대	240,000	3
	15) 욕창예방방석	휠체어 사용자가 신경손상, 근 약화 등의 사유로 스스로 체위변환을 할 수 없는 경우 욕창을 예방하기 위하여 사용하는 기구		250,000	3
	16) 욕창예방매트리스	신경손상, 근 약화 등의 사유로 스스로 체위변환을 할 수 없는 경우 욕창을 예방하기 위하여 사용하는 기구		400,000	3
	17) 이동식전동리프트	신경손상, 근 약화 등의 사유로 스스로 체위변환 및 이동을 할 수 없어 타인에 의하여 이동을 하여야 하는 사람에게 사용하는 이동 보조기구		2,500,000	5
	18) 보행차 전방	지체 및 뇌병변장애인 중 하지근력 저하 및 강직이 있으나 상지의 보조로 보행이 가능한 경우에 사용하는 보조기구		50,000	3

분류	유 형		용 도	구분	기준액(원)	내구연한(년)
		후방	뇌성마비로 인한 뇌병변장애인 중상지의 보조로 보행이 가능한 경우에 사용하는 보행 보조기구		300,000	3
자. 소모품	1) 전동휠체어 및 전동 스쿠터용 전지 (2개 1세트)		전동휠체어·전동스쿠터의 전력 공급용 장치		160,000	1.5
	2) 넓적다리 의지 소켓		절단부위를 연결하는 부품	일반형	444,000	-
				실리콘형	664,000	-
	3) 종아리 의지 소켓		절단부위를 연결하는 부품	일반형	416,000	-
				실리콘형	527,000	-
	4) 무릎관절 의지 소켓		절단면의 연결하는 부품	일반형	444,000	-
				실리콘형	664,000	-
	5) 발목 의지 소켓		절단면의 연결하는 부품	실리콘형	527,000	-
	6) 넓적다리 의지 실리콘라이너		절단면의 피부를 감싸는 보호품		646,000	-
	7) 종아리 의지 실리콘라이너		절단면의 피부를 감싸는 보호품		435,000	-
	8) 무릎관절 의지 실리콘라이너		절단면의 피부를 감싸는 보호품		646,000	-
	9) 발목 의지 실리콘라이너		절단면의 피부를 감싸는 보호품		517,000	-

라. 장애인 보조기기 지원절차

장애인보조기기 처방	● 장애인보조기기 유형별 전문의가 발급한 처방만을 인정
↓	
신 청	● 시·군·구 또는 읍·면·동에 수급자 본인, 가족 (보조기기급여신청서, 보조기기처방전, 검사 결과지 제출) ※ 제조·수입·판매업자 대행 불가
↓	
보장기관의 수급자격 판단	● 시·군·구에서 수급적격여부 판단기준에 의한 적격·부적격 여부를 민원기한 내에 신청자에게 서면 통보 ※ 적격통보 받은 대상자가 보조기기구입비용지급청구서를 빠른 시일 (6개월) 내에 제출할 수 있도록 안내 및 홍보
↓	
보조기기 구입	● 보조기기 제조·수입·판매업소에서 보조기기 구입 및 공단에 등록된 업소 및 품목인지 확인 ※ 적격통지 공문을 업체에 제출
↓	
보조기기 검수	● 수급권자 본인, 그 가족이 시장·군수·구청장에게 보조기기 급여 비에 대한 지급청구(보조기기 검수 종료시 가능) ※ 제조·수입·판매업자 대행 불가
↓	
구입비용 지급청구	● 수급권자 본인, 그 가족이 시장·군수·구청장에게 보조기기 급여 비에 대한 지급청구
↓	
구입비용 지급	● 보조기기 급여비의 지급청구를 받은 시장·군수·구청장은 그 지급 여부를 결정하여 지체 없이 지급 ● 수급권자 본인 및 그 가족에게 지급, 수급권자가 제조·수입 ·판매업자에게 지급 요청시 제조·수입·판매업자에게 지급 ※「장애인복지법」에 따라 개설된 의지·보조기 제작·수리업자이거나「의료기기법」에 따라 허가받은 수입·제조·판매업자 또는 보조기기 소모품의 경우에는「의료기기법」에 따라 신고한 수리업자임을 증명하는 서류 제출
↓	
사후점검	● 급여지급 후 3개월, 1년 경과시점

※ 지팡이, 목발, 시각장애인용 흰지팡이, 보조기기의 소모품(전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지)의 경우 보조기기 급여 신청서, 보조기기 처방전, 보조기기 검수확인서 제출 불필요,「의료급여법 시행규칙」제25조제5항

(1) 장애인보조기기 처방

- 민원인이 장애인 보조기기 처방전을 발행하는 병의원 문의 시 행복e음상 그간 지급 내역 등을 조회하여 관내에 위치한 처방전을 발행하는 병원 안내
- 신청자 거주지와 동일한 시도내에 있는 병의원 처방전만 인정(다만, 평소 이용하는 병의원임을 입증하는 경우 타 시도 소재 병의원 처방전도 인정)
  * 대학병원처방, 장기입원 등의 사유로 부득이 시도 내 병의원 이용 불가 시 주변병원 이용가능
- 장애인보조기기 유형별 전문의가 발급한 처방전만 인정(주장애, 부장애 인정)
- 흰지팡이, 지팡이, 목발 및 소모품(전지)은 처방전 불필요

【보조기기 유형별 처방·검수확인 전문의 전문과목】

<table>
<tr><th colspan="2">보조기기 분류 및 유형</th><th colspan="2">전문과목</th></tr>
<tr><td colspan="2">팔의지, 다리의지,
팔보조기, 척추보조기,
골반보조기, 다리보조기,
교정용신발류</td><td colspan="2">재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과, 외과</td></tr>
<tr><td rowspan="6">그 밖의
보조기기</td><td>저시력 보조안경, 콘택트렌즈,
돋보기, 망원경, 의안</td><td colspan="2">안과</td></tr>
<tr><td>보청기,
체외용 인공후두</td><td colspan="2">이비인후과</td></tr>
<tr><td rowspan="3">수동휠체어
전동휠체어
전동스쿠터</td><td>지체장애
뇌병변장애</td><td>재활의학과, 정형외과,
신경외과, 신경과, 외과</td></tr>
<tr><td>심장장애</td><td>재활의학과,
내과(순환기분과), 흉부외과</td></tr>
<tr><td>호흡기장애</td><td>재활의학과,
내과(호흡기분과, 알레르기분과),
흉부외과, 결핵과</td></tr>
<tr><td>자세보조용구</td><td colspan="2">재활의학과, 정형외과</td></tr>
<tr><td>욕창예방방석
욕창예방매트리스
이동식전동리프트
전방보행차
후방보행차</td><td colspan="2">재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과, 외과</td></tr>
</table>

● 전동휠체어, 전동스쿠터, 자세보조용구, 이동식전동리프트, 보청기 및 욕창예방매트리스 처방전에는 해당보조기기의 처방을 위해 실시한 검사결과 관련 서류를 첨부해야함.

* 의료급여기관에서 검사 미실시 등의 경우 환수 가능

【전동휠체어, 전동스쿠터 처방전 관련 필수 검사항목】

장애유형		맨손 근력 검사	간이정신 진단검사	일상생활 동작검사	운동부하 검사	BODE Index
지체장애		○	○	○		
뇌병변장애		○	○	○		
심장 장애	심장 단독장애		○	○	○	
	상지 중복장애	○	○	○	○	
호흡기장애	호흡기 단독장애		○	○		○
	상지 중복장애	○	○	○		○

【자세보조용구 처방전 관련 필수 검사항목】

장애유형	세부인정 기준	GMFCS	맨손 근력검사	영상의학적 검사*
뇌병변·지체장애	다음 검사 중 어느 하나	○	○	○

* 영상의학적 검사는 ①코브각도(Cobb's angle), ②척추앞뒤굽음, ③엉덩이관절이동지수(Hip migration index) 중 하나 이상

(2) 신청

● 보조기기 신청은 “장애인 보조기기에 대한 급여를 받으려는 사람”으로 규정, 수급자 본인 및 가족에 한해 신청 가능(의료급여법 시행규칙 제25조 제2항)하며, 시·군·구 또는 읍·면·동에 신청서 및 관련 서류 제출 가능

- 장애인보조기기 제조·수입·판매업자, 시설장이 신청 대행 불가

【제출서류】

- 보조기기 급여신청서 (의료급여법 시행규칙 별지 제13호 서식, [서식 37])
- 보조기기 처방전 (의료급여법 시행규칙 별지 제14호 서식및 별지 제14호의2호서식부터 별지 제14호의4서식까지, [서식 38~41])
- 해당 보조기기의 처방을 위해 실시한 검사 결과 관련 서류 ([서식 42~44], 관련서류])

* 자세보조용구 GMFCS 검사는 별도의 검사지가 없어 경과기록지 등 요양기관 관련서류 사본으로 대체가능. 영상의학적 검사 결과지는 방사선(진료기록부 가능) 검사판독지를 의미함

(3) 보장기관의 수급자격 판단

【보조기기 급여 신청시 보장기관에서 확인해야 할 사항】

- 장애인 등록 여부
- 처방 전문의 자격에 부합하는지 여부
- 급여 지급 대상자 기준 등에 부합하는지 여부
- 중복지급 등 급여제한 대상에 해당하는지 여부
- 직전 지급 보조기기의 내구연한 경과 여부
- 내구연한이 경과하지 않은 경우 급여 사유
- 기타 적정한 급여를 위하여 필요한 사항

① 신청서류 구비 및 장애인 등록여부 확인

- 제출서류가 구비되었는지 여부 확인
- 등록된 장애와 다른 유형의 보조기기를 청구한 경우 지급 불가

② 처방 전문의 자격에 부합하는지 여부 및 처방전 내용 확인

- 보장기관은 의사의 보조기기 처방이 부적합하거나, 처방전 내용이 미흡하다고 판단되는 경우에는 처방전을 발행한 의료 기관에 1차 확인을 하고, 필요시에 재판정 의뢰

③ 급여 지급 대상자 기준 등에 부합하는지 여부 확인

【「장애인보조기기 보험급여 기준 등 세부사항」 별표 2】

보험급여 지급 대상자 기준(제3조제1항 관련)

1. 전동휠체어

장애유형			대상자 세부 인정기준
지체장애	절단장애	하지 절단	다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 사람 1. 절단장애가 발생한 날부터 1년이 경과된 뒤에도 의지를 장착한 상태로 평지에서 100m 이상 보행이 어려울 것 2. 팔의 기능장애로 팔에 대한 맨손 근력 검사 결과가 최대근력 3등급 이하일 것
	관절장애	하지관절	다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 사람 1. 평지에서 100m 이상 보행이 어려울 것 2. 팔의 기능장애로 팔에 대한 맨손 근력 검사 결과가 최대근력 3등급 이하일 것
	지체기능장애	하지기능	
		척추장애	
	변형 등의 장애		
	척수장애	불완전 손상	
		완전 손상	다음의 요건을 모두 충족하는 사람 1. 척수신경 중, 10번 가슴신경(T10)부터 목신경 사이에 손상이 있을 것 2. 팔에 대한 맨손 근력 검사 결과가 최대근력 3등급 이하일 것
뇌병변장애			다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 사람 1. 평지에서 100m 이상 보행이 어려울 것 2. 팔의 기능장애로 팔에 대한 맨손 근력검사 결과가 최대근력 3등급 이하일 것
심장장애			다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 1. 다음 각 목의 요건을 모두 충족하는 사람 가. 전신기능 저하로 평지에서 100m 이상 보행이 어려울 것 나. 운동부하 검사: 2METs 이상 3METs 미만 2. 팔에 기능장애가 있는 사람으로서 다음 각 목의 검사 결과에 모두 해당하는 사람 가. 팔에 대한 맨손 근력 검사 결과가 최대근력 3등급 이하 나. 운동부하 검사: 3METs 이상 4METs 미만

장애유형	대상자 세부 인정기준
호흡기장애	다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 1. 다음 각 목의 요건을 모두 충족하는 사람 가. 전신기능 저하로 평지에서 100m 이상 보행이 어려울 것 나. 비오디이 지수(BODE Index): 9점 이상 2. 팔에 기능장애가 있는 사람으로서 다음 각 목의 검사 결과에 모두 해당하는 사람 가. 팔에 대한 맨손 근력 검사 결과가 최대근력 3등급 이하 나. 비오디이 지수(BODE Index): 8점 이상 9점 미만
지체·뇌병변· 심장 및 호흡기장애 (공통기준)	위 장애유형별 기준에 적합하고, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람(최소한의 교통규칙을 이해하고 전동휠체어의 조작을 원활하게 할 수 있을 것) 1. 자동차 운전면허 취득자 2. 다음 각 목의 검사 결과에 모두 해당할 것 가. 간이인지기능 검사(MMSE): 24점 이상 나. 일상생활동작 검사(MBI이용): 적합

(비고)

1. 호흡기장애 정도가 심한 사람이 비오디이 지수(BODE Index) 검사 항목 중 6분 보행검사를 실시할 수 없는 경우에 6분 보행검사의 점수는 3점으로 한다.
2. 심장장애 또는 호흡기장애를 가진 사람이 지체장애를 중복하여 가진 경우에는 둘 중의 하나의 장애에 대하여 대상자 세부인정 기준을 충족하면 전동휠체어에 대하여 보험급여를 실시할 수 있다.
3. 팔에 대한 맨손 근력검사 결과 양쪽 최대근력등급이 상이한 경우 낮은 쪽의 최대근력 등급을 적용한다.
4. 팔에 대한 맨손근력 검사 결과 최대 근력이 4등급이라도 근육 노화 등 기타 사유로 팔의 근력 유지가 힘든 경우에는 전동휠체어를 급여할 수 있다.

2. 전동스쿠터

<table>
<tr><th colspan="3">장애유형</th><th>대상자 세부 인정기준</th></tr>
<tr><td rowspan="6">지체장애</td><td rowspan="2">절단장애</td><td>하지절단</td><td>다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 사람
1. 절단장애가 발생한 날부터 1년이 경과된 뒤에도 의지를 장착한 상태로 평지에서 100m 이상 보행이 어려울 것
2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당할 것
가. 팔의 기능장애로 팔에 대한 맨손 근력 검사 결과가 최대근력 4등급 이상일 것
나. 팔의 기능에 이상이 없는 경우, 내부기관에 대한 중복장애가 있을 것</td></tr>
<tr><td>관절장애</td><td>하지관절</td><td rowspan="4">다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 사람
1. 평지에서 100m 이상 보행이 어려울 것
2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당할 것
가. 팔의 기능장애로 팔에 대한 맨손 근력 검사 결과가 최대근력 4등급 이상일 것
나. 팔의 기능에 이상이 없는 경우, 내부기관에 대한 중복장애가 있을 것</td></tr>
<tr><td rowspan="2">지체기능장애</td><td>하지기능</td></tr>
<tr><td>척추장애</td></tr>
<tr><td colspan="2">변형 등의 장애</td></tr>
<tr><td rowspan="2">척수장애</td><td>불완전손상</td><td rowspan="2">다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 사람
1. 척수신경 중, 10번 가슴신경(T10)부터 목신경 사이에 손상이 있을 것
2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당할 것
가. 팔의 기능장애로 팔에 대한 맨손 근력 검사 결과가 최대근력 4등급 이상일 것
나. 팔의 기능에 이상이 없는 경우, 내부기관에 대한 중복장애가 있을 것</td></tr>
<tr><td>완전손상</td></tr>
<tr><td colspan="3">뇌병변장애</td><td>다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 사람
1. 평지에서 100m 이상 보행이 어려울 것
2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당할 것
가. 팔의 기능장애로 팔에 대한 맨손 근력 검사 결과가 최대근력 4등급 이상일 것
나. 팔의 기능에 이상이 없는 경우, 내부기관에 대한 중복장애가 있을 것</td></tr>
<tr><td colspan="3">심장장애</td><td>다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 사람
1. 전신기능 저하로 평지에서 100m 이상 보행이 어려울 것
2. 운동부하 검사: 3METs 이상 4METs 미만</td></tr>
</table>

장애유형	대상자 세부 인정기준
호흡기 장애	다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 사람 1. 전신기능 저하로 평지에서 100m 이상 보행이 어려울 것 2. 비오디이 지수(BODE Index) 검사: 8점 이상 9점 미만
지체·뇌병변· 심장 및 호흡기장애 (공통기준)	위 장애유형별 기준에 적합하고, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는사람(최소한의 교통규칙을 이해하고 전동스쿠터의 조작을 원활하게 할 수 있을 것) 1. 자동차 운전면허 취득자 2. 다음 각 목의 검사 결과에 모두 해당할 것 가. 간이인지기능 검사(MMSE): 24점 이상 나. 일상생활동작 검사(MBI이용): 적합

(비고)

1. 호흡기장애 정도가 심한 사람이 비오디이 지수(BODE Index) 검사 항목 중 6분 보행검사를 실시할 수 없는 경우에는 그 6분 보행검사의 점수는 3점으로 본다.
2. 팔에 대한 맨손 근력검사 결과 양쪽 최대근력등급이 상이한 경우 낮은 쪽의 최대근력 등급을 적용한다.

【전동스쿠터 지체 및 뇌병변 장애 지급기준 2. 다음 각목에 모두 해당할 것】

※ '팔 기능에 이상이 있거나, 이상이 없는 경우에는 내부기관 중복장애(뇌전증장애 제외)를 가진 자'에 대한 기준은 다음과 같다

- '팔 기능에 이상이 있거나'의 경우는 내부기관 중복장애와는 관계없이 맨손 근력검사 결과가 4등급 이상이라 하더라도 의학적 소견(진찰, 단순 X-ray촬영, 초음파 등)상 신경근골격계 질환(관절염, 건초염, 인대이상, 수근관증후군 등)이 있어 관절(어깨, 팔꿈치, 손목)의 기능 저하로 수동휠체어 조작이 불가능하다고 진료 담당의사가 판단한 경우이며(지체장애유형 중 척수장애-완전손상의 경우도 동일)
- '팔 기능에 이상이 없는 경우로 내부기관 중복장애를 가진' 경우는 맨손 근력검사 결과 4등급 이상으로 지체장애나 뇌병변 장애가 있는 자 중에서 신장, 심장, 호흡기 등 내부기관에 중복장애(뇌전증장애 제외)를 가지고 있어, 전신 체력이 저하되어 운동능력이 떨어지게 됨에 따라 수동휠체어 조작이 불가능하다고 판단되는 경우임.
  [내부기관 장애 : 신장장애, 심장장애, 간장애, 호흡기장애, 요루(장루)장애]

3. 자세보조용구

자세보조용구에 대한 보험급여는 장애의 정도가 심한 뇌병변장애 또는 지체장애로 스스로 앉기가 어렵고, 기대지 않고는 독립적으로 앉은 자세를 유지하지 못하는 사람으로서 아래의 기준을 충족하는 사람에 대하여 실시한다.

장애유형	대상자 세부 인정기준
뇌병변·지체 장애	다음 각 호의 어느 하나의 요건을 충족하는 사람 1. 큰동작기능분류체계(Gross Motor Function Classification System, GMFCS) Ⅳ등급 또는 Ⅴ등급에 해당할 것 2. 다리에 대한 맨손 근력 검사: 0등급 ~ 2등급 3. 영상의학 검사 결과가 다음 각 목의 어느 하나에 해당할 것 가. 코브각도(Cobb's angle): 20도 이상 나. 척추앞뒤굽음: 50도 이상 다. 엉덩이관절이동지수(Hip migration index): 30% 이상

4. 보청기

장애유형	대상자 세부 인정기준
청각장애	1. 편측 : 청각장애인(청력장애에 한함)으로 보청기 사용이 일상생활에 도움이 된다고 이비인후과 전문의가 판단한 경우 2. 양측 : 편측 급여대상에 해당하는 자 중 다음 각 목의 요건을 모두 충족하는 경우 가. 19세 미만의 청각장애인 나. 양측 80dB 미만의 난청환자 다. 양측 말소리 명료도가 50% 이상 라. 양측 순음청력역치 차이가 15dB 이하 마. 양측 말소리명료도 차이가 20% 이하 3. 의식이 명료하지 않거나 보청기를 사용할 수 없다고 이비인후과 전문의가 판단한 경우에는 보청기 적용(편측, 양측) 제외

5. 욕창예방방석

장애유형	대상자 세부 인정기준
지체장애 또는 뇌병변 장애	다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 사람 1. 전동휠체어나 수동휠체어 급여대상자일 것 2. 신경손상, 근 약화 등으로 스스로 체위변환을 할 수 없거나, 하반신 기능 상실 등으로 욕창 발생 가능성이 있을 것

6. 욕창예방매트리스

장애유형	대상자 세부 인정기준
지체장애 또는 뇌병변 장애	다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 사람 1. 정도가 심한 지체·뇌병변 장애 2. 신경손상, 근 약화 등으로 스스로 체위 변환을 할 수 없어 욕창 발생 가능성이 있을 것 3. 수정바델지수(MBI) 점수가 53점 이하 또는 두 다리에 대한 맨손근력검사 결과가 각각 0~2등급일 것, **단 종전 지체·뇌병변 1·2급 장애인으로 확인되는 경우는 동 기준 적용 제외**

7. 이동식전동리프트

장애유형	대상자 세부 인정기준
지체장애 또는 뇌병변 장애	다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 사람 1. 정도가 심한 지체·뇌병변 장애 2. 수정바델지수(MBI) 점수 중 의자/침대 이동 항목의 점수가 3점 이하일 것 3. 수정바델지수(MBI) 점수가 32점 이하 또는 두 다리에 대한 맨손근력검사 결과가 각각 0~1 등급일 것, **단 종전 지체·뇌병변 1급 장애인으로 확인되는 경우는 동 기준 적용 제외**

8. 전방보행차

장애유형	대상자 세부 인정기준
지체장애 또는 뇌병변 장애	다리 근력저하 또는 강직이 있으나 팔의 보조로 보행이 가능한 사람

9. 후방보행차

장애유형	대상자 세부 인정기준
뇌병변 장애	다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 사람 1. 뇌성마비로 인한 뇌병변 장애 2. 상지의 보조로 보행이 가능

10. 수동휠체어

유형	장애 유형	대상자 세부 인정기준
일반형	지체·뇌병변·심장·호흡기 장애	의지·보조기, 지팡이 등 다른 보조기기를 사용해서도 실외보행이 곤란한 자
활동형	지체 장애	일반휠체어 급여 대상에 해당하는 자 중에서 양팔 및 자세균형 제어 기능이 양호하여 다른 사람의 도움 없이 휠체어를 안전하게 작동할 수 있는 자
틸팅형/리클라이닝형	지체·뇌병변 장애	다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 사람 1. 일반휠체어 급여 대상에 해당하는 자 중 장애의 정도가 심한 지체 또는 뇌병변 장애 2. 스스로 앉기가 어렵고, 기대지 않고는 독립적으로 앉은 자세를 유지하지 못하여 압박과 자세관리가 필요할 것

④ 중복지급 등 급여제한 대상에 해당하는지 여부 확인

- 행복e음을 활용하여 장애인보조기기를 신청한 의료급여 수급자의 장애인보조기기 신청 이력조회를 통해 기존에 유사 및 동일한 품목을 지원받은 이력(장기요양을 통한 보조기기 대여시 대여기간 종료일의 다음날 부터 지원가능)이 있는지 확인

- 기존 국민건강보험 가입자였다가 의료급여 수급자로 전환된 경우에는 EBDW에서 장애인보조기기 구입사실을 확인한 후 이중지급 방지

  * 신규 급여품목('16.1.1. 시행)의 경우, 노인 장기요양보험의 복지용구, 지방자치단체나 다른공공기관에서 욕창예방방석,욕창예방매트리스, 보행기(전방보행보조차) 등을 지원받은 경우 의료급여법에 따른 장애인보조기기 급여를 받을 수 없음

- 골도보청기 이식, 인공중이 이식, 인공와우 이식 급여이력이 있을 경우 편측 대상자는 급여불가

  * 양측 대상자의 경우 골도보청기, 인공중이 및 인공와우 이식을 하지 않은 반대편은 급여가능
  - 수술을 시행하지 않은 반대편 귀의 청력검사결과가 양측급여 기준을 충족하는 경우에만 급여 가능

구분	편측 급여 대상	양측 급여 대상(19세 미만)
골도보청기이식[1)]	대상아님	수술 안한 반대쪽 귀는 급여 가능
인공중이이식[2)]	대상아님	수술 안한 반대쪽 귀는 급여 가능(18세만 해당)
인공와우이식[3)]	대상아님	수술 안한 반대쪽 귀는 급여 가능

* 이식 수술별 주요 요양급여 기준(해당 수술관련 고시)

1) 5세 이상 18세 이하, 1회 인정

2) 만18세 이상 1set, 외부장치 1개 추가 인정

3) 1set, 외부장치 1개 추가인정. 19세 미만 : 양측인정(2set, 외부장치 2개 추가 인정)

⑤ 직전 지급 장애인보조기기의 내구연한 경과 여부 확인

- 내구연한은 “구입일”이 기준일이므로, 구입일로부터 내구연한 산정

- 보장기관은 국민건강보험 가입자였다가 의료급여 수급자로 자격이 변동된 자로부터 장애인보조기기 급여 신청을 받은 경우 내구연한을 산정함에 있어서는 건강보험에서 지급받은 보조기기의 급여내역과 연계하여 산정

⑥ 내구연한이 경과하지 않은 경우 재지급 사유 확인

【내구연한 내 재지급 사유】

- 진료담당의사가 훼손·마모 또는 장애인의 성장·신체변형 등으로 계속 장착하기 부적절하거나 그 밖의 부득이한 사유로 보조기기를 교체할 필요가 있다고 판단하여 처방전이 발행된 경우 내구연한 내라도 지급 할 수 있다. 다만, 소모품은 제외한다.

  ※ 반드시 처방전을 첨부하고, 내용 확인이 필요한 경우 검사결과지를 제출받아 기존의 검사결과와 비교하여 지급하여야 함

  - **보조기기의 훼손·마모로 인한 경우**
    - 장착 보조기기(의지, 보조기, 신발, 의안, 콘택트렌즈)에 한정
    - 의안의 경우, 미용 상의 목적으로 착용하는 것이므로 위 내용이외에 변질, 변색도 재지급 사유 … 환부의 변화(속살의 차오름, 눈꺼풀 처짐), 색상 변화(눈동자 및 흰자위 부분 탈색, 변색), 의안 표면의 변화(표면 갈라짐, 스크래치, 기포생성) 등(마모)
  - **장애인의 성장·신체변형의 경우**
    - 성장기의 어린이가 성장으로 인해 기존에 쓰던 보조기기가 맞지 않아 교체해야 하는 경우(성장)
    - 수술이나 장애등급 변동, 노화 및 체중감소 등 장애상태의 변화로 인해 기존에 쓰던 보조기기가 맞지 않아 교체해야 하는 경우(신체변형)
  - **기타 부득이한 사유에 해당하는 경우**
    - 화재, 홍수와 같은 천재지변으로 인해 보조기기가 사라지거나 훼손되어 관공서에서(소방서, 행정복지센터 등) 근거서류를 발급받아 보장기관에 제출한 경우(훼손)
    - 교통사고(뺑소니 포함)로 인한 보조기기 파손으로 사건번호가 기재된 교통사고사실 확인원, 경위서를 제출한 경우(훼손)
- **장애인의 성장·신체변형, 기타 부득이한 사유는 모든 보조기기 가능**
- **본인 실수에 의한 파손, 실외방치 등 관리 소홀로 인한 재지급 불가**

⑦ 기타 적정한 급여지급 결정을 위해 필요한 사항(현지 확인 등)

- 시장·군수·구청장은 당해 의료급여 수급자가 시행규칙 [별표 2]에 규정한 품목의 용도에 적합한 장애유형(장애인복지법 시행령 제2조 참조)을 가지고 있는지를 가구방문 등을 통해 확인한 후 지원여부 최종 결정

  ※ 등록된 장애와 다른 용도의 보조기기는 지급불가

- 당해 보조기기를 활용할 수 있는 물리적 환경이 되는지, 보조인이 존재하는지, 보조기기 조작이 가능한 신체의 활동성 및 연령 등 확인

  ※ 필요시 실태조사는 읍·면·동에 의뢰·실시 가능

⑧ 급여결정 및 통보

- 보조기기 급여신청을 받은 보장기관은 보조기기 급여신청서를 민원처리절차에 따라 등록하고, 제출받은 보조기기 처방전에 기재된 신청인의 장애상태 등을 확인하여 급여여부를 수급자에게 서면으로 통보
- **급여를 불승인하는 경우에는 불승인 사유와 근거를 기재**하여야 함
  - 사유 : 지급기준 부적합, 중복청구, 내구연한 경과 전 신청, 타 법령 보상, 미등록 장애인, 장애유형 부적합, 처방 전문과목의 전문의 자격 부적합, 처방 검사결과 세부기준 부적합 등
  - 관련 근거 : 의료급여법 시행규칙 제25조 제3항, 행정절차법 제23조 제1항

⑨ 확인 요령

- 일반원칙
  - 보장기관은 행복e음을 활용하여 보조기기를 신청한 의료급여 수급자의 보조기기 신청 이력조회를 통해 기존에 유사 및 동일한 품목을 지원받은 사례가 있는 지를 확인하여 중복지원을 방지
  - 기존 국민건강보험 가입자였다가 의료급여 수급자로 전환된 경우에는 EBDW에서 보조기기 구입사실을 확인한 후 이중지급 방지
  - 보장기관은 국민건강보험 가입자였다가 의료급여 수급자로 자격이 변동된 자로부터 장애인보조기기 급여 신청을 받은 경우 내구연한을 산정함에 있어 서는 건강보험에서 지급받은 보조기기의 급여내역과 연계하여 산정
  - 보장기관에서는 의료급여 수급자가 시행규칙 [별표 2]에 규정한 품목의 용도에 적합한 장애유형(장애인복지법 시행령 제2조 참고)을 가지고 있는지, 물리적 환경이 되는지, 보조인이 존재하는지, 보조기기 조작이 가능한 신체의 활동성 및 연령 등을 가구방문 등을 통해 확인한 후 지원여부를 최종 결정

※필요시 실태조사는 읍·면·동에 의뢰·실시 가능

【입소자에 대한 장애인보조기기 지급 여부】

- 장기요양시설 입소자의 경우 입소기간 동안은 다음의 급여를 제한한다(등급 외 시설입소, 단기보호는 제외)

  * 급여제한품목 : 수동휠체어, 전·후방보행차, 이동식전동리프트, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스
- 시설수급자들이 집단적으로 전동보조기기 등 고가보조기기를 신청하는 경우 인원별 전량 지급을 지양하고 시설규모, 예산 등을 고려하여 보장기관 자체 계획에 따라 지급

【입원환자에 대한 전동보조기기(수동휠체어 포함), 이동식전동리프트, 지급 여부】

- 국가에서 지원하는 의료급여 입원 진료비 중 의료기관에 비치된 시설 및 장비를 이용할 수 있는 비용이 포함되어 있으므로, 의료기관에 입원하여 치료·요양 중인 수급자는 지급하지 않음
- 입원환자가 장애, 질환 등으로 공용휠체어를 사용할 경우 질환이 악화되는 등 건강상 위해발생 가능성이 있는 경우, 처방전과 담당자의 확인조사를 거쳐 필요한 경우 수동휠체어 지급 가능

  * 건강상 위해 발생 가능성이 있는 경우란 목을 가눌 수 없어 목 받침이 있는 휠체어처럼 공용휠체어로는 해결할 수 없는 맞춤형 휠체어가 필요한 경우를 말함

전동휠체어, 전동스쿠터 지급 관련 요령

구분	중복지급 가능	중복지급 불가
전동 휠체어	■ 수동휠체어(일반형, 틸팅형/ 리클라이닝형)	■ 전동스쿠터 ■ 수동휠체어(활동형)
전동 스쿠터	■ 수동휠체어(일반형)	■ 전동휠체어 ■ 수동휠체어(활동형, 틸팅형/ 리클라이닝형)

- 전동휠체어/전동스쿠터 지원 시 맨손 근력검사는 양쪽 팔 중 기능이 좋지 않은 쪽을 기준으로 판단(왼팔 오른팔 평균값을 고려하지 않음)

  ※ 왼팔 5등급, 오른팔 2등급인 경우 2등급으로 간주

- 장애등급이 경증으로서 평상시 독자보행이 가능한 경우, 전동휠체어 및 전동스쿠터 지급 불가

  • 전동휠체어/전동스쿠터는 평지에서 100M 이상 독자적인 보행이 어려운 대상자에게만 지원

  • 장애등급이 경증인 신청자에 대해서는 거주지 행정복지센터 등에 신청인이 평소 행정복지센터 등을 왕래할 때 독립보행을 하는 지 필히 확인하고 사실로 확인될 경우 지급하지 말 것(부적합 통보)

  ※ 가급적 읍·면·동 주민센터에서 신청 접수를 받음으로써 독립보행 가능자의 신청을 사전에 차단

  • 또한, 처방전을 다량 발급하는 것으로 의심되는 의료기관의 처방전을 제출한 경우에는 관내 타 의료기관에서 추가 처방전을 받아오도록 자료 보완 요청 할 것

【참고 : 전동보조기기 지급이 불가한 경우(예시)】

- **전동보조기기는 스스로 작동할 수 없는 경우 지급제한 대상**
- **인지기능이** 비정상이라는 것이 확인되면 **지급 제한**
  - 간질장애, 시각장애, 지적장애 등이 있음이 확인되거나 해당 장애등록이 되어 있어도 위 장애가 전동보조기기를 스스로 작동하는데 문제가 되지 않는다는 담당의사의 소견이 있는 경우 지급 가능
- 장기요양등급판정을 받은 자 중 혈관성 치매 등 **모든 치매는 지급 불가**
  - 치매는 치매 증상이 호전되었다거나 문제가 없다는 사실을 의학적 판단을 근거로 명확히 증빙하는 경우 등 아주 제한적으로 지급
- 망상과 정신공황, 정신착란, 정신분열 등 **정신질환자는 지급 불가**, 단, 우울증은 지급 가능
- 상지 절단 지체장애자는 절단된 부위로 인한 조작의 어려움으로 전동스쿠터 운행에 위험하므로, 스쿠터 지급신청을 한 경우, 신경근골격계 질환과 상관없이 지급을 제한
  - 전동휠체어는 한 쪽이 절단되어도 운행 가능, 처방전 내용 및 검사 결과에 따라 판단

● 소모품(전지) 지원 관련 요령

- 전동휠체어 또는 전동스쿠터 지급 대상자가 해당 보조기기를 지속적으로 사용한 경우, 보조기기 최종 구입일로부터 1년 6개월 경과 후 급여 실시
- 의료급여/건강보험에서 지원받지 않고 후원, 자비구매 등을 통해 구입했거나 기 지급받은 전동휠체어/전동스쿠터의 내구연한이 경과한 경우 전동휠체어/ 전동스쿠터용 전지 지원 가능 : 의료급여/건강보험에서 지원하지 않은 전동휠체어/전동스쿠터에 장착할 목적으로 전지를 신청하는 경우에는 전지 신청 서류(신청서, 세금계산서) 이외에 의사의 전동휠체어/전동스쿠터 처방전을 추가로 제출받을 것

※ 현재 시점에서 장애인보조기기를 지급받을 자격이 있는 지를 확인하기 위함이며, 의사의 검수확인 과정은 생략

● 맞춤형 교정용 신발 지급 관련 요령

- 발에 기능장애가 있는 자(발의 변형이 없는 자는 제외) 또는 다리 길이의 차이가 있는 자로서 맞춤형 교정용 신발이 필요한 경우 발의 변형 교정, 발 부위의 아치 형성, 발의 통증 경감 및 보행을 개선하기 위하여 사용
- 구두의 변형을 위하여 아치, 패드, 특수 뒷굽, 기타 의사의 처방에 의한 보형물 등을 사용하여 제작한 것을 말하며, 발 및 발목 관절의 정형외과적 변형이나 신경학적 질환으로 인한 기능감소(상실)을 대신하거나 향후 발생 될 수 있는 관련

질환을 예방 또는 지연시킬 수 있는 작용을 해야 함.

※단순히 발 부위의 보호를 위한 일반 제화와는 구분되어야 함.

- 맞춤형 교정용 신발은 의지·보조기 기사에 의하여 직접 제조·수리된 것에 한하며, 기성제화를 수정 및 개조한 것은 원칙적으로 불인정
- 다리길이 차이나 발 변형이 경미함에도 불구하고 맞춤형 교정용 신발을 신청하는 경우는 다음 사항을 확인할 것

▷ 우편 신청 또는 대리자가 접수시킨 경우, 실제 신청자에게 전화하여 어느 부분이 어떻게 기능보강이 필요한지 확인할 것

▷ 맞춤형 교정용 신발 처방전을 다량 발급하는 것으로 의심되는 의료기관의 처방전을 제출한 경우, 관내 타 의료기관에서 추가 처방전을 받아오도록 자료보완 요청할 것

▷ 대금 지급 전에 필히 현품을 확인하고, 기능보강 없이 단순히 깔창을 넣는 등 사실상 기능보강이 이루어지지 않은 경우에는 지급하지 말 것

● 기타 보조기기

- 수동휠체어(지체장애(하지, 척추, 변형), 뇌병변장애, 심장장애, 호흡기장애에 대한 보행 보조기구)
  - 뇌병변장애인의 경우 보행이 현저하게 제한되어 불가능하다는 처방내용에 한하여 지급
- 청각(평형)장애는 소리와 상관없이 자세 및 방향에 대한 장애로써 보청기 지급 대상 아님

● 장애인 등록 전 구입 보조기기에 대한 의료급여 적용

- 시행규칙 별표 2 제2호의 보조기기 중 전동휠체어·전동스쿠터 및 자세보조용구를 제외한 보조기기로 장애인 등록 전 6개월 이내에 구입한 보조기기에 한함
- 「장애인복지법」에 따라 장애인으로 등록할 것이 예상되는 경우 해당 장애에 대한 보조기기 처방전을 발급받아야 하며 보조기기 구입전에 반드시 지급 적격 여부를 시군구청장으로부터 확인받아야 함

▷ 적격 여부 통보시 6개월 이내에 장애인 등록 및 지급 청구를 한 경우에 한해 지급한다는 것을 명시할 것

(4) 장애인보조기기 구입(제조·수입·판매업자)

- 보조기기 제조·수입·판매업자는 의사의 처방전에 적합한 보조기기, 제조번호 또는 제조업자(또는 수입자), 연락처 등이 표기된 보조기기 판매
- 수동휠체어, 보청기, 전동휠체어, 전동스쿠터, 자세보조용구, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트 및 전·후방보행보조차는 공단에 등록한 품목을 구입한 경우에만 의료급여 지원
  - 보청기, 전동휠체어, 전동스쿠터는 「의료기기법」에 따라 식품의약품안전처장의 제조·수입 품목 허가를 받은 제품으로서 「전자의료기기 기준규격」에 따른 전동휠체어 및 의료용스쿠터의 형태 분류 중 다음에 해당하는 것으로 한다.

    가. 전동휠체어 : 등급 B(실내·외 겸용) 또는 등급 C(실외용)

    나. 전동스쿠터 : 등급 C(실외용)
  - 자세보조용구는 공단이 정하는 품질 및 안전에 관한 기준을 충족하는 것이어야 하고, 「장애인복지법」 제65조에 따라 보건복지부장관이 정하는 「장애인 보조기구 품목의 지정 등에 관한 규정」에 따른 자세보조용구(18 09)를 구성하는 자세보조 용구 액세서리(18 10)에 해당하는 것으로서 다음에 해당하는 것으로 한다.

품목등록 대상 구분	「장애인보조기구 품목의 지정 등에 관한 규정」 상 분류
몸통 및 골반지지대	18 10 03 등 지지대(등지지대, 측방 지지대 모두 포함) 18 10 18 몸통 및 골반 지지대(벨트) 18 10 06 좌석쿠션 및 깔개(시트 지지대) 18 10 15 다리 및 발 지지대(측방지지대 시트, 대퇴 내전방지 지지대) 18 10 18 몸통 및 골반 지지대(시트 벨트)
머리 및 목지지대	18 10 12 머리 및 목 지지대
팔 지지대 및 랩트레이	18 10 09 팔 지지대
	18 10 24 의자 장착형 랩트레이 및 탁자
다리 및 발지지대	18 10 15 다리 및 발 지지대(발판 분리된 것 포함, 하지 벨트)

- 의지·보조기, 맞춤형 교정용 신발, 보청기, 수동휠체어, 전동휠체어, 전동스쿠터 및 자세 보조용구, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트 및 전·후방보행보조차는 공단에 등록한 업체에서만 구입 가능

  ※ 국민건강보험공단 홈페이지(http://www.nhis.or.kr/ → 정책센터 → 국민건강보험 → 보험급여 → 의료비 신청→ 장애인보조기기급여비(국민건강보험법 제51조) → 보조기기 업소 및 품목안내에서 등록 업소 및 품목 확인

(5) 장애인보조기기 검수

- 의료급여 수급자가 보조기기를 받은 경우에 장애인진단서를 발급할 수 있는 의료기관의 의사에게 보조기기검수확인서(시행규칙 별지 제14호의6서식, [서식 46])를 발급받아 보장기관에 제출
- 보청기 적합관리
  - 총 구매일로부터 1년 이내에 받는 초기 적합관리는 구매한 판매업소에서 받아야 함.
  - 1년이 지난 때부터 받는 후기 적합관리의 경우에는 판매업소 폐업 등의 부득이한 변경사유 발생 시 보청기 적합관리 확인서에 변경된 적합관리 업소 대표자의 서명 또는 날인을 받아 보장기관에 제출하여야 함.
- 보조기기처방전과 보조기기검수확인서는 발급의사가 동일인인 경우에 인정하는 것이 원칙이나, 예외적으로 처방전과 보조기기검수확인서 교부 의사가 다른 경우에도 검수확인서의 내용 및 기재항목이 적정하면 인정
  - 종합병원 등 동일진료과목에 다수의 의사가 진료를 할 경우, 의사별로 진료 일자 및 진료시간이 상이하여 처방전과 보조기기검수확인서 교부 의사가 다른 경우에도 검수확인서의 내용 및 기재항목이 적정하면 인정
  - 의료기관이 폐업하거나 전문의 또는 촉탁의가 보조기기 처방을 한 뒤 퇴직한 경우에는 동일 진료과 의사에게 검수서를 받아 제출한 경우 인정

    ※ 처방전 및 보조기기검수확인서 발행시 요양기관 직인 날인 여부 : 의료급여법 시행규칙 별지 제14호서식 및 별지 제14호의2서식부터 별지 제14호의4서식까지 및 제14호의6서식에는 요양기관이 직인을 날인하도록 하고 있지 않으므로 병원에 근무하고 있는 의사임이 확인된 경우 의사의 서명 또는 날인만으로 인정이 가능. 다만, 구입처가 요양기관일 경우 세금계산서에는 요양기관의 날인 필요
- 지팡이, 목발, 흰지팡이, 소모품(전지)에 대한 의료급여를 받으려는 경우에는 처방전 제출 및 검수확인 생략
- 수동휠체어, 전동휠체어, 전동스쿠터, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식 전동리프트 및 전·후방보행보조차, 돋보기, 망원경에 대한 검수확인 생략

(6) 장애인보조기기 구입비용 지급청구

- 보조기기 급여가 결정된 수급자는 보조기기급여비 지급청구서에 보조기기검수확인서(시행규칙 별지 제14호의6서식, [서식 46]) 등을 첨부하여 시장·군수·구청장에게 제출

● 청구 자격 : 수급자 본인 및 가족(의료급여법 시행규칙 제25조)

【제출서류】

- 보조기기 급여비 지급청구서(시행규칙 별지 제14호의5서식, [서식 45])
- 의사가 발행한 보조기기검수확인서(시행규칙 별지 제14호의6서식, [서식 46]) 1부
- 의료급여기관 또는 보조기기 제작·판매자가 발행한 세금계산서 1부
  - 신용카드전표 또는 현금영수증 + 거래명세서 제출 가능
  - 요양기관으로부터 직접구매시 진료비 명세서 제출도 가능
- (업체에 대금을 직접 입금하는 경우) 「장애인복지법」에 따라 개설된 의지·보조기 제작· 수리업자이거나 「의료기기법」에 따라 허가받은 수입·제조·판매업자, 또는 보조기기 소모품의 경우에는 「의료기기법」에 따라 신고한 수리업자임을 증명하는 서류 제출
  - 공단등록업체이거나 구입품목이 지팡이·목발·흰지팡이인 경우에는 제출 생략

● 보청기 급여비용 청구

구분	급여금액	내구연한 내 급여 횟수
초기 적합관리	200,000원	1회
후기 적합관리	50,000원	최대 4회

- 초기 적합관리 비용 : 보조기기급여비 지급청구서, 보조기기 처방전, 해당검사 결과 관련 서류, 보조기기 검수확인서, 보청기 구매 표준계약서, 세금계산서
- 후기 적합관리 비용 : 보청기 적합관리 급여 청구서, 보청기 적합관리 확인서

(7) 장애인보조기기 구입비용 지급

● 보조기기 급여비의 지급청구를 받은 시장·군수·구청장은 수급권자에게 지급기준 금액(기준액, 고시금액, 실구입금액 중 낮은 금액)의 기금 부담금액을 지급, 지급 전 반드시 현품을 확인한 후 지급할 것

● 수급권자가 보조기기 급여비를 보조기기 제조·수입·판매업자에게 지급할 것을 신청한 경우에는 시장·군수·구청장은 보조기기 제조·수입·판매업자에게 보조기기 급여비를 직접 지급 가능

- 청구서 상 수령인란에 업체로 체크(v)되어 있어야 하며, 위임장은 필요 없음

- 시장·군수·구청장은 보조기기 급여비를 지급한 경우에는 개인별 장애인 보조기기 지급관리대장에 기록·관리하여야 하며, 지급관리대장은 전자적 방식으로 기록·관리할 수 있음
- 지급관리대장을 전자적 방식으로 기록·관리하지 않는 경우, 수급권자가 「주민등록법」에 의한 전입신고를 한 경우에는 신거주지의 시장·군수·구청장은 전거주지의 시장·군수·구청장으로부터 「개인별 장애인보조기기 지급관리대장」의 원본을 이관받아 관리

(8) 사후점검

- 시군구(읍면동)에서는 전동휠체어, 전동스쿠터, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트 및 보청기, 수동휠체어 지급대상자에 대하여 보조기기 구입비용을 지급한 후 3개월, 1년 경과시점에 가구방문을 실시하여 당해 보조기기가 취지에 맞게 활용되고 있는 지 확인할 것

(9) 지급 후 반납

- 장애인보조기기는 의사의 처방 및 검수확인을 거쳐 지급되는 것으로서 지원대상자 신체상태에 적합하고 품질도 적합한 경우가 대부분이나 상황에 따라 일정기간 지난 후에야 본인에게 맞지 않거나 품질불량 등을 발견하는 경우도 있을 수 있음
  - 이 경우 지원대상자가 판매업체와 원만히 협의하여 업체에 보조기기를 반품하고 의료급여 지원금액 전액을 시군구에 반납한다면 반납처리 가능
  - 또한, 반납처리된 경우에는 장애인보조기기 신규 신청이 가능하며, 기존 신청시 제출한 처방전이 발행된 지 6개월 이내라면 기존 처방전을 그대로 인정하되 검수확인은 다시 받아야 함(즉, 신청, 적합판정, 검수확인, 대금청구는 신규 신청과 동일)
  - 반납처리절차 : 민원인으로부터 반납의사 확인서를 받고, 지원금액 전액을 반납받은 후 행복e음상 반납기록 입력할 것
  - 지원받았던 내역 자체를 삭제할 수 있는 지 여부 : 신청 자체의 근거를 삭제할 수는 없음. 즉, 신청, 적합판정, 지급 및 반납한 사실이 행복e음상 기록으로 남아 있어야 함

마. 장애인 보조기기 부적정 수급에 대한 조치

【관련법령:의료급여법】

제23조(부당이득의 징수) ① 시장·군수·구청장은 속임수 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여를 받은 자 또는 급여비용을 받은 의료급여기관에 대하여 그 급여 또는 급여비용에 상당하는 금액의 전부 또는 일부를 부당이득금으로 징수한다.

제35조(벌칙) ④ 다음 각호의 1에 해당하는 자는 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.
3. 속임수 그 밖의 부정한 방법으로 의료급여를 받은 자 또는 제3자로 하여금 의료급여를 받게 한 자

- 장애인 보조기기를 속임수 또는 부정한 방법으로 의료급여를 받은 자 또는 제3자로 하여금 장애인 보조기기를 받게 한 자를 대상으로 사법기관에 형사고발 조치
- 부당이득 징수 절차에 의해 장애인보조기기 또는 보조기기 비용에 상당하는 금액의 전부 또는 일부를 징수
- 전동휠체어 판매업체가 특정 의료기관과 결탁하여 독립보행이 가능한 수급자 에게 장애인보조기기 처방전을 발급받도록 하여 동 수급자가 시군구로부터 전동 휠체어를 지원받도록 한 것이 적발된 경우 부당이득금 환수
  - 장애인보조기기 판매업체가 의료기관 및 수급자를 부추겨 장애인보조기기가 부정하게 지원되도록 한 경우에는 판매업체와 결탁한 의료기관 및 수급자의 책임도 있으나 주 책임은 판매업체에 있으므로 의료급여법 제19조에 의거 장애인보조기기 판매업체로부터 급여비용을 징수할 것
  - 한편, 현재 수급자가 보유하고 있는 전동휠체어는 판매업체로 하여금 회수 하도록 할 것

    * 의료급여법 제15조의 급여의 제한은 특정 급여행위에 대한 제한으로서 의료급여 자격 자체를 상실처리하는 것을 의미하지는 않음. 즉, 본 사안의 수급자의 경우 전동휠체어를 반납했으므로 본 부정수급건에 대하여 급여제한처리된 것으로 이 수급자에 대한 의료급여 자격 자체를 상실처리할 필요는 없음
- 보장기관은 의사의 처방전 발급과정에서 허위 진단 등으로 드러날 경우에는 관련서류 등 증빙자료를 확보하여 법 제35조제4항제3호의 규정에 의해 고발조치
- 보장기관은 보조기기 판매업체의 보조기기검수확인서 대행 및 의사의 검수확인서 부실 발행행위를 확인한 경우 법 제35조제4항제3호 규정에 의해 고발 조치

바. 행정사항

(1) 장애인 보조기기 지원 현황 행복e음 자료 입력 철저

- 판매업체명, 판매업체사업자등록번호, 제조업체명, 모델번호, 기기번호, 검수 확인 내용 등 제품별로 입력해야 할 사항을 빠짐없이 행복e음에 입력
- 전동휠체어/전동스쿠터는 2005. 4.1부터 지원하기 시작했으므로 지급일자가 그 이전의 날짜로 입력되어 있다면 오류
  - 발견시 가급적 정확한 날짜로 정정하되 정확한 날짜를 알 수 없는 경우에는 2005.4.1로 정정(시군구에서 정정 불가하므로 행복e음 복지광장에 자료보정 요청)

(2) 의료급여-건강보험 간 자격 전환 시 처리요령

- 건강보험 및 의료급여 모두 보조기기 구입시점을 기준으로 하며, 공단/시군구의 적합통보를 상호 인정

  * 보조기기 구입시점은 세금계산서 발행일자임
- 장애인 보조기기 대금 지급 주체는 장애인 보조기기 구입시점을 기준으로 하여 장애인 보조기기 구입 시점에 건강보험 가입자인 경우에는 건강보험 공단지사가, 의료급여 수급자인 경우에는 시군구가 지급할 것
- 전동휠체어, 전동스쿠터의 경우는 건강보험제도에서도 사전승인하고 있으므로 시군구는 건강보험지사에 연락하여 민원인이 공단에 기제출한 보조기기 급여 신청서 및 처방전을 이첩받아 민원인으로 하여금 보조기기 급여신청 절차를 생략하도록 하고 바로 보조기기 급여비 지급청구서를 제출하도록 할 것
- 그 외 품목의 경우에는 민원인으로 하여금 보조기기 급여 신청서를 먼저 제출 하도록 하고 심사 후 적합판정이 나면 보조기기 급여비 지급청구서를 제출하도록 할 것

6 노인틀니

가. 법적 근거

- 「의료급여법」 제10조
- 「의료급여법 시행령」 제13조제1항 [별표] 1호라목, 2호마목

나. 급여기준

- (시행일) ’16.7.1부터
  ※ 급여시작일 : 레진상 완전틀니 ’12.7.1, 금속상 완전틀니 ’15.7.1,
  금속상 부분틀니 ’13.7.1, 사후 유지관리 ’12.10.1.부터
- (대상자) 만 65세 이상 의료급여 수급권자
  ※ (’12.7.1.) 75세 이상 → (’15.7.1.) 70세 이상 → (’16.7.1.) 65세 이상 적용
- (급여대상) 레진상 완전틀니, 금속상 완전틀니, 클라스프 부분틀니, 사전 임시 틀니, 사후 유지관리
  * 사후 유지관리는 틀니 급여화 이전에 비급여로 제작하여 사용하고 있는 수급권자 포함
- (본인부담) 1종 수급권자 5%, 2종 수급권자 15% 부분틀니 지대치는 별도 본인부담(비급여)
  ※ 단, 본인부담보상제 및 상한제는 적용되지 않으며, 2종 장애인 의료비 지원 대상 아님
  ※ 1종 수급권자 20%, 2종 수급권자 30% → 1종 수급권자 5%, 2종 수급권자 15%(’17.11.1)
- (급여횟수) 원칙적으로 7년에 1회 적용. 사전등록제 실시로 틀니 수급권자 이력관리*가 가능하므로 중복급여 여부 확인
  - 다만, 구강상태가 심각하게 변화되어 새로운 틀니 제작이 불가피하다고 인정되는 의학적 소견이 있거나, 천재지변 등 그 밖의 부득이한 사유**로 틀니를 재제작할 경우에 한하여 추가 1회 의료급여를 인정함. 신청서 및 증빙자료를 첨부하여 시·군·구청으로 제출해야 함.
  - 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 일부 개정(고시 제2021-212호, ’21.8.2.시행)

  * 보건소 노인의치보철사업(국민건강증진기금) 및 건강보험의 틀니 요양급여 수혜이력이 있는 수급권자를 각 사업별 정보망을 연계하여 중복 여부 확인

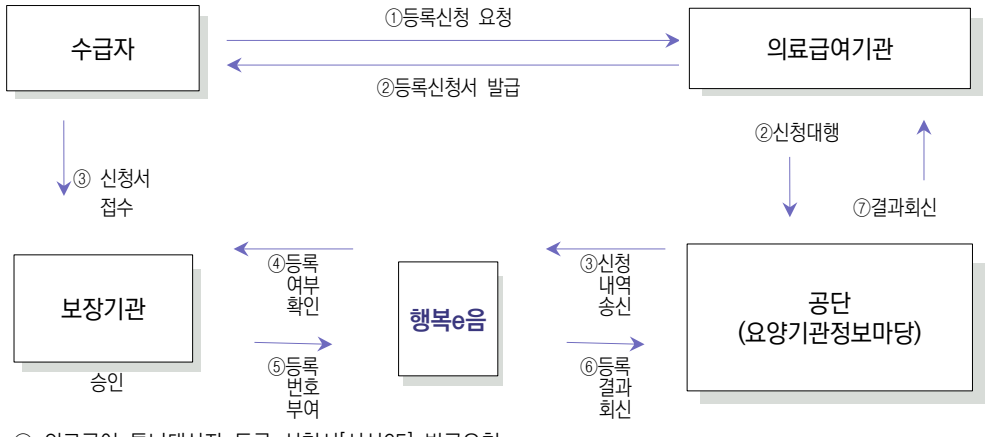
  ** 화재·수해 등 천재지변으로 인해 틀니가 분실 또는 파손된 경우를 말하며, 동종틀니에 한해 재제작이 가능(단, 구강상태 심각하게 변화되어 새로운 틀니 제작하는 경우와 중복급여 불가)

☞ 천재지변 등 그 밖의 사유로 틀니를 재제작 신청 시 제출서류(시·군·구청에서만 등록 가능)
1. 의료급여 틀니 대상자 등록신청서(의료급여기관)
2. 피해사실확인서(지자체 발급)
3. 의사소견서(의료급여기관)-틀니 파손된 경우만 해당

다. 노인틀니 대상자 사전등록제

- 의료급여 노인틀니 대상자의 중복수혜여부, 교체주기, 사후관리 등을 일괄적으로 관리하기 위해 사전 신청·등록
- 보장기관(시군구)이 행복e음에 대상자 등록하고, 등록정보를 건보공단 의료급여 자격관리시스템에 전송
- 틀니 시술 후 소급 등록 불가
  - 틀니 의료급여 원칙은 시술 전에 대상자로 적합하다는 의료급여기관 및 보장기관의 판단(자격, 중복수혜여부)에 따라 사전 등록한 대상자에 한하여 급여
  - 따라서, 시술 후 소급적용을 위한 사후 등록 불가

(1) 등록절차



① 의료급여 틀니대상자 등록 신청서[서식65] 발급요청
② 진단 후 수급권자에게 틀니 등록신청서 발급 또는 의료급여기관의 공단 요양기관 정보마당을 통한 신청대행 (기존 산정특례등록 전산화와 동일)
③ 보장기관에 등록신청서 제출(발급 후 7일 이내 방문 제출) 또는 공단에서 행복e음에 신청 내역 송신
④ 보장기관 중복급여 여부 확인, 틀니대상자로 적합한 신청인 등록
⑤ 등록번호 부여 후 행복e음 전송
⑥ 행복e음 등록결과 공단 자격관리시스템에 전송
⑦ 공단은 행복e음 등록정보 의료기관에 전송
* 의료급여기관은 의료급여시스템에서 대상자 등록 확인 후 시술 시작

- (의료급여기관) 진단 후 틀니 등록 대상 수급권자에게 의료급여 틀니 대상자 등록 신청서[서식 65]상의 의료급여기관 기재란 작성 후 제공(노인틀니 중복 수혜 여부 확인) 또는 공단 요양기관 정보마당에 신청대행
- (등록대상 수급권자) 의료급여 틀니 대상자 등록 신청서[서식 65] 작성하여, 보장기관(시·군·구 또는 읍·면·동)에 제출(기존 방식으로 신청할 경우만 해당)

  ※ 노인틀니 대상자가 자필서명 후 방문제출
- (보장기관) 등록 신청한 수급권자 본인여부 및 노인틀니 중복수혜 여부 확인 후 행복e음에 등록 처리

  ※ 국민건강증진기금(보건소 무료틀니사업) 및 건강보험의 노인틀니사업 수혜 이력이 있는 수급권자는 장착 후 7년 내 의료급여 노인틀니 시술 불가
- (국민건강보험공단) 행복e음에서 등록정보 수신하여 요양기관정보 마당에 수급권자 노인틀니 등록정보 표시

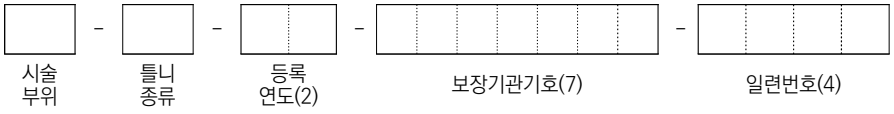
  ※ (신)요양기관 정보마당 〉 의료급여 〉 의료급여치과치료 〉 (의급)틀니대상자신청가능여부조회

(2) 등록번호 부여체계

【노인틀니 등록번호 부여방법】

◈ 상악, 하악 각각 생성, 1인 2개의 등록번호 가능

◈ 구성 체계(총 15자리)



- 시술부위 : 상악(1), 하악(2)
- 틀니종류 : 완전틀니(1), 부분틀니(3), 금속상 완전틀니(5)
- 등록연도 : 시술시작일(신청서발급일) 연도 2자리
- 보장기관기호 : 해당 보장기관기호 7자리
- 일련번호 : 등록 순으로 번호 자동부여, 4자리
- 임시틀니여부 : Y/N

(3) 보장기관(행복e음) 등록방법

- 접수(신청)일과 등록일
  - (접수일) 틀니 대상 수급권자가 등록 신청서를 보장기관에 접수(신청)한 날
    ※ '의료급여 틀니 대상자 등록 신청서[서식 65]' 발급 후 7일(공휴일 제외) 이내에 보장기관에 제출
  - (등록일) 보장기관에서 '의료급여 틀니대상자 등록 신청서[서식 65]'를 접수한 후, 해당 수급권자를 의료급여 틀니대상자로 확정·등록한 날
    ※ 신청서는 접수했으나 보장기관 담당자가 등록하기 전에 수급권자가 전출 간 경우에는 전입한 보장기관에서 등록 처리할 수 있도록 신청서류 이첩
- 시술 시작일과 종료일 책정
  - 시술 시작일 = 의료급여기관의 의료급여 틀니 등록신청서 발급일
  - 시술 종료일
    ☞ (시술시작일 입력 시) 시작일 + 7년 자동입력
    ☞ (5, 6단계* 진료일 수신 시) 5, 6단계 진료일로 자동변경
    ※ 노인틀니 최종단계일(완전틀니 : 5단계, 부분틀니 : 6단계 진료일)이 심사결정 자료로 공단에 수신되면 행복e음으로 전송
- 중복수혜 확인 방법
  - 중복수혜 이력이 있는 수급권자는 행복e음 노인틀니 등록 자동차단
    ※ 보건소·건강보험 틀니 수혜 후 7년이 지나지 않은 수급권자는 의료급여 노인틀니 등록 시 중복급여라는 메시지 표시와 함께 등록 불가
  - 보건소·건강보험 틀니 기(旣) 수혜자라 하더라도 시술부위 또는 틀니종류가 동일하지 않을 경우 의료급여 틀니 등록 가능, 시술부위 동일여부는 상악· 하악으로 구분
    예1) 타 사업에서 **상악**틀니를 시술받은 경우 **하악**틀니 등록 가능
    예2) 타 사업에서 **상악부분**틀니를 시술받은 경우 **상악완전**틀니 등록 가능
    예3) 상악 전체틀니를 시술받은 경우 -> 상악 부분틀니 등록은 불가
  - 건강보험 → 의료급여 자격변동 시 노인틀니 급여이력을 건보공단으로부터 전송 받아 행복e음에 등록처리(현행 산정특례와 동일)함으로써 건보 수혜이력 관리
- 틀니 재등록 방법(행복e음)
  - 기존 틀니 등록된 화면 → 담당자 착오입력 → 신규등록

(4) 의료급여 틀니 대상자 변경·해지·취소[서식 65]

	신청서 발급 가능 여부		내 용	기 타
	치과	수급권자		
변경	○	○	기(旣) 등록된 내용을 정정해야할 경우	등록번호와 연관된 사항 변경 시 기(旣) 등록사항 중지 후 신규등록 처리, 그 외의 경우 등록내용 단순 변경
해지	×	○	등록 후 틀니 **시술을 시작**한 수급권자가 해지 처리를 요청한 경우	해지 요청한 수급권자는 신청한 날로부터 7년간 급여 제한
취소	○	×	기(旣) 등록된 수급권자가 **시술 시작 전** 등록을 취소 요청한 경우 (급여지급 無)	기(旣) 등록사항 중지 후 신규등록 가능

► (변경) **시술시작일, 임시틀니여부** 변경일 경우 : 의료급여기관에서 변경신청서 작성하여 증빙자료 (진료기록부 등)를 첨부하여 발급 후 수급권자가 보장기관에 제출

- 등록 대상자 개인정보 변경일 경우 : 수급권자가 변경신청서 작성·제출
- 임시틀니 추가 실시한 경우도 변경사유해당(변경신청서, 증빙자료 제출)

※ **시술부위 및 틀니종류 변경** : 의료급여기관의 판정오류, 착오입력 등으로 시술부위, 틀니종류를 변경해야 할 경우 **의료급여기관에서 취소신청서 및 증빙자료(진료기록부 등)를 발급**하여 수급권자가 **보장기관에 제출하면, 보장기관에서 중지 후 다시 등록(변경처리 불가)**

- (의료기관 폐업) 시술 중 의료기관 폐업의 경우 중지 (중지사유 : 폐업에 의한 재등록)후 재등록

► (해지) 틀니 등록 대상자가 **시술 시작** 후 해지신청서를 작성하여 보장기관에 제출하며, 보장기관은 신청한 날로부터 7년간 급여가 제한됨을 안내

► (취소) 틀니종류(완전틀니, 부분틀니) 및 시술부위(상악하악) 교정 시(착오입력) 취소 후 재등록

- (시술 시작 전) 틀니 등록 대상자가 등록내역을 취소하고 새로 등록하여 틀니 급여를 받고자할 경우로서 의료급여기관이 취소신청서 발급하여 수급권 자가 보장기관에 제출

- (시술 시작 후) 의료급여기관과 대상자가 합의하여 취소처리 하고자 할 경우에는 보장기관 담당자는 해당 시술에 대한 의료급여비용 청구내역이 없는지 시술 의료기관 및 심평원에 확인 후 취소 처리

※ 틀니 급여비용 청구 내역이 있을 경우에, 의료기관은 건강보험심사평가원으로 틀니 의료급여비용 자진환수 요청 후, 보장기관에 '의료급여 틀니 대상자 변경/해지/취소 신청서[서식 67]'와 환수된 내역을 함께 제출

(5) 기타 사항

- 진료 전달체계
  - 의료급여 진료절차(1차 → 2차 → 3차) 준용
  - 단, 선택병의원 지정자(병의원으로 치과를 지정한 경우 포함)는 틀니 시술을 위해선 진료의뢰서 없이 타 의료급여기관 이용 가능
- 자격변동(1종 ⇄ 2종, 의료급여 ⇄ 건강보험) 시 급여 기준
  - 틀니 시술 단계별(임시틀니, 완전틀니 5단계, 부분틀니 6단계) 진료개시일자 자격기준으로 급여
- 의료급여와 건강보험 간 자격 변동 시 건강보험 노인틀니 이력내용이 행복e음 으로 자동 전송되며, 보장기관에서 연계등록처리

라. 노인틀니 사후 유지관리

(1) 급여조건

- 틀니 최종 장착 후 무상보상기간(3개월 이내 6회)이 경과한 이후부터 적용
- 각 행위별 산정기준에 해당하지 않는 경우 전액 본인이 부담
- 틀니 유지관리 행위별 연간 급여횟수는 1악당을 기준으로 함

(2) 급여대상(기본 8항목, 세부 11항목) 및 인정기준

구 분	유지관리 행위		급여횟수
의치 조직면 개조	첨상 (relining)	직접법	연1회
		간접법	연1회
	개상(rebasing)		연1회
	조직 조정		연2회
의치 수리	인공치 수리 ※ 제1치 100% (제2치부터 50%)		연2회
	의치상 수리		연2회
의치 조정	의치상 조정		연2회
	교합조정	단순	연4회
		복잡	연1회
클라스프 파절 수리		단순	연2회
		복잡	연1회

※ 잇몸처치, 의치청소, 정기점검 및 교육훈련(무상항목)은 **진찰료만 산정** 가능

(3) 본인부담금

- 1종 수급권자 5%, 2종 수급권자 15%
  ※ 1종 수급권자 20%, 2종 수급권자 30% → 1종 수급권자 5%, 2종 수급권자 15%('17.11.1)

(4) 대상자 사전등록제

- 사후 유지관리 해당 항목별 급여횟수가 한정되어 이력 관리 필요
- 보장기관이 아닌 의료급여기관에서 요양기관정보마당에 직접 대상자 등록
  ※ 등록번호가 생성되지 않고 대상자 주민등록번호로 관리

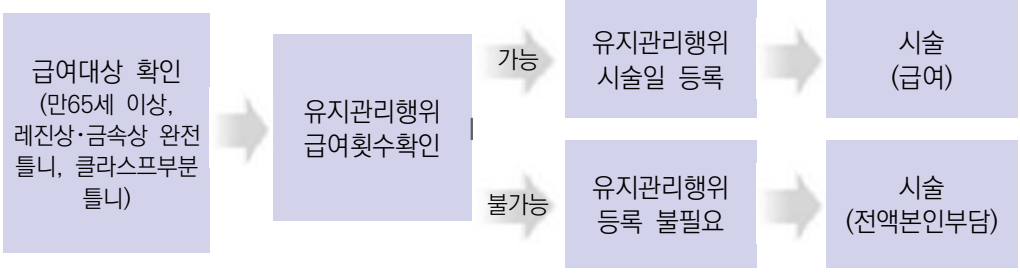
(5) 등록정보 흐름

- (의료급여기관) 시술 전에 국민건강보험공단 등록시스템(요양기관정보마당)을 통해 사후 유지관리 대상자의 수혜이력 조회 후, 급여 가능한 경우 직접 등록 처리 후 시술

- (국민건강보험공단) 사후 유지관리 등록정보를 행복e음에 전송
- (보장기관) 공단으로부터 전송받은 사후 유지관리 대상자 등록정보 행복e음에 자동 연계 등록. 다만, 의료급여기관의 특수상황 또는 정보통신망의 문제로 의료급여기관에서 등록 불가할 경우, 보장기관에서 등록

※ 상세 내용은 "(6)업무처리절차 2) 보장기관(행복e음) 등록 방법" 참고

(6) 업무처리 절차



① 의료급여 틀니에 대한 유지관리 행위 급여 대상여부 확인
만 65세 이상, 레진상·금속상 완전틀니, 클라스프 부분틀니 등 확인

② 시술하고자 하는 틀니 유지관리 행위에 대한 등록 내역 확인
요양기관정보마당을 통해 대상자의 해당 행위에 대한 급여인정횟수 확인

※ 시술하고자 하는 틀니 유지관리 행위에 대한 급여인정횟수가 초과할 경우 등록 불가하며, 시술 시 전액 본인부담

③ 시술하고자 하는 틀니 유지관리 행위 항목 및 날짜 등록 후 시술

1) 의료급여기관(요양기관정보마당) 등록 방법

요양기관정보마당(http://medi.nhis.or.kr)을 통해 틀니 사후 유지관리 행위 항목 및 시술일자 등록

※ (신)요양기관정보마당 〉 의료급여 〉 의료급여치과치료 〉 (의급)틀니유지관리등록확인

2) 보장기관(행복e음) 등록방법

의료급여기관의 특수상황 또는 정보통신망의 문제로 의료급여기관에서 급여 인정횟수 조회 및 등록을 요청할 경우, 보장기관에서 등록

① 의료급여기관에서 보장기관에 인정횟수 조회 요청 시, 해당 항목에 대한 등록 가능여부 안내(유선 가능)

② 의료급여기관에서 틀니 유지관리 행위 등록 요청 문서를 관할 보장기관에 제출(팩스, 내방, 우편), 내용 확인 후 틀니 유지관리 행위 등록 처리

3) 의료급여 틀니 유지관리 행위 등록내용 취소

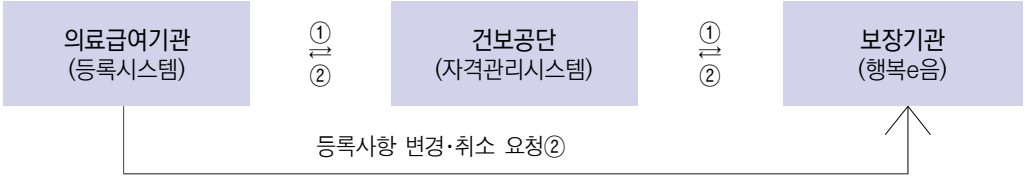
- (등록 당일) 의료급여기관에서 **직접 삭제**
- (등록일 이후) 의료급여기관이 등록 취소 신청서를 작성하여 **보장기관에 취소 요청**

► (등록일 이후) 의료급여기관에서 「의료급여 틀니 유지관리 등록내역 취소 신청서 [서식 69]」 및 증빙자료(진료기록부 등)를 작성하여 관할 보장기관에 제출(팩스, 내방, 우편)하면, 보장기관에서 내용 확인 후 취소 처리

※ 등록내역에 대한 **변경은 불가**하며, 유지관리 행위 항목, 시술부위 등에 대한 변경이 필요한 경우 **보장기관에서 취소 처리 후 다시 등록**

(7) 행복e음과 건보공단 등록시스템 간 연계등록

⇒ 건보공단에서 전송하는 대상자 등록 정보 행복e음에 연계 등록 및 보장 기관에서 대상자 등록 및 취소 처리한 내역 공단 전송



① 의료급여기관에서 유지관리 등록 및 등록내역 취소 시 대상자 등록정보 흐름 → (batch 전송)
② 보장기관에서 등록 및 등록내역 취소 시 대상자 등록정보 흐름 → (실시간 전송)

(8) 기타 사항

- 유지관리 의료급여기관의 이용
  - 무상보상기간(시술 후 3개월 이내 6회)에는 틀니 시술 의료급여기관만 이용 가능하나, 이후 틀니 유지관리 시에는 의료급여기관 제한 없음. 단, 의료급여 진료절차는 적용
- 진료 전달체계
  - 의료급여 진료절차(1차 → 2차 → 3차) 준용
  - 단, 선택병의원 지정자(병의원으로 치과를 지정한 경우 포함)는 틀니(사후 유지관리 포함) 시술을 위해선 타 의료급여기관 이용 가능

● 자격 변동(1종 ⇄ 2종, 의료급여 ⇄ 건강보험) 시 급여 기준

- 사후 유지관리 시술 **진료개시일자 자격 기준**으로 급여

> **예시** 1) '15. 10. 1. 건강보험에서 유지관리 등록
> '15. 10. 2. 의료급여로 자격 변경
> '15. 10. 3. 유지관리 시술 시작한 경우,
> ☞ 의료급여 기준으로 급여청구 및 본인부담금 부과
>
> **예시** 2) '15. 10. 3. 유지관리 시술(의료급여자격 보유자)
> '15. 10. 4. 의료급여에서 건강보험으로 자격 변동
> '15. 10. 5. 의료기관에서 시술 후 진료확인번호 요청한 경우,
> ☞ 실제 진료 개시일자(10.3)의 자격인 의료급여 기준으로 급여청구 및 본인부담금 부과

● 의료급여와 건강보험 간 자격 변동 시 등록연계 처리

- 건강보험에서 의료급여로 자격변동 시 건강보험 노인틀니 유지관리 이력내용이 행복e음으로 전송되어 자동 연계등록
- 의료급여 수급권자가 틀니 시술 중 건강보험으로 자격이 변동된 경우 등록 번호는 다시 부여 받아야함(건강보험 등록번호와 자릿수·구성체계가 다름).

7 의료급여 치과임플란트

가. 법적 근거

- 「의료급여법」 제10조
- 「의료급여법 시행령」 제13조제1항 [별표1] 1호마목, 2호바목

나. 급여기준

- (시행일) 2016.7.1. 시술분 부터
- (대상자) 만 65세 이상 부분 무치악 환자(완전 무치악은 제외)
  ('14.7.1) 만 75세 이상 → ('15.7.1) 만 70세 이상 → ('16.7.1) 만 65세 이상 적용
- (급여대상) 1인당 평생 2개 급여적용
  - 상·하악 구분 없이 구치부(어금니), 전치부(앞니) 모두 적용
  - 분리형 식립재료(고정체, 지대주)를 사용하여 비귀금속도재관(PFM Crown) 보철 수복으로 시술된 치과임플란트에 한하여 급여적용, 필요에 따라 시행하는 부가 수술(골이식술 등)은 비급여
- (본인부담) 1종 수급권자 10%, 2종 수급권자 20%
  ※ 단, 본인부담 보상제 및 상한제는 적용되지 않으며, 2종 장애인 의료비 지원 대상 아님
  ※ 1종 수급권자 20%, 2종 수급권자 30% → 1종 수급권자 10%, 2종 수급권자 20% ('18.7.1.)
- (중복급여) 부분틀니와 중복하여 급여 적용
- (수가) 행위수가와 치료재료 가격을 별도로 산정, 진료 3단계별 묶음수가 진단 및 치료계획(1단계) → 본체식립(2단계) → 보철수복(3단계)

단 계		내 용
1단계	진단 및 치료계획	전신 건강상태 확인 및 구강검사부터 치료계획 설정 단계
2단계	임플란트 본체식립	Fixture 식립부터 지대주 연결 단계
3단계	임플란트 보철수복	식립된 임플란트에 대한 보철 수복 단계

※ 2단계 식립 실패의 경우 재 시술 가능

- (재시술) 2단계 시술실패시 같은 치식번호에 1회 한하여 재시술 가능, 등록번호 재부여

  ※재시술 : 고정체 식립술 후 골 유착 실패로 식립된 고정체를 제거하고 재식립하는 경우

- (유지관리)

  (1) 보철장착 후 3개월 이내

  - 동기간 내는 유지관리를 위한 의료급여비용은 진찰료만 산정

    ※시술기관만 가능, 횟수제한 없음, 건강생활유지비 차감 가능

  (2) 보철장착 후 3개월 초과하는 경우

  - 치과임플란트 주위 치주질환 등으로 처치 및 수술을 시행한 경우에는 해당 급여항목으로 산정함
  - 보철수복과 관련된 유지관리는 비급여함

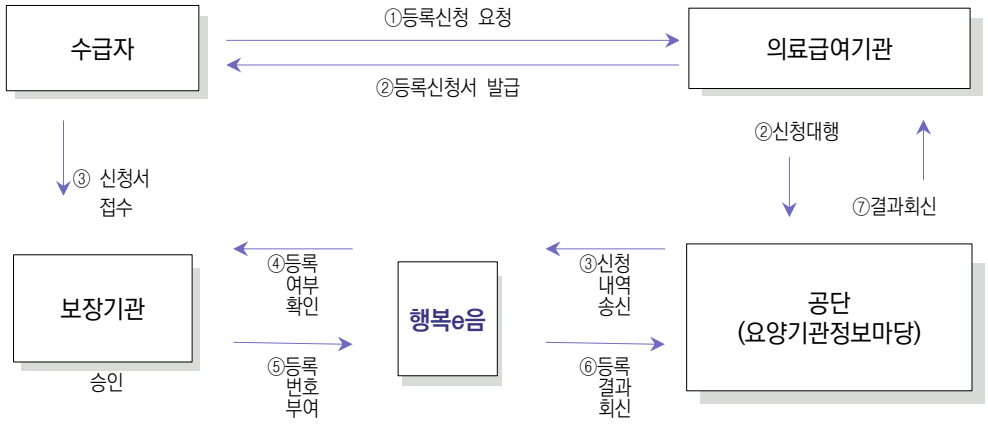
- (관리) 중복 급여 예방을 위한 치과임플란트 대상자 사전등록제 실시

다. 의료급여 치과임플란트 대상자 사전등록제

- 의료급여 치과임플란트 대상자의 중복수혜여부, 사후관리 등을 일괄적으로 관리 하기 위해 사전 신청·등록(노인틀니와 동일), 수급권자 관할 보장기관에서만 신청 가능
- 보장기관(시군구)이 행복e음에 대상자 등록하고, 등록정보를 건보공단 의료급여 자격관리시스템에 전송
- 치과임플란트 시술 후 소급 등록 불가

  - 임플란트 의료급여 원칙은 시술 전에 대상자로 적합하다는 의료급여기관 및 보장기관의 판단에 따라 사전 등록한 대상자에 한하여 급여
  - 따라서, 시술 후 소급적용을 위한 사후 등록 불가

(1) 등록절차



① 의료급여 임플란트 대상자 등록 신청서[서식68] 발급요청
② 진단 후 수급권자에게 임플란트 등록신청서 발급 또는 의료급여기관의 공단 요양기관 정보마당을 통한 신청 대행 (기존 산정특례 등록 전산화와 동일)
③ 보장기관에 등록신청서 제출(발급 후 7일이내 방문 제출) 또는 공단에서 행복e음에 신청 내역 송신
④ 보장기관 중복급여 여부 확인, 틀니대상자로 적합한 신청인 등록
⑤ 등록번호 부여 후 행복e음 전송
⑥ 행복e음 등록결과 공단 자격관리시스템에 전송
⑦ 공단은 행복e음 등록정보 의료기관에 전송
* 의료급여기관은 의료급여시스템에서 대상자 등록 확인 후 시술 시작

- (의료급여기관) 진단 후 치과임플란트 등록 대상 수급권자에게 '의료급여 치과 임플란트 대상자 등록 신청서[서식 70]' 상의 의료급여기관 기재란 작성 후 제공 또는 공단의 요양기관 정보마당에 신청대행
- (등록대상 수급권자) 보장기관(시·군·구 또는 읍·면·동)에 의료급여 치과임플란트 대상자 등록 신청서[서식 68] 작성·제출 (기존 방식으로 신청할 경우만 해당)

  ※ 치과임플란트 대상자가 자필서명 후 방문제출
- (보장기관) 등록 신청한 수급권자 본인여부 및 자료 확인 후 행복e음에 등록 처리

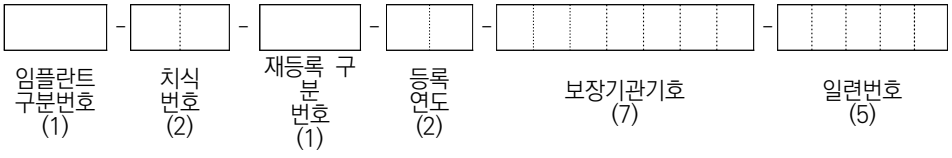
  - EBDW에서 타 보장기관에서 치과임플란트 중복 등록내역 조회하여 확인
- (국민건강보험공단) 행복e음에서 등록정보 수신하여 요양기관정보마당에 수급권자 치과임플란트 등록정보 표시

(2) 등록번호 부여체계

【치과임플란트 등록번호 부여방법】

◈ 임플란트 시술받을 치아 1개당 1개의 등록번호 생성

◈ 구성 체계(18자리)



- 구분번호 : 3
- 치식번호 : 시술할 부위에 해당하는 치식번호를 기재
- 재등록구분번호
  - 0 : 신규
  - 1 : 동일의료급여기관 재등록
  - 2 : 타 의료급여기관 재등록
- 등록연도 : 등록연도 4자리 중 뒤의 2자리
- 보장기관기호 : 해당 보장기관기호 7자리
- 일련번호 : 등록 순으로 번호자동부여

(3) 보장기관(행복e음) 등록방법

1) 의료급여 치과임플란트 대상자 등록

- 보장기관에 사전 신청·등록(노인틀니와 동일)
  - 수급권자 관할 보장기관에서만 신청 가능
- 보장기관(시군구)이 행복e음에 대상자 등록하고, 등록정보를 건보공단 의료급여 자격관리시스템에 전송

급여대상 확인	대상자 등록	대상자 등록확인	1단계 시술	2단계 시술	3단계 시술
의료기관	보장기관 (시군구)	의료기관	의료기관	의료기관	의료기관

2) 치과임플란트 등록내역 중지·변경·해지·취소[서식 71]

- (중지) 치과임플란트 시술 중 '2단계 시술 실패(골유착 실패)'가 된 경우, 대상자를 등록한 요양기관에서 2단계 시술 실패한 등록번호의 시술중지 신청 가능, 시술중지가 되어있어야 재등록 가능
  - 의료급여 치과임플란트 대상자 **시술중지**/변경/해지/취소 신청서[서식 71]를 의료기관에서 작성하여 보장기관에 제출
    ※동일 치식번호에 한해 1회만 가능, 시술중지는 대상자 등록한 의료급여기관에서만 시술중지 신청 가능, 3단계 시술 후에는 '시술중지'를 신청할 수 없음
- (변경) 수진자 및 의료기관 신청, 시술시작일 등 변경이 해당
  - 의료급여 치과임플란트 대상자 **시술중지**/변경/해지/취소 신청서[서식 71]에 등록사항과 변경사항 및 그 사유를 기재하여 수급권자가 보장기관에 제출하면 대상자 변경처리 가능
    ※치식번호 변경 불가, **치식번호 변경**은 보장기관에서 **취소** 후 다시 등록
- (해지) **수진자의 요청**에 의한 해지만 가능, **평생 인정개수 포함**
  - 이미 치과임플란트 대상자로 등록된 자(수진자)가 시술 중 해지를 원할 경우
  - 의료급여 치과임플란트 대상자 **시술중지**/변경/해지/취소 신청서[서식 71]를 수급권자가 작성하여 보장기관에 제출
- (취소) 대상자 등록 **의료기관 요청**에 의해서만 가능, **평생 인정개수 불포함**
  - 치과임플란트 대상자 등록 취소는 시술이 시작되지 않았을 경우 변경 가능, 취소가 완료되면 타 의료급여기관에서 대상자 등록 가능
  - 단, 보장기관 담당자는 시술 시작 후 의료급여기관과 대상자가 합의하여 취소 처리하고자 할 경우 해당 시술에 대한 의료급여비용 청구내역이 없는지 시술 의료기관 및 심평원(문서로 확인)에 확인 후 취소 처리
    ※치과임플란트 급여비용 청구 내역이 있을 경우에, 의료기관은 건강보험심사평가원으로 치과임플란트 의료급여비용 자진환수 요청 후, 보장기관에 의료급여 치과임플란트 대상자 시술중지/변경/해지/**취소** 신청서[서식 69]와 환수된 내역을 함께 제출

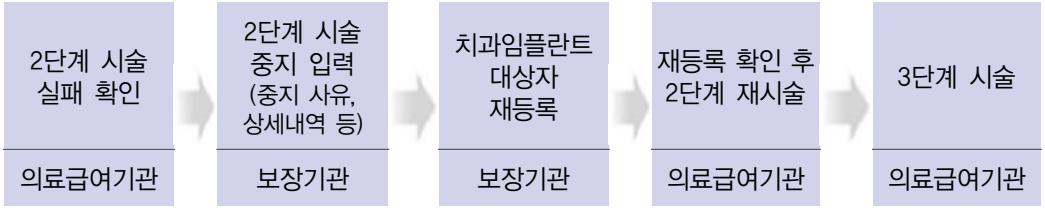
3) 치과임플란트 대상자 재등록

- **'2단계 시술 실패(골유착 실패)' 또는 '의료기관 폐업으로 진료진행이 불가한 경우'**에 동일 치식번호에 한해서 재등록이 가능
  - 신청서 재작성 … 새로운 등록번호 부여
  - 동일기관에서 재시술 등록시 1단계(X), 2단계부터 청구 가능
  - 타요양기관에서 2단계 재시술 등록시 1단계부터 청구 가능

- 2단계 시술 실패(골유착 실패)인 경우 치과 병·의원에서 '의료급여 치과임플란트 대상자 등록 신청서[서식 70]'와 증빙서류를 보장기관에 제출
- 의료기관 폐업으로 진료진행이 불가한 경우에는 재등록할 치과 병·의원에서 재등록 시술시작단계를 확인 후 의료급여 치과임플란트 대상자 등록 신청서[서식 68]와 증빙서류(치료계획서* 등)를 보장기관에 제출

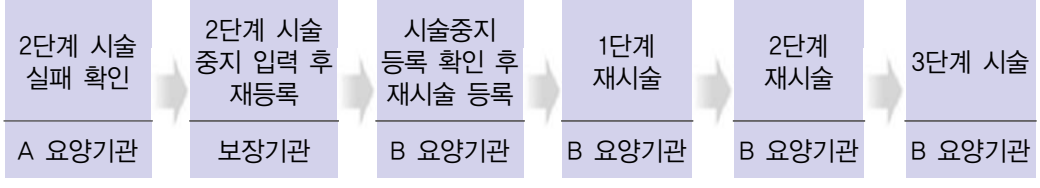
  * 치료계획서 : 재시술 시작 단계를 확인할 수 있는 치료계획서

① 동일 의료기관에서 2단계 재시술



② 타 의료기관에서 2단계 재시술

- 타 의료기관에서 재시술 등록시 1단계부터 시술 및 청구 가능
- 시술중지 입력한 A요양기관에서는 3단계 청구불가



★ 2단계 시술 종료전 A요양기관 폐업

- 2단계 시술 종료 전 A요양기관 폐업 시 B요양기관에서 1단계부터 시술 가능

★ 2단계 시술 종료 후 A요양기관 폐업

- 2단계 시술 종료 후 A요양기관 폐업 시 B요양기관에서 3단계부터 시술 가능
- A 요양기관에서 2단계 시술 종료했지만, B요양기관에서 2단계 실패가 확인 되어 재시술이 필요한 경우는 의료급여 치과임플란트 대상자 등록 신청서[서식 69]와 증빙서류(치료계획서* 등)를 보장기관에 제출, A요양기관의 시술 중지 및 재시술 등록되면, B요양기관에서 2단계부터 재시술 가능

  * 치료계획서 : 재시술 시작 단계를 확인할 수 있는 치료계획서

(4) 기타사항

- 진료 전달체계
  - 의료급여 진료절차(1차 → 2차 → 3차) 준용
  - 단, 선택병의원 지정자(병의원으로 치과를 지정한 경우 포함)는 치과임플란트 시술을 위해선 진료의뢰서 없이 타 의료급여기관 이용 가능(진료절차는 준수)
- 자격변동(1종 ⇄ 2종, 의료급여 ⇄ 건강보험) 시 급여 기준
  - 치과임플란트 시술 단계별(3단계) 진료개시일자 자격 기준으로 급여
- 의료급여와 건강보험 간 자격 변동 시 등록연계 처리
  - 건강보험에서 의료급여로 자격변동 시 건강보험 임플란트 이력내용이 행복e음으로 자동 전송되며, 보장기관에서 연계등록처리
  - 의료급여 수급권자가 치과임플란트 시술 중 건강보험으로 자격이 변동된 경우 등록번호는 다시 부여 받아야함(건강보험 등록번호와 자릿수·구성 체계가 다름).

8 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 사전등록제

가. 법적근거

- 「의료급여법 시행규칙」 제9조

  * 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 일부 개정(고시 제2021-248호, '21.10.1.시행)에 따라 구순구개열 외 급여대상 질환 확대(희귀질환 4개 포함)

나. 급여기준

- 아래에 해당하는 경우로 치과교정 및 악정형치료 대상자로 등록된 자

  1) 구개열, 구순열을 동반한 치조열, 구순열을 동반한 구개열 환자

  2) 선천성 악안면 기형 환자로서 희귀질환 산정특례대상(등록이력 포함)으로 등록된 자 (보건복지부 고시: 제2022-252호 및 등록 관련 질의응답 참조)

구분		상병기호	상병명
구순구개열	구개열	Q351	경구개열
		Q353	연구개열
		Q355	경구개열 및 연구개열
		Q357	구개수열
		Q359	상세불명의 구개열
	구순열을 동반한 구개열	Q370	양쪽 구순열을 동반한 구개열
		Q371	한쪽 구순열을 동반한 구개열
		Q371	구순열을 동반한 구개열 NOS
		Q372	양쪽 구순열을 동반한 연구개열
		Q373	한쪽 구순열을 동반한 연구개열
		Q373	구순열을 동반한 연구개열 NOS
		Q374	양쪽 구순열을 동반한 경구개열 및 연구개열
		Q375	한쪽 구순열을 동반한 경구개열 및 연구개열
		Q375	구순열을 동반한 경구개열 및 연구개열 NOS
		Q378	양쪽 구순열을 동반한 상세불명의 구개열
		Q379	한쪽 구순열을 동반한 상세불명의 구개열
		Q379	구순열을 동반한 구개열 NOS
	구순열을동반한 치조열	Q369	구순열 NOS
선천성 악안면 기형 환자로서 희귀질환 산정특례대상(등록이력 포함)으로 등록된 자			

- (실시기관) 실시인력 기준에 의한 치과의사가 1인 이상 상근하는 의료급여기관에서 아래의 조건 중 하나에 해당하는 경우

  - 가) 레지던트 수련치과병원 나) 상급·종합병원으로 동일 의료기관 내에 치과 및 의과 진료과 간 협진체계 구축한 경우 다) 치과병·의원으로서 상기 가) 또는 나)에 해당하는 의료기관과 협진체계를 구축하고 증빙서류를 제출한 경우

- (시술자) 아래의 조건 중 하나에 해당하는 치과의사

  가) 치과교정과 전문의

  나) 고시 시행일 이전부터 구순구개열의 치과교정 및 악정형 치료의 진료 실적이 있는 경우

  다) 최근 5년간 교정치료 진료 실적이「치과 전공의의 연차별 수련 교과과정의 치과교정과 치료교정학에서 정하는 최소 환자 취급수를 충족한 경우

  * 상기 실시기관 및 시술자 기준에 해당되지 않으나 시행일 이전부터 치료 중인 환자가 지속적으로 동일 기관에서 치료를 원하는 경우에는 사전에 환자 동의서 및 치료계획서를 보장기관(관할 시군구)에 제출·등록한 경우에 한하여 인정

- (본인부담) 의료급여법시행령 제13조 및 같은 법 시행령 별표 1 (기존 의료급여 본인부담 적용)

- (급여횟수) 치과교정 각 행위별 의료급여 인정 횟수 등

※ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 등 참고

다. 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 사전등록

- 선청성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료는 치료기간이 장기간 소요되고 시술 행위 단계별 급여기준이 상이하여 효율적 관리를 위한 대상자 등 사전등록

> 대상자 등록 전 의료급여기관 실시인력 신고 및 실시기관 우선 등록 필요 : 보건복지부 홈페이지 '구순구개열의 치과교정 및 악정형 치료 등록관련 질의응답' 및 '구순구개열의 치과교정 및 악정형치료 급여기준 개선 관련 질의·응답(고시 제2020-208호, '20.9.22. 적용)' 참고

- 원칙적으로 보장기관(시군구)이 행복e음에 대상자 등을 등록하고 등록정보를 건강보험공단 의료급여 자격관리시스템에 전송

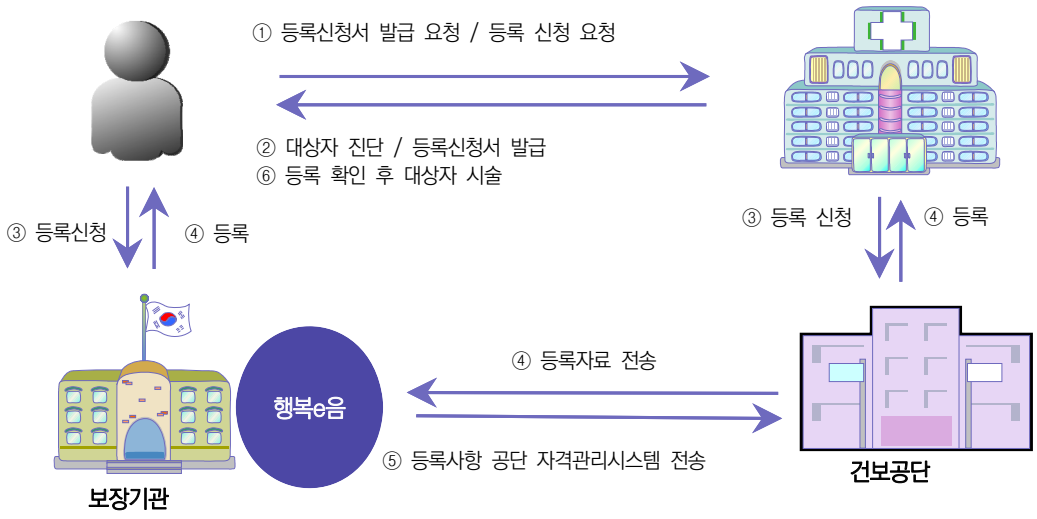
  - 환자 요청에 따라 의료급여기관에서도 대상자 등록 신청 가능

  ☞ 건강보험공단 요양기관정보마당(http://medi.nhis.or.kr)에서 전산 등록 가능

- 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료에 대한 사전 등록을 완료한 자에 한하여 의료급여 적용
  - 시술 후 소급적용을 위한 사후 등록은 불가
  - 다만, 시행일('19.3.25.) 전부터 교정치료 중인 환자가 지속적으로 동일기관 또는 동일시술자에게 치료를 원하는 경우에는 치료계획서(치료이력서 포함) 및 환자 동의서를 첨부하여 보장기관(관할 시군구)에 대상자 등록 신청을 한 경우는 의료급여 적용 가능
  - 이 경우 시행일('19.3.25.) 전에 치료 중인 치료의 진료단계(세부 수가분류, 참고2) 행위가 종료된 이후 다음 진료단계(세부 수가분류) 행위부터 의료급여 적용 가능

> **예시** 악궁확장 교정치료를 위하여 2019.3.22.부터 2019.3.29.까지 악궁확장 치료 인상채득 및 장치제작을 시행하고, 2019.4.1.부터 악궁확장 치료를 실시하는 경우 '참2다 악궁확장 치료'부터는 의료급여 적용이 되나, 급여 적용일 전에 시작된 '참2나 인상채득 및 장치제작'은 의료급여 적용이 되지 않음

(1) 등록 절차



- (보장기관) 등록, 등록내역 변경, 취소 등 대상자 관리
- (의료급여기관) 대상자 진단, 등록 신청, 시술
- (건강보험공단) 행복e음 등록자료연계, 등록 대행

① 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 대상자 등 등록신청서[서식 72] 발급 요청

② 의료급여기관의 시술자는 진단 후 해당 등록신청서 발급

③ 수급권자는 보장기관(시군구)에 직접(팩스, 우편 가능) 또는 의료급여기관에 등록 신청

- 의료급여기관은 건강보험공단 요양기관 정보마당에 등록 신청

④ 치과교정 및 악정형치료 대상자 등 등록

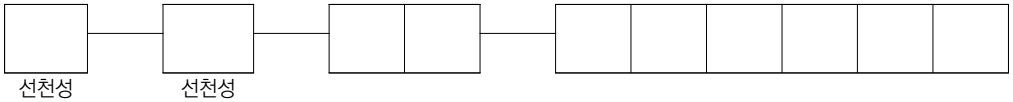
- 건강보험공단은 행복e음에 등록자료 전송(예정)

⑤ 보장기관은 등록사항을 건강보험공단 자격관리시스템에 전송

⑥ 등록번호 확인 및 대상자 시술

(2) 등록번호체계

- 틀니, 치과임플란트와는 달리 건강보험 대상자와 등록번호체계는 동일하며 교정치료별로 등록번호가 각각 부여



- 선천성 악안면 기형의 구분번호 : 5
- 선천성 악안면 기형의 교정치료종류
  - 술전유아악정형장치치료(1), 악궁확장 교정치료(2), 상악전치부 배열을 위한 고정식 교정치료(3), 악정형 교정치료(4), 성장관찰(5), 고정식 교정장치를 이용한 교정치료(6), 치조골 이식술을 위한 구개측 호선(7)
- 등록연도 : 등록연도 4자리 중 마지막 2자리
- 일련번호 : 등록순으로 자동부여

예시 참2 악궁확장교정치료의 가. 임상검사, 진단 및 치료계획 수립을 2019.4.1. 시작한 경우 등록번호는 5219000001

(3) 진료전달체계 등

- 의료급여 진료절차 준용
- 자격 변동 (1종 ⇄ 2종, 의료급여 ⇄ 건강보험) 시 급여 기준
  - 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 시술 단계별 진료개시일자 자격 기준으로 급여 적용
- 의료급여와 건강보험 간 자격 변동 시 등록 연계 처리
  - 의료급여와 건강보험 간 등록번호체계가 동일하기 때문에 건강보험에서 의료급여로 자격 변동 시 보장기관은 별도의 등록 연계 조치 불필요
  - 의료급여 수급권자가 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 시술 중 건강보험으로 자격이 변동될 경우 등록번호를 다시 부여받지 않아도 됨

(4) 보장기관의 주요 업무 내용

① 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 대상자 사전 등록

- 환자(가족 포함)가 보장기관을 직접 방문하거나 우편, 팩스 신청 가능

  ☞ 환자는 보장기관을 내방하거나 우편으로 신청할 경우 반드시 원본을 제출하며, 팩스로 신청 시 대상자의 신분증 사본을 첨부하면 원본생략 가능

  ※ 다만, 의료급여기관(치과병·의원 등)에서 건강보험공단 홈페이지(요양기관정보마당)에서 직접 등록 신청도 가능

- 보장기관(관할 시군구)이 행복e음에 대상자 등록하고, 등록정보를 건강보험공단 의료급여시스템에 전송 (구축예정)

② 대상자 등록 내역 변경, 취소

- (변경) 주민등록번호, 진단일자, 확인사항(편측성, 양측성) 등 대상자 등록 내역 변경이 발생한 경우 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 대상자 등록 내역 변경/취소 신청서[서식 80]에 변경 내용 및 사유를 기재하고 증빙서류와 함께 환자(가족 포함) 또는 의료급여기관이 보장기관(관할 시군구)에 제출하면 변경처리 가능
- (취소) 의료급여기관이 의료급여 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 대상자 등록내역 /변경/해지/취소 신청서[서식 80]에 등록사항과 취소 사유를 기재한 후 보장기관(관할 시군구)에 제출하면 대상자 취소 처리 가능

  * 등록 당일은 의료급여기관에서 요양기관정보마당에서 직접 취소 가능

  ※ 다만, 교정치료별 세부시술행위가 등록되어 있는 경우 취소 불가

③ 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 대상자의 교정치료별 진료단계(세부 수가분류) 등록

- 입술입천장갈림증(구순구개열) 치과교정 및 악정형치료 의료급여 대상자는 시술 전 교정치료별 진료단계(세부 수가분류)

  * 사전 등록이 필요하며, 대상자 등록 방법과 동일

  * 참1 술전유아악정형장치치료
    참2 악궁확장 교정치료
    참3 상악전치부 배열을 위한 고정식 교정치료
    참4 악정형 교정치료
    참5 성장관찰
    참6 고정식 교정장치를 이용한 교정치료
    참7 치조골 이식술을 위한 구개측 호선

[임상검사 진단 및 치료계획 수립]

◆ (실시기관에서 등록 신청) 교정치료별 해당 등록신청서를 건강보험공단 요양기관정보마당에 전산 등록하거나 수급권자가 신청서를 보장기관에 제출

◆ (예외기준 실시기관에서 등록 신청) **교정치료별(요양급여기준의 참1~참7)로 치료계획서 및 환자 동의서를 보장기관(관할 시군구)에 제출** → 보장기관에서 접수된 내역을 확인하고 예외기준 내역 등록 완료 → 의료급여기관은 해당 교정치료의 진료단계(세부 수가분류)를 건강보험공단 홈페이지(요양기관정보마당)에서 등록

④ 교정치료별 진료단계(세부 수가분류) 등록 내역 시술중지, 변경, 취소

- (시술중지) 대상자를 등록한 의료급여기관의 요청에 의해서만 가능하며, ① 교정치료 결과가 적절하게 유지되지 못하여 재시술이 필요한 경우 ② 의료급여기관의 폐업 등으로 진료 진행이 불가능한 경우 '선천성 악안면 기형 치과교정 및 악정형치료 교정치료 시술중지/변경/취소 신청서[서식81]'에 등록내역과 시술중지 사유를 기재하고 증빙서류(진료기록부 사본 등)와 함께 의료급여기관이 보장기관(관할 시군구)에 제출하면 중지처리 가능

- (변경) 치료행위 등록내역(시술시작일 변경 등) 변경이 발생한 경우 '선천성 악안면 기형 치과교정 및 악정형치료 교정치료 시술중지/변경/취소 신청서[서식81]'에 등록사항과 변경 내용 및 사유를 기재하고 증빙서류(진료기록부 사본 등)와 함께 환자(가족 포함) 또는 의료급여기관이 보장기관(관할 시군구)에 제출하면 변경처리 가능

- (취소) 의료급여기관이 '선천성 악안면 기형 치과교정 및 악정형치료 교정치료 시술중지/변경/취소 신청서[서식81]'에 등록사항과 취소 사유를 기재한 후 보장기관(관할 시군구)에 제출하면 대상자 취소처리 가능

※ 등록 당일은 실시기관에서 요양기관정보마당에서 직접 가능

· 취소 신청할 선천성 악안면 기형 치과교정 및 악정형치료 교정치료 단계에 급여비용 청구내역이 있는 경우, 의료급여기관은 건강보험심사평가원으로 급여비용 자진환수 요청 후 보장기관(관할 시군구)에 해당 신청서와 환수된 내역을 함께 제출하여야 취소 처리 가능

⑤ 선천성 악안면 기형 치과교정 및 악정형치료 대상자의 교정치료별 진료단계(세부 수가분류) 재시술 등 등록

- 일정 조건을 충족해야 추가 진료단계(세부 수가분류)를 할 수 있는 재시술(아래 참고) 등은 의료급여기관에서 직접 요양기관 정보마당을 통한 전산등록이 불가하기 때문에, 환자(가족 포함) 또는 의료급여기관은 해당 신청서와 증빙서류(의사소견서 등)를 보장기관(관할 시군구)에 방문, 우편 또는 팩스로 제출하여 등록 신청

〈 아 래 〉

- (참3 상악 전치부 배열을 위한 고정식 교정치료) 성장과정에 불가피한 상황에 따라 치료결과가 적절하게 유지되지 않는 경우
  → 참3가 임상검사, 진단 및 치료계획 수립/ 참3나 상악전치부 배열을 위한 고정식 교정치료/ 참3 교정치료 종료 및 조정을 각각 1회 추가 인정
- (참6 고정식 교정장치를 이용한 교정치료) 다만 수술을 동반하지 않은 고정식 교정장치를 이용한 교정치료 종료 후 골신장술 또는 악교정수술을 동반한 교정치료를 하는 경우
  → 참6가 임상검사, 진단 및 치료계획 수립/ 참6나 고정식 교정장치를 이용한 교정치료/ 참6다 교정치료 종료 및 보정을 각각 1회 추가 인정
- (참7 치조골 이식술을 위한 구개측 호선 제작) 편측성(양측성) 구순열을 동반한 치조열, 편측성(양측성) 구순열을 동반한 구개열인 경우 치조골 이식술 실패시
  → 추가 1회 인정
- (참6 고정식 교정장치를 이용한 교정치료에서 주) 한 악당 2개 이상 치아(사랑니, 과잉치 제외)의 발치 또는 선천적 결손치 공간에 공간폐쇄 및 재평가를 한 경우
  → 1회 산정에 한하여 별도 산정

☞ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(행위 제20장 치과의 교정치료료) 및 건강보험요양급여비용의 내역 고시 참고

⑥ 기타

- 의료급여기관 폐업으로 선천성 악안면 기형 치과교정 및 악정형치료 진행이 중단되었다가 다른 의료급여기관에서 실시할 경우 치료받을 의료급여기관에서 해당 교정치료별 재등록 필요(해당 교정치료 등록신청서와 치료계획서(첨부 서식 1)를 보장기관(관할 시군구)에 팩스 또는 우편 제출)

⑦ 관할 시군구청에서는 신청서 및 증빙서류(의사소견서 등)를 포함하여 국민건강보험공단 의료복지부에 공문 시행

▸ 보장기관은 등록·변경·취소·재시술 등에 대한 업무 처리(행복e음 전산 등록 등)와 관련하여 보건복지부 장관의 별도의 조치가 있을 때까지 건강보험공단 본부 의료비지원실(의료복지부)에 관련 서류 첨부하여 전자문서 요청

9 의료급여 치석제거

가. 법적 근거

- 「의료급여법 시행규칙」 제9조
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표2 비급여대상

나. 급여기준

- (대상자) 만 19세 이상 후속처치 없이 치석제거만으로 치료가 종료되는 환자

  ※ 기존에는 치료 등 후속처치가 있는 경우에만 급여 적용되었으며, 예방목적 치석제거는 비급여 ('13.7.1) 만 20세 이상 → ('17.7.1) 만 19세 이상

- (본인부담) 의료급여 일반원칙 적용

  - 1종 1천원/1.5천원/2천원, 2종 1천원/15%/15%

- (급여횟수) 연 1회

  ※ 횟수 초과 시 비급여

다. 치석제거 대상자 사전등록

- 후속처치 없는 치석제거 급여횟수가 연1회로 한정되어 이력 관리 필요
- 보장기관이 아닌 의료급여기관에서 요양기관정보마당에 접속하여 대상자별 급여 횟수 조회 후 급여가능 시 시술일을 시스템에 입력

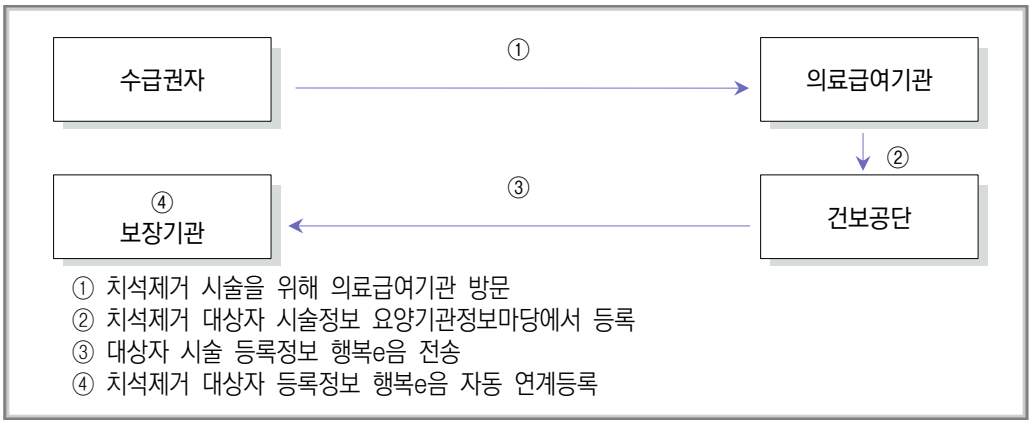
  ※ 현(現)틀니 유지관리 행위 등록시스템과 유사

- 등록자료는 심평원으로 전송, 심평원은 심사 시 일치여부 확인

  - 외래는 주민등록번호, 성명, 시술일자(진료일자), 의료급여기관기호가 일치하는 경우만 지급결정, 불일치 시 심사조정처리

  - 다만, 입원인 경우 시술일자(진료일자)가 입원기간 내에 있으면 지급결정

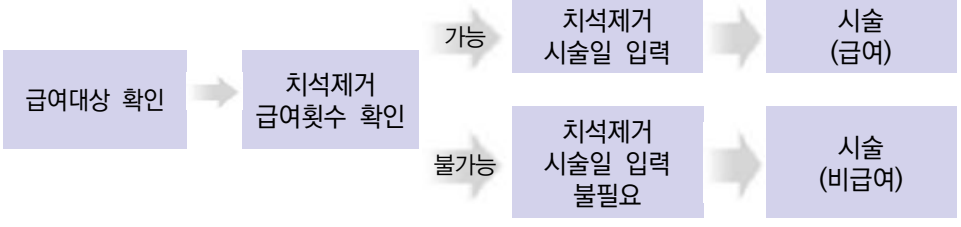
(1) 등록 절차



- (의료급여기관) 시술 전에 국민건강보험공단 등록시스템(요양기관정보마당)을 통해 치석제거 대상자의 수혜이력 조회 후, 급여 가능한 경우 직접 등록 처리 후 시술
- (국민건강보험공단) 치석제거 등록정보를 행복e음에 전송
- (보장기관) 공단으로부터 전송받은 치석제거 대상자 등록정보 행복e음에 자동 연계 등록. 다만, 의료급여기관의 특수상황 또는 정보통신망의 문제로 의료급여 기관에서 등록 불가할 경우, 보장기관에서 등록

(2) 의료급여기관(요양기관정보마당) 등록 방법

⇒ 요양기관정보마당(http://medi.nhic.or.kr)을 통해 치석제거 시술일자 등록
※요양기관정보마당 〉 회원서비스 〉 의료급여 치석제거 조회등록



① 치석제거 급여 대상여부 확인
- 만 19세 이상, 후속처치 없이 치석제거만으로 치료가 종료되는 경우

② 대상이 될 경우 치석제거 급여횟수 확인
※급여횟수(연 1회) 초과 시 등록 불가, 시술 시 비급여

③ 치석제거 시술일자 등록 후 시술

(3) 의료급여 치석제거 등록내용 취소

(등록 당일) 의료급여기관에서 직접 삭제
(등록일 이후) 의료급여기관이 등록 취소 신청서를 작성하여 보장기관에 취소 요청

- (등록일 이후 취소)
  - 의료급여기관에서 의료급여 치석제거 등록내역 취소 신청서[서식 82]를 작성하여 관할 보장기관에 제출(팩스, 내방, 우편)하면, 보장기관에서 내용 확인 후 취소 처리하며, 변경처리 없음

(4) 기타 사항

- 의료급여 일반원칙 적용
  - 의료급여 진료절차(1차 → 2차 → 3차)를 준용하며, 선택병의원 지정자의 경우 선택병의원에서 의료급여의뢰서를 발급받아 치과병의원 이용
    ※선택병의원으로 치과를 지정한 경우 해당 병의원 이용
- 자격 변동(1종 ⇄ 2종, 의료급여 ⇄ 건강보험) 시 급여 기준
  - 치석제거 시술일 자격 기준으로 급여

예시 1) '15. 10. 1. 건강보험에서 치석제거 등록
'15. 10. 2. 의료급여로 자격 변경
'15. 10. 3. 치석제거 시술 시작한 경우,
☞ 의료급여 기준으로 급여청구 및 본인부담금 부과

예시 2) '15. 10. 3. 치석제거 시술(의료급여자격 보유자)
'15. 10. 4. 의료급여에서 건강보험으로 자격 변동
'15. 10. 5. 의료기관에서 시술 후 진료확인번호 요청한 경우,
☞ 실제 진료일자(10.3)의 자격인 의료급여 기준으로 급여청구 및 본인부담금 부과

- 의료급여와 건강보험 간 자격변동 시 등록연계 처리
  - 건강보험에서 의료급여로 자격변동 시 건강보험 치석제거 시술 내용이 행복e음으로 전송되어 자동 연계등록

(5) 의료급여기관의 비용청구 방법

- 건강보험과 청구방법 동일

- 기존 의료급여 진료절차에 따라 진료확인번호를 요청하며, 요청 시 진료과목(98, 치과), 상세진료과목(00, 치과통합) 입력
- 국민건강보험공단 등록시스템(요양기관정보마당)의 사전등록 절차를 거친 후 진료비 청구
  - 건강보험심사평가원의 진료비 심사 시 등록정보가 없는 치석제거 청구 건은 심사 조정됨

10 의료급여 절차

가. 의료급여기관

(1) 의료급여기관의 범위

(가) 의료급여는 다음의 기관에서 행함(의료급여법 제9조제1항)

- 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
- 「지역보건법」에 따라 설치된 보건소·보건의료원 및 보건지소
- 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소
- 「약사법」에 따라 개설등록된 약국 및 같은 법 제91조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품센터

(나) 의료급여기관에서 제외되는 의료기관(의료급여법 시행령 제12조제1항)

- 「의료법」 제35조의 규정에 의하여 개설된 부속의료기관
- 「의료법」 제66조 또는 「약사법」 제79조제2항의 규정에 의한 면허자격정지 처분을 5년 동안에 2회 이상 받은 의료인 또는 약사가 개설·운영하는 의료기관 또는 약국(제외기간 : 1년 이하)
- 「의료급여법」 제28조 또는 제29조의 규정에 의한 업무정지 또는 과징금 처분을 5년 동안에 2회 이상 받은 의료기관 또는 약국(제외기간 : 1년 이하)
- 「의료급여법」 제28조의 규정에 의한 업무정지처분의 절차가 진행중이거나 업무정지처분을 받은 의료급여기관의 개설자가 개설한 의료기관 또는 약국(제외 기간 : 업무정지처분이 끝나는 날까지)

(2) 의료급여기관의 유형(의료급여법 제9조제2항)

(가) 제1차의료급여기관

- 「의료법」에 따라 시장·군수·구청장에게 개설신고를 한 의료기관
- 「지역보건법」에 따라 설치된 보건소·보건의료원 및 보건지소
- 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소
- 「약사법」에 따라 등록된 약국, 한국희귀·필수의약품센터

(나) 제2차의료급여기관

- 「의료법」에 따라 시·도지사가 개설허가를 한 의료기관

(다) 제3차의료급여기관

- 「의료법」 제3조의4에 따라 지정된 상급종합병원

(3) 의료급여기관별 진료범위(의료급여법 시행규칙 제16조)

제1차의료급여기관	제2차의료급여기관	제3차의료급여기관
가. 간단한 외과적 처치 그 밖의 통원치료가 가능한 질병의 진료 나. 장기치료가 필요한 만성질환으로서 입원할 필요가 없는 질병의 진료 다. 질병상태·이송거리 및 이송시간을 고려할 때 환자를 다른 의료급여기관으로 이송을 하여서는 환자의 생명에 위험이 초래되는 경우의 입원진료 라. 제1차 의료급여기관에서 입원진료를 받는 것이 수급권자에게 유리하다고 판단하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 입원 진료 (p. 221참조) 마. 「지역보건법」에 의한 보건의료원에서의 입원진료 바. 「의료급여법 시행규칙」 제3조제2항 각 호 외의 부분 본문에 따라 노숙인 등인 수급권자가 의료급여를 신청한 경우의 진료(노숙인진료시설인 제1차의료급여 기관만 해당) 사. 「의료급여법 시행규칙」 제3조제5항의 규정에 의하여 제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관으로부터 회송받은 환자의 진료 〈약국, 한국희귀·필수의약품센터〉 가. 처방전에 의한 조제 나. 「약사법」 제23조제3항 단서의 규정에 의하여 처방전에 의하지 아니한 직접 조제	가. 「의료급여법 시행규칙」 제3조 제1항 각 호의 어느 하나 또는 같은 조 제2항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우의 진료 (의료급여절차 예외의 경우) 나. 「의료급여법 시행규칙」 제3조 제2항 각 호 외의 부분 본문에 따라 노숙인 등인 수급권자가 의료급여를 신청한 경우의 진료 (노숙인 진료시설인 제2차의료 급여기관만 해당한다) 다. 「의료급여법 시행규칙」 제3조 제3항제1호 및 제2호에 따라 제1차의료급여기관 또는 다른 제2차의료급여기관으로부터 의뢰받은 환자의 진료 라. 당해 의료급여기관에 입원하였던 환자로서 퇴원후 경과의 관찰이 필요한 환자의 진료 마. 「의료급여법 시행규칙」 제3조 제5항에 따라 3차의료급여기관 으로부터 회송받은 환자의 진료	가. 「의료급여법 시행규칙」 제3조제1항 제1호부터 제6호까지에 해당하는 경우의 진료(의료급여 절차 예외의 경우) 나. 「의료급여법 시행규칙」 제3조제3항 제2호 및 제3호에 따라 제2차의료 급여기관 또는 다른 제3차의료급여기관으로부터 의뢰받은 환자의 진료 다. 당해 의료급여기관에 입원하였던 환자로서 퇴원후 경과의 관찰이 필요한 환자의 진료자의 진료

【참고사항】

※ 제1차의료급여기관 입원진료 범위(「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제5조)

① 제1차의료급여기관(보건의료원 제외)에서는 입원진료비용을 산정할 수 없다. 다만, 의료급여법 시행규칙(이하 "규칙"이라 한다.) 제16조제1호라목에 의한 다음 각호의 경우는 입원진료비용을 산정할 수 있다.

1. 분만 및 수술을 동반하는 경우
2. 정신질환, 한센병환자의 치료, 골절로 인하여 입원치료가 불가피한 경우
3. 입원진료 중 의료급여수급권자로 자격이 변동된 경우
4. 말기암환자에 대한 입원진료가 필요한 경우

② 입원은 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 적절한 기간에 한하며, 단순한 통원불편 간병인력부재 등의 사유로 입원지시를 하여서는 아니된다.

(4) 의료급여기관 개설 등 통보

- 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 의료급여기관이 개설·설치되거나 의료급여 기관의 신고·허가 및 등록사항 등에 변경이 있는 때에는 건강보험공단, 건강보험 심사평가원에 그 내용을 알려야함
- 의료급여기관의 개설·폐업·변경의 통보는 시행규칙 [별지 제11호서식]에 의함

나. 의료급여 절차(「의료급여법 시행규칙」 제3조)

(1) 의료급여 이용 절차

- 의료급여수급권자는 제1차의료급여기관에 의료급여를 우선 신청하여야 함
- 의료급여법 제3조제1항제9호의 노숙인 등은 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」 제16조제1항제6호에 따른 노숙인진료시설인 제1차의료급여기관 또는 제2차 의료급여기관에 의료급여를 우선 신청
- 의료급여수급권자가 제1차의료급여기관 진료 중 제2차 또는 제3차의료급여기관 진료가 필요한 경우 진료담당의사가 발급한 의료급여의뢰서[7](시행규칙 별지 제3호서식, [서식 13])를 7일 이내에 해당 의료급여기관에 제출하여야 함(원본 제출)

7) 건강보험의 요양급여의뢰서 또는 의사소견서 등으로 갈음할 수 없음.

(2) 의료급여의뢰서 유효기간

- 수급자는 처음 발급받은 의료급여의뢰서로 해당 상병의 치료가 종료될 때까지 의뢰받은 의료급여기관에서 치료 가능

※ 기타상병의 치료종료는 최종 진료일로부터 투약등 진료행위 없이 30일을 초과하는 경우 종료로 간주

【사 례】

만성질환자의 경우 의뢰받은 의료급여기관의 담당의사의 판단에 따라 의뢰한 상병에 대한 치료 후, 증세가 호전되어 더 이상 당해 의료급여기관에서의 진료가 불필요하게 된 경우에는 치료종료

※ 의료급여회송서의 경우도 의료급여의뢰서와 유효기간 동일

(3) 의료급여 이용 절차 예외

(가) 다음의 경우 제2차 또는 제3차 의료급여기관에 우선 의료급여 신청가능

① 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 해당하는 응급환자인 경우

② 분만의 경우

③ 영 제3조제2항 제1호 라목에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환, 희귀난치성질환 또는 중증질환을 가진 사람이 의료급여를 받으려는 경우

④ 제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관에서 근무하는 수급권자가 그 근무하는 의료급여기관에서 의료급여를 받으려는 경우

⑤ 「장애인복지법」 제32조의 규정에 따라 등록한 장애인이 「장애인·노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용촉진에 관한 법률」 제3조제2호에 따른 보조기기를 지급받으려는 경우

⑥ 「장애인복지법」 제32조에 따라 등록한 장애인이 「구강보건법」 제15조의2에 따른 장애인구강진료센터에서 의료급여를 받으려는 경우

⑦ 감염병의 확산 등 긴급한 사유가 있어 보건복지부 장관이 정하는 기준에 따라 의료급여를 받으려는 경우

⑧ 「건강검진기본법」에 따른 국가검진을 받은 사람이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환의 확진검사에 대하여 의료급여를 받으려는 경우

⑨ 단순물리치료가 아닌 작업치료·운동치료 등의 재활치료가 필요하다고 인정되는 사람이 재활의학과에서 의료급여를 받으려는 경우

⑩ 한센병환자가 의료급여를 받으려는 경우

⑪ 「장애인복지법」제32조의 규정에 따라 등록한 장애인이 의료급여를 받으려는 경우

⑫ 「국민건강보험법 시행령」제45조제1호에 해당하는 지역의 의료급여수급권자가 의료급여를 받으려는 경우

⑬ 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령」제14조 또는 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률 시행령」제8조에 따른 상이등급을 받은 사람이 의료급여를 받으려는 경우

⑭ 15세 이하의 아동이 의료급여를 받으려는 경우

①~⑧호의 경우 제2차 또는 제3차 의료급여기관에 신청 가능하고, ⑨~⑭호의 경우 제2차의료급여기관에 신청 가능

(나) 다음의 경우 노숙인진료시설이 아닌 제1·2·3차의료급여기관에 의료급여 신청 가능

① 노숙인 등이 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 해당하는 응급환자인 경우

② 노숙인 등이 분만하는 경우

(다) 기타 의료급여 이용 절차 예외

① 건강보험 가입자로 제2차 및 제3차의료급여기관 입원 및 외래진료 중 의료급여 대상자로 자격변동된 경우

- 건강보험에서 정당하게 절차를 거쳐 급여를 받고 있었다면 의료급여 대상자로 자격이 변동되었다 하더라도 다시 의료급여의뢰서를 받을 필요는 없음.
- 다만, 입원 및 외래진료 중인 상병의 진료가 종료된 후 관련없는 상병으로 진료를 받을 경우에는 의료급여 절차에 따라야 함.

② 국가에서 실시하는 건강검진(암검진 등), 예방접종 등은 의료급여기금으로 운영되는 사업이 아니므로, 의료급여 절차에 따르지 않아도 되나, 건강검진 당일 의료급여수급권자가 건강검진 외에 진료를 원하는 경우 이는 의료급여를 이용하는 것이 되므로, 의료급여 절차에 따라야 함.

- 무료 암검진결과 이상소견이 있어 단계적 정밀검사 또는 별도의 진료가 이루어진 경우에는 의료급여 절차에 따라야 하는 바, 이 때는 진료담당의사가 검진결과서에 검진을 시행한 의료급여기관의 진료가 필요하다는 의사소견을 기재하면 그 검진결과서를 의료급여의뢰서로 갈음할 수 있으므로, 검진을 시행한 의료급여기관에서 바로 진료 가능함. 다만, 그 검진결과서를 타 의료급여기관으로 의뢰하는 용도로는 사용할 수 없음.

※ 국가에서 실시하는 건강검진으로 확인되는 일반 질환, 만성고시질환 확진검사의 경우는 절차에 따른 진료안내

11 의료급여일수 연장승인 관리 및 선택의료급여기관제도

가. 의료급여일수 상한 적용 기준

(1) 의료급여 상한일수

- 수급권자가 의료급여 기금의 부담으로 의료급여를 받을 수 있는 일수(상한일수)는 각호와 같음.
  - 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환(결핵 포함) 각 질환별 연간 365일
  - 의료급여법 시행규칙 제8조의3제1항제2호에 따라 보건복지부장관이 고시하는 만성질환[8](이하 "만성 고시질환"이라 한다) 각 질환별 연간 380일
  - 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환(결핵 포함) 및 만성고시질환에 해당하지 않은 질환에 대해서는 모두 합산하여 연간 400일

(2) 의료급여일수 산정방법

- 의료급여일수는 매년 1월 1일부터 12월 31일까지의 입원일수, 투약일수, 투약없이 외래로 의료급여를 받는 경우의 급여일수를 합하여 산정

  예시 A수급권자가 외래로 A의원에서 방문하여 7일 처방을 받아서 약국에서 7일치 약을 조제 받은 경우 : 7일(투약일수 7일)

- 다만, 다음의 경우 급여일수에서 그 일수를 제외하고 산정함

  ① 입원 중 입원한 의료급여기관에서 투약받는 경우 그 입원기간중의 투약일수

  ② 동일 처방에 의하여 원내투약과 원외투약이 동시에 이루어지는 경우 중복되는 투약일수

8) 만성고시질환(의료급여수가의 기준 및 일반기준 제22조)
① 정신 및 행동장애(F00~F99)
② 신경계질환(G00~G37, G43~G83)
③ 고혈압성 질환(I10-I15)
④ 간의 질환(만성바이러스간염포함)(B18, B19, K70~K77)
⑤ 당뇨병(E10-E14)
⑥ 기타 만성폐쇄성폐질환(J44)
⑦ 대뇌혈관질환(I60-I69)
⑧ 두개내손상(S06)
⑨ 갑상선의 장애(E00~E07)
⑩ 심장질환(I05~I09, I20~I27, I30~I52)
⑪ 뇌전증(G40~G41)

③ 혈액투석 또는 복막투석을 받고 있는 만성신부전증환자와 장기이식을 받은 환자가 「국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제2항의 규정에 의한 필수적인 경구약제를 투여받는 경우 그 투약일수

④ 지역사회 일차의료 시범사업으로 1일에 진료와 교육·상담이 동시에 이루어지는 경우 그 교육·상담일수

- 의료급여일수는 의료급여를 받는 날짜의 순서에 따라 산정함

(3) 급여일수 통보(시행규칙 제8조의5)

(가) 통보주체 : 건강보험공단

- 수급권자에게 우편 등을 통한 정기 통보
- 시장·군수·구청장에게는 EBDW를 통하여 통보

(나) 통보방법

- 수급권자에게 전자문서*, 우편 등을 통한 정기 통보

① (전자문서) CI 매칭된 사용자에게 네이버(전자문서중계자) 전자문서 발송(최초1회 동의필요) → 네이버 인증서를 활용하여 인증하고 대상자 검증 → 안내문 표출

② (우편) 5일 간 전자문서 미열람 시, 우편물관리센터 자동 통보→ 종이 안내문 우편발송

* 통지서, 안내문을 공인전자주소 기반 전자문서 형태로 본인 명의의 모바일 기기로 전달

- 시장·군수·구청장에게는 EBDW를 통하여 통보

(다) 통보대상 및 통보횟수

- 수급권자의 급여일수가 180일 이상이 되는 경우 : 6월 중 1회
- 수급권자의 급여일수가 300일 이상이 되는 경우 : 매월 1회

※ 연장승인신청서는 EBDW를 통하여 출력 가능

(라) 통보내용

- 급여일수 연장승인이 필요한 수급권자는 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환(결핵 포함), 만성고시질환 및 기타 질환(들)(이하 “질환군”이라 한다)으로 구분하여 질환군별 상한일수[9]를 초과하기 60일 전부터 신청 할 수 있음

- 인체면역결핍증바이러스 질환자는 상한일수를 제한받지 아니하므로 연장승인 신청 등이 불필요, 행복e음상 직권등록 처리[10)]
- 천재지변, 응급증상 및 이에 준하는 증상 등으로 인하여 연장승인 신청이 어려운 경우에는 동 상황이 종료된 시점부터 14일 이내에 신청할 수 있음
- 상한일수를 초과하여 의료급여를 받으면서 시행규칙 제8조의3제2항(연장승인) 및 제3항(선택의료급여기관 지정)에 따른 승인을 얻지 않은 경우에는 건강보험 수준의 본인부담률을 적용함(입원20%, 외래·약국30%)

(마) 급여일수 확인

- 수급권자는 통보받은 급여일수에 대한 의료급여 내역의 확인을 시장·군수· 구청장에게 요청 가능

(바) 전년도 급여일수 초과자 게시

- 전년도 급여일수 초과자를 "EBDW"로 시장·군수·구청장에게 제공(매년 상반기 중 게시)

나. 만성고시질환 연간급여일수 차감

(1) 연간급여일수 차감제

- 만성질환자의 당해 연도 급여일수가 380일을 초과하였으나, 그 초과내역이 내년도 투약분으로 그 초과일수가 75일 이내인 경우 급여일수 연장이 아닌 내년도 급여일수 차감 적용

(2) 적용기준

(가) 산정 기산점

- 매년 1월 1일 진료분부터 적용하되, 자격관리시스템에서 확인된 급여일수 기준으로 산정

※ 단 차감일수 확정이후 소급하여 반영되는 급여일수는 차감제에 미적용

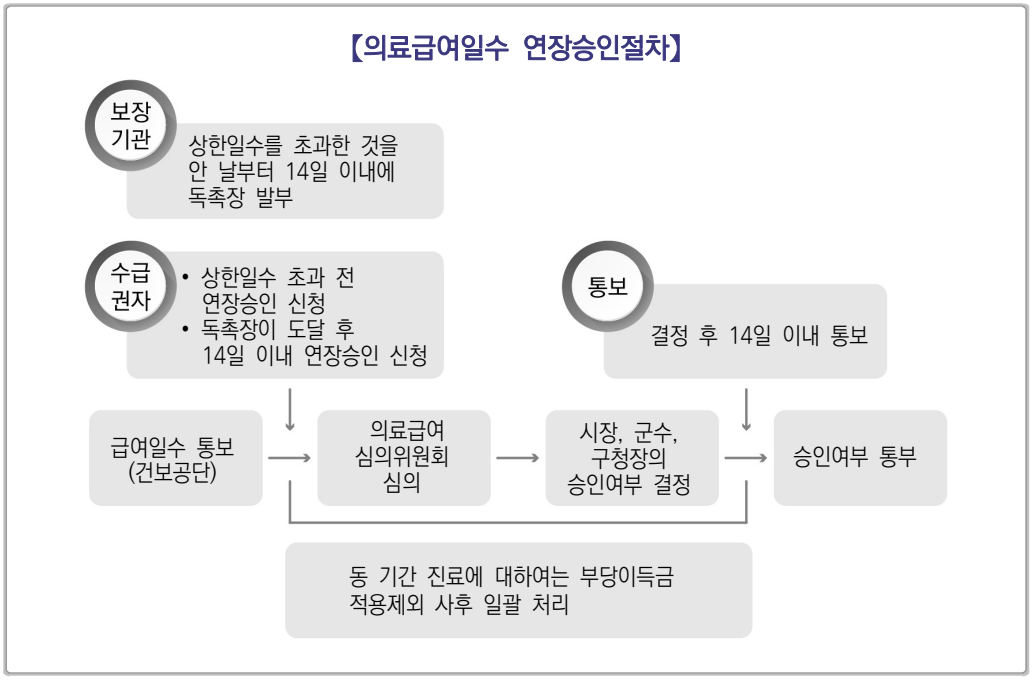
(나) 차감제 적용 제외자

- 연장승인자, 선택의료기관지정자(당연·자발), 자발적 선택의료기관 지정 제외자

9) 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환, 만성고시질환 및 기타 질환(들)로 구분하여 급여일수를 산정하여 통보함

10) 의료급여법 시행규칙 제8조의3제1항

다. 급여일수 연장승인(시행규칙 제8조의3)



(1) 신 청

● 의료급여일수 연장승인 신청서 및 선택의료급여기관 신청서 제출

(가) 의료급여일수 연장승인 신청서

① 의료급여일수 급여일수 연장신청서 제출

- 수급권자(현재 선택의료급여기관 적용중인 대상자 포함)가 연간 질환군별 상한일수를 초과하여 의료급여를 받아야 할 경우 “의료급여일수연장승인 신청서(이하 “연장승인신청서”라고 한다)”[서식 55]를 관할 시·군·구청장 또는 읍·면·동장에게 제출

> **(대리신청 등)** 수급권자가 본인이 거동불편, 정신질환 등으로 방문 신청이 곤란할 경우 수급권자의 법정대리인 신청할 수 있으며, 법정대리인이 없을 경우 담당공무원 및 의료급여관리사를 통한 직권 신청이 가능. 수급권자가 거동불편, 정신질환 등으로 방문 신청이 곤란하여 팩스로 신청을 받는 경우 추후 원본을 제출받거나 의료급여기관을 통해 사실 확인 필요

- (시설수급권자) 연장승인신청서를 작성하여 시설장에게 제출하고, 시설장은 연장승인신청서의 의견서란에 의견을 기재한 후 날인하여 시·군·구에 제출

② 연장승인신청서 기재사항

- 연장승인신청서에는 진료담당의사가 환자상태(병력, 증상 등), 연장 신청일수 및 연장사유, 목적(입원 또는 외래)을 반드시 기재

※ 연장 신청일수 : 등록 중증질환, 희귀·중증난치질환(결핵 포함)의 경우 90일 이내, 만성 고시질환의 경우 75일 이내, 기타질환의 경우 1회 연장 시 90일 이내, 2회 연장 시 55일 이내

※ 의사가 아닌 보건진료소의 소장은 연장승인신청서 발급 불가(단, 만성질환자인 수급권자가 보건진료소만을 지속적으로 이용하는 경우에 한하여 보건진료소장도 발급 가능)

③ 연장승인신청 시기

- 수급권자는 연장승인신청을 질환군별 상한일수를 초과하기 60일 전부터 할 수 있음

• 보장기관에서는 의료급여 상한일수를 초과할 것으로 예상되는 자에 대해 상한일수를 초과하기 전에 연장승인 신청을 할 수 있도록 전화 등을 통해 안내 실시(지자체 여건 및 상황에 따라 관할 읍·면·동 협조)

- 천재지변, 응급증상 및 이에 준하는 증상[11] 등으로 객관적인 사유로 인하여 연장 승인 신청이 어려운 경우에는 동 상황이 종료된 시점부터 14일 이내에 신청 할 수 있음

④ 연장승인신청서 처리절차

- 읍·면·동에 제출된 연장승인서는 시장·군수·구청장에게 송부
- 연장승인 신청일은 연장승인신청서를 시·군·구청장 또는 읍·면·동장이 접수한 날이 되며(신청서상의 신청일자가 아님), 행복e음에 자료 입력시 연장 승인 대상 년도를 반드시 입력

【사 례】

2022년도 연장승인신청서를 2022.7.10.에 접수한 경우, 연장승인신청일자는 『2022-7-10』로, 연장승인대상년도는 『2022』으로 각각 입력

⑤ 수급권자의 전출시 처리

- 수급권자가 전입한 보장기관에서 연장승인 업무를 처리

【사 례】

건강보험공단의 개인별 급여일수 자료가 전출지로 통보되었을 경우 전출지 보장기관은 전입지 보장기관으로 동 자료를 이송 조치

11) 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조제1호 참조

⑥ 수급권 상실자의 처리절차

- 사망, 건강보험가입 등으로 의료급여 수급권을 상실한 자는 연장승인신청을 면제
- 사망 또는 건강보험가입자는 보장기관에서 직권으로 연장신청 및 승인조치한 후 행복e음에 입력하여 건강보험공단에 전송 처리

(필수입력항목) 가구주와 수진자 성명, 주민등록번호, 연장승인 대상년도, 연장승인일수, 연장사유란에 "사망" 또는 "건강보험가입자"로 기재(신청인 및 의료급여기관 서명날인 불필요)

⑦ 신청서 기재사항 확인

- 신청서상의 기재사항 누락여부를 확인
- 연장사유 기재내용만으로는 연장여부 결정이 곤란하다고 판단될 경우 진료담당 의사소견서를 별도로 제출하도록 하거나, 담당의사와 유선통화로 필요성 여부 확인

【사 례】

구체적인 질환에 대한 설명이나 이유 없이 단순히 연장이 필요하다고 기재된 경우

(2) 보장기관 직권 연장승인 신청

- 보장기관은 의료급여 상한일수가 초과하였거나 초과할 것으로 예상되는 수급권자가 고령, 거동불편, 정신질환 등으로 연장승인 신청서를 발급, 보장기관에 제출하는 것이 곤란하다고 판단(진료내역 열람, 전화 또는 방문 상담 결과)되는 경우 직권으로 연장승인을 신청할 수 있으며, 이때 연간 진료내역, 상담내용 등을 근거자료로 하여 시·군·구 의료급여심의위원회의 심의를 거쳐 연장승인할 수 있음.

(3) 보장기관 직권 연장승인(심의제외)

(가) 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환(결핵 포함)

- 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환(질환자가 아님에 유의)은 지속적인 의료이용이 필요하므로, 수급자의 신청 및 시·군·구의료급여심의위원회의 연장승인 심의 불필요(의료급여법 시행규칙 제8조의3, '17.1.1.시행)

* (행복e음 처리) 급여일수관리 - 급여일수 연장심의관리 -급여일수 연장심의 등록 - 심의회차의 심의 제외를 선택할 경우 의료기관 및 질병명은 내용이 자동 입력되며, 심의적용일자는 연장승인신청일자 입력 시 자동 입력됨, 질환구분, 연장승인신청일자, 심의결과(연장승인) 입력, 심의결과 등록 시 건보공단에 실시간으로 90일 연장승인이 전송됨

- 다만 의료남용 등이 있는 경우 종전대로 연장승인 심의 회부 가능함

- 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환의 급여일수 자체가 사라지는 것은 아니므로, 급여일수는 종전대로 계속 통보되고, 해당 질환의 급여일수 초과시 선택의료급여기관 지정은 시행하여야 함.(선택의료급여기관 지정 대상에서 제외 되는 것은 아님)

- 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환을 가진 사람이 만성고시질환이나 기타질환도 가지고 있는 경우, 만성고시질환이나 기타질환에 대하여 급여 상한일수를 초과한다면 이에 대하여는 시·군·구의료급여심의 및 연장승인을 받아야 함.

(나) 타 질환군으로 선택의료급여기관 지정

- 4개 질환군(중증, 희귀·중증난치, 만성고시, 기타) 중 어느 하나가 먼저 급여일수 초과되어 선택의료급여기관을 지정한 후에 다른 질환군의 급여일수가 초과되어도 연장신청서 및 선택의료급여기관 지정신청서 작성 불필요하며, 해당 질환군에 대하여는 행복e음에서 심의제외자로 등록

(4) 시·군·구 의료급여심의위원회 개최

(가) 의료급여심의위원회 구성

- 보장기관은 의료급여심의위원회(이하 “위원회”라고 한다) 위원을 법 제6조제4항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 갖춘 자로 위촉하되 아래에서 열거한 의사가 포함되도록 함.

  • 보건기관에 종사하는 의사(공중보건의 포함)

  • 국·공립의료기관에 재직중인 의사

  • 의료인 단체의 추천을 받은 의사

- 다만, 위원회의 의사 위촉이 임기 등의 사유로 불가피하게 지연될 경우에는 전임 위원이 후임위원(의사) 위촉 시까지 업무 수행 가능

(나) 위원회 개최 시기

- 보장기관은 연장승인신청서가 접수된 날부터 1개월 이내에 위원회 개최 (가급적이면 매월 1회 이상 개최)

(다) 위원회 운영방식(출석심의시)

- 과반수 이상 위원의 출석으로 안건 심의
- 출석위원 과반수 이상의 찬성으로 안건 의결

(라) 위원회 심의

- 위원회에서는 보장기관에서 상정안 연장승인 신청건에 대해 신청자의 질환, 의사의 의료급여일수 연장승인 신청 검토의견서[서식 56] 등 관련 자료를 토대로 연장승인, 조건부연장승인, 연장 불승인으로 구분하여 심의
- 연장일수의 경우 등록 중증질환, 희귀·중증난치질환(결핵 포함)의 경우 90일, 만성 고시질환의 경우 75일, 기타질환의 경우 1회 연장 시 90일, 2회 연장 시 55일의 범위 내에서 연장 기간을 심의
- 연장승인 신청 사유 및 목적이 명확하지 않거나 객관적 증빙이 부족하다고 판단되는 경우 신청을 반려

※ 행복e음 : [자격관리] 〉 [급여일수 연장심의 관리]

【사 례】

전년도 연장승인신청 건(예컨대, 2020년도 연장승인 신청건을 2021년도에 심의하는 경우)에 대해서도 동일한 방법으로 심의

(마) 위원회 심의형식

- 출석 심의
  - 연장불승인 사유에 해당하는 연장승인건을 심의를 하는 경우(단, 부정행위 및 의료급여증(시행규칙 별지 제6호서식, [서식 10])을 대여하거나 대여받은 경우에는 서면심의 가능)
  - 기타 출석심의가 필요하다고 판단되는 경우
- 서면 심의는 출석심의 외의 경우

(바) 위원회 심의시 판단자료

- 신청자의 주상병, 환자상태, 그간의 진료상황과 의사의 의견, 의료급여 사례관리 내용, 자문의사·의료급여관리사의 검토의견 내용, 진단서 등 객관적인 자료
- 신청자의 생활실태, 의료급여 필요성 등에 대한 읍·면·동 기초생활보장 담당자, 보건소, 건강보험심사평가원 등의 자문 활용

(사) 자문의 활용

- 의료급여 관리사가 보건기관에 종사하는 의사 또는 전문의 등에게 자문을 받아 의료급여일수 연장승인 신청 검토의견서[서식 56]를 작성한 경우 자문비[12]는 의료급여기금의 행정 경비(기금지출액의 0.3%)에서 지출

(자문의 유형) 필요시 내과, 외과, 한방, 치과 등 주요 전문과목별로 의뢰할 수 있고 특정 의사를 자문의로 지정·운영할 수 있음

【자문료 예시】

자문 유형	자문료 예시
수시 자문	1회당 만원(10건 이하는 만원) 단, 50건 초과시 만원
상시 자문	2~3시간 월 4번 지자체 방문 만원
지역의사협의회 자문	시간당 만원

(5) 급여일수 연장승인 종류

(가) 연장승인

● 대상

- 장기간 입원 또는 복합적인 투약 등으로 불가피하게 의료급여를 받아야 할 사유가 발생하여 상한일수를 초과하여 의료급여를 받고자 하는 자(선택의료급여기관 적용자 포함)

※ 상한일수 : 등록 중증질환, 희귀중증난치질환(결핵포함)의 경우 365일, 고시질환의 경우 380일, 기타 질환의 경우 400일)

12) 보장기관에서 정함

- 질환군별 연장승인
  - 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환(결핵 포함)은 각 질환별 연간 365일 상한일수 도달 시 90일까지 1회 연장 가능(총 455일)
  - 만성 고시질환은 각 질환별 연간 380일 상한일수 도달 시 75일까지 1회 연장 가능(총 455일)
  - 상기 질환에 해당하지 않은 질환에 대해서는 모두 합산하여 연간 400일 상한일수 도달 시 1회 90일, 2회 55일씩 총 2회 연장 가능(총 545일)
- 보장기관의 업무처리
  - 보장기관은 위원회의 심의결과를 토대로 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환, 만성고시질환 및 기타 질환(들)등으로 구분하여 90일 이내의 범위에서 급여일수 연장승인 조치하고, 조치결과를 신청자에게 통보[서식 57]
- 급여일수 산정 기산점
  - 매년 1월 1일 진료분부터 적용하되, 자격관리시스템에서 확인된 급여일수를 기준으로 산정[13)]

(나) 조건부 연장승인(선택의료급여기관 적용대상자 처리)

- 개념
  - 연장승인신청자 중 여러 의료급여기관 이용에 따른 병용금기 및 중복투약으로 위해(危害) 발생 가능성이 높은 자를 대상으로 본인이 선택한 1~2개의 의료급여기관을 차기연도 말까지 이용할 것을 조건으로 당해연도 급여일수를 연장승인해 주는 제도
- 대상[14)]
  - 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환(결핵 포함) 중 하나의 질환으로 각각 급여일수 455일(상한일수 365일 + 1차연장승인 90일)을 초과하여 의료급여를 받고자 하는 자
  - 만성고시질환 중 하나의 질환으로 각각 급여일수 455일(상한일수 380일+1차연장승인 75일)을 초과하여 의료급여를 받고자 하는 자

※단, 차감제 대상자는 제외

13) 급여일수를 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환, 만성고시질환 및 기타 질환별로 상한일수로 관리
14)「선택의료급여기관 적용대상자 및 이용 절차 등에 관한 규정」제2조

- 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환 또는 만성고시질환 이외의 질환(이하 "기타 질환(들)"이라 한다)으로 급여일수 545일((상한일수 400일 + 90일(1차) + 55일(2차 연장승인))을 초과하여 의료급여를 받고자 하는 자

※ 단, 행려환자 및 노숙인은 적용 제외되며, 4개 질환군(중증, 희귀난치, 만성고시, 기타) 중 어느 하나가 먼저 급여일수 초과되어 선택의료급여기관을 지정한 후에 다른 질환군의 급여일수가 초과되어도 선택의료급여기관 지정 신청서 작성 불필요

● 적용기간

- 조건부 연장승인 : 당해연도 말까지의 급여일수 연장

※ 차기연도에도 당해연도와 같이 일반수급권자와 동일한 급여일수가 주어지고, 이를 초과하는 경우 연장승인 신청대상이 됨

- 의료급여기관 선택범위 제한(선택의료급여기관 적용) : 차기연도 말까지

※ 2021년 의료급여 상한일수(연장일수 포함) 초과자에 대해 2022년 말까지 의료급여기관 선택범위를 제한(선택의료급여기관 당연적용)하는 조건으로 2021년 급여일수를 연장하는 것임

(6) 연장불승인

● 대상

- 질환사유가 경증이고 외래진료로 치료가 가능한 질환임에도 불구하고 고의적 으로 단기 또는 장기입원 중인 자(농한기, 겨울철, 가정사정 등)

【사 례】

사고, 질환 등이 없음에도 불구하고 가족 전체 또는 일부가 동반 입원하는 경우

- 처방받은 약품을 판매, 증여 또는 타 약품이나 물품·서비스로 교환한 자 등 부정행위를 한 자
- 의료급여증(시행규칙 별지 제6호서식, [서식 10])을 대여하거나 대여 받은 자
- 의료급여 담당자 또는 관리사의 사례관리를 거부한 자
- 조건부 연장승인을 받은 선택의료급여기관 당연적용자 및 자발적 지정자가 의료이용 행태에 개선이 없거나 동일성분의약품 중복투약자에 해당하는 등 의료쇼핑 행태가 심한 경우

● 조치

> **건보부담적용이란?**
> 연장승인 불승인자에 대한 제재로서 본인부담 수준을 종전 의료급여 제한(전액 본인부담)에서 건강보험 수준의 본인부담률*을 적용하는 것을 말함(의료급여법 시행령 별표 1 제3호 다목, '19.1.1. 시행)
> * 개정된 본인부담 수준 : (종전) 전액 본인부담 → (개정) 입원 20%, 외래·약국 30%

- 연장불승인 결정일로부터 3개월 동안 건보부담 적용되며, 보건소 등 보건기관의 진료에 한하여만 종전의 의료급여 본인부담률이 적용됨(각 질환별 상한일수를 모두 사용한 후에 적용)
- 보장기관은 불승인 내용의 연장승인결과 통보서를 송부(등기우편)하고, 유선으로 고지
- 연장불승인 처분을 받는 경우에는 행복e음에 건보부담적용자로 입력(건보부담적용자 처리절차 참고)
- 조건부 연장승인자가 연장불승인을 받은 경우에는 불승인기간 3개월이 경과한 후에는 다시 조건부 연장승인자로 관리

● 연장불승인시 진료비 처리

- 연장불승인 결정시 연장승인 신청후 심사기간 중에 의료급여 상한일수를 초과하여 발생한 진료비는 부당이득금으로 징수하지 않음

(7) 보장기관의 연장승인 심의결과 통보

● 통보시기

- 보장기관은 연장승인여부에 대한 심의결과를 의료급여심의위원회 심의종료 후 14일 이내에 신청자에게 통보[서식 57]
- 보장기관은 분기마다 월별 연장승인실적을 작성하여 매분기 마지막 달의 다음 달(1·4·7·10월) 20일까지 복지부에 보고[서식 58]

● 심의결과별 통보내용

① 연장승인 시

- 진료일수가 과다하거나 연장승인을 신청해야 함에도 하지 않을 시 건강보험 수준의 본인부담을 적용받는 불이익이 있음

- 조건부연장승인자가 되어 향후 1~2개 의료급여기관을 선택하여 이용할 수 있으며, 의료급여증에 의료급여제한 표시 등 불이익이 있음
- 조건부 연장승인기간은 차기연도말까지이며 동 기간에는 본인이 선택한 의료급여기관만을 이용해야 함. 이 경우 선택의료급여기관에서 외래진료를 받거나, 선택의료급여기관에서 교부한 처방전으로 의약품을 조제 받는 경우에는 본인부담금이 면제됨
- 선택의료급여기관에서 치료하기 어려운 경우, 선택의료급여기관의 주치의의 의료급여의뢰서를 발부받아 다른 의료급여기관에서 진료를 받을 수 있으나, 진료비의 일부는 본인이 부담을 해야 하고, 의뢰서 없이 다른 병의원을 이용 하는 경우에는 의료비 전액을 본인이 부담함

② 연장불승인

- 연장불승인기간은 3개월이므로 해당 기간동안 보건소 등 보건기관의 진료에 한하여만 종전의 의료급여 본인부담률이 적용됨
- 보건기관 이외 다른 의료급여기관을 이용하는 경우에는 건보부담적용을 받아 건강보험가입자 의원급 본인부담률에 준하는 금액(입원 20%, 외래·약국 30%)을 본인이 부담해야 함
- 조건부승인자가 연장불승인을 받은 경우에는 불승인기간이 경과한 후에는 선택의료급여기관 이용 대상자가 됨

(8) 만성고시질환 의료급여일수 차감제

● 개요

> **만성고시질환 의료급여일수 차감제란?**
> 만성질환자의 당해 연도 급여일수가 380일 초과하였고 그 초과내역이 내년도 먹을 약을 미리 당겨 받은 투약 분으로 그 초과일수가 75일 이내인 경우 급여 일수를 연장하지 않고 내년도 급여일수에서 차감 적용 (만성고시질환의 총 급여일수 455일 초과할 수 없음)

● 목적

- 매년 반복되는 연장승인 신청 건을 감소하여 불필요한 행정력 낭비 및 최대 75일까지 급여일수 중복혜택 방지

* 차년도 복용약을 미리 당겨 처방받을 경우 차년도 급여일수에서 차감하고 현행 급여 일수에는 산입하지 않도록 시스템을 개선하여 불필요한 급여일수 연장 방지

● 적용질환 : 만성고시질환

① 정신 및 행동 장애(F00-F99) ② 신경계질환(G00-G37, G43-G83) ③ 고혈압성 질환(I10-I15) ④ 간의 질환 (만성바이러스간염 포함)(B18, B19, K70-K77) ⑤ 당뇨병(E10-E14), ⑥ 기타 만성 폐쇄성 질환 (J44) ⑦ 대뇌혈관질환(I60-I69)⑧ 두개내 손상(S06)⑨ 갑상선의 장애(E00-E07) ⑩ 심장질환(I05-I09, I20-I27, I30-I52) ⑪ 뇌전증 (G40-G41)

* 차감제 전산반영 시기 : 월1회 반영(매월 초 전산반영) 실시간 반영 아님 유의.

* 차감예정일수는 전산(DW)에 표시된 이후 당해 진료가 발생된 경우,수시로 취소 됨

● 적용기준

① 산정 기산점

- 매년 1월 1일 진료 분부터 적용하되, 자격관리시스템에서 확인된 급여일수 기준으로 산정

* 단 차감일수 확정이후 소급하여 반영되는 급여일수는 차감제에 미적용하며 미적용자가 연장승인대상자, 선택의료급여기관 적용자로 확인된 경우 해당지침 적용

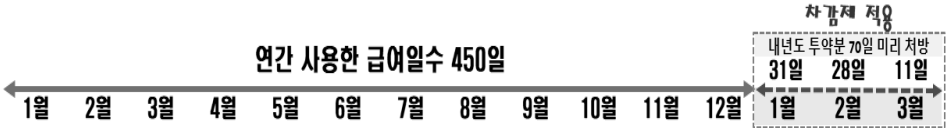
② 차감제적용 예외자

- 연장승인자, 선택의료기관지정자(당연·자발), 자발적 선택의료기관 지정 제외자

● 차감제 적용 및 미적용 실제사례

① 차감제 적용사례

- 사용한 급여일수 450일 중 380일을 초과하는 급여일수 70일이 내년도 투약분으로만 초과되었을 경우 내년도 급여일수에서 차감

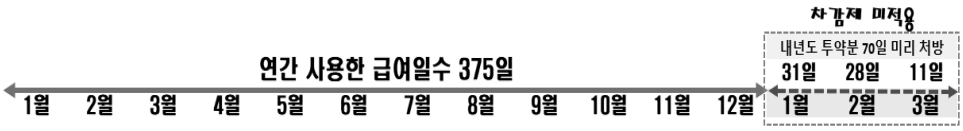


② 차감제 미적용 사례

1) 만성고시질환자의 연간급여일수가 380일을 초과하지 않은 경우

내년도 투약분 70일분을 미리 처방 받았으나 연간 사용한 급여일수가 380일이 초과되지 않은 경우 차감제 미적용

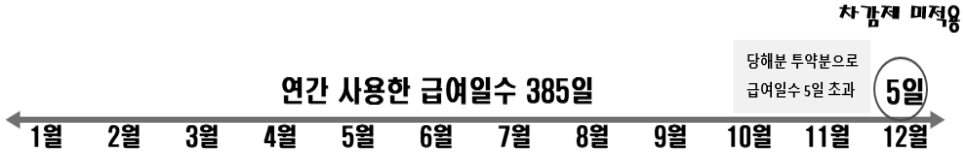
(당해연도 외래+투약+입원 + 차기년도 투약분 70일이 =〉〉 380일을 넘지 않는 경우)



2) 만성고시질환자의 연간급여일수가 380일은 초과하였으나 그 초과내역에 당해연도 입내원일수, 당해연도 투약일수가 포함되어 있는 경우

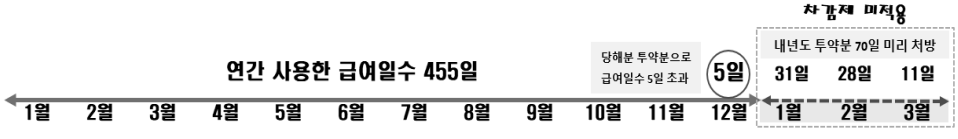
연간 사용한 급여일수가 380일이 초과되었으나 초과사유가 당해분 투약으로 급여일수가 5일 초과된 경우 차감제 미적용

연간급여일수 외래+투약+입원 380일 + 당해연도 투약 5일(총385일) + 차기년도 70일 =〉초과사유가 당해연도 급여일수 5일초과로 미적용)



연간 사용한 급여일수 455일 중 380일을 초과하는 급여일수가 75일이며 초과사유가 당해 분 투약으로 5일, 내년도 투약 분으로 70일 처방 받아 초과된 경우 차감제 미적용

연간급여일수 외래+투약+입원 380일 + 당해연도 투약 5일(총385일) + 차기년도 70일 =〉초과사유가 당해연도 급여일수 5일초과로 미적용)

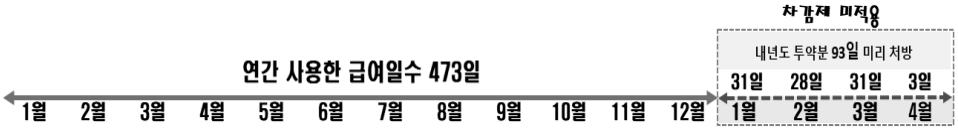


3) 만성고시질환자의 연간급여일수가 380일 초과하였고 그 초과내역이 내년도 투약분을 미리 처방받은 내역이지만, 75일을 초과한 경우

연간 사용한 급여일수가 380일이 초과하였고 그 초과내역이 내년도 투약분을 미리 처방 받았는데 초과일수가 93일 인 경우

(연간급여일수 외래+투약+입원 380일 + 차기년도 처방 93일인 경우 연간 455일 초과로 미적용)

(연간급여일수 외래+투약+입원 380일 + 차기년도 처방 75일인 경우 연간 455일 이내로 적용)



차감제 미적용자

- 만성고시질환자의 연간급여일수가 380일을 초과하지 않은 경우
- 만성고시질환자의 연간급여일수가 380일은 초과하였으나 그 초과내역에 당해 연도 입·내원일수, 당해 연도 투약일수가 포함되어 있는 경우
- 만성고시질환자의 연간급여일수가 380일 초과하였고 그 초과내역이 내년도 투약분을 미리처방받았지만, 75일을 초과한 경우

(9) 연장승인(선택의료급여기관) 미신청자에 대한 보장기관의 업무처리

건보부담적용이란?

연장승인 미신청자에 대한 제재로서 본인부담 수준을 종전 의료급여 제한 (전액 본인부담)에서 건강보험 수준의 본인부담률*을 적용하는 것을 말함(의료급여법 시행령 별표 1 제3호다목, '19.1.1. 시행)

* 개정된 본인부담 수준 : (종전) 전액 본인부담 → (개정) 입원 20%, 외래·약국 30%

* 선택병의원 지정대상이 아닌 연장대상자가 연도말까지 급여일수 연장승인을 하지 않은 경우 건보부담은 당해연도까지 유효하며 익년도에 급여일수 신규생성

(가) 대상

- 질환군별 급여일수가 상한일수를 초과할 것으로 예상되는 자에게 연장승인 및 선택의료급여기관 신청서를 제출하도록 안내하였음에도 제출하지 않은 경우

(나) 조치

- **(1차 연장승인 대상자)** 보장기관에서는 '연장승인 미신청자에 대하여는 건보부담적용 조치한다'는 내용을 유선 및 공문으로 철저히 안내
- **(조건부 연장승인 및 선택의료급여기관 당연 적용자)** 보장기관에서는 '선택의료급여기관 미신청자에 대하여는 신청서 제출시까지 건보부담적용 조치한다'는 사실을 유선 및 공문으로 철저히 안내

※ 연장승인을 신청한 날부터 결정한 날까지 일괄승인 정상적인 연장신청에 준하여 처리할 것.

※ 연장승인 및 선택의료급여기관 신청서 제출을 사전 안내한 자료를 반드시 확보하여 추후 민원 제기시 증빙자료로 활용

(다) 독촉

① 시기

- 수급권자에 대한 독촉은 보장기관에서 상한일수를 초과한 것을 안 날부터 14일 이내에서 실시
- 보장기관별 담당자는 매년 1, 4분기에는 매월 마지막 날을 기준으로 2~3분기에는 분기 마지막 날을 기준으로(1.31, 2.28, 3.31, 6.30, 9.30, 10.31, 11.30, 12.31) 질환군별(만성고시질환 및 기타 질환) 급여일수 초과인 자를 EBDW를 통해 발췌하고, 발췌한 날로부터 14일 이내 독촉장 발송(등기우편)

※ 질환군별 급여일수 : 만성고시질환의 경우 380일, 기타 질환의 경우 400일

【급여 상한일수 초과자 발췌 기준시점】

분기	1분기			2분기	3분기	4분기		
발췌기준시점	1.31.	2.28.	3.31.	6.30.	9.30.	10.31.	11.30.	12.31.

② 독촉장을 수령한 수급권자의 연장신청 기한

- 독촉장을 받은 수급권자는 독촉장이 도달한 날부터 14일 이내에 연장승인 신청을 해야 함

③ 독촉내용

- 독촉장이 도달한 날부터 14일 이내에 연장 신청해야 함
- 동 기간 내에 연장승인 신청하지 않을 경우에는 독촉기간 만료일 다음날부터 의료급여기관 및 약국에서 발생한 진료비에 대하여 건보부담적용함

※ 우편수령 거부자 및 주소불명자의 경우 공시송달 조치

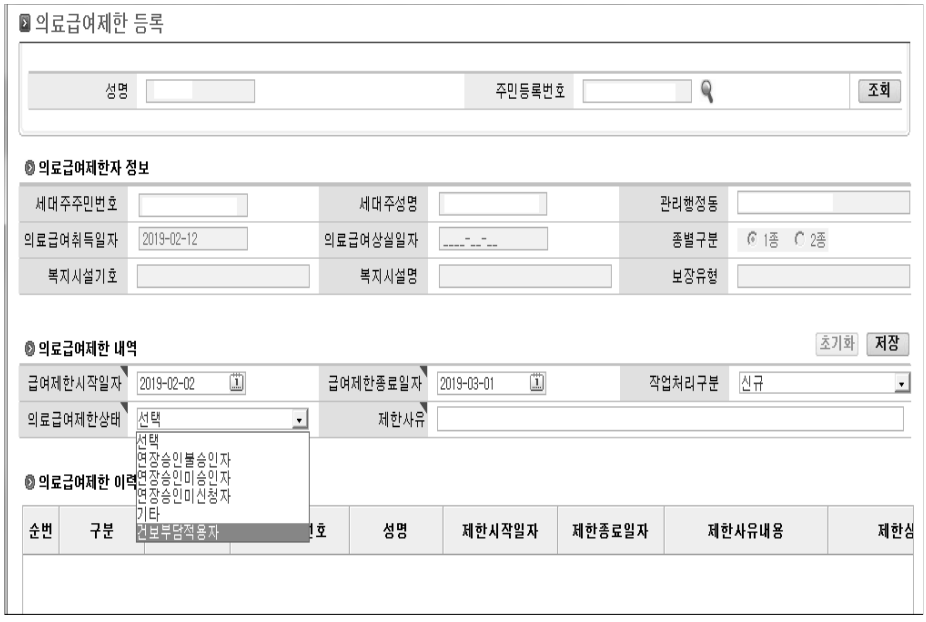
(라) 건보부담적용자 처리절차 및 조회

- 질환군별 연간 급여일수를 초과한 수급권자가 시·군·구 의료급여심의위원회의 심의결과, 연장불승인시에는 불승인 결정일로부터 3개월간, 연장승인(선택의료급여기관) 미신청 시에는 신청서 제출시까지 건보부담적용자 처리함
  - 보장기관은 행복e음을 통하여 관련사항(본인부담구분코드*, 건보부담적용 사유와 기간 등)을 기재한 후 국민건강보험공단 자격관리 시스템으로 전송

* (B014) 연장승인(선택의료급여기관) 미신청자(불승인자)로서 「의료급여법 시행령」 [별표1] 제3호 다목에 따른 의료급여비용을 적용받는 사람(1·2종)

【시스템<행복e음> 주요 처리화면】

- 의료급여 → 급여일수관리 → 의료급여 제한관리 → 건보부담적용자 추가



- 의료급여 → 본인부담완화 → 본인부담대상자관리 → B14코드추가

- 건강보험공단은 시군구에서 통보된 내용을 “의료급여 자격관리 시스템”을 통하여 의료급여기관에 제공함으로써 건보부담적용 여부를 확인할 수 있도록 함
- 의료급여기관은 보장기관에서 전송된 건보부담적용 수급권자의 내역을 “의료급여 자격관리 시스템”을 통하여 실시간 조회 가능

● 건보부담적용 여부 조회방법

〈의료급여기관〉

① 의료급여기관은 요양기관 정보마당(http://medi.nhis.or.kr)를 접속 후 의료급여 진료확인을 클릭하면 [표 1]과 같이 하여 진료일자별 수진자 자격정보를 확인할 수 있음.

② 의료급여 진료확인 화면에서 “급여제한일자” 란에 수급권자의 “제한일자”와 “불승인” 사항 확인

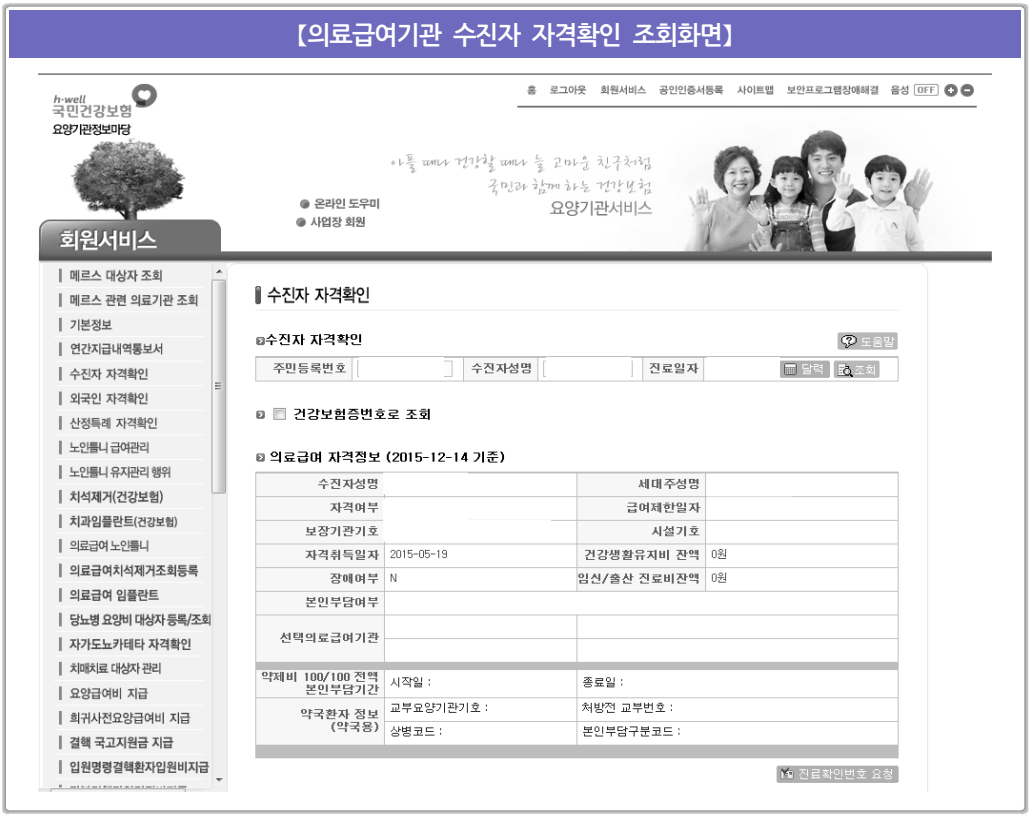
* 건보부담적용자가 엄밀한 의미에서 종전의 ‘급여제한자’는 아니나, 급여제한자로 등록하게 되면 수급권자가 등록기간 중 주소지 전·출입으로 인한 자격상실·취득이 이루어지더라도 건보부담적용자 정보가 누락되지 않는 이점이 있으므로, 본인부담구분코드 부여와 함께 급여제한자로도 등록하여 관리할 필요가 있음.

③ 의료급여기관은 수진자 자격확인을 통해 내원한 수급권자의 건보부담적용 여부를 확인 후 동 사실을 수급권자에 알리고 건강보험 수준의 본인부담률이 적용됨을 설명

④ 건보부담적용자에 대한 특정기호*를 명세서에 기재하여 청구

* (F023) 연장승인(선택의료급여기관) 미신청자(불승인자)로서 「의료급여법 시행령」 [별표1] 제3호 다목에 따른 의료급여비용을 적용받는 사람(1·2종)

【의료급여기관 수진자 자격확인 조회화면】



라. 선택의료급여기관 제도

(1) 관련근거

- 의료급여법 시행규칙 제8조의3 제3항~5항
- 선택의료급여기관 적용대상자 및 이용 절차 등에 관한 규정(고시)

(2) 선정기준 및 신청방법

(가) 선택의료급여기관 선정 기준

① 원칙 : 제1차의료급여기관(의원급) 중 한 곳 선정

【조건부 연장승인신청자중 진료절차 예외자(규칙 제3조)인 경우】

- 등록 희귀질환, 중증난치질환자 또는 등록 중증질환자는 제2차 또는 제3차의료급여기관 중 한 곳
- 제2차 또는 제3차의료급여기관에서 근무하는 자(파견근로자 포함)는 그 근무하는 의료 급여기관
- 등록장애인, 한센병환자 등「의료급여법 시행규칙」제3조제1항제7호 내지 제12호[15]의 어느 하나에 해당하는 경우에 제2차의료급여기관 중 한 곳

② 유형별 선택범위

- (유형1) 복합질환으로 제1선택의료급여기관 외에 다른 의료급여기관에서의 진료가 6개월 이상 지속적으로 필요하다고 판단되는 경우

※6개월 이상 진료기간이 기재된 진단서 또는 담당의사 소견서 첨부

• 위원회의 심의를 거쳐 제1차 또는 제2차 의료급여기관 중 어느 한 곳을 추가적으로 선택할 수 있음

• 6개월 이상 지속적인 진료가 필요한 질환에 대한 판단여부는 보장기관에서 위원회를 통해 결정

【6개월 이상 지속적으로 진료가 필요한 복합질환 예시】

- 정신 및 행동장애, 신경계질환, 고혈압성 질환, 간의 질환(만성바이러스 간염포함), 당뇨병, 호흡기결핵, 기타 만성폐쇄성폐질환, 대뇌혈관질환, 두개내손상, 갑상선의 장애, 심장질환, 뇌전증 등 만성고시질환을 포함하여 6개월 이상 지속적으로 진료가 필요한 질환

- (유형2) 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환(결핵 포함)자로서 제1선택 의료급여 기관이 제2차 또는 제3차 의료급여기관인 경우[16]에도 제1차 또는 제2차의료급여기관 중 어느 한 곳을 추가적으로 선택할 수 있음[17]

15) 의료급여법 시행규칙 제3조제1항제8호 내지 제13호
8. 단순물리치료가 아닌 작업치료·운동치료 등의 재활치료가 필요하다고 인정되는 자가 재활의학과에서 의료급여를 받으려는 경우
9. 한센병환자가 의료급여를 받으려는 경우
10.「장애인복지법」제32조의 규정에 따라 등록한 장애인이 의료급여를 받으려는 경우
11.「국민건강보험법 시행령」제43조의3제1호에 해당하는 지역의 의료급여수급권자가 의료급여를 받으려는 경우
12.「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령」제14조 또는「보훈보상대상자 지원에 관한 법률 시행령」제8조에 따른 상이등급을 받은 사람이 의료급여를 받으려는 경우
13. 15세 이하의 아동이 의료급여를 받으려는 경우

16) 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환(결핵 포함)자의 경우, 선택의료급여기관은 주로 2~3차 병의원이기에 감기 등의 경증질환 발생시 거리 등의 사유로 거주지 인근의 1~2차 병의원을 이용하도록 편의를 도모

17) 이 경우 의료급여심의위원회의 심의는 생략할 수 있음

③ 조건부 연장승인신청자가 제1선택 또는 제2선택의료급여기관을 치과의원 또는 한의원으로 선택하지 아니한 경우에는 치과의원 또는 한의원을 각각 하나씩 추가하여 선택할 수 있음.

- 제1선택의료급여기관 및 제2선택의료급여기관에서의 외래진료시 본인부담이 없으나, 제3치과의원, 한의원에서는 외래 진료시 본인부담금 있음에 유의

④ 선택의료급여기관 적용 대상자

- 자발 적용자 : 의료급여법 시행규칙 제8조의3 제3항에 해당하지 아니하는 자
- 당연 적용자 : 의료급여법 시행규칙 제8조의3 제3항에 해당하는 자

【선택의료급여기관 선정 기준 일람표(시행규칙 제8조의3 [별표1])】

<table>
<tr><th colspan="2">적용대상자</th><th colspan="4">급여상한일수 초과자, 자발적 참여자</th></tr>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>제1선택
의료기관
* 심의 불필요</th><th>제2선택
의료기관
* 심의 필요
(희귀난치성 또는
중증질환자는 불필요)</th><th>제3선택
의료기관
* 심의 불필요</th><th>제4선택
의료기관
* 심의 불필요</th></tr>
<tr><td colspan="2">일반</td><td>1차</td><td>6개월 이상 진료
필요자 1~2차</td><td rowspan="4">한의원
- 제1·제2 선택 의료급여기관을 한의원으로 지정 하지 않은 경우
* 본인부담 있음</td><td rowspan="4">치과의원
- 제1·제2 선택 의료급여기관을 치과의원으로 지정하지 않은 경우
* 본인부담 있음</td></tr>
<tr><td rowspan="4">진료
절차
예외자</td><td>희귀·중증난치질환
또는 중증질환자</td><td>1~3차</td><td>1~2차</td></tr>
<tr><td>2~3차 병원 근무자</td><td>2~3차
(본인근무지)</td><td>6개월 이상 진료
필요자 1~2차</td></tr>
<tr><td>한센병환자,
등록장애인,
도서벽지지역 거주자,
국가유공자 중
상이등급자</td><td>1~2차</td><td>6개월 이상 진료
필요자 1~2차</td></tr>
</table>

1) 급여상한일수 초과자 : 제2선택의료급여기관 지정시 심의 필요(단, 제1선택의료급여기관은 연장승인 심의를 거쳐 선지정하고, 등록 희귀난치성 또는 등록 중증질환자가 제2선택기관 지정시에는 심의 불필요)

2) 선택의료급여기관별 본인부담 여부

- 1종 수급권자는 제1, 2 선택의료급여기관 이용시 본인부담 없으나, 제3, 4 선택의료급여기관 이용시 본인부담 있음
- 2종 수급권자는 선택의료급여기관 이용시 본인부담 있음
- 선택의료급여기관에서 진료의뢰 받아 진료시 본인부담 있음, 의뢰서 없이 다른 병의원 이용시 전액 본인부담

3) 복합질환으로 6개월 이상 진료가 필요한 자에 대해서는 진료담당의사의 진단서 또는 소견서로 확인함. 다만, 진료절차 예외자 중 한센병 환자, 등록장애인, 도서벽지지역 거주자, 국가유공자 중 상이등급자에 대하여는 보장기관 담당자가 수급자별 진료내역 등을 통해 판단하여 진단서 또는 소견서를 제출한 것에 갈음할 수 있음

4) 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환(결핵 포함)자 등 진료절차 예외자라도 추가 선택병의원인 한의원· 치과의원은 1차 의료급여기관 중 선택

(나) 선택의료급여기관(신규·변경) 신청서 제출

① 제출

- 연장승인 신청자는 연장승인신청서 외에 선택의료급여기관(신규·변경) 신청서 [서식 59]에 본인이 이용하고자 하는 선택의료급여기관을 정해서 읍·면·동에 제출

※ 읍·면·동에서는 급여일수 연장승인신청을 하고자 하는 수급권자가 선택의료급여기관을 어느 병의원으로 정할지 상담이 필요한 경우에 의료급여 관리사 등과 상담이 이루어질 수 있도록 안내

※ 행복e음 : [본인부담완화] 〉 [본인부담구분 대상자 관리] 〉 [본인부담면제-선택병의원 등록] (1종 수급권자가 선택의료급여기관 신청서를 제출하는 경우 본인부담면제 신청서 제출 생략)

※ 자발적 참여자의 경우 선택의료급여기관 신청서를 제출한 다음날부터 선택의료급여기관 적용

② 제출시기

- 등록 중증질환(암환자, 중증화상환자), 등록 희귀·중증난치질환(결핵 포함) 또는 만성고시질환 : 1차 연장승인 신청시
- 기타 질환(들) : 2차 연장승인 신청시
- 전년도 조건부 연장승인자 : 12월

※ 2019년 조건부 연장승인자가 2020년에도 조건부 연장승인된 경우, 2020.12월을 전후하여 선택의료급여기관(변경)신청서를 제출하며, 이 때 신청한 선택의료급여기관 적용 기간은 2021.1.1~12.31임.(2020.12.31까지는 2019년 연장승인 조건에 따라 기존 선택의료급여기관을 계속 이용해야 함)

※ 단, 적용중인 제1, 제3, 제4선택의료급여기관을 계속 유지하고자 하는 경우에는 제출 생략가능하나, 당초 심의결과에 따라 제2선택의료급여기관을 이용해 온 자는 제2선택의료기관에 대한 신청서 및 진단서 등을 별도로 제출하여 심의를 거쳐 계속 지정 여부를 결정

- 선택의료급여기관 적용 가능성이 높은 자는 연장승인신청과 동시에 선택의료 급여기관 신청서를 접수하여 적기에 선택의료급여기관이 적용될 수 있도록 함.
- 보장기관 담당자가 이미 선택의료급여기관 적용시기를 경과한 이후에 인지 하여 사전 보장기관의 제출 안내가 이루어지지 못한 경우에는 현행과 같이 14일 조건부연장승인에 대한 안내를 실시하고, 미제출한 경우 독촉기간 만료일로 부터 선택의료급여기관을 지정할 때까지 건보부담적용*함

* 건보부담적용은 최대 선택의료급여기관 적용일까지 가능

예) '19년 선택병의원지정 대상자의 경우 '20.12.31까지 건보부담적용할 수 있고, '21년부터 해제 조치

※ 보장기관은 급여일수가 초과된 수급자에게 연장승인 및 선택의료급여기관 지정 신청서 제출과 미제출시 불이익(건보부담적용)을 당할 수 있다는 사전 안내(고지)를 적시에 시행

③ 제출 유예 적용

- 선택의료급여기관신청서는 연장승인신청서와 동시 제출을 원칙으로 하되, 선택의료급여기관 적용 가능성이 적은 대상자의 경우(연도말 도래 등) 담당자 판단 하에 제출유예 가능

【사 례】

- 백혈병으로 급여상한일수를 초과하여 90일의 연장승인을 받고 동시에 선택의료급여기관 신청서를 제출했던 자가 475일(365(급여상한일수) + 90(연장승인일수) + 20(초과 사용일수))을 사용하였음을 안 경우 언제부터 선택의료급여기관을 적용해야 하는지?
  - ☞ 보장기관에서 연장승인 일수가 초과되었음을 안날의 다음날부터 선택의료급여기관을 적용하고, 선택의료급여기관으로 적용하기 전까지 연장승인 일수를 초과하여 사용한 급여일수 20일에 대해서는 별도의 연장승인심의 생략
- 연장승인을 받지 않은 수급권자가 백혈병으로 475일(365+90+20)을 사용하였음을 안 경우 어떻게 처리하는지?
  - ☞ 보장기관에서 연장승인일수가 초과되었음을 안날로부터 14일 이내에 연장승인신청서 및 선택 의료급여기관신청서를 제출하도록 안내하고, 제출일로부터 1개월 이내에 심의위원회 심의를 거쳐 연장승인 및 선택의료급여기관 적용
- 백혈병으로 400일(365+35)을 사용한 자가 연장승인만 받고 선택의료급여기관신청서 제출을 하지 않은 경우 어떻게 처리하는지?
  - ☞ 아직 455일 경과 이전이므로 정상급여
  - ☞ 보장기관에서는 '455일이 경과하게 되면 선택의료급여기관 적용을 받아야 하며, 미신청시에는 급여제한 됨'을 사전안내하여 455일 도래전 선택의료급여기관신청서를 제출할 수 있도록 조치 (사전안내한 증빙자료 확보 필요)
  - ☞ 만약 사전안내를 받고도 455일이 도래한 시점에 아직까지 선택의료급여기관신청서를 제출하지 않은 경우에는 455일 도래일로 즉시 급여제한 조치함
  - ☞ 455일 도래전 선택의료급여기관신청서를 제출하였다면, 일반적인 조건부승인 절차에 따라 선택의료급여기관 적용
  - ※ 연장승인 및 선택의료급여기관을 거부할 경우 급여제한조치 및 초과사용분에 대해서는 부당이득금 징수절차에 따라 환수 조치

④ 선택의료급여기관 지정 제외자 처리

- 연장승인신청자 중 다음 해 복용할 약제를 처방받은 것으로 인해 당해연도 급여일수가 초과된 사람에 대하여 시·군·구청장이 해당 수급권자의 전체 의료이용내역을 면밀히 검토한 결과, 여러 의료급여기관 이용에 따른 병용금기 및 중복투약으로 인하여 건강상 위해가 발생할 우려가 없다고 판단되는 경우 시·군·구청장은 시·군·구의료급여심의위원회의 심의를 거쳐 당해연도 선택의료급여기관 지정 제외자로 처리할 수 있음

- 시·군·구의료급여심의위원회의 심의가 충실히 이루어질 수 있도록 심의시 판단자료 준비 철저
- 선택의료급여기관 지정 제외자에 대하여는 이월된 급여일수에 대하여 차년도에 합산하여 의료급여일수 산정
- 선택의료급여기관 지정 제외자 급여일수 관리 대장[서식 115]에 따라 수기 관리하고, 전산 관리 방식 개발 시 추후 통보 예정

※ 중증질환, 희귀·중증난치질환, 만성고시질환에 한하며, 연장승인 절차는 종전대로 진행, 선택의료급여기관 지정만 제외함에 유의

(다) 선택의료급여기관 적용 통보서[서식 58] 발부[18]

- 보장기관은 연장승인 신청자가 선택의료급여기관 적용 대상자[19]에 해당한 것을 안 때에는 행복e음에 등록한 후 즉시 유선 등의 방법으로 해당 수급권자에게 적용 사실을 통지하고 14일 이내에 "선택의료급여기관 적용통보서[서식 60]"를 등기우편으로 발송

* 선택의료급여기관 적용 사실을 적기에 통보함으로써 수급권자가 선택의료급여기관 적용자로 등록된 사실을 알지 못해 선택의료급여기관 이용절차를 이행하지 않음으로 인한 본인부담 발생을 사전에 예방

- 선택의료급여기관에는 의료급여기관 선택사실 통보서(시행규칙 별지 제4호의2서식, [서식 61])를 발송

(3) 선택의료급여기관 이용절차

① 조건부연장승인을 받은 자(이하 "조건부 연장승인자"라고 한다)의 외래진료시 본인부담금[20]

- 1종 수급권자는 본인이 선택한 의료급여기관을 이용하되, 본인부담금 없이 이용(선택의료급여기관에서 외래진료시 또는 선택의료급여기관에서 처방전을 발급받아 약국에서 조제받는 경우)
- 2종 수급권자는 현행과 같이 본인부담

18) 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환 또는 만성고시질환으로 1차 연장승인을 받거나 기타 질환으로 2차 연장승인신청을 받을 당시에 선택의료급여기관(신규, 변경) 신청서를 받기 때문에 보장기관은 조건부연장승인 적용에 따른 별도의 연장승인신청을 받지 않고 조건부 연장승인 적용대상자임을 안 날부터 14일 이내에 조건부연장승인 적용시기와 선택의료급여기관을 해당 수급권자에게 통보

19) 「선택의료급여기관 적용대상자 및 이용 절차 등에 관한 규정」 제2조

20) 선택의료급여기관 이용자 본인부담구분코드

② 다른 의료급여기관으로의 진료의뢰

- 조건부 연장승인자는 선택의료급여기관 외의 다른 의료급여기관에서 진료가 필요한 경우 선택의료급여기관에서 의료급여의뢰서를 발급받아 이용하여야 함[21)]

※ 선택의료급여기관으로부터 진료 의뢰를 받은 기관은 본인부담구분코드 B005 기재 시 반드시 진료를 의뢰한 선택의료급여기관기호를 기재(「선택의료급여기관 적용대상자 및 이용절차 등에 관한 규정」 제3조, '10. 3월 1일 진료분부터 적용)하고, 선택의료급여기관에서 의뢰되어 재의뢰받은 기관은 본인부담구분코드 B006기재 시 반드시 진료를 의뢰한 의료급여기관기호를 기재토록 함

→ 다른 의료급여기관으로의 의료급여의뢰서를 지나치게 많이 발부하는 경우 통보하여 경각심을 제고하고, 시정되지 않는 경우 현지조사를 실시할 예정

→ 보장기관에서도 의료급여의뢰서 없이 급여를 적용하는 경우 및 선택의료급여기관이 의료급여의뢰서를 남발하는 경우 등 선택의료급여기관의 취지를 왜곡시키는 경우에는 현지조사 의뢰

※ 2~3차기관을 선택의료급여기관으로 이용하고 있는 수급권자가 해당 선택기관에 진료과목이 없거나 다른 1~2차 기관에서 진료하는 것이 더 적합할 경우 의뢰가능(보건복지부 기초의료보장팀 4292호, '07.10.05)

- 선택의료급여기관이 다른 의료급여기관으로 의료급여 의뢰시에는 의뢰사실을 7일 이내에 보장기관에 통보하여야 함. 다만 자격관리시스템 등을 통해 전송하는 것으로 갈음할 수 있음.

- (재의뢰가 불가한 경우) 진료 의뢰받은 의료급여기관에서 다음의 경우는 재의뢰 불가

• 제1차의료급여기관 → 제1차의료급여기관

• 제2차의료급여기관 → 제1~2차의료급여기관

• 제3차의료급여기관 → 제1~3차의료급여기관

대 상	본인부담구분코드
선택의료급여기관 적용자(조건부 연장승인자) 1종	M001
선택의료급여기관 자발적 참여자 1종	M002
응급환자인 선택의료급여기관 이용자 1종	M009
장애인보조기기 지급받는 선택의료급여기관 이용자 1종	M010
선택의료급여기관 적용자(조건부 연장승인자) 2종	B001
선택의료급여기관 자발적 참여자 2종	B002
응급환자인 선택의료급여기관 이용자 2종	B003
장애인보조기기 지급받는 선택의료급여기관 이용자 2종	B004
선택의료급여기관에서 의뢰된 자(1·2종)	B005
선택의료급여기관에서 의뢰되어 재의뢰된 자(1·2종)	B006
선택의료급여기관 적용대상자이면서 사회복지시설에서 선택의료급여기관이 아닌 기관의 촉탁의에게 진료 받은 자 중 원외처방전을 발행받은 자 또는 원내 직접 조제·투약받은 자(1·2종)	B007
제3선택의료급여기관(한의원) 또는 제4선택의료급여기관(치과의원)에서 진료받은 자(1·2종)	B008
선택의료급여기관 적용자로서 「선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용 절차 등에 관한 규정」에 따른 경과규정 적용자 등 의료급여의뢰서를 제출한 것으로 갈음하는 자(1·2종)	B009

21) 다른 의료급여기관으로의 진료의뢰서를 지나치게 많이 발부하거나, 의료강도가 높아지는 경우 등을 집중 관리할 예정

- (의뢰시 본인부담) 조건부 연장승인자가 의료급여의뢰서를 발급받아 선택의료급여기관 외의 다른 의료급여기관을 이용할 경우는 「의료급여법 시행령」 별표 제1호가목에 따른 기금 부담금 외에는 본인부담
- (의료급여기관의 자격 미확인시 불이익) 조건부 연장승인자는 선택의료급여기관 외의 다른 의료급여기관에서는 급여제한이 되어 있는 상태이므로 의료급여기관에서 자격을 확인하지 않고 의료급여를 적용한 경우에는 진료비를 지급하지 않음

③ 진료의뢰 후 다른 의료급여기관의 이용기간

- 일반 의료급여 의뢰자의 의뢰서 유효기간과 동일

【사 례】

만성질환자의 경우 의뢰받은 의료급여기관의 담당의사의 판단에 따라 의뢰한 상병에 대한 치료 후, 증세가 호전되어 더 이상 당해 의료급여기관에서의 진료가 불필요하게 된 경우에는 치료종료

※ 선택의료급여기관 적용대상자 및 이용절차 등에 관한 규정(보건복지부고시 제8조(의료급여 의뢰시 진료기간)

④ 선택의료급여기관의 변경

- 조건부 연장승인자가 다른 시·군·구로의 전입, 선택의료급여기관의 업무정지·폐업한 경우(횟수 제한없음)
- 선택의료급여기관에서 진료가 곤란한 질환의 발생 등 불가피한 사유가 발생한 경우(1년에 1회에 한함)
- 시·군·구(읍·면·동)에 선택의료급여기관(신규·변경) 신청서[서식 59] 제출
- 당초에 심의를 거쳐 지정하는 제2선택의료급여기관에 대하여는 변경 시에도 시·군·구의료급여심의위원회의 심의를 거쳐 변경

전염병 관련 선택의료급여기관 변경 (한시적 사항)

- 전염병으로 의료급여기관이 임시 폐쇄하는 상황이 발생할 경우, 해당 의료급여기관을 선택의료급여기관으로 지정한 의료급여 수급자의 의료서비스 이용에 단절이 발생할 우려에 대하여 선택의료급여기관을 한시적으로 변경할 수 있도록 안내

1) **(보장기관)**관할 보장기관의 담당자는 수급자가 선택의료급여기관 변경을 원하는 경우 신속히 변경 처리
   * 부득이한 경우 직권으로 변경(내부결재), 신청서 사후 제출 인정

〈 선택의료급여기관 대상자 의료급여기관별 명단 확인 방법 〉

의료급여종합지원시스템(공단EBDW시스템) 〉 자격관리 〉 선택의료급여 〉 선택의료급여기관 대상자 의료급여기관별 명부

2) **(의료기관)**기존에 선택의료급여기관 지정대상자를 의뢰 받아 진료하시던 의료기관의 경우 대상자의 선택의료급여기관이 변경되어도 별도 의뢰서(변경된 선택의료급여 기관이 발급한 의뢰서) 없이 진료 가능

⑤ 응급상황 발생 등

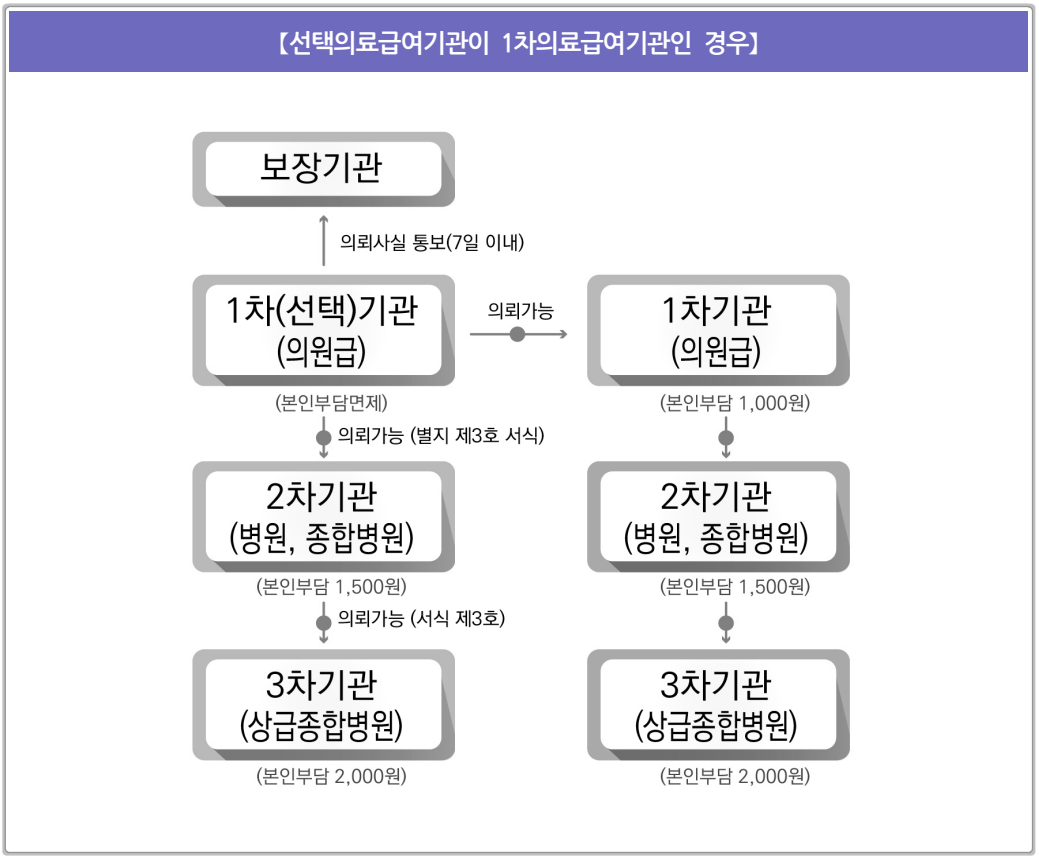
- 조건부 연장승인자가 응급상황이 발생하거나 장애인 보조기기를 지급받으려는 경우에는 제2차 또는 제3차의료급여기관을 이용할 수 있으며, 이 경우 본인 부담금은 면제함[22)]

⑥ 보건기관 이용

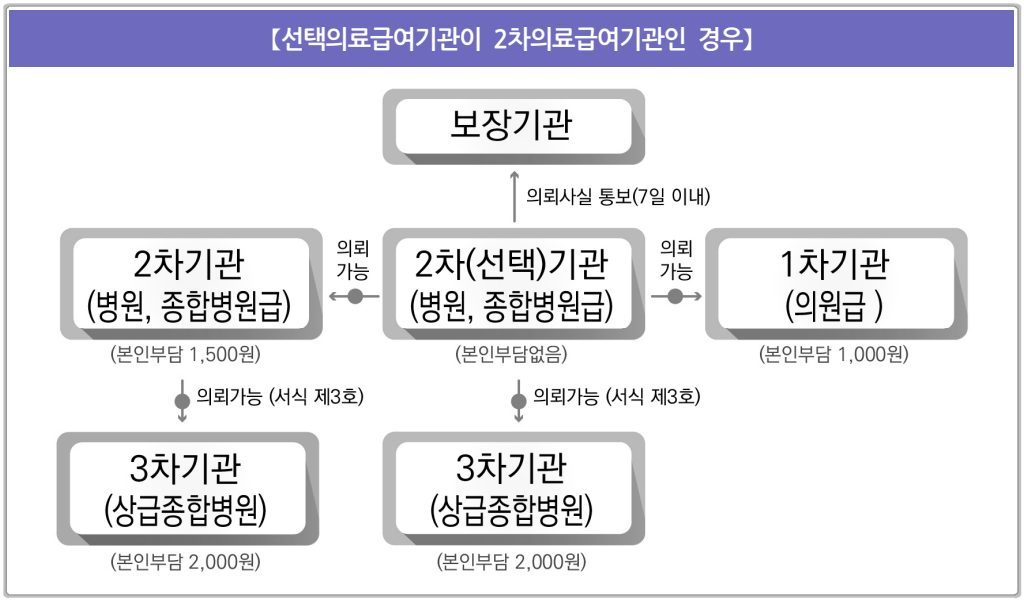
- 보건소 등 보건기관에서 외래진료를 받는 경우와 동 보건기관의 처방으로 약국을 이용하는 경우에는 본인부담 없이 이용가능. 다만, 보건의료원에서 외래 진료를 받을 경우에는 본인부담금 부과

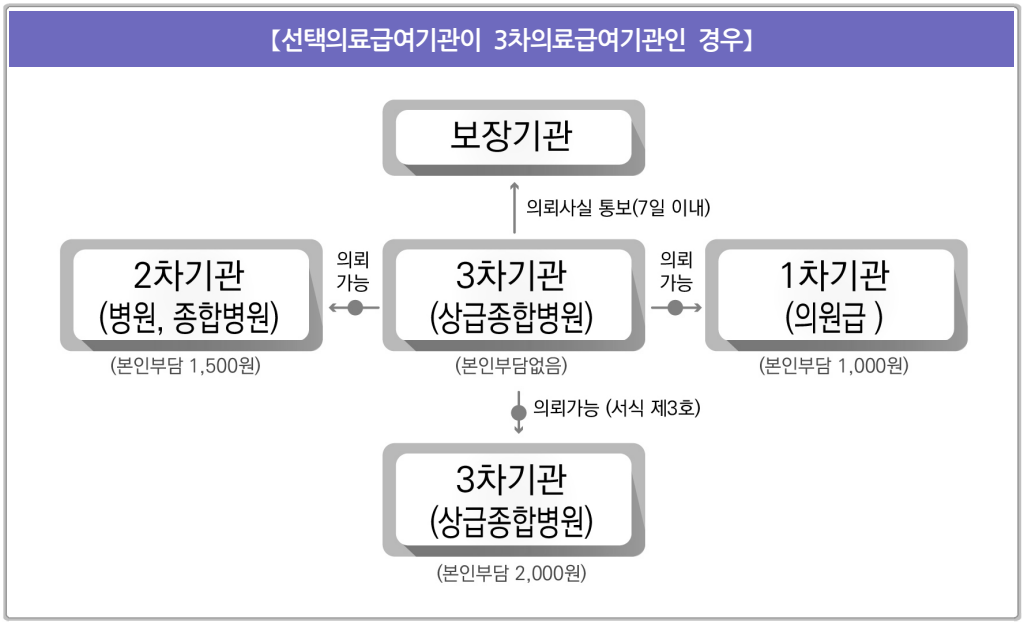
【선택의료급여기관 이용 절차도】

* 그림에 표기된 본인부담은 1종 수급권자 기준임



22) 응급의료에 관한 법률 제2조제1호에 해당하는 응급상황이 아닌 경우로 판정된 경우에는 의료비는 본인이 전액부담함





⑦ 의료급여의뢰서 없이 이용하는 경우

- 의료급여의뢰서 없이 선택의료급여기관 외의 다른 의료급여기관을 이용하는 경우 진료비 전액을 조건부 연장승인자가 부담함

⑧ 자격변경시

- 선택의료급여기관 적용대상자의 선택의료급여기관 적용기간은 도중에 자격 변경이 발생한 경우에도 당초 적용된 때부터 차기년도 말까지임

【사 례】

수급권자가 '21.12.2~'22.12.31 선택의료급여기관 대상자가 된 경우, '22.4.1. 수급 자격을 상실하였으나, '22.10.2. 다시 수급권자가 되었을 경우에는 '22.12.31.까지는 선택의료급여 기관 대상자로 관리함

⑨ 자발적 참여자의 선택의료급여기관 이용 탈퇴

- 자발적 참여자도 해당연도에 급여 상한일수 및 연장일수를 초과하는 경우 일반 수급권자와 동일하게 급여일수 산정하여 당연적용자로 관리
  ※ M002 중지 후 M001 신규 등록, B002 중지 후 B001 신규 등록
- 조건부연장승인 대상 기준에 해당하지 아니하는 경우에는 본인의 신청에 의하여 선택의료급여기관 이용에서 탈퇴 가능
- 다만, 그 해에는 다시 선택의료급여기관 참여 불가
  ※ 자발적 참여자의 경우 본인이 탈퇴를 신청하기 전까지는 연도에 관계없이 선택의료급여기관 적용
  ※ 자발적 참여자가 선택의료급여기관을 탈퇴하는 경우 선택의료급여기관신청서(탈퇴신청서)를 제출

⑩ 선택의료급여기관으로부터 의뢰받아 제2·3차 의료급여기관에서 계속하여 진료 중에 다른 선택의료급여기관으로 변경된 경우

- 동일상병에 대하여 계속하여 진료받는 경우에 한하여는 변경된 선택의료급여기관의 의료급여의뢰서 추가 제출없이 해당 의료급여기관의 진료를 받을 수 있도록 함.
- 다만, 계속하여 진료받던 상병의 치료가 종료된 후 또는 다른 상병으로 진료를 받을 경우에는 선택의료급여기관에서의 진료결과 다른 의료급여기관의 진료가 필요한 경우이어야 하므로 변경된 선택의료급여기관의 진료담당의사의 진료의견이 기재된 의료급여의뢰서를 제출하여야 함

⑪ 행복e음 관리

- (입력사항) 조건부 연장승인자, 조건부 연장승인기간, 선택의료급여기관 명칭과 기호를 행복e음에 입력
- (삭제사항) 조건부 연장승인자는 연장승인기간이 차기년도 말까지이므로 차기년도 말에는 입력사항을 모두 삭제
- (변경사항) 중증 및 희귀질환, 중증난치질환 등 본인부담면제자가 선택의료급여기관 적용자가 된 경우에는 선택의료급여기관 정보를 우선하여 적용

12 동일성분의약품 중복투약자 관리

가. 목적

- 의료급여 수급권자가 동일상병으로 여러 의료급여기관을 다니며 동일성분 의약품을 중복 투약함에 따른 건강상의 위해 및 약물 중독 위험을 방지하여 수급권자의 건강 수준 향상

나. 법적근거

- 의료급여법 시행규칙 제8조의6 및 별표 1의2 제1호 사목
- 의료급여기관 간 동일성분의약품 중복투약 관리에 관한 기준 (복지부 고시 제2014-201호)

다. 중복투약 관리기준

- 둘 이상의 의료급여기관을 방문하여 동일한 상병으로 동일성분의약품을 6개월 동안 215일 이상 처방·조제 받은 경우
- 세부 인정기준
  - (동일상병) 통계청에서 고시한 한국표준질병·사인분류(KCD)의 동일한 대분류에 속한 질환
  - (동일성분의약품) 「국민건강보험법 시행령」 제22조제1항 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제2항에 따른 「약제급여목록 및 급여 상한 금액표」 상의 주성분 코드를 기준으로 주성분 일련번호(1~4번째 자리)와 투여 경로(7번째 자리)가 동일한 의약품
  - (대상기관) 「의료법」에 따라 개설된 의료기관, 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원·보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소에서 처방받은 후 동 기관에서 원내조제 받거나 「약사법」에 따라 등록된 약국에서 조제 받는 행위, 「약사법」에 의하여 등록된 약국에서 「약사법」 제23조제3항제1호에 의해 처방전 없이 조제 받는 행위
    ※ 외래 진료·처방 후 약국에서 조제 받는 건만 포함
  - (투약일) 2016.12차수부터 동일성분의약품 중복투약자 자료 발췌 시, 해당 차수에 복용할 투약일수만 반영
    ※ 해당차수 발췌기간 이후에 복용할 초과 투약일수는 다음차수에 반영할 수 있도록 이월차수 투약일 분리

- 2018.12차수부터 약국 저가약 대체조제 시, 실제 조제 받은 약제만 반영

【이월차수 투약일 분리 대상】

- 수급권자 A씨의 동일성분 의약품 중복투약 현황
  - 2021.3.2. 가 병원에서 #상병으로 a의약품 100일 처방 받음
  - 2021.6.2. 나 병원에서 #상병으로 a의약품 100일 처방 받음
  - 2021.8.10. 가 병원에서 #상병으로 a의약품 50일 처방 받음
- A씨는 2021.3.1.~2021.8.31. 기간에 두 개 이상 의료급여기관에서 동일성분 의약품을 250일 처방 받았으므로 2021.12차수 발췌 대상임.
- 2021.8.10. 50일 처방받은 약 중 해당차수 복용분인 22일분만 반영하여 반영일수에 표시하고, 28일분은 다음차수 복용 약이므로 다음차수로 이월하여 이월일수에 표시

라. 중복투약시 약제비 전액본인부담 기준

- 위반횟수에 따른 본인부담 기준 : 개인별 누적관리
  - (최초위반자) 중복투약사실통지서 발송 및 사례관리 실시·계도 통해 의료이용 행태 개선을 위한 시정 기회 부여
  - (2차 위반자) 3개월 동안 조제료 등을 포함한 약제비(약국에서 소요되는 급여비용) 전액을 본인부담
  - (가중 제재) 3개월 동안 약제비 전액 본인부담했던 수급권자가 연속하여 다시 기준을 위반하여 중복투약한 경우, 6개월 동안 약제비 전액본인부담

    ※ 3차 이상 위반자는 가중 제재를 지속

【위반횟수에 따른 약제비 전액본인부담 적용 사례】

발췌 대상 기간	사례1:수급권자 A	사례2:수급권자 B	사례3:수급권자 C
제1기 '15. 3~8월	최초위반 ⇒ 계도, 사례관리	최초위반 ⇒ 계도, 사례관리	위반하지 않음
제2기 '15.9월~'16.2월	2차 위반 ⇒ 3개월간 약제비 전액 본인부담	위반하지 않음	최초위반 ⇒ 계도, 사례관리
제3기 '16. 3~8월	위반하지 않음	2차 위반 ⇒ 3개월간 약제비 전액 본인부담	2차 위반 ⇒ 3개월간 약제비 전액 본인부담
제4기 '16.9월~'17.2월	3차 위반 ⇒ 3개월간 약제비 전액 본인부담	3차 위반 ⇒ (연속) 6개월간 약제비 전액 본인부담 (가중제재)	3차 위반 ⇒ (연속) 6개월간 약제비 전액 본인부담 (가중제재)

마. 관리절차

- (공단 : 대상자 발췌 및 보장기관에 제공) 전산시스템을 이용하여 연 2회 중복 투약자 발췌 후, EBDW를 통하여 보장기관에 제공(발췌기간은 항상 고정)
  - ① 매년 3월 1일~8월 31일 진료분 중 동일성분의약품 중복투약관리 기준 위반자
  - ② 매년 9월 1일~익년도 2월 28일(또는 29일) 진료분 중 동일성분의약품 중복 투약관리 기준 위반자
- (보장기관 : 수급권자에 통보 및 확인조사) EBDW를 통하여 제공받은 내역 확인 후 해당 수급권자에게 중복투약일수 및 그 내용, 약제비 전액본인부담 가능성에 대해 통보하고 진료사실여부 확인 실시
- (보장기관 : 최종대상자 결정 및 투약지도) 최종대상자(실제 위반자) 결정, 행복e음을 통해 공단으로 전송
  - 최종대상자 중 최초 위반한 경우에는 계도 대상이나, 2차 위반 시에는 3개월간, 3차 위반 시에는 6개월간 약제비 전액*을 본인부담하게 됨(개인별 누적 관리)
    ※조제료 등을 포함하여 약국에서 소요되는 모든 급여비용 전액(기준을 초과한 해당 의약품만 전액 본인부담 하는 것이 아님)
  - 최종 중복투약자로 결정된 수급권자는 재차 중복투약자로 발췌되지 않도록 적정 투약지도

- (의료급여기관) 의료기관 및 약국은 진료 및 원외처방전에 의한 조제 시 요양기관 정보마당(http://medi.nhis.or.kr)에 접속 후 수급권자 자격정보를 확인하고, 약제비 전액본인부담대상자 여부를 확인해야 함
  - 의료기관 : 처방전 발행 시 100/100으로 처방
  - 약국 : 약국에서 소요되는 급여비용을 전액 수급권자에게 부담시켜야 함*

※ 약제비 전액본인부담대상자의 급여비용 청구 시 진료확인번호 불승인

바. 수급권자 통보(계도)서 발송 및 확인조사

- 공단을 통해 통보되는 명단은 의료급여법 시행규칙 제8조의6에 따라 중복 투약자의 범위에 속한 자로서 원칙적으로 중복투약자로 봄이 타당
  - 다만, 사실 확인 결과 중복투약으로 보기 어려운 정당한 사유가 인정되는 때에 중복투약자 제외결정(미해당자)하는 것이므로 미해당자 결정기준에 따른 속한 사유가 아닌 자는 모두 중복투약자로 판정
  - 발췌기간은 물론 전·후의 의료이용, 급여일수 내역 등을 종합적으로 판단하되, 확인 결과 다양한 사유가 혼재하는 경우 주요한 사례를 중심으로 판단
- (처리기관) 명단 통보는 공단 발췌시점에 자격이 존재한 보장기관에 통보되며, 중복투약자 최종 결정도 통보받은 보장기관에서만 처리 가능

* 중복투약기간중의 보장기관이나 현재의 보장기관이 아님에 유의

* 조사대상자의 진료내역은 최종(현재) 보장기관에서 EBDW를 통해 확인 가능하므로 공단에서 발췌되어 통보된 이후의 전출자에 대하여는 최종 보장기관의 협조를 받아 진료내역을 확인하여 처리할 수 있도록 함

- 공단에서 통보된 전체 명단을 대상으로 중복투약 사실 통지서를 발송하고, 확인·조사·상담 등을 실시하여야 함
  - 전액본인부담 예외대상자에게도 동일하게 조치(보장기관 업무처리시 예외 해당 여부 판단 불필요)

* 전액 본인부담 예외기준은 약제비 전액본인부담 대상자로 최종 결정된 수급권자에게만 해당되는 규정 ⇒ 실제로 약제비 전액본인부담을 해야 하는 시점에 대상자가 예외기준에 해당될 경우 공단의 자격관리시스템 표기를 통해 적용되는 것으로, 보장기관에서 중복투약자 여부를 결정하는 시점에 고려할 사항이 아님

- 자격 상실(건강보험 취득), 급여 제한, 전출 등의 사유가 있는 자에 대해서도 통지서 발송 후 진료내역 확인을 통해 중복투약자 여부를 결정하여야 함
  * 사망자의 경우에는 확인조사절차 생략하고 중복투약자로 결정함

사. 중복투약자 미해당자(N)(이하 "미해당자"로 함) 결정 기준

- 진료내역 확인 결과 실제 진료사실이 없는 경우
  - 의료급여기관의 허위 청구여부 확인 후 의료급여기관 환수조치 등 사후관리 필요
- 의료급여기관의 입력 착오(자격사항, 진료내역)에 의한 경우
  - 공단에 정정요청 등 사후관리 필요
- 진료내역 확인·조사 또는 상담 결과 중복투약의 주요한 사례에서 본인의 귀책 사유 없음이 명백한 경우
  - 의료급여기관의 휴·폐업으로 인하여 불가피하게 타 의료급여기관 이용하였거나, 상호 또는 대표자명 변경으로 실제로는 한 기관을 이용한 것으로 확인된 경우
    * 발췌기간 중의 변경, 휴/폐업 등이 있는 경우에만 인정
  - 의약품 부작용, 용량 조절 등으로 진료상 필요하여 의사의 전문의학적 판단에 따라 약제 변경, 증량 처방(아침, 저녁 처방)된 경우
    * 본인이 원하여 2개 이상의 병원 또는 의사를 선택하여 중복 투약한 경우 본인의 귀책사유가 있는 것으로 봄
    * 실수 또는 분실 등은 본인의 귀책사유가 있는 것으로 봄
  - 항암제 투여 등 구토가 심한 환자이거나 소아환자로서 약 복용중 구토로 인하여 약제 소실이 있는 경우
  - 환자가 장기 해외출장 또는 여행, 요양 등으로 인하여 기존 투약받은 약이 소진 되기 전 의사의 처방에 따라 미리 조제를 받은 경우
    * 향후 발췌기간 이후의 투약현황을 파악하여 다음 차수 결정시 고려
  - 직전 발췌기간에 중복투약자(Y)로 판정되었던 자가 보장기관의 적정 투약지도를 통해 중복투약 행태를 개선하였으나, 투약지도 실시 전의 중복투약으로 인해 재차 중복투약자로 발췌된 경우, 기타 본인의 귀책사유가 아닌 부득이한 경우로 보아 "중복투약 미해당자"로 판정함.
    * 중복투약 행태 개선 판정기준 : 일시적인 중복투약 중단이 아닌 투약지도 시점부터 새로운 판정시점인 현재까지 중복투약 행태개선이 명백한 경우에만 미해당자로 판정할 것
  - 기타 본인의 귀책사유가 아닌 부득이한 사유로 중복하여 처방·조제 받아야 하는 경우

아. 약제비 전액본인부담 예외 인정기준

● 예외 대상자 및 식별방법

구분	대 상	식별방법:자격관리시스템
①	18세 미만 1종(M003)	본인부담구분 코드로 확인
②	임산부 1종(M004)	
③	〈삭제〉 장기이식환자 1종(M006)	
④	20세 이하 중·고등학교 재학생 1종(M007)	
⑤	가정간호대상자 1종(M008)	
⑥	응급환자인 선택의료급여기관 이용자 1종(M009)	
⑦	장애인보조기기를 지급받는 선택의료급여기관 이용자 1종(M010)	
⑧	- 등록 희귀난치성질환자 1종(2013.10.01.~2018.12.31. 등록 수급자)(M015) - 등록 희귀질환자 1종(M018) - 등록 중증난치질환자 1종(M019)	
⑨	등록 중증질환자 1종(M016)	
⑩	행려환자(M011)	- * 대상자 특성상 발췌·통보하지 않음
⑪	인체면역결핍증바이러스 환자 1·2종(상병코드 B20~B24)	
⑫	보건기관(보건의료원 제외)에서 진료·처방 받은 후 약국에서 조제 받는 경우	약국에서 공단으로 전송하는 처방전 교부기관 기호가 보건 기관이면 진료확인번호 승인
⑬	입원환자	-

- 실제 약제비 전액 본인부담 시점을 기준으로 예외자 조건에 해당하면 중복 투약자임에도 불구하고 예외적으로 급여 인정

【예외인정 사례별 분석】

	'15. 3~8월 (1차 위반)	'15.9월~'16.2월 (2차 위반)	'16.7.20.	'16.8~10월 (전액본인부담 해당기간)
A	가정간호대상자 1종(예외사유 해당)		위반자로 결정·통보	가정간호 종료로 예외사유 해제 (전액본인부담 대상)
B	일반 수급권자(예외사유 없음)			가정간호대상자 1종 (전액본인부담 예외적용)

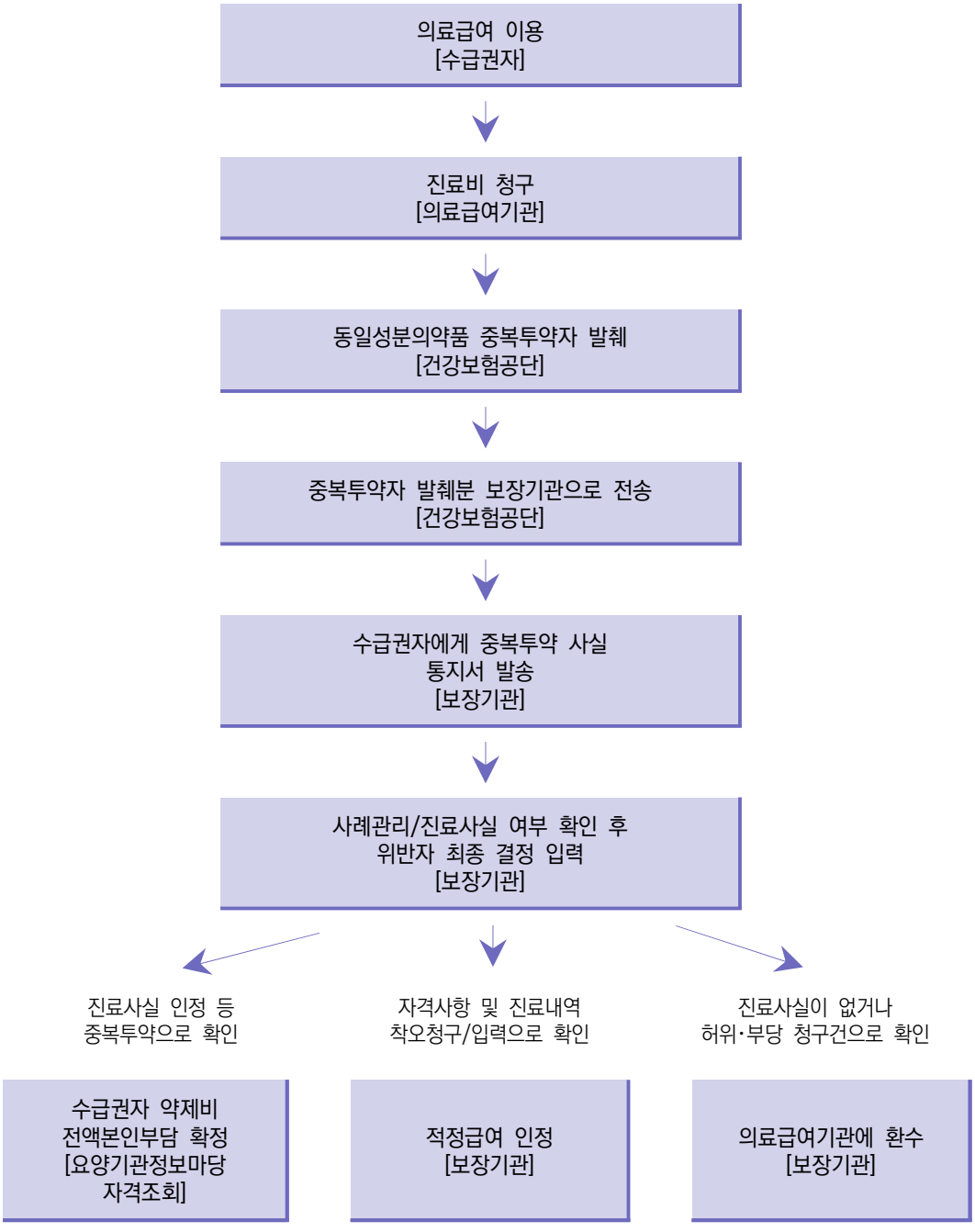
⇒ 수급권자 A : 약제비 전액본인부담 부과 시점에 예외사유 해제되었으므로 전액본인부담 해야 함

⇒ 수급권자 B : 약제비 전액본인부담 부과 시점에 예외사유 조건에 해당하므로 전액본인부담 예외자로 인정

【예시】 선택의료급여기관 적용자 1종 수급권자 사례

- '20.3.1.~8.31. 기간 중 고혈압 상병으로 동일성분의약품을 750일 투약(투약시작일 기준)
  ⇒ '21.1월 1차 위반자로 통보 및 사례관리를 받음
- '20.9.1.~'21.2.28. 기간 중 우울증 상병으로 동일성분의약품을 800일 투약(투약시작일 기준)
  ⇒ '21.7월 위반자로 통보 및 진료사실 등 확인 결과 위반자로 최종확인, '21.8.1.~10.31. 기간 중 약제비 전액본인부담대상이 됨
  ⇒ 수급권자가 동 기간 동안 외래진료를 받는 경우, 처방전을 발행하는 의료기관은 100/100으로 처방해야 하며 이에 따라 약국에서 소요된 급여비용은 전액 본인이 부담(투약시작일 기준이므로, 10.31.에 가서 30일치를 처방받아도 모두 본인부담)

[참고] 중복투약관리 업무 흐름도



제3편 의료급여수급자 지원내용, 절차

Ⅱ. 의료급여 수급자 본인부담 완화

1 본인부담 보상금제도

가. 개요

- 본인부담금 보상(영 제13조제5항)
  - 수급권자의 급여대상 본인부담금이 대통령령에서 정하는 금액을 초과한 경우, 그 초과금액의 100분의 50에 해당하는 금액 보상
  - 다만, 노인틀니, 치과임플란트, 선별급여, 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원 이상 의료기관 상급병실료(2·3인실), 추나요법 및 연장승인 미신청 등으로 인한 건보부담적용금액 등은 본인부담금 보상금 발췌 대상에서 제외(의료급여법 시행령 별표 1 제3호)

    ※ 지급금액이 2,000원 미만일 경우에는 지급하지 않음(의료급여법 제34조제2항)
- 지급청구 및 지급(규칙 제19조의2)
  - 수급권자 또는 부양의무자(청구) → 시장·군수·구청장(지급)

    ※ 수급권자 사망시 기존 가구원에게 지급, 단독가구인 경우 지급제외
- 지급대상 내역 통보
  - 건강보험공단 → 시장·군수·구청장 → 수급권자

나. 지급기준

(1) 지급금액

- 1종 수급권자 - 매30일간 2만원 초과한 경우 초과금액의 50%를 보상
- 2종 수급권자 - 매30일간 20만원 초과한 경우 초과금액의 50% 보상

  ※ 진료기간이 30일 미만이라 하더라도 본인부담액이 1종수급권자는 2만원, 2종수급권자는 20만원을 초과한 경우 초과금액의 50% 보상
- 입원진료비 외에 외래진료비·약제비도 포함

(2) 산정개시일

- 적용기간의 기산일은 각 수급권자별 진료개시일을 기준으로 산정
- 기준변경에 따른 산정기준은 본인부담금 보상금 산정 범위에 속한 최초 진료 개시일이 속한 기준을 적용하여 산정

지급기준 변경 시 산정 적용 예시

의료급여 2종수급권자가 아래와 같이 '20.12.11부터 '21.1.1까지 3회에 걸쳐 총 24일간 입원하여 본인부담금이 470,000원 발생한 경우

명세서 구분	진료개시일	입원일수	본인부담금
A	2020.12.11	6	120,000
B	2020.12.19	8	150,000
C	2021. 1. 1	9	200,000

- A, B, C 명세서 급여내역의 급여종료일이 최초 진료개시일로부터 매30일 간에 해당되고 본인부담금 합산액이 470,000원이므로 진료개시일인 2020년도 기준을 적용
- 지급대상금액 : 200,000원을 초과한 금액의 50%에 해당된 135,000원 지급

(3) 지급제외 대상

- 법 제4조 적용배제(이중지급 금지)규정에 의하여 타 사업에서 지원되는 경우 지원금액을 제외한 본인부담금에 대해 지급
  - 「장애인복지법」에 의한 등록장애인으로 의료비 지원대상인 경우
  - 「긴급복지지원법」에서 의료비를 지원받은 경우
  - 보건소 희귀질환, 중증난치질환자 지원, 소아암지원. 성인암환자지원, 치매치료관리비 지원사업 등 대상자로 의료비를 지원받은 경우
  - 기타 사회복지공동모금회 등 공공기관 등에서 지원받는 진료비 등 수급권자 본인이 지급하지 아니하는 진료비
- 100/100 본인부담 진료비(시행규칙 별표 1의2)
  - 입원 식대 중 본인부담금 등
- 비급여 항목
  - 법 제7조의 규정에 따라 의료급여 대상에서 제외되는 비급여 항목으로 진료를 받고 본인이 부담한 경우
- 의료급여 제한 사유에 해당되는 경우(법 제15조)
  - 수급권자가 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인하여 의료급여가 발생된 경우 등

● 부당이득금 징수 대상에 해당하는 경우(법 제23조)

- 수급권자가 속임수 그 밖의 부정한 방법으로 의료급여를 받은 경우

※ 부정한 방법으로 의료급여 진료를 받고, 동 건으로 발생한 본인부담보상금에 한해 지급제외(부당이득금 징수대상자로 관리되고 있는 수급권자가 정당하게 의료급여 받아 발생한 본인부담보상금은 지급. 단, 부당이득금과 보상금 상계처리 가능)

【참고】 지급대상 보상금 산정방법 예시

[1종수급권자]

1. 진료기간이 30일이내인 경우

• 본인부담액에서 2만원을 차감한 금액의 50%를 보상

[예] A병원에서 2021.7.1.부터 20일간 외래에서 본인부담액이 4만원 발생한 경우
⇒ (40,000원 - 20,000원) / 2 = 10,000원

2. 진료기간이 30일을 초과한 경우

• 매30일 기준 2만원을 초과한 금액의 50%에 해당된 금액을 보상

[예] B병원에서 2021.7.1.부터 40일간 외래에서 본인부담액이 8만원 발생한 경우
⇒ {(80,000원 / 40일) × 30일 - 20,000원} + {(80,000 / 40일) × 10일}
⇒ ㉮60,000원 + ㉯20,000원

※ ㉯기간의 본인부담금이 20,000원이므로 본인부담보상금 지급대상에서 제외
∴ 보상금액 ⇒ {(80,000원 / 40일) × 30일-20,000원} / 2 = 20,000원

[2종수급권자]

1. 진료기간이 30일이내인 경우

• 본인부담액에서 20만원을 차감한 금액의 50%를 보상

[예] A병원에서 2021.1.1.부터 20일간 입원하여 본인부담액이 40만원 발생한 경우
⇒ (400,000원 - 200,000원) / 2 = 100,000원

2. 진료기간이 30일을 초과한 경우

• 매30일 기준 20만원을 초과한 금액의 50%에 해당된 금액을 보상

[예] B병원에서 2021.1.1.부터 40일간 당뇨병으로 입원후 퇴원하면서 본인부담액을 80만원 납부한 경우
⇒ {(800,000원 / 40일) × 30일 - 200,000원} + {(800,000 / 40일) × 10일}
⇒ ㉮600,000원 + ㉯200,000원

※ ㉯기간의 본인부담금이 200,000원이므로 본인부담보상금 지급대상에서 제외
∴ 보상금액 ⇒ {(800,000원 / 40일) × 30일-200,000원} / 2 = 200,000원

(4) 발췌시기 : 매월

● 지급대상 확인 금액은 지급결정월 초심자료 기준으로 본인부담액 보상대상 자료를 확인

다. 업무처리 절차

(1) 수급권자가 지급 요청한 경우

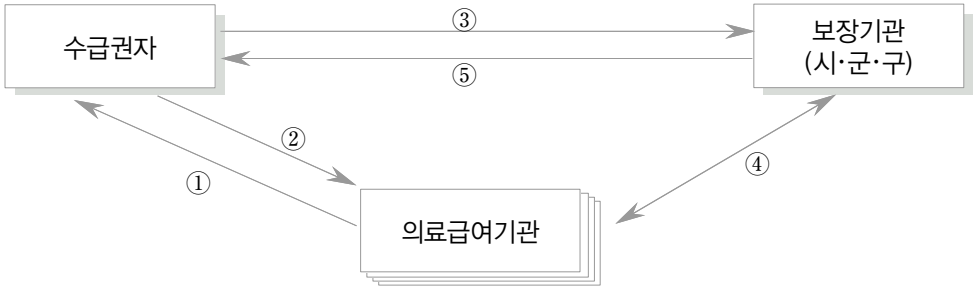
- 수급권자는 의료급여기관에 본인부담금을 납부한 후, 보장기관에 본인부담금의 일부 지급 청구서(시행규칙 별지 제11의2호서식, [서식 19]) 제출
- 보장기관은 해당 수급권자의 본인부담금보상금 지급, 기타 의료비 지원금 등을 확인한 후 초과금액을 수급권자 본인에 무통장 입금 후 행복e음에 등록
- 추후 동 건에 대해 공단 발췌 통보 시, 기(旣)지급된 환급금은 제외하고 나머지 금액만 행복e음에서 지급 처리(지급할 금액이 남아있지 않을 경우, 지급제외 사유로 기타란에 수급자 직접 신청에 따른 기(旣)지급으로 입력 처리)

  ☞ 기타 의료비 지원금 : 장애인의료비, 보건소의 희귀난치성 질환자 의료비 지원, 소아암환자·성인암환자 지원, 치매치료관리비지원 사업 등 보장기관에서 확인된 지원금(이중 급여 금지)

  - 추후 의료급여비용에 대한 심사 조정시, 지급금액의 일부를 환수할 수 있음을 수급권자에게 고지

    ※ 대지급금 미상환액이 있을 경우 수급권자의 동의 하에 대지급금 상환액으로 징수하여 의료급여기금에 환입조치

【지급 절차도】

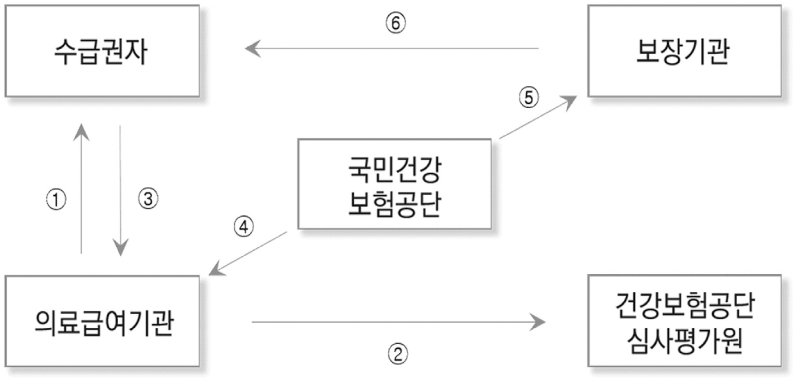


기 관 명	기관별 업무 분장
의료급여기관	① 수급권자에게 진료 등 의료서비스 제공 및 진료비 영수증 발급
수급권자	② 의료급여기관에 본인부담금 납부
	③ 보장기관에 지급청구 신청
보장기관	④ 의료급여기관에 청구서 내용 확인 후 본인부담보상금, 대지급금, 기타 의료지원금 등 확인
	⑤ 수급권자에게 보상금 지급

(2) 공단에서 지급대상 통보 받은 후 지급하는 경우

- 국민건강보험공단(이하 '건강보험공단'이라 한다) 발췌기준에 따라 매월 1회 본인부담금 보상금 지급대상 내역을 발췌하여 D/B를 구축한 후 보장기관에 행복e음으로 제공
- 시장·군수·구청장은 건강보험공단으로부터 본인부담금보상금 지급대상 자료를 제공받은 경우 매 반기별로 수급권자에게 지급안내문 발송하여 지급처리
  ※ 지급제외 대상인 경우 수급권자에게 통보를 생략함
- 공단에서 지급대상 통보를 받은 경우 수급권자의 청구 절차를 생략함
- 시장·군수·구청장은 [서식 21]의 본인부담금 보상금 지급관리대장에 등록한 후 행복e음에서 지급 처리
- 수급권자 전출입 발생시 건강보험공단의 전산발췌일 기준의 최종 보장기관이 지급

【지급 절차도】



기관명	기관별 업무 분장
의료급여기관	① 수급권자에게 진료 등 의료서비스 제공 및 진료비 영수증 발급
	② 심사평가원에 진료비 심사청구
수급권자	③ 의료급여기관에 본인부담금 납부
건강보험공단	④ 진료비 기금부담금 지급
	⑤ 지급대상자 명단 및 급여내역 통보
보장기관	⑥ 건강보험공단에서 제공한 지급대상자의 본인부담보상금, 기타 의료 지원금 등 확인하여 초과금액이 있을 경우 수급권자에게 지급대상자임 통지 및 지급

라. 행복e음에서 지급업무 처리

- ’13년부터 행복e음에서 본인부담 보상금 및 상한금 지급 일괄 처리
  - 행복e음과 e호조 연계로 본인부담금 환급 대상자의 등록 계좌로 일괄 입금 처리

※본인부담보상금의 압류방지계좌 입금과 관련해서는 법률 개정 추진 예정

마. 대지급금과의 업무 연계

- 대지급금과 본인부담금보상금 상계처리
  - 수급권자가 대지급을 받은 후, 본인부담금 보상금을 신청한 경우 본인부담금 보상금 지급전에 시행규칙 제27조에서 규정한 대지급금의 상환 여부를 확인 하여 대지급금의 미상환으로 체납이 있는 경우 본인부담금 보상금을 체납된 대지급금으로 상계처리 실시

2 본인부담금 상한제

가. 개요

- 본인부담금 상한제(영 제13조 제6항)
  - 수급권자의 급여대상 본인부담금이 대통령령에서 정하는 금액을 초과한 경우, 그 초과금액의 전액에 해당하는 금액 보상
  - 다만, 노인틀니, 치과임플란트, 선별급여, 병원급 이상 의료기관 상급병실료(2·3인실) 및 연장승인 미신청 등으로 인한 건보부담적용금액 등은 본인부담금 상한제 대상 제외(의료급여법 시행령 별표 1 제3호)

    ※ 지급금액이 2,000원 미만일 경우에는 지급하지 않음(의료급여법 제34조제2항)
- 지급청구 및 지급(규칙 제19조의2)
  - 수급권자 또는 부양의무자(청구) → 시장·군수·구청장(지급)

    ※ 수급권자 사망시 기존 가구원에게 지급, 단독가구인 경우 미지급
- 지급대상 내역 통보
  - 건강보험공단 → 시장·군수·구청장 → 수급권자

나. 지급기준

(1) 지급금액

- 1종 수급권자 - 매 30일간 5만원을 초과한 경우 초과금액 전액
- 2종 수급권자 - 연간 80만원을 초과한 경우 초과금액 전액.(다만 의료법 제3조 제2항제3호에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우의 급여대상 본인부담금에 대하여는 연간 120만원을 초과한 경우 초과금액 전액)
- 본인부담금 보상제를 선 적용한 후 본인부담금이 일정 수준(상한 기준액)을 초과한 경우, 사후에 해당 시·군·구청장은 그 초과금액을 수급권자에게 지급함(시행규칙 별지 제11호의3서식, [서식 20])
  - 입원진료비 외에 외래진료비·약제비도 포함

(2) 본인부담금 상한제의 기산일

- 1종 수급권자
  - 본인부담금 산정은 진료개시일부터 산정
- 2종 수급권자
  - 매년 1월 1일부터 12월 31일까지의 급여대상 본인부담금으로 산정(2018년 1월 1일 이후 실시하는 의료급여부터 적용)

(3) 지급제외 대상

- 법 제4조 적용배제(이중지급 금지)규정에 의하여 타 사업에서 지원되는 경우 지원금액을 제외한 본인부담금에 대해 지급
  - 「장애인복지법」에 의한 등록장애인으로 의료비 지원대상인 경우
  - 「긴급복지지원법」에서 의료비를 지원받은 경우
  - 보건소 희귀질환, 중증난치질환자 지원, 소아암지원, 성인암환자지원, 치매치료관리비 지원 사업 등 대상자로 의료비를 지원받은 경우
  - 기타 사회복지공동모금회 등 공공기관 등에서 지원받는 진료비 등 수급권자 본인이 지급하지 아니하는 진료비
- 100/100 본인부담 진료비(시행규칙 별표 1의2)
  - 입원 식대 중 본인부담금 등
  - 「의료법」 제3조제2항제3호라목의 요양병원 중 「장애인복지법」 제58조제1항제4호의 장애인 의료재활시설을 제외한 요양병원에서 입원진료를 받는 수급권자가 제3조제3항에 따른 의료급여의뢰서 없이 다른 의료급여기관에서 진료를 받는 경우에 소요된 비용의 총액('19.11.1부터 시행)
- 비급여 항목
  - 법 제7조의 규정에 따라 의료급여 대상에서 제외되는 비급여 항목으로 진료를 받고 본인이 부담한 경우
- 의료급여 제한 사유에 해당되는 경우(법 제15조)
  - 수급권자가 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인하여 의료급여가 발생된 경우 등

- 부당이득금 징수 대상에 해당하는 경우(법 제23조)
  - 수급권자가 속임수 그 밖의 부정한 방법으로 의료급여를 받은 경우

※부정한 방법으로 의료급여 진료를 받고, 동 건으로 발생한 본인부담상한금에 한해 지급제외(부당이득금 징수대상자로 관리되고 있는 수급권자가 정당하게 의료급여 받아 발생한 본인부담상한금은 지급. 단, 부당이득금과 상한금 상계처리 가능)

다. 업무처리 절차

(1) 수급권자가 지급 요청한 경우(1종에 한함*)

* 2종 수급권자 상한제의 경우, 요양병원에 연간 240일을 초과하여 장기간 입원하는지 여부를 확인한 후 그 결과에 따라 상한제 기준금액이 달라지므로, 공단이 보장기관에 지급 통보한 후 보장기관이 지급하는 방식으로만 처리함(2018.1.1.일이후 진료분부터)

동일 의료급여기관 계속입원 또는 여러 의료급여기관의 입원, 외래진료로 1종수급권자의 매 30일간 본인부담금이 5만원 초과할 경우

- 수급권자는 의료급여기관에 본인부담금을 납부한 후, 보장기관에 본인부담금 초과금액 지급청구서(시행규칙 별지 제11의3호서식, [서식 20])를 제출
- 보장기관은 해당 수급권자의 본인부담금 보상금 지급, 기타 의료비 지원금액 등을 확인한 후 초과금액을 수급권자 본인에 무통장 입금

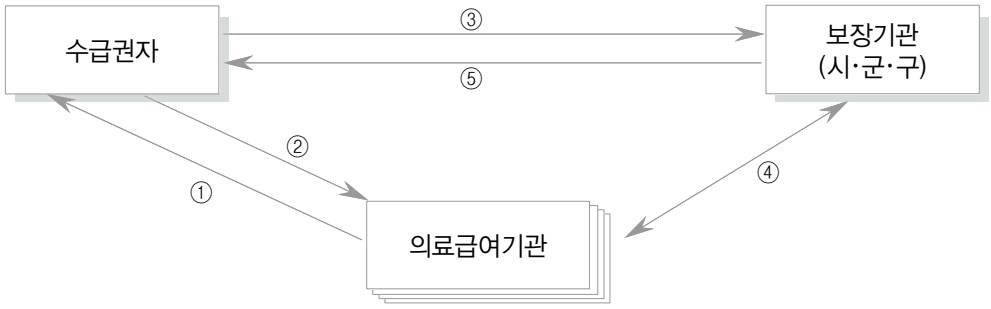
☞ 기타 의료비 지원금 : 장애인의료비, 보건소의 희귀질환, 중증난치질환자 의료비 지원, 소아암환자 지원, 성인암환자지원, 치매치료관리비지원 사업 등 보장기관에서 확인된 지원금(이중 급여 금지)

  - 추후 의료급여비용에 대한 심사 조정시 지급금액의 일부를 환수할 수 있음을 수급권자에게 고지

※대지급금 미상환액이 있을 경우 수급권자의 동의 하에 대지급금 상환액으로 징수하여 의료급여기금에 환입조치

- 추후 동 건에 대해 공단 발췌 통보 시, 기(旣)지급된 환급금은 제외하고 나머지 금액만 행복e음에서 지급 처리(지급할 금액이 남아있지 않을 경우, 지급제외 사유로 기타란에 수급자 직접 신청에 따른 기(旣)지급으로 입력 처리)

【지급 절차도】



기관명	기관별 업무 분장
의료급여기관	① 수급권자에게 진료 등 의료서비스 제공 및 진료비 영수증 발급
수급권자	② 의료급여기관에 본인부담금 납부
	③ 보장기관에 지급청구 신청
보장기관	④ 의료급여기관에 청구서 내용 진위 확인 후 본인부담보상금, 대지급금, 기타 의료지원금 등 확인
	⑤ 수급권자에게 상한 초과금액 지급

(2) 공단에서 지급대상 통보 받은 후 지급하는 경우

동일 의료급여기관 계속입원 또는 여러 의료급여기관의 입원, 외래진료로 1종수급권자의 매 30일간 본인부담금이 5만원을 초과 및 2종수급권자의 연간 본인부담금이 80만원을 초과할 경우
(다만, 연간 요양병원에 240일을 초과하여 입원한 경우 연간 120만원으로 함)

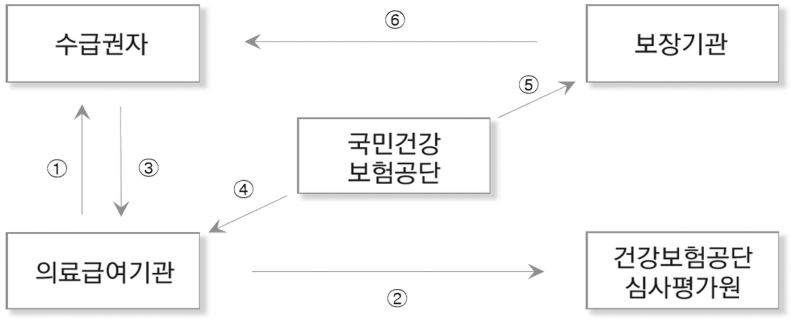
- 국민건강보험공단(이하 '건강보험공단'이라 한다) 발췌기준에 따라 매월 1회 본인부담금 보상금 지급대상 내역을 발췌하여 D/B를 구축한 후 보장기관에 행복e음으로 제공
- 보장기관은 수급권자에게 기 지급한 본인부담보상금이 있는 경우 그 금액을 선 공제하고, 기타 의료비 지원 여부를 파악한 후 그 지원금액을 공제한 본인부담금 상한 초과금액을 산정하여 지급금액이 있을 경우 매 반기별로 수급권자에게 초과금액의 지급 안내
- 공단에서 지급대상 통보를 받은 경우 수급권자의 청구 절차를 생략함

● 보장기관은 상한금 환급 내역을 행복e음에 등록하고 e호조로 지급처리

- 추후 의료급여비용 심사 조정시 지급금액의 일부를 환수할 수 있음을 수급권자에게 고지

※ 대지급금 미상환액이 있을 경우, 수급권자의 동의 하에 대지급금 상환액으로 징수하여 의료급여기금에 환입조치

【지급 절차도】



기관명	기관별 업무 분장
의료급여기관	① 수급권자에게 진료 등 의료서비스 제공 및 진료비 영수증 발급
	② 심사평가원에 진료비 심사청구
수급권자	③ 의료급여기관에 본인부담금 납부
건강보험공단	④ 진료비 기금부담금 지급
	⑤ 지급대상자 명단 및 급여내역 통보
보장기관	⑥ 건강보험공단에서 제공한 지급대상자의 본인부담보상금, 기타 의료 지원금 등 확인하여 초과금액이 있을 경우 수급권자에게 지급대상자임 통지 및 지급

(3) 의료급여기관의 급여비용 청구

● 의료급여기관은 상한제 시행전과 동일하게 청구하되, 시행일 당시 입원 중인 환자의 급여비용명세서는 7월 1일 전·후 진료분을 분리 청구

- 본인부담금을 부득이 감면한 경우에는 의료급여명세서 상의 본인부담금란에 감면된 금액을 기재하고, 환자가 도주한 경우에는 “0”으로 기재

(4) 의료보장제도간 자격변경시 처리방안

● 건강보험에서 의료급여 1종으로, 의료급여 1종에서 건강보험으로 자격이 변경된 경우 본인 부담금이 상한기준을 초과할 경우 1종 수급권자의 “매 30일” 이 되지 않아도 본인부담금 상한제 적용

라. 행복e음에서 지급업무 처리

- '13년부터 행복e음에서 본인부담 보상금 및 상한금 지급 일괄 처리
  - 행복e음과 e호조 연계로 본인부담금 환급 대상자의 등록 계좌로 일괄 입금 처리

※본인부담 상한제금액의 압류방지계좌 입금과 관련해서는 법률개정 추진 예정

마. 행정 사항

(1) 시·도, 시·군·구

- 수급권자의 전·출입시 관련 자료 철저 송부
  - 전·출입으로 인한 본인부담금보상금, 본인부담금 상한 초과금 산정시 기간이 중복되어 이중으로 금액이 지급될 수 있으므로 관련 전출지 보장기관에서는 전입지 보장기관으로 관련 자료를 정확·신속히 송부하되 통보를 받은 보장기관은 대상자의 전 거주지 보장기관에 본인부담금보상금, 대지급금, 본인부담금 상한제 지급 여부 등 확인
- 수급권자 전출입 발생시 건강보험공단의 전산발췌일 기준의 최종 보장기관이 지급
- 지출 예산항목 : 본인부담금 보상금 항목에서 시·군·구 집행

(2) 국민건강보험공단

- 본인부담금상한제 대상자가 거주지를 옮긴 경우 현재 주소지 보장기관으로 대상자 명단 및 급여내역을 통보

3 의료급여 대지급금 제도

가. 법적근거

- 「의료급여법」 제20조, 제21조, 동법시행규칙 제27조
- 「급여비용의 예탁 및 지급에 관한 규정」 제23조
- 「의료수가의 기준 및 일반기준」 제20조, 제21조

나. 대지급 기준

- 2종수급권자가 의료급여기관에 입원하여 발생한 급여비용 중 본인부담금이 20만원을 초과한 경우
- 20만원을 초과한 금액중 수급권자 본인 또는 부양의무자의 신청에 의해 보장 기관이 승인한 금액

다. 신청 및 승인

(1) 신청절차

① 수급권자 본인 또는 그 부양의무자가 대지급 신청서(시행규칙 별지 제19호 서식, [서식 52]) 작성

② 의료급여기관의 확인을 받아

③ 거주지 시장·군수·구청장에게 제출

예시) 기 납부한 본인부담금을 대지급금으로 소급하여 신청할 수 있는지 여부

Q 수개월째 입원중인 의료급여 수급권자의 경우 의료급여기관에서 매월 심사평가원에 급여비용을 심사청구하여 진료비 지급이 완료되었으나, 환자가 퇴원 시 본인부담금 납부 능력이 없다하여 그 환자가 진료개시일로 소급하여 대지급금을 신청할 경우 보장기관에서의 승인여부?

A 의료급여기관은 급여비용을 청구하는 시점에서 진료비를 정산하여 본인부담금을 부과 토록 되어 있는바, 「의료급여법 시행규칙」 제27조제3항 및 제4항의 규정에 의하여 의료 급여 수급권자가 퇴원 시 이미 지불한 본인부담금에 대해 대지급 할 수 없음

(2) 승인 절차

① 대지급 신청을 받은 시장·군수·구청장은 수급권자의 자격·기 대지급 금액의 상환 여부 및 대지급 금액 등 대지급여부 심사·결정

② 대지급을 승인한 경우 대지급금 승인서 (시행규칙 별지 제19호서식, [서식 52])를 수급권자 또는 그 부양의무자에게 발급

※ 상환의무자가 대지급금이 체불되어 있는 경우에는 다시 대지급 신청할 수 없음(「의료수가의 기준 및 일반기준」 제21조)

③ 수급권자 또는 그 부양의무자는 대지급승인서를 의료급여를 행한 의료급여 기관에 제출

(3) 지급절차

① 대지급승인서를 받은 의료급여기관은 대지급사항을 의료급여비용명세서에 기재하여 심사평가원에 심사 청구

② 심사평가원은 의료급여비용명세서를 심사하여 그 결과를 의료급여기관 및 보장 기관에 통보

③ 보장기관은 심사결과를 통보받은 때에는 그 대지급금을 의료급여기관에 지급

※ 대지급금 신청후 다른 보장기관으로 이사할 경우, 심사·결정한 보장기관에서 지급

※ 퇴원 시 본인부담금을 직접 납부 하고 사후에 대지급금을 신청할 수 없음

- 의료급여법 시행규칙 제27조제3항 및 4항에 따라 의료급여기관이 급여비용을 신청할 때 대지급을 결정한 금액을 의료급여명세서에 기재하여야하고, 보장 기관이 심사평가원의 심사결과 통보받은 대지급금을 의료급여기관에 직접 지급 해야 하므로 대지급금 사후 청구는 불가

라. 대지급금 상환

(1) 대지급금 상환

● 대지급금상환의무자의 거주지를 관할하는 시장·군수·구청장에게 상환

- 상환의무자 : 대지급받은 수급권자와 그 부양의무자에 한함
- 대지급금상환의무자가 거주지를 이전한 때에는 새 거주지를 관할하는 시장·군수·구청장에게 상환

☞ 부양의무자란 수급권자의 1촌의 직계혈족 및 그 배우자(의료급여법 제2조제3호)를 말하며, 「민법」 제768조에서 직계혈족은 직계존속과 직계비속으로 규정되어 있음

(2) 상환기준

- 대지급금 총액을 아래 구분에 따라 3개월마다 균등분할하여 무이자 상환 (할부금 채권 성격)
  - 대지급 금액이 10만원 미만은 3회
  - 대지급 금액이 10만원 이상 30만원 미만은 8회
  - 대지급 금액이 30만원 이상은 12회
    - 납입기한내에 납부치 않을 경우 시효가 진행

      ※시장·군수·구청장은 상환의무자의 경제적 사정을 고려하여 상환기간 및 상환횟수 조정 가능 (시·군·구에서 상환기간 및 상환횟수를 조정한 경우 최초 납입기한을 기준으로 소멸시효 계산)
  - 최초 납입(상환)기한은 시장·군수·구청장이 의료급여기관에 대지급금을 지급한 날부터 3개월이 경과한 날이 속하는 달의 말일

예시) 수급권자가 대지급금을 받은 날이 2012년 3월 10일인 경우

- 최초 납입기한 : 6월 30일, 최초 1회 납부금 미납 시 소멸시효는 7월1일부터 진행
- 두 번째 납입기한 : 9월 30일, 두 번째 납부금 미납 시 소멸시효는 10월 1일부터 진행
- 최장 12회분 납부기한 : 2015년 3월 31일, 미납 시 소멸시효는 4월 1일부터 진행

마. 대지급금 독촉

- 시장·군수·구청장은 대지급금상환의무자가 대지급금을 납부기한까지 상환하지 아니한 때에는 납부기한이 경과한 날부터 6월 이내의 기간을 정하여 지체없이 독촉장 발부
- 시장·군수·구청장은 대지급금의 독촉을 받고도 상환하지 아니한 때에는 지방세 체납처분의 예에 따라 징수
- 시효완성이 도래하기 6월전 재판상 청구나 체납처분(압류 등) 등의 조치를 취하면 시효 중단의 효력을 가짐

예시) 대지급금 납부기한 경과시 의료급여 정지여부

Q 대지급금 납부의무자에게 대지급금의 납부기한이 경과한 날로부터 6월이내의 기간을 정해 독촉장을 발부하고 그 기간내에 대지급금을 상환하지 아니한 자에 대한 의료급여 정지여부?

A 의료급여를 중지할 수 없으며, 참고로 의료급여를 중지하는 경우는 수급권자에 대한 의료급여가 필요없게 된 경우 및 수급권자가 의료급여를 거부한 경우임(법 제17조)

바. 대지급금 결손처분

(1) 기 준

① 소멸시효(3년)가 완성된 건

* 시효 중단사유(의료급여법 제31조)

- 의료급여법상 중단사유 : 대지급금의 납입고지 및 독촉(1회에 한함)
- 민법상의 중단사유 : 민법 제168조에 해당되는 중단사유

② 대지급금 상환 귀속지

- 대지급금상환의무자가 거주지를 타시군구로 이전한 때에는 신거주지 보장 기관이 관할

→ 대지급금 신청후 다른 보장기관으로 이전한 경우는 심사결정한 구거주지 보장기관에서 의료급여기관에 지급하고, 상환은 신거주지 보장기관이 처리

→ 최초의 대지급금 상환을 받아야 할 보장기관(구거주지)은 신거주지 보장 기관으로 대지급금의 채권을 이전해야 함(의료급여법 제21조2항)

※ 소멸시효가 완성되어 채권으로서의 효력상실한 경우에는 당초의 채권귀속에 대한 논의 자체가 무의미한 것으로 당연히 구거주지 보장기관이 처리해야함

(2) 절 차

① 의료급여심의위원회 심의를 거쳐 결손처분 결정

② 지방자치단체장의 결재

4 건강생활유지비 지원 제도

가. 법적근거

- 「의료급여법 시행규칙」 제28조
- 「급여비용의 예탁 및 지급에 관한 규정」 제26조~제30조

나. 지원대상

- 1종수급권자 전체
  - 본인부담면제자, 급여제한자의 경우에는 건강생활유지비 지원 제외
    ※ 본인부담면제자 : 18세 미만자, 등록희귀질환, 중증난치질환자(등록하지 않은 인체면역결핍바이러스 질환자는 건강생활유지비 지급) 또는 등록 중증질환자, 임산부, 행려환자, 가정간호를 받고 있는 자, 선택의료급여기관 이용자, 노숙인 등
  - 현역사병, 전투경찰 등 군복무자는 복무기간 동안 매년 1월분 지원
    • 입대연도 해당월에 1월분과 매년 1월 1일에 1월분을 자격정보에 생성

다. 지원금액

(1) 1인당 매월 6천원 지원

- 수급권 자격취득일이 포함된 월은 6천원 지급
- 건강생활유지비는 수급권자별 자격정보에 매월 1일에 생성

(2) 건강생활유지비 지급 중지

- 의료급여 수급권 상실, 종별변경(1종→2종), 1종수급권자 중 본인부담 면제자로 된 경우
  ※ 단, 지급중지일이 포함된 월은 6천원 지급(일할 계산 안함)

(3) 의료급여 수급권을 소급하여 취득하는 경우

- (보장기관) 수급권 취득일부터 건강생활유지비를 소급 산정하여 당월분을 제외한 금액을 지급
- (건강보험공단) 자격변동에 따른 본인부담금을 정산하고, 당해 수급권자의 자격정보에 당월분에 해당하는 금액을 생성

【사 례】

의사상 행위를 '20. 7. 4.에 하였고 '20. 9. 29.에 의사상자로 결정된 경우, 의료급여 수급권자는 소급하여 취득(3년 소멸시효 적용)함. 이에 따라 보장기관에서 7~8월분까지 건강생활유지비 12천원과 본인부담금을 정산하고, 건강보험공단에서는 9월분 6천원을 자격정보에 생성

라. 건강생활유지비에서 본인부담금 납부

(1) 1종 수급권자의 본인부담금 납부

- 건강생활유지비를 지원받는 1종 수급권자는 외래진료시 본인부담금을 건강생활유지비 잔액으로 납부(건강생활유지비 선(先)차감 의무)
- 건강생활유지비 잔액이 모자라거나 없는 경우에는 현금으로 본인부담금 전부 또는 일부 납부

(2) 건강생활유지비 차감 취소

- 의료급여기관은 건강생활유지비 잔액에서 본인부담금을 차감 요청하여 진료확인번호를 받았으나 당해 수급권자가 당일 외래진료 후 입원 등의 사유가 발생한 경우나 착오차감한 경우 건강생활유지비 차감 취소(진료확인번호 취소)

(3) 건강생활유지비 의료급여기관 지급

- 의료급여기관에서 수급권자에 대한 진료 또는 조제 후 건강보험공단 수진자자격조회 시스템을 통해 건강생활유지비를 차감 요청하여 진료확인번호가 부여된 경우 별도의 청구없이 의료급여기관에 지급
- 이 경우 건강보험공단에서 해당 시·도별 건강생활유지비용 예탁금의 범위 안에서 주 1회 이상 지급
- 건강생활유지비는 당월 진료분에 한하여 차감(소급차감불가)

【사 례】

'21. 1. 25일 진료건에 대하여 의료급여기관에서 다음 달 2. 1일 진료확인번호를 요청할 경우에는 건강생활유지비 차감 불가

(4) 잔액내역 통보

- 건강보험공단은 당해연도의 연도말 기준 건강생활유지비 차감내역 및 잔액 현황을 EBDW를 통하여 보장기관에 통보

마. 건강생활유지비 잔액지급

(1) 지급주체

- 보장기관에서 건강생활유지비 잔액을 수급권자에게 지급

(2) 지급대상

- 건강생활유지비 잔액이 남은 수급권자. 단, 2,000원 미만 남은 자는 지급대상에서 제외
- 건강생활유지비 지급대상자가 사망한 경우에는 지급 제외
- (장기입원자 잔액지급) 월 초일부터 말일까지 지속 입원한 기간이 있는 1종 수급자는 해당 기간분(매 1개월당 6,000원)을 지급 제외하여 환급
  - 입원 중 외래 이용시 발생하는 본인부담금은 지원

(3) 지급시기 및 방법

- (정기지급) 건강보험공단에서 매년도 말일을 기준으로 수급권자별 건강생활 유지비 잔액을 확정하여 다음연도 3월 말일까지 보장기관으로 통보하고, 보장 기관은 통보받은 날로부터 1개월 내에 수급권자의 계좌에 입금
- (자격변동에 따른 지급) 수급권 상실, 2종수급권자로 변경, 선택의료급여기관 이용자로 편입시 매반기 말일을 기준으로 수급권자별 건강생활유지비 잔액을 확정하여 하반기 중 보건복지부장관이 정하는 날까지(9월 말 또는 10월 초) 보장기관으로 통보하고, 보장기관은 통보받은 날로부터 1개월 내에 수급권자의 계좌에 입금
- (전출입시) 건강보험공단의 전산발췌일 기준의 최종 보장기관이 지급
- 보장기관에서는 건강보험공단에서 통보받은 잔액지급대상자 통보내역을 확인하여 최종 지급액을 확정한 후 행복e음의 급여지급절차에 따라 입금하고 수급권자에게 통보

(4) 계좌 미파악건 처리

- 보장기관에서는 수급권자의 계좌를 파악하여 지급하되 사망·행방불명 등 지급할 수 없는 경우에는 지급제외 결정

※ 미입금 처리건에 대해서는 보장기관간 이관금지

(5) 잔액 이월 관리

- 건강보험공단에서는 건강생활유지비 잔액을 이월하여 관리

(6) 계좌관리

- 보장기관에서는 수급권자의 계좌를 행복e음을 통해 관리
  - (기초생활수급권자) 잔액지급계좌는 건강보험공단에서 통보되는 개별 수급자별 해당 계좌를 파악 관리
  - (사회복지시설 수급권자) 해당 시설장의 협조를 통해 수급권자의 계좌번호를 파악하여 관리. 불가피한 경우에는 건강생활유지비 잔액을 시설대표자의 계좌에 입금하고 시설대표자는 수급권자별로 건강생활유지비 잔액 지급(단, 지급당시 퇴소자의 건생비 잔액은 제외)

    ※ 시설 입소시 수급권자 계좌번호를 파악하여 퇴소후에도 계좌번호를 제공할 수 있도록 사전에 시설장 협조 구함
  - (국가유공자 등 타법 지원자) 국가유공자, 의사상자 등 타 법률에 따라 지원을 받는 의료급여 수급권자의 계좌는 국가보훈처 등 관련기관의 협조 및 본인의 신청을 받아 개별 수급자별로 파악하여 관리

바. 건강생활유지비 지급 후 정보제공

- 건강보험공단은 건강생활유지비를 지급하는 경우 의료급여기관 및 보장기관에 대해 “건강생활유지비용지급통보서”, “건강생활유지비용 개인별 지급통보서”, “건강생활유지비용 지급결과통보서”를 송부
- 다만, 의료급여기관 중 건강보험공단의 포털사이트 가입회원기관에는 건강보험공단 홈페이지(요양기관정보마당), 보장기관에는 의료급여종합정보지원시스템(EBDW)을 활용하여 통보

※ 의료급여기관에 지급한 건강생활유지비용 세부내역은 공단 홈페이지 요양기관 정보마당 (www.medicare.nhis.or.kr)에 건강생활유지비 지급 란에서 확인

사. 건강생활유지비 정산

(1) 정산 유형

- 건강생활유지비용 환수
  - 건강생활유지비 지원 대상자가 아닌 자가 건강생활유지비를 지원받은 경우
- 건강생활유지비용 지급
  - 건강생활유지비 지원 대상자가 건강생활유지비를 지원받지 못한 경우

(2) 건강생활유지비용 환수

- 환수 대상
  - 건강생활유지비 지원 대상자가 아닌 자가 지원받은 경우에 해당하는 건강생활유지비용(자격관리 시차 등으로 발생)
    - 지원 대상기간 이전·이후에 지원받은 건강생활유지비용
    - 착오 지원받은 건강생활유지비용 등

    ※ "지원받은 경우"라 함은 수급권자가 외래진료시 본인부담금을 건강보험공단의 자격정보의 건강생활유지비 잔액에서 차감 요청하거나, 현금으로 지급받은 경우를 말함
- 발생 유형
  - 지원 대상자에서 건강보험가입자로 소급 변경된 경우
  - 지원 대상자에서 2종 수급권자로 소급 변경된 경우

    ※ 기타 이의신청 제도 활용
  - 잔액정산 이후 추가적으로 입원 사실(장기입원 공제대상임)이 확인된 경우

    ※ 실제 입원일과 청구일은 시차 존재
  - 기타 착오 지급된 경우
- 환수 기관 : 보장기관
  - 건강보험공단의 환수대상 내역 전산 발췌일을 기준으로 환수 대상자 주소지 관할 보장기관

    ※「1종수급권자의 외래진료 시 본인부담제 및 선택의료급여기관제도 지침」에 따라 건강생활유지비 지원 대상자 전출입에 따른 예탁금 정산은 하지 않음을 준용
- 환수 절차 등
  - 건강보험공단에서 건강생활유지비용 환수대상 내역을 변동일자 및 확인일자 기준으로 매반기 발췌

- 건강보험공단에서 건강생활유지비용 환수대상 내역을 EBDW를 통해 매반기 보장기관에 제공[서식 96]
- 보장기관은 건강보험공단에서 제공한 환수대상 내역을 확인하여 해당 수급권자 에게 환수 예정임을 통보하고, 건강생활유지비 잔액지급시 행복e음의 급여 지급 절차에 따라 지급할 잔액과 상계처리
  - 환수액은 부당으로 지원받은 건강생활유지비용 전액

    ※ 상계처리할 잔액지급액이 없거나 부족한 경우에는 수급자에게 직접 환수

    ※ 의료급여법 제23조(부당이득의 징수)를 유추적용하되, 보장기관간 채권이관 규정은 적용하지 않음

(3) 건강생활유지비용 지급

● 지급 대상

- 건강생활유지비 지원 대상자이나 지원 제외자로 일정 기간 건강보험공단이 관리함에 따라 건강생활유지비를 지원받지 못한 경우
  - 2종 → 1종으로 소급취득, 건강보험 → 1종으로 소급취득 등
  - 행복e음에는 1종으로 취득되어 있으나 보장기관과 건강보험공단 간 자료 불일치 등으로 실제 건강생활유지비가 지원되지 않은 경우 등
- 1종 본인일부부담자(건강생활유지비 지원)로 관리되던 자가 지원 제외자 (본인부담면제자, 선택의료급여기관 대상자 등)로 소급 변경된 경우 실제 면제 받아야 할 기간동안 수급권자가 현금으로 부담한 법정 본인부담금이 있을 경우

  ※ 위 기간동안 지급되었던 건강생활유지비의 사용된(차감된) 건강생활유지비는 의료급여비용 지급액으로 간주하여 정산에서 제외하며, 사용잔액은 지급하지 않음

● 지급 기관 : 보장기관

● 지급금액

- 수급권 취득일부터 당월분을 제외한 금액
- 현금으로 실제 부담한 법정 본인부담금
  - 당월분부터는 건강보험공단에서 자격정보에 생성
  - 건강보험공단 가상계좌에 입금된 내역은 의료급여종합정보지원시스템(EBDW)을 통하여 확인 가능

● 지급 절차 등

- 의료급여 수급권자 및 부양의무자(직계존·비속 및 그 배우자)가 건강생활 유지비 지급 신청서[서식 93]를 작성하여 주소지 관할 보장기관에 신청
- 보장기관에서 지급 대상자, 지급 금액 등을 결정한 후 건강생활유지비 잔액 지급 시 행복e음의 급여지급절차에 따라 합산하여 지급

※ 지급할 건강생활유지비 잔액이 없어 행복e음 잔액지급대상자 명단에 없는 경우에는 보장기관에서 직접 계좌로 입금

※ 또한, 수급권자가 잔액지급시기 도래전 즉시 지급을 요청할 경우에도 보장기관에서 직접 계좌로 입금

※ 건강생활유지비 잔액의 압류방지계좌 입금과 관련해서는 법률개정 추진 예정

(4) 기타사항

● 건강생활유지비 지원금액 : 1인당 매월 6천원 지원(일할 계산 안함)

- 1월에 건강생활유지비 지원대상 기간이 1일 이상이면 6천원 지원
  - '21.1.31일 자격취득일이면 6천원 지원
  - '21.3.2일 자격상실일이면 6천원 지원
- 1월에 6천원 이상 지원 불가
  - '21.3.2일에 자격상실되어 이미 6천원을 지원받은 자가 다시 '21.3.31일에 자격 취득하더라도 지원대상에서 제외

● 소멸시효 적용

- 의료급여법 제31조(소멸시효)의 규정에 의거 3년 적용

● 적용대상

- 2007년 7월 1일 이후 지원한 건강생활유지비부터 적용

5 중증질환 및 희귀·중증난치질환자 산정특례 등록

가. 목적

- 고가의 고난이도 시술이 필요한 중증질환 및 희귀·중증난치질환 진료에 대한 본인부담을 면제함으로써 의료보장성 강화
- 산정특례 등록자 자격(1종) 및 그에 따른 지원 혜택 등을 명확히 하여 일관성 있게 관리

나. 법적근거

- 「의료급여법」 제3조, 제10조
- 「의료급여법 시행령」 제3조제2항제1호라목, 제13조제1항 [별표1]
- 「의료급여법 시행규칙」 제3조제1항제3호, 제8조의3제1항
- 의료급여수가의 기준 및 일반기준(고시)

다. 지원대상

- 결핵질환자
  - 기존에 희귀질환, 중증난치질환 산정특례 대상에 포함되어 있던 결핵질환이 결핵질환 산정특례로 별도 관리됨('16.7.1.~)
  - 또한 기존에 일반결핵(A15~A19) 2년, 항결핵제내성(U84.3) 5년으로 정해져 있던 등록기간이 '16.7.1일 이후 등록자부터는 '등록시작일~치료종료시'까지로 변경됨.
- 중증질환자(암환자, 뇌혈관질환자, 심장질환자, 중증화상환자, 중증외상환자)
  - 다만, 뇌혈관·심장질환자, 중증외상환자는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록 없이* 지원

* 의료급여기관에서 직접 신청서를 받아 처리 및 관리

- 암(상병코드 : C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~D48)
- 중증암환자 : 기존 희귀질환, 중증난치질환 및 중증질환에 중복 해당되었던 백혈병(C90-96) 및 악성신생물(C00-C86.5, C88, C97, D00-D09)은 희귀질환, 중증난치질환에서 제외되며 중증질환으로만 관리
- 뇌혈관(해당 수술·입원을 한 경우로써 고시 및 부록 7 참고)
- 심장질환(해당 수술·약제투여를 한 경우로써 고시 및 부록7 참고)
- 중증외상환자(ISS 15점 이상으로 권역외상센터에 입원한 경우로써 고시 및 부록 7 참고)
- 중증화상(상병코드는 고시 및 부록 7 참고)

* 해당고시「건강보험의 본인일부부담 산정특례에 관한 기준」[별표 3] 및 [별첨 1~3]을 준용

※ 중증암과 희귀·중증난치성질환을 모두 가진 자의 경우 각각 등록

- 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」별지 제20-1호의 '의료급여(희귀, 중증난치) 산정특례 등록 신청서'와 변경된 등록기준*은 신청일이 '20.1.1.부터 적용

  * 희귀질환(극희귀 포함), 중증난치질환 산정특례 등록기준

- 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 의료급여(암) 산정특례 등록 신청서(시행규칙 별지 제20호서식[서식 63])와 의료급여(결핵, 중증화상) 산정특례 등록 신청서(시행규칙 별지 제20-2호서식, [서식 64]) 신설 및 변경 암·결핵 산정특례 등록기준은 신청일이 '20.3.1.부터 적용

● 희귀질환 및 중증난치성질환자

- 대상 목록 및 세부 상병코드는 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 [별표 2] '의료급여 희귀질환자 및 중증난치질환자 산정특례 대상' 참조

- (유의)「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」별표4의2 "중증난치질환자 산정특례대상"의 구분4.(정신질환 상병), 구분6.~구분7.(치매 상병), 별표5 "시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵질환의 적용 범위"의 구분 잠복결핵감염에 해당하는 상병은 의료급여 산정특례 등록하지 않음. 다만, 의료급여 2종 수급권자의 정신질환*과 치매** 치료에 대하여 의료기관에서 본인부담 경감

  * 정신질환으로 병원급 이상 외래 이용시 : 조현병 5%, 그 외 정신질환 10%('17.3.13.시행)

  ** 치매치료시 : 병원급 이상 외래 5%, CT등 5%, 입원 5%('17.10.1.시행)

라. 지원내용

- 급여비용에 대한 본인부담 면제
  - 중증질환자, 희귀·중증난치질환자(결핵질환자 포함)
    ※ 단, 중증질환자(등록 암·중증화상환자, 뇌혈관·심장질환자·중증외상환자)의 경우 해당 질환에 대한 진료 시 추가적으로 식대 본인부담률을 5%로 경감

- 1종 수급권자 자격 부여 (※ 뇌혈관·심장질환자·중증외상환자는 자격 변동 없음에 유의)
  - 중증질환자, 희귀·중증난치질환자(결핵질환자 포함)로서 산정특례 등록한 본인
    - (2013.10.1.개정이후) 희귀질환, 중증난치질환을 가진 자의 경우 본인 외에도 그가 속한 세대 구성원까지 일괄적으로 1종 수급권자로 분류하였으나, 앞으로는 본인 외의 세대 구성원은 각자의 질환의 경중 등에 따라 1종 또는 2종 수급권자로 분류하도록 함. 아울러, 산정특례 등록 기간 만료 이후에도 해당 질환이 계속되어 재등록한 경우에는 질환 종료가 아닌 것으로 판단하여 위의 기준대로 수급권 부여 가능
  - 등록기간* 동안 근로능력평가 유예
    * 희귀·중증난치성질환자 및 암환자 : 5년, 중증화상환자 : 1년(6개월 연장 가능)

- 의료급여 절차 예외 (※ 뇌혈관·심장질환자는 제외)
  - 산정특례 결핵, 중증(중증암, 중증화상), 희귀·중증난치질환자
    - 단계별(제1차 → 제2차 → 제3차의료급여기관) 의료급여 절차를 거치지 않고 바로 제2차 또는 제3차의료급여기관에 의료급여 신청 가능
    - 또한, 의료급여 상한일수 초과로 인한 조건부연장승인 시 선택의료급여기관을 제2차 또는 제3차의료급여기관 중에서 한 곳 지정(제1선택) 가능하며, 제1차 또는 제2차 의료급여기관 중 어느 한 곳을 추가 지정(제2선택) 가능

- 질환군별 급여일수 산정
  - 보건복지부장관이 고시하는 중증* 및 희귀·중증난치질환 각 질환별 산정
    * 단, 뇌혈관·심장질환은 만성 고시질환(상병코드)에 해당되는 경우 별도 산정됨 ⇒ 만성 고시질환 목록은 2021년 의료급여사업안내 p.229 아래 주석 참조
    ※ 대상 목록 및 세부 상병코드는 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 [별표 2] 참조

마. 등록 방법 및 절차

(1) 기존 의료급여 수급권자

- 의료급여기관 : 등록 대상 수급권자에게 '의료급여 산정특례 등록신청서 (암/희귀·중증난치/결핵·중증화상)[서식 61~63]상의 의료급여기관 확인란 작성 및 제공
- 전산 신청
  - 의료급여 수급권자는 의료기관에서 전산으로 의료급여(암/희귀·중증난치/결핵·중증화상) 산정특례 등록 신청

의료급여 산정특례 등록신청(전산화) 운영절차

- 의료기관(신청) → 공단(요양기관 정보마당 등록, 행복e음 전송) → 보장기관(행복e음 전산등록) → 공단(정보시스템, 신청서처리 결과자료 제공)
- 의료급여 산정특례 신청서 등록 시 주소지, 보장기관명, 세대주 입력 제외(전산 연계) → 건당 1분 정도 소요(일 평균 0~1건 발생)
- 온라인 또는 팩스 신청하는 경우, 신청서 원본 제출 생략 가능

※ 건강보험 산정특례도 직접, 팩스, 온라인 세 가지 병행 중이며 신청서 제출하지 않음

〈 '요양기관 정보마당' 의료기관 신청 메뉴 〉

- 방문·팩스·우편 신청
  - 의료급여 수급권자 본인 또는 대리인은 의료급여기관에서 발급받은 '의료급여(암/희귀·중증난치/결핵·중증화상) 산정특례 등록신청서'를 시·군·구/읍·면·동에 제출(방문, 팩스, 우편)

- 결핵질환도 상기 의료급여 산정특례 등록 신청방법과 동일하며, 다만, 결핵 치료를 받는 의료기관이 여러 곳인 경우 각각의 의료기관으로부터 등록 신청서를 받아 등록처리

※보장기관은 산정특례 등록을 위해 필요한 경우 산정특례 등록자 및 의료급여기관에 검사내역 등 자료를 제공하도록 요청할 수 있음

● 시·군·구

① 의료급여사업팀 → ② 통합조사관리팀 → ③ 의료급여사업팀

- (1종 수급권자)

① 행복e음에 산정특례 등록 및 본인부담면제 등록, 통합조사관리팀에 근로 능력평가 유예 요청

② 행복e음에서 산정특례 등록내용 확인 후 산정특례 등록자의 근로능력평가 유예 및 적용기간 입력

- (2종 수급권자)

① 산정특례 등록자에게 1종 부여, 행복e음에 산정특례 등록 및 본인부담면제 등록, 통합조사관리팀에 나머지 가구원 근로능력 재평가 요청

② 산정특례 등록자의 근로능력평가 유예 및 적용기간 입력, 간병·보호 등의 가구 여건 변화 반영하여 나머지 가구원 근로능력 재판정 후 의료급여 사업팀에 결과 통보

③ 나머지 가구원은 근로능력 재평가 결과를 반영하여 1종 또는 2종 부여하되, 나머지 가구원이 2종일 경우 가구 분리*

* ①산정특례 등록자 외 나머지 가구원 전체가 근로무능력자로 1종 수급권자일 경우 또는②기존 규정에 의해 희귀질환, 중증난치질환자 산정특례 등록 시 본인 및 가구원에게 1종 자격이 부여된 경우(구 희귀 : 2013.09.30. 이전 적용 수급권자)는 가구 분리 대상에서 제외

⇒ 적용기간 만료, 완치 등으로 산정특례 등록 대상에 해당하지 않게 되면, 가구 결합

※시군구 통합조사관리팀과 의료급여사업팀에서는 근로능력평가 유예 적용 및 가구원별 자격 책정(가구분리)이 누락되지 않도록 상호 긴밀히 협조하여 처리

◈ 건강보험 특정기호(V코드)를 사용하여 등록하는 질환 등록방법

- 만성신부전
  - 혈액투석을 실시하는 자 : 상병코드 N18, 건보일련번호 02로 선택 → V001 변경 전송
  - 복막투석을 실시하는 자 : 상병코드 N18, 건보일련번호 03로 선택 → V003 변경 전송
- 혈우병 : 상병별 코드, 일련번호 선택하여 전송
- 장기이식의 경우
  - 간이식을 받은 자 : 상병코드 Z944, 건보일련번호 01로 선택 → V013 변경 전송
  - 췌장이식을 받은 자 : 상병코드 Z948, 건보일련번호 02로 선택 → V014 변경 전송
  - 심장이식을 받은 자 : 상병코드 Z941, 건보일련번호 01로 선택 → V015 변경 전송
  - 신장이식을 받은 자 : 상병코드 Z940, 건보일련번호 04로 선택 → V005 변경 전송
  - 폐이식을 받은 자 : 상병코드 Z942, 건보일련번호 01로 선택 → V277 변경 전송
  - 소장이식을 받은 자 : 상병코드 Z948, 건보일련번호 03으로 선택 → V278 변경 전송

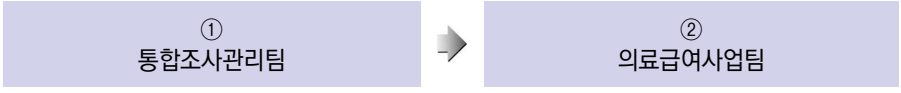
◈ 본인부담 면제 등록 관련 참고사항

- 산정특례 등록 후 본인부담구분 대상자 관리 화면에서 M015/M016/M017M018/M019 코드로 지정, 기간은 산정특례 등록기간 + 1일로 관리
  - 기존에 다른 사유로 본인부담 면제코드가 등록되어 있어도 추가적으로 부여 가능
- '17.6.1일부터 희귀질환, 중증난치질환 산정특례 대상으로 확대된 가족샘종(선종)폴립증은 상병코드(KCD)가 없기 때문에 해당 질환과 유사한 상병코드로 등록 및 청구함.
  - 의료급여기관의 진료확인번호 승인, 의료급여비용 청구 및 급여일수 산정 시 : D12.6으로 입력·관리
  - 산정특례 신청 및 등록 시 : M8220/0 사용

  * 다만, 시행일 현재 M8220/0 상병코드를 사용하기 위해서는 자료정비 등의 시일이 소요되므로, '17.6.1일 이후, 가족샘종(선종)폴립증에 대한 의료급여 산정특례 등록 시에는 임시로 D12.6 상병코드를 사용하여 등록·관리하시고, 추후 D12.6을 M8220/0로 변환할 수 있도록 공지해드릴 예정임.
- 산정특례 등록기간 중 상병코드 변경시 기존 등록자료를 중지하고, 신규 등록하거나 또는 기존 등록자료를 취소하고, 신규 소급 등록하는 방법으로 보장기관이 선택하여 이력관리

(2) 신규 수급권자(기초생활수급 자격취득 전 건강보험가입자)

● 시·군·구



- ① 건강보험공단(지사)에 공문[서식 66]으로 산정특례 등록여부 확인하여 '근로능력 없음' 판정 처리 및 나머지 가구원 근로능력 판정 결과를 의료급여 사업팀에 통보

※ 단, 공단에 확인이 어려운 경우 등록신청자에게 의료급여기관에서 '건강보험산정특례등록신청서'를 발급받아 제출하도록 조치

- ② 수급자로 결정되는 즉시 행복e음에 산정특례 및 본인부담 면제 등록하되, 나머지 가구원의 근로능력 판정결과가 2종인 경우 가구 분리

※ 산정특례 건보수신내역으로도 확인가능 : 건강보험 산정특례 등록자가 의료급여 수급권자로 자격 변동되는 경우, 잔여기간 연계적용(정신질환, 치매를 제외하고는 건강보험과 목록 일치 ⇒ 정신질환, 치매가 아닌 경우 연계적용)

바. 적용기간

● 적용 대상별 적용기간

구분	희귀·중증난치질환	결핵	중증암	중증화상	뇌혈관질환	심장질환	중증외상
적용대상	산정특례 등록 희귀·중증 난치질환자	산정특례 등록 결핵환자	산정특례 등록 암환자	산정특례 등록 화상환자	고시 해당 상병 수술·약제 투여·급성기 입원 뇌혈관 질환자	고시 해당상병 수술·약제 투여 심장질환자	ISS 15점 이상으로 권역외상센터에 입원한 중증외상 환자
특례기간	5년	등록 시작일~치료 종료시	5년	1년 (기간 종료 후 별첨3의 수술을 받는 경우 1년간 재등록)	최대 30일 (입원·외래)	최대 30일 (입원·외래) 복잡선천성 심기형 및 심장이식 60일	최대 30일

◈ 적용기간 세부 참고사항

- 인체면역결핍바이러스질환의 경우 계속 적용(단, 행복e음 입력시에는 다른 질환과 동일하게 등록일로부터 5년으로 설정하고, 매 5년마다 갱신)
- 건강보험 산정특례 등록자가 의료급여 수급권자로 자격 변동되는 경우, 건강보험 당시 부여받았던 기간 중 잔여기간 연계하여 적용
- 중증화상환자는 등록일로부터 1년의 특례기간이 부여되며, 단 적용기간 종료일로부터 2년 이내에 해당하는 수술을 받은 경우 재등록
  * 등록기간 종료 후 2년 이내에 별첨3의 수술을 받은 경우 1년간 재등록 할 수 있음(V306은 제외)
  재등록은 1회에 한하며, 동일부위의 화상치료는 재등록기간을 포함하여 최대 2년간 산정특례 적용가능
- 뇌혈관·심장질환자 : 재수술 시 재수술일로부터 최대 30일 추가 적용 가능
  예시 1차수술 9.1, 재수술 9.11인 경우 : 9.11부터 30일을 초과할 수 없음

● 적용 시작일

- 확진일로부터 30일 이내 신청 : 확진일로 소급(토요일, 공휴일 포함)
  ※ 의료급여 1종 자격도 확진일로 소급하여 취득(자격 변경 처리 후 산정특례 등록)
- 확진일로부터 30일 초과하여 신청 : 신청일
  ※ 의료급여 1종 자격도 신청일에 취득(자격 변경 처리 후 산정특례 등록)

◈ 적용시작일 관련 참고사항

- 확진일로부터 30일 경과 후 신청하더라도 소급 적용하는 경우
  - 암·중증화상·희귀질환, 중증난치질환·결핵 치료를 위한 입원(진단 목적만을 위한 입원 제외) 기간 중에 확진되어 입원기간 내(퇴원일에 신청까지 인정) 등록 신청했다면, 입원 기간 전체(입원기간 초일부터)에 대해 소급 적용
- 확진일로부터 30일 이내 신청하더라도, 입원하여 암·희귀질환, 중증난치질환 치료를 위한 수술(진단 목적만을 위한 수술 제외) 후 확진을 위한 병리학적 검사결과가 퇴원 후 확인되어 신청한 경우에는 확진을 위한 검사('종양제거술+생검'처럼 반드시 치료를 병행하는 검사)가 속해 있는 입원 기간을 소급하여 적용

사. 중복암 추가 산정특례 인정('17. 7. 1일~)

● 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」(고시 제2017-85호) 제17조의2제7항 일부 개정에 따라, 등록 암환자가 산정특례 적용기간 중에, 등록한 암과 다른 암종이 추가로 발생(전이암 제외)한 경우 추가로 산정특례 신청 가능함.

● 중복암 추가 산정특례 등록 시 적용시작일 및 특례기간

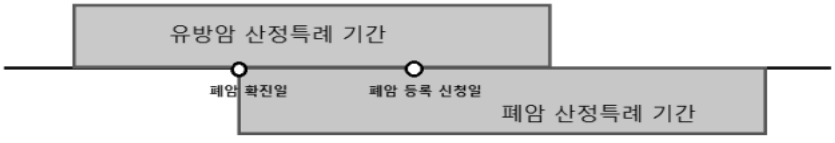
- 중복암 추가 산정특례는 신청일과 관계없이 진단확진일로부터 5년간 적용됨.

● 암 산정특례 등록 시 '의료급여 산정특례 등록(지원) 신청서'(시행규칙 별지 제20호 서식, [서식 63])에 신규, 재등록, 중복암으로 구분하여 신청

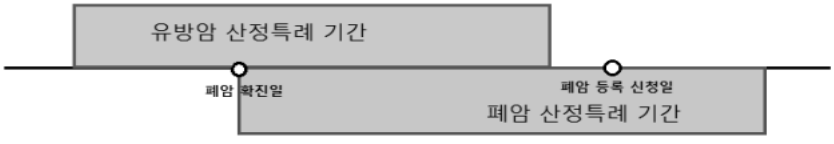
- ☑ 신규 : 신청당시 암 산정특례 등록 이력이 없거나, 기 등록된 암의 특례기간 종료 이후 확진받은 추가 발생 암을 산정특례 신청하는 경우
- ☑ 재등록 : 암 산정특례가 1개만 등록되어 있는 상태에서 특례기간 종료시점에 재등록 사유*가 발생하여 산정특례 신청하는 경우

  * 등록된 암의 잔존암이 있거나 재발 또는 전이되어 암조직의 제거·소멸의 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우
- ☑ 중복암 : 암 산정특례 적용기간 중 등록한 암과 다른 암종이 추가로 발생(전이암 제외)하여 산정특례 신청하는 경우

예시 1) '14. 1. 1. 유방암 확진 받아 '14. 1. 20. 보장기관에 산정특례 신청
'17. 8. 5. 폐암 확진, '17. 10. 5. 폐암으로 보장기관에 산정특례 신청
▸C50 '14.01.01 ~ '18.12.31.
▸C34 '17.08.05 ~ '22.08.04.



예시 2) '12. 9. 20. 유방암 확진 받아 '12. 9. 22. 보장기관에 산정특례 신청
'17. 8. 5. 폐암 확진, '17. 10. 5. 폐암으로 보장기관에 산정특례 신청
▸ C50 '12.09.20 ~ '17.09.19.
▸ C34 '17.08.05 ~ '22.08.04



- ☑ 재등록, ☑ 중복암 : 적용중인 암 산정특례가 2개 이상 있을 때 등록되어 있는 암 중에서 특례기간 종료시점에 재등록 사유가 발생하여 산정특례 신청하는 경우

● 중복암 본인부담면제 등록 방법(행복e음)

- 산정특례 등록 후 본인부담구분 대상자 관리 화면에서 M016코드로 지정하며, 산정특례등록번호를 추가로 생성하여 관리(결핵과 같이 여러 개의 산정특례 등록번호 생성 가능)

아. 등록기간 만료시 업무처리방법

- 기본원칙 : 산정특례 적용기간*이 지나면 원칙적으로 종료
  * 희귀·중증난치질환자 및 암환자 : 5년(예외. '16. 7월 이전 등록한 일반결핵은 2년), 중증화상환자 : 1년(6개월 연장 가능)
- 결핵질환 종료 : 의료급여기관이 '요양기관정보마당'을 통해 결핵치료 종료정보(완료, 완치, 사망 등)를 전송하면 해당 정보를 행복e음 시스템을 통해 시·군·구에서 확인하여 종료처리
- 재등록 : 적용기간 이후에도 질환이 계속되어 재등록 요건을 갖춘 경우 재등록 가능
- 제외질환 등록 시 보장기관 조치사항
  - (신규등록) 2019.1.1. 이후 신규 산정특례 등록 불가
  - (기등록자) 2019.1.1. 이전 기존 산정특례자(신규,재등록포함)는 등록기간까지는 산정특례 인정되나, 기간종료 후 재등록 불가

자. 재등록 방법 및 절차

- 대상 : 희귀·중증난치질환자 및 암환자
- 신청기간 : 등록기간(5년)이 만료되기 3개월 전부터 신청가능(행복e음 입력가능)
- 재등록 시 적용시작일 : 종료 전에 등록 신청한 자는 만료일의 익일
- 확인 사항
  - 암환자의 경우 등록 만료 시점에서 잔존암·전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암 조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료, 항암제를 계속하여 투여 중인 경우 재등록 가능
    * 암환자 재등록시 신청일 기준 6개월 이내 검사기록 인정
    ※ 단, 최초 등록상병으로 5년이 지난 시점에서 재발·전이 여부 검사만을 정기적으로 추적 검사하는 경우 또는 암과 관련된 합병증만을 치료 중인 경우 제외
  - 희귀·중증난치질환자의 경우 등록 만료 시점에 희귀·중증난치질환으로 진단받은 자로, 등록기준(희귀·중증난치질환 산정특례 검사항목 및 검사기준)을 만족한 경우 재등록 가능
    * 재등록 신청일 기준 1년 이내 검사기록 인정
    * 암·희귀·중증난치질환별 신규 및 재등록 시 필요한 검사항목 및 검사기준 확인 방법
    국민건강보험공단 홈페이지(http://nhis.or.kr) → 요양기관 정보마당(http:// medi.nhis.or.kr) → 요양기관 공지사항 → 암·희귀·중증난치질환 산정특례 등록 및 재등록 방법 안내

● 재등록 방법 및 절차

- (보장기관) 만료 도래 전, 수급권자에게 산정특례 적용종료 및 재등록 기준에 따라 신청이 가능함을 안내하고 신청서를 제출받아 재등록
- (수급권자) 의료급여기관에서 질병별 재등록 기준에 따라 '의료급여 산정특례 등록 신청서(암/희귀·중증난치/결핵·중증화상)[서식 61~63]'를 재발급 받아 재등록 신청

【등록종료 대상자 확인, 종료 및 재등록 방법】

• 확인

- 〈 EBDW〉 자격관리 → 산정특례대상자 → 산정특례대상자 명부 → 산정특례구분 '희귀질환, 중증난치질환'으로 조회 → 조회일자를 임의로 지정하여 등록한 자 추출

(예) 2011년 6월 30일로 조회일자 지정하면 2016년도 6월 만료대상자 추출 가능

• 재등록 : 기존등록 종료(중지처리) 후 추가 등록

- 기간만료일 이전에 신청서를 제출한 자 : 기간만료일자로 중지 처리하고, 만료일 익일을 등록일로 산정하여 추가 등록 (희귀질환, 중증난치질환의 경우 기간 만료 3개월 전부터 신청 및 전산 입력 가능)

예시 '16.9.15 만료 대상자가 '16.8.20 신청서 제출한 경우 : 기간만료일('16.9.15)에 기존등록 중지처리, 이후 만료일 다음날('16.9.16)로 추가등록(적용기간 설정 : '16.9.16~'21.9.15)

※ 기간만료일 이후에 신청서를 제출한 자 : 기간만료일에 중지처리하고, 신규 등록 기준에 따라 신규 등록 (재등록 대상 아님)

차. 등록취소 및 적용종료

● 등록취소

- 취소대상

① 착오등록자 : 등록자 입력착오로 타인을 등록하거나, 검사결과 음성(암세포 등이 없는 상태)인 질환자를 착오 등록(적용기간 불인정)

② 산정특례 취소자 : 등록자 본인이 산정특례 신청 취소시 취소 신청일로 처리

● 적용종료

- 판정오류 : 의사가 해당 질환으로 확진하였으나, 재진단 결과 해당질환이 아닌 것으로 확인된 경우 판정오류 처리하여, 판정오류일(상실일 또는 유효일)까지 산정특례 적용

※ 판정오류 확인 후 적용종료 신청이 즉시 이루어질 수 있도록 의료급여기관에 협조 안내(본인부담 면제 소급처리로 인한 민원 발생)

- 본인요청(종료) : 개인적인 사유로 산정특례 등록 종료를 요청하는 경우, 종료신청일(상실일 또는 유효일)까지 산정특례적용

【인체면역결핍바이러스질환자(HIV/AIDS)의 산정특례 등록 선택제 시행('12.6.8~)】

- 인체면역결핍바이러스질환자 의료급여 중증난치질환 산정특례 등록 선택 가능
  - (등 록) 기존의 산정특례 적용과 동일(1종 자격 부여 및 전체 진료비 면제)
  - (미등록) 중증난치질환자 산정특례 적용 불가
- 미등록 시 적용되는 특례
  - HIV/AIDS(B20~B24) 관련 진료 시에는 본인부담금 면제(1·2종 모두)
    ※ 타 질환으로 진료 시에는 본인부담금 지불(단, 1종은 건강생활유지비 지원)
    ※ 2종 수급자의 경우 산정특례신청서(또는 진단서)를 보장기관에 제출하면 산정특례 등록하지 않아도 1종 수급자로 전환 가능
- 등록여부 변경 가능
  - HIV/AIDS 질환자가 본인의 의사에 따라 중증난치질환 등록 여부 변경 가능
    (등록 → 탈(脫)등록 → 재등록)
- 타 질환으로 진료 중 HIV/AIDS 질환자임을 밝혔을 경우(1·2종 모두)
  - 담당 진료의사의 판단에 따라, 타 질환 발병과 HIV/AIDS가 상관관계가 있다고 판단하여 의료급여비 용명세서에 HIV/AIDS 상병코드 B20~B24를 기입하여 청구했을 경우에는 본인부담금 면제

- **암 산정특례 등록기준 예외 적용**
  - 예외적용 대상 : 등록기준이 조직(세포) 학적 검사가 필수검사 항목으로 되어 있는 상병 중 환자 상태가 아래 5가지 사유 중 1가지 이상에 해당되어 조직 (세포)학적 검사를 시행하기에 어려운 경우에는 등록기준 예외 적용으로 암 산정특례 등록신청 가능
  - 전문의가 영상검사와 임상소견 등을 종합하여 암 진단 후 '의료급여(암) 산정특례 등록 신청서 [서식 63]'에 조직학적·세포학적 검사 미실시 사유, 환자상태 및 확진에 대한 의견을 구체적으로 작성하여 신청서 발급

▷ 환자 상태가 조직(세포)학적 검사를 시행하기에 적합하지 않은 경우로 담당의사가 판단한 경우
① 전신상태가 ECOG performance status 3 이상인 경우
- ECOG performance status 3 : 제한적으로 자가 치료 가능하며 깨어있는 시간의 50%이상을 누워있거나 휠체어를 이용함

- ECOG performance status 4 : 완전히 무력한 상태, 어떠한 자가 치료도 불가능하며 대부분의 시간을 침대에서 보냄

② 조직검사 시 출혈 위험성이 큰 경우

- 심혈관계·뇌혈관계 질환으로 항응고제 복용중인 환자에서 항응고제 약물 복용을 중단하면 환자의 생명에 위협을 가할 수 있는 경우
- 혈중 혈소판 10만 미만인 경우
- Prothrombin time증가(60%미만)한 경우
- 암이 주요혈관에 인접해 있어 조직검사 위험도가 높을 때

③ 전신마취 및 수술을 견딜 수 없는 상태인 경우

- 지속적인 활력징후 불안정
  - · 수축기 혈압 90mmHg이하의 쇼크
  - · 혈압 180/100mmHg이상의 조절되지 않는 고혈압
  - · 호흡수 30회/분 이상의 빈호흡
  - · 조절되지 않는 고열
- 폐기능이 좋지 않거나 산소포화도 90%미만의 저산소증 등으로 전신마취가 위험한 경우
- 환자의 갑상선 기능항진 등의 호르몬 변화가 안정적이지 못해 침습적 검사나 전신마취가 위험한 경우

④ 감염 위험성이 높은 경우

- 혈액학적 검사에서 Absolute neutrophil count가 1,000미만인 경우

⑤ 기타

- 암 산정특례로 등록된 자가 특례 기간 종료시점(종료시점으로부터 3개월 이내)에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우
- 내시경을 통하여 조직검사가 필요한 암인 경우 체위를 취하기 어려운 척추장애 또는 골절을 수반하여 내시경이 어려운 경우
- 염증성 유방암으로 피부궤양이 동반된 경우
- 암이 중요장기에 인접해 있어 조직검사 위험도가 높을 때 등

제 4 편

의료급여 사례관리

Ⅰ 사례관리 개요

1. 법적근거
2. 정의
3. 목적
4. 필요성

Ⅱ 의료급여사례관리사업 체계

1. 수행 체계
2. 의료급여관리사
3. 예산

Ⅲ 의료급여사례관리 운영

1. 지역유형
2. 사례관리 대상
3. 사례관리 관리 인원
4. 사례관리 수행기준
5. 사례검토 회의

Ⅳ 의료급여사례관리 수행

1. 신규 의료급여 사례관리
2. 다빈도 외래이용자 사례관리
3. 장기입원자 사례관리
4. 연중관리 대상자 사례관리
5. 공공부문 사례관리와 연계

제4편 의료급여 사례관리

Ⅰ. 사례관리 개요

1 법적근거

- 「의료급여법」 제5조의2(사례관리)
  - 보건복지부장관, 특별시장·광역시장·도지사 및 시장·군수·구청장은 수급권자의 건강관리능력 향상 및 합리적 의료이용 유도 등을 위하여 사례관리를 실시할 수 있다.

2 정의

- 의료급여 수급자의 삶의 질 향상과 적정 의료 이용을 목적으로 수급자의 욕구를 사정하고 건강 상담, 필요한 정보 제공, 모니터링 등을 수행하는 일련의 과정

3 목적

- 수급자의 자가 건강관리능력 향상, 합리적 의료이용 유도, 지지체계 구축을 통하여 건강 삶의 질 향상과 의료급여 재정 안정화에 기여

4 필요성

- 의료급여 수급자의 의료욕구에 신속히 대응
  - 다빈도 복합상병을 가진 의료급여 수급자의 밀착상담 및 관리
  - 수급자에 대한 건강관리 정보 제공, 지역사회 보건복지자원 연계지원
- 수급자·의료공급자의 합리적 의료관행 유도 및 의료급여 재정의 효율적 관리

제4편 의료급여 사례관리

Ⅱ. 의료급여사례관리 체계

1 수행 체계

가. 보건복지부 기초의료보장과 : 사업 총괄

나. 의료급여사례관리사업지원단

- 사업운영 지원, 사업 모니터링 및 평가, 교육, 연구지원 및 실태조사, 지침 및 제도 개선 지원, 사업결과 통계분석 및 관리

다. 시·도 의료급여 담당부서

- 자체 사업기획 및 예산확보, 지도점검 및 성과보고
  ※ 자체 사업기획에 지역주도형 특화사업 포함하여 수립

라. 시·군·구 의료급여 담당부서

- 자체 계획수립, 수행 및 평가
  ※ 자체 계획에 지역주도형 특화사업 포함하여 수립

마. 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원

- 사례관리 대상자 통보, 의료이용현황, 의약품 정보 등 자료제공 및 통계자료 구축, 장기입원사례관리-심사연계

2 의료급여관리사

가. 역할(의료급여법 시행규칙 제2조의3 제3항)

(1) 수급권자의 건강관리능력 향상을 위한 교육 및 상담

(2) 의료급여제도 안내 및 의료기관 이용 상담

(3) 의사의 의료와 보건지도 및 약사의 복약지도에 대한 수급권자의 이행여부 모니터링 등 요양방법의 지도

(4) 수급권자와 보장시설 등 보건복지자원과의 연계

(5) 그 밖의 의료급여 관리에 필요한 사항으로서 보건복지부장관이 정하는 사항

나. 인력 배치(의료급여법 시행규칙 제2조의3 제2항)

「의료급여법」 시행규칙 제2조의3(의료급여 관리사의 자격 등) ① 법 제5조의2제2항에 따른 의료급여 관리사(이하 "의료급여 관리사"라 한다)는 「의료법」 제2조에 따른 의료인으로서 같은 법 제3조에 따른 의료기관에서 2년 이상 근무한 경력을 가진 사람으로 한다.

② 의료급여 관리사는 다음 각 호의 구분에 따라 해당 인원을 배치하되, 보장기관의 수급권자 수, 수급권자의 질환 정도 등을 고려하여 보건복지부장관이 정한 기준에 따라 더 배치할 수 있다.

1. 특별시·광역시·특별자치시·도·특별자치도(이하 "시·도"라 한다) : 1명, 다만, 관할 시·군·구의 수가 15개를 초과하는 경우 1명을 더 배치할 수 있다.
2. 시(특별자치도의 행정시를 제외한다. 이하 같다)·군·구(자치구를 말한다. 이하 같다) : 1명

(1) 시·도 의료급여관리사

(가) 배치기준

- 1개~15개 시·군·구청 이하 : 1명
- 16개~31개 시·군·구청 이하 : 2명
- 관외입원자 관리 전담인력 : 시도당 1~2명 추가배치

※ 단, 기존인력으로 관외입원자 관리가 가능한 경우 기존인력 활용 가능

(나) 인원 : 17개 시·도청 31명(세종특별자치시 포함)

(2) 시·군·구 의료급여관리사

(가) 배치기준

- 수급자 3,000명 이하 : 1명
- 수급자 3,000명 초과 ~ 6,000명 이하 : 2명
- 수급자 6,000명 초과 ~ 9,000명 이하 : 3명
- 수급자 9,000명 초과 ~ 12,000명 이하 : 4명
- 수급자 12,000명 초과 ~ 15,000명 이하 : 5명
- 수급자 15,000명 초과 ~ 18,000명 이하 : 6명
- 수급자 18,000명 초과 ~ 21,000명 이하 : 7명
- 수급자 21,000명 초과 : 8명

※ 2022년 배치현원 보존하여 적용

(나) 인원 : 228개 자치구 시·군·구청 645명(제주시, 서귀포시 포함)

※ 의료급여관리사의 퇴직, 질병·부상, 출산·육아 등 사유 발생 시 시·도 및 시·군·구는 업무에 공백이 발생하지 않도록 최대한 조치할 것

※ 의료급여관리사의 질병·부상, 출산·육아 등 휴직기간이 6개월 이상인 경우 대체 인력을 기간제로 채용할 수 있으며 이 때 채용자격 및 보수기준은 기존 의료급여관리사의 채용기준 및 보수체계를 준용 (단, 대체인력에 대해 예산의 범위 내에서 인건비 지원이 가능함)

다. 업무 권한

(1) 전자결재 ID 부여 : 공문 발송 등 업무수행 체계의 효율성 확보

(2) 새올행정시스템 이용 ID 부여

(3) 공공기관용 외부 메일 계정 부여

(4) 행복e음 이용 ID부여

(5) EBDW이용 ID 부여 : 국민건강보험공단에 신청

(6) 건강보험심사평가원 홈페이지 이용 권한 공유
의료급여기관현황조회, 보장기관 신고센터 등 이용을 위한 보장기관별 ID 공유

(7) 의료급여관리사 신분증 발급

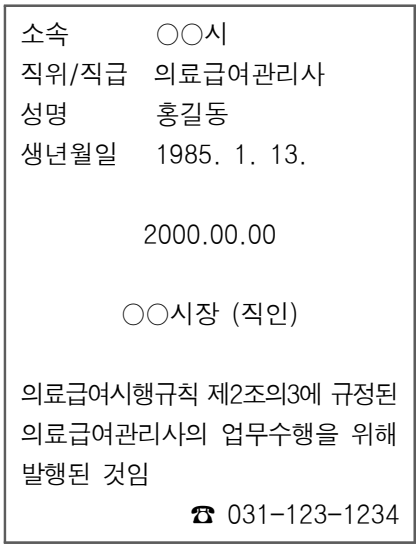
방문상담, 의료급여기관 및 사회복지시설 방문 시 채용기관에서 발급한 신분증을 제시함으로서 정당한 권한 있는 자임을 표시

※ 공무원증에 준하는 신분증을 발급

【신분증 : 예시】

〈전 면〉

〈후 면〉



라. 업무 내용

(1) 시·도 의료급여관리사

① 시·도 특성을 고려한 사례관리사업 계획수립 및 결과보고

② 시·군·구 의료급여사례관리사업 수행 지원

③ 시·군·구 사례관리사업 현장점검 실시 및 결과보고(현장점검은 행정점검이 아님을 유의)

④ 시·군·구 사례관리 실적관리·모니터링 실시

⑤ 의료급여관리사 수퍼비전 제공 및 신규 의료급여관리사 교육

⑥ 장기입원 사례관리 수행 및 지원 : 요양병원 신규입원자, 관외입원자 관리, 심사연계 중재 등

⑦ 시·도 특성을 고려한 지역 특화사업

⑧ 사례관리 간담회, 사례검토회의 등 개최

⑨ 사례관리사업 홍보

⑩ 보건복지부, 의료급여사례관리사업지원단, 시·군·구와 업무 협력

(2) 시·군·구 의료급여관리사

① 시·군·구 특성을 고려한 사례관리사업 계획수립 및 결과보고

② 의료급여사례관리 수행 : 신규수급자, 외래이용자, 장기입원자(심사연계 중재) 등

③ 의료급여일수 연장승인 관리, 조건부 승인(선택의료급여기관)

④ 상해요인조사, 중복청구 업무 등

⑤ 실적보고 및 자체평가 실시

⑥ 사례검토회의, 유관부서와 연계회의 등 개최

⑦ 시·군·구 특성을 고려한 지역 특화사업

⑧ 사례관리사업 홍보 및 교육

※ 의료급여 자격관리, 처분사전통지, 부당이득금 및 구상금 환수 관련 업무는 의료급여 담당 공무원이 수행(의료급여 사례관리와 관련 없는 업무를 의료급여관리사가 수행하지 않도록 주의)

마. 직무교육(의료급여법 시행규칙 제2조의3 제4항, 제5항)

「의료급여법」 시행규칙 제2조의3(의료급여 관리사의 자격 등) ④ 보건복지부장관 또는 특별시장·특별자치시장·광역시장·도지사 특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다)는 의료급여관리사에 대하여 교육훈련을 실시하여야 한다. 이 경우 교육훈련 시간은 연간 12시간 이상으로 한다.

⑤ 제4항에 따라 교육훈련을 실시하는 기관, 교육기간, 교육방법 및 내용 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부 장관이 정한다.

(1) 경력 의료급여관리사 교육

① 대상 : 시·도 및 시·군·구 의료급여관리사

② 교육 횟수 : 연 1회 이상

③ 교육 내용 : 이론 및 실무교육

(2) 신규 의료급여관리사 교육

① 대상 : 신규 의료급여관리사(경력 1년 미만인 자로서, 신규 직무교육 미 이수자)

② 교육 횟수 : 연 1회 이상

③ 교육 내용 : 이론 및 현장실무(단, 현장실무 교육은 시·도 의료급여관리사 주관)

※ 자살예방 교과목 필수

(3) 시·도 주관 교육

① 대상 : 시·군·구 의료급여관리사

② 교육 횟수 : 연 1회 이상

③ 교육 내용 : 시·군·구 의료급여관리사 업무관련, 신규 의료급여관리사 대상 현장실무

(4) 사이버 교육

① 대상 : 시·도 및 시·군·구 의료급여관리사

② 교육 내용 : 약물의 이해 등 사업 관련 내용

바. 사업수행인력 안전대책

- 보장기관 : 매년 초 의료급여 사례관리 수행인력에 대한 안전대책 수립
  - 안전사고 대비 의료급여관리사 상해보험가입 포함 안전대책 수립, 안전교육 실시 (현장 대처요령 및 감염병 예방 등)
  - 위험이 예상되는 대상자 방문 시 반드시 사전 내부보고 및 2인 1조(사회복무 요원, 담당공무원 등) 방문 추진(협조)

사. 복무

- 의료급여관리사 복무에 관한 사항은 소속 시·도 및 시·군·구 「무기계약 및 기간제 근로자 관리 규정」, 별도 규정을 준용하되 그 외 사항은 지자체 실정에 맞게 준용

3 예산

- 인건비 : 월보수액, 시간외 근무수당, 사회보험료 사용자 부담액 및 퇴직금 등 법정 부담금 지급

※ 출장 여비는 의료급여기금 행정경비항목에서 지출

제4편 의료급여 사례관리

Ⅲ. 의료급여사례관리 운영

1 지역유형

- 매년 지역 및 수급자 특성을 분석하여 아래 지역유형 중에서 선정

구 분	내 용
외래관리지역	상대적으로 장기입원자보다 외래내원자 수가 많아 외래 관리가 필요한 지역
입원관리지역	상대적으로 장기입원자 수가 많아 입원관리가 필요한 지역
혼합지역	입원과 외래 관리가 필요한 지역

2 사례관리 대상

가. 신규 수급자

- 의료급여수급권 최초 취득자 및 재취득자

나. 다빈도 외래이용자

- 질병 대비 다빈도 외래 의료이용자*로 동일상병에 대해 여러 의료기관 방문, 약물 중복처방 등 비합리적 의료이용이 확인되는 대상자
  * 연간 총 급여일수 700일 이상

다. 장기입원자

- 장기입원자(동일상병으로 1회당 31일 이상 입원한자), 입원관리 대상자(1일 이상 반복 입·퇴원한 입원자, 숙식 목적으로 입원한 자 등)

라. 연중관리 대상자

- 다빈도 외래이용자 또는 장기입원자 등 중에서 단기간의 사례관리 수행보다는 지속적인 상담, 모니터링 등이 필요한 대상자

※사례관리 대상자 통보명단 중 상위 30% 이내인 자 우선 관리

3 사례관리 관리 인원

● 선정된 지역유형에 따른 연간 사례관리 목표 대상자 수 설정

【의료급여관리사 1인당 연간 사례관리 대상자 수】

구 분	(A) 장기입원자	(B) 다빈도 외래이용자	(C) 연중관리 대상자	신규수급자	총계
외래관리지역	5~15명	75~90명	5~10명	전수관리(200명)	300명
입원관리지역	30~40명	50~65명	5~10명	전수관리(200명)	300명
혼합지역	15~25명	65~80명	5~10명	전수관리(200명)	300명

※ (A) + (B)+ (C) = 총합 100명 관리

※ 신규 수급자 200명 이하 지자체의 경우 해당인원만 관리

● 월별·분기별 사례관리 대상자에 따른 사례관리 목표 대상자 수 설정

【월별·분기별 의료급여관리사 1인당 사례관리 대상자 수】

(단위 : 월, 명)

대 상	1분기			2분기			3분기			4분기			연간 합계
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
장기입원자	0~3	0~3	1~4	0~3	0~3	1~4	0~3	1~3	1~4	1~4	0~3	0~3	5~40
다빈도 외래이용자	2~7	3~7	3~8	5~8	5~8	5~8	5~8	5~7	5~8	4~7	4~7	4~7	50~90
연중관리 대상자	1~3	2~3	2~4	연중 관리									5~10
소계	8	9	11	8	8	9	8	8	9	8	7	7	100
계	28			25			25			22			
신규 수급자	매월 선정된 전체 대상자												200
총 계	300												

※ 상기 인원은 종결기준이며, 지역유형 및 연간 목표관리인원 수를 고려하여 분기별·월별·주별 사례관리 계획을 구체적으로 수립하고 특정 기간에 집중적으로 대상자를 등록·관리하는 일이 없도록 유의(신규 의료급여수급자 방문 포함)

※ 연중관리 대상자 : 1분기 내에 사례관리 시작(등록포함), 당년도 12월20일까지 반드시 종결처리

4 사례관리 수행기준

- 대상자별 사례관리 기간 및 목표관리 횟수에 의거 연간 업무량 설정

【대상자별 사례관리 기간 및 목표관리 횟수】

대 상	사례관리 기간	목표관리 횟수			
		방문	전화	서신	교육
장기입원자	6개월	2회 이상	6회 이상	수시	-
다빈도 외래이용자	3개월	2회 이상	4회 이상		
연중관리 대상자	연중관리	다빈도 외래이용자 수행서비스 기준 이상			
신규 수급자(전체)	1개월	1회*	필요시 전화	1회 이상	수시

* 사례관리 대상자인 신규 수급자의 5% : (예시) 연간 신규 수급자가 200명인 경우 10명 방문

5 사례검토회의

- 사례관리 대상자로 복합적인 문제를 보유하였거나 다른 사업(부서)과의 연계 및 협력이 필요한 경우 대·내외 담당자들과 의견 공유, 논의, 다각적인 수행활동 등을 통해 수급자의 건강 삶의 질 향상 도모

※ 통합사례관리사업, 방문건강관리사업, 정신건강사업, 자활, 드림스타트, 노인맞춤돌봄서비스 등

6 지역주도형 특화사업

- 지역단위에서 의료급여수급자의 건강 삶의 질 향상 및 적정 의료이용 유도를 목적으로 지역 현황 및 실태, 대상자 특성 등을 파악하고 그 결과를 활용하여 사업계획수립, 수행, 평가, 결과보고 등 일련의 과정을 추진하는 사업

제4편 의료급여 사례관리

Ⅳ. 의료급여사례관리 수행

1 신규 의료급여 수급자 사례관리

가. 정의

- 의료급여법 제3조에 의하여 신규 의료급여수급자로 선정된 전체 대상자에게 의료급여제도 안내, 의료이용 정보제공, 건강상담 등을 수행하는 일련의 과정

나. 목적

- 의료급여수급권을 처음 취득한 수급자를 대상으로 예방적 측면의 건강관리 지원 및 적정 의료이용 유도를 통하여 건강 삶의 질 향상과 재정 안정화 기여

다. 관리기준

(1) 관리대상 : 의료급여수급권 최초 취득한 지 1개월 이내인 자 또는 재 취득자

※ 가급적 만 18세 이상인 대상자 우선관리

(2) 관리기간 및 서비스 수행기준

대 상		사례관리 기간	목표관리 횟수				
			방문*	전화	서신	교육	
신규 의료급여 수급자	일반관리 대상	1개월	-	필요시	1회 이상	※ 아래의 교육방법 중 선택 ・집합교육/읍면동 순회 교육 ・소그룹 교육 ・개별교육(1:1 방문교육)	수시
	집중관리 대상		1회*				

* 집중관리대상(신규 수급자의 5%) : 신규 의료급여수급자 중 고혈압(I10), 당뇨(E11), 관절 유질환자(M17) 중 1개 이상 상병이 있는 65세 이상자 우선관리, EBDW시스템 명단활용

① 복합만성질환자, ② 65세이상 독거노인, ③ 다빈도 외래이용추정건 순으로 방문 사례관리 진행

● 교육 : 아래의 교육방법 중 신규 수급자의 규모 및 보장기관 특성을 고려하여 실시 계획 및 결과(참석자명단 포함) 내부결재 득하여 진행

- 교육대상 : 신규 의료급여수급자로 선정된 전체 대상자
- 교육방법 : 집합교육/읍면동 순회교육, 소그룹교육, 개별교육(1:1방문교육)

※ 개최 시에는 '교육' 용어 사용(명시)을 지양할 것
예시) 의료급여바로알기, 의료급여제도 안내 및 건강강좌 등

라. 수행절차

대상자 선정

- 신규 의료급여수급자 전체 명단 확보
  - 보장기관 자격관리 담당자로부터 신규 책정자 명단 확보
  - 행복e음 시스템을 통해 명단 조회
  - EBDW 시스템 통해 만성질환자 명단 조회
- 확보한 명단을 활용하여 관리기준에 맞게 대상자 선정

↓

계획 수립

- 지역특성, 관리 인원 등을 고려하여 관리계획 수립
  - 서신발송 계획, 방문계획 수립
  - 신규 수급자 대상 교육실시 계획 수립
    - 타 기관(보건소, 치매안심센터, 희망복지지원단 등)과 연계방안 등

↓

수 행

- 다양한 관리방법을 통해 제도, 서비스 이용방법 등 안내 및 상담
  - 의료급여제도 안내문, 질환정보지 등 서신 발송
  - 전화 또는 방문을 통한 제도 질환관리, 생활습관·관리 등 안내
  - 교육(집합/읍면동, 소그룹, 개별 등) 실시 및 및 내부결과보고
  - 필요시 자원연계

↓

종 결

- 목표관리 횟수가 끝나고 사례관리 기간(1개월) 도래 시 종결

↓

※ 종결 후 계속 관리
- 종결 후 지속적인 관리가 필요한 경우 모니터링 실시
- EBDW시스템을 통해 질병 대비 다빈도 의료이용자로 의심 또는 확인된 경우 적정 대상자로 분류하여 사례관리 실시

2 다빈도 외래이용자 사례관리

가. 정의

- 외래진료를 이용하는 의료급여수급자 중에 다빈도 의료이용 행태를 보이는 대상자를 선정하여 제도안내, 의료이용 정보제공, 건강상담, 자원연계 등을 수행하는 일련의 과정

나. 목적

- 질병 대비 다빈도 외래 의료이용자를 대상으로 자가 건강관리능력 향상, 합리적 의료이용 유도, 지지체계 구축을 통하여 건강 삶의 질 향상과 재정 안정화 기여

다. 관리기준

(1) 관리대상 : 질병 대비 다빈도 외래 의료이용자로 동일상병에 대해 여러 의료기관 방문, 약물중복처방 등 비합리적 의료이용이 의심되는 대상자

※ 일회용 점안제·물리치료 등 과다처방·진료가 우려되는 의약품·행위(과다이용자)에 대한 사례관리 실시

대 상	대상자 통보기준	통보시기	실적보고
다빈도 외래이용자	12개월 총 급여일수 700일 이상	3월	-
	6개월 총 급여일수 350일 이상	9월	
일회용 점안제 이용자	6개월 누적 조제사용량 1,800관 이상	4월 / 10월	6월 / 12월
물리치료 이용자	6개월 누적 명세건수 150건 이상		

※ 다빈도 외래이용자 명단에 우선순위* 포함하여 EBDW로 통보

* 보장기관별 대상자의 입내원일수, 급여일수, 이용 의료기관 수, 진료비에 대해 내림차순으로 정리, 항목별 순위를 매긴 후 각 순위의 합 즉 총점이 가장 적은 대상자를 우선순위 1위로 설정

※ 보장기관 자체 발굴자 관리 가능

- 다빈도 외래이용자 통보명단에 미 포함된 급여일수 연장승인 신청자, 공공부문 사례관리로부터 의뢰 받은 자, 전입 수급자 등 중에서 질병 대비 다빈도 의료이용으로 사례관리가 필요하다고 판단한 대상자

(2) 관리기간 및 서비스 수행기준

대 상	사례관리 기간	목표관리 횟수		
		방문	전화	서신
다빈도 외래이용자	3개월	2회 이상	4회 이상	수시

※ 대상자 가정방문시에는 보장기관별 매년 수립하는 안전대책에 따라 수행하고 안전에 각별히 유념
(사회복무요원 동행 등 2인 이상 방문)

라. 수행절차

대상자 선정

- 질환, 의료이용 행태, 사례관리 이력 등을 확인하여 비합리적 의료이용이 의심 되는 대상자 선정
  - 다빈도 외래이용자(EBDW시스템), 일회용 점안제·물리치료 이용자(문서), 동일성분의약품 중복투약자(EBDW시스템) 등 통보명단 활용
    ※ 대상자 기초정보 확인(행복e음 원스크린), 진료내역조회(EBDW시스템)
  - 보장기관 자체 발굴자

요구 사정

- 「요구사정 측정기준표」, 「요구 성과지표」를 활용하여 대상자 요구사정(사전평가)
- 요구 사정한 항목을 문제 영역에 따라 요구진단

목표 설정및 계획 수립

- 요구 진단에 맞춰 목표 설정
- 연간 목표관리 인원 수, 관리기준 등을 고려하여 수행 가능한 활동 위주로 구체적인 관리 계획 수립

수 행

- 대상자의 전반적인 건강관리, 합리적 의료이용 등 정보제공 및 모니터링 실시
  - 다빈도 외래이용자로 선정한 사유, 제도 및 사례관리사업 등 안내
  - 올바른 약물 복용법, 질환관리 및 생활습관 관리 등 건강상담
  - 적정 의료이용 유도 및 참여 독려
  - 필요시 자원연계
    ※ [서식] 자원연계 의뢰서, 공공·민간 서비스 연계를 위한 개인정보 제3자 제공 동의서

평가 및 종결

- 아래 내용에 해당한 경우 → 중도 종결
  - 대상자의 사망, 전출, 수급 중지 등으로 인해 사례관리가 어려운 경우
  - 의료급여관리사의 질병·부상, 출산·육아, 퇴직 등 사유가 발생한 경우
  - 적극적인 수행에도 의료이용 행태 변화 가능성이 없다고 판단한 경우

「요구 성과지표」 활용하여 변화 상태 확인 (사후평가)

- 사례관리 기간과 목표관리 횟수를 모두 채우지 못하였지만 종결기준*에 부합한 경우 → 조기 종결
  * 종결기준 :「대상자 요구 성과지표 및 종결기준」 참조
- 목표관리 횟수가 끝나고 사례관리 기간(3개월)이 도래한 경우 → 일반 종결

[참고] 의료급여수급자 요구 사정 측정기준표

Ⅰ. 제도 이해	**1. 의료급여 제도 이해**	선택의료급여기관제, 본인부담제, 본인부담금 상한제 등 대상자가 알아야 할 의료급여제도에 대한 대상자의 지식 정도(의료급여관리사 판단) 1. 전혀 모른다 2. 잘 모른다 3. 보통이다 4. 잘 아는 편이다 5. 매우 잘 알고 있다
Ⅱ. 합리적 의료이용	**1. 의료쇼핑**	동일 질병으로 3기관 이상 다른 의료기관을 중복 이용하는 등 의료쇼핑의 경향을 보임 1. 매우 심하다 2. 조금 심하다 3. 보통이다 4. 거의 문제가 없다 5. 전혀 문제가 없다
	2. 이용 의료기관 전문수준	질병 대비 의원급이나 1차 진료로 충분하다고 판단되나 주로 2·3차 병원 등 전문진료를 이용함 1. 매우 심하다 2. 조금 심하다 3. 보통이다 4. 거의 문제가 없다 5. 전혀 문제가 없다
	3. 이용 의료기관 수	단골기관 없이 많은 수의 의료기관을 방문함 1. 매우 심하다 2. 조금 심하다 3. 보통이다 4. 거의 문제가 없다 5. 전혀 문제가 없다
	4. 중복처방 정도	대상자가 동일 질병으로 중복처방 받은 정도(의료급여관리사 판단) 1. 3개 질환 이상을 1~2회 정도 중복처방을 받고 있거나 또는 1개 질환을 4회 이상 중복처방 받고 있음 2. 2개 질환을 1~2회 정도 중복처방 또는 1개 질환을 3회 중복처방 받고 있음 3. 1개 질환을 현재 1~2회 정도 중복처방 받고 있음 4. 1개 질환을 과거 한번 정도 중복처방 경험 있으나 현재는 그렇지 않음 5. 중복처방을 받은 적이 전혀 없음
	5. 전반적 의료이용의 합리성	대상자의 질병상태 및 증상과 비교하여 의료쇼핑, 이용 의료기관 전문수준, 이용 의료기관 수, 중복처방의 적정 정도(의료급여관리사 판단) 1~2점 : 위의 4항목이 모두 심한 경우 3~4점 : 위의 4항목 중 3항목이 심한 경우 5~6점 : 위의 4항목 중 2항목이 심한 경우 7~8점 : 위의 4항목 중 1항목이 심한 경우 9~10점 : 전혀 문제가 없는 경우 1. 매우 불합리적 ~ 10. 매우 합리적
Ⅲ. 건강 삶의 질	**1. 건강상태**	최근 3개월을 기준으로 전반적 건강상태에 대해 질문(대상자 주관적 판단) 1. 매우 나쁘다 2. 나쁘다 3. 보통이다 4. 좋다 5. 매우 좋다
	2. 일상수행 능력	일상수행능력에 대해 질문(의료급여관리사 판단) 1. 완전히 무력하다. 자기 자신을 전혀 돌볼 수 없고, 전적으로 침대나 의자에 누워있어야 한다.

		2. 단지 제한적으로만 자신을 돌볼 수 있다. 깨어있는 시간의 50% 이상을 누워있거나 앉아있다. 3. 보행이 가능하고 자신을 돌보는 모든 일은 가능하지만 깨어있는 시간의 50% 이상의 일을 할 수 없다. 4. 신체적으로 격렬한 활동은 제한 받으나 보행은 가능하고 가벼운 일을 할 수 있다. 5. 제한 없이 모든 정상적인 활동을 수행할 수 있다.
	3. 통증 정도	최근 일주일을 기준으로 통증에 대해 질문(대상자 주관적 판단) 1. 매우 심한 통증이 있다 2. 심한 통증이 있다 3. 가벼운 통증이 있다 4. 아주 가벼운 통증이 있다 5. 전혀 없다
	4. 우울 정도	최근 일주일을 기준으로 대상자의 정서 상태에 대해 질문(의료급여관리사 판단) 1. 자살을 자주 생각하고 무력감에 빠져있다. 2. 삶의 의미가 없다고 생각하고 별로 희망이 없다. 3. 때때로 지루하다고 생각하나 그런대로 삶에 만족한다. 4. 희망적이며 주위에 관심이 많은 편이다. 5. 매사에 활력이 있으며 삶에 만족하고 있다.
	5. 신체증상 관리/ 상태조절	질병과 관련된 신체적 증상관리나 혈압, 혈당 체크 등 상태 조절을 위한 관리를 어느 정도 의사 지시에 따라 잘 수행하고 있는지 정도를 질문·관찰(의료급여관리사 판단) 1. 전혀 관리하지 않는다 2. 가끔 관리한다 3. 보통이다 4. 잘 관리한다 5. 스스로 매우 잘 관리한다
	6. 약물 복용	약물복용 횟수, 양, 시간을 지시대로 이행하는지 질문(의료급여관리사 판단) 1. 전혀 처방을 따르지 못 한다 2. 가끔 처방을 따르지 못 한다 3. 보통이다 4. 잘 복용한다 5. 처방대로 매우 잘 복용한다
Ⅳ. 자가 건강관리 능력	**1. 전반적 질병 이해 정도**	자신의 질병에 대한 기본 이해, 증상 및 합병증 관리 등 질병에 대한 지식 정도 질문(의료급여관리사 판단) 1. 전혀 모른다 2. 잘 모른다 3. 보통이다 4. 잘 아는 편이다 5. 매우 잘 알고 있다
	2. 건강 관심도	건강에 대해 어느 정도 중요하게 생각하는지 관심 정도 질문(의료급여관리사 판단) 1. 매우 낮다 2. 낮다 3. 보통이다 4. 높다 5. 매우 높다
	3. 생활습관 관리	전반적인 건강관리를 위해 현 생활습관인 흡연, 음주, 운동, 식이 정도를 어느 정도 관리하고 있는지 질문(의료급여관리사 판단) 1. 전혀 관리하지 않는다 2. 가끔 관리한다 3. 보통이다 4. 잘 관리한다 5. 스스로 매우 잘 관리한다
	4. 위생 및 예방에 대한 관리 정도	대상자의 위생 및 청결상태, 정기적인 건강검진 여부, 인플루엔자 예방접종 등 예방행위에 대한 실천 정도 질문(의료급여관리사 판단) 1. 전혀 관리하지 않는다 2. 가끔 관리한다 3. 보통이다 4. 잘 관리한다 5. 스스로 매우 잘 관리한다

V. 지지체계 구축	**1. 사회적 고립도**	각 항목에 대해 질문 후 해당 항목에 체크(체크된 항목 개수=점수) - 무슨 일이 일어났을 때 도와줄 사람이 있다. 예(1) 아니오(0) - 문제가 생겼을 때 이야기할 사람이 있다. 예(1) 아니오(0) - 금전적인 문제에 대해 이야기할 사람이 있다. 예(1) 아니오(0) - 밖에 나가 함께 어울릴 수 있는 사람이 있다. 예(1) 아니오(0) - 아플 때 도와줄 사람이 있다. 예(1) 아니오(0)
	2. 자원연계 정도	현재 대상자에게 필요로 되는 자원에 비해 연계된 자원의 충족 정도(의료급여관리사 판단) 1. 매우 부족 2. 약간 부족 3. 보통 4. 양호 5. 매우 양호
VI. 생활 환경	**1. 주거환경**	대상자의 주거환경을 각 항목별로 관찰·질문 후 의료급여관리사가 판단하여 양호한 경우 체크(점수) - 채광·환기 우수(1) 불량(0) - 냉난방 우수(1) 불량(0) - 부엌 상태 우수(1) 불량(0) - 안전 상태(문지방, 계단, 미끄럼 방지 등 낙상, 골절 관련) 우수(1) 불량(0) - 화장실/목욕시설 우수(1) 불량(0)

[참고] 다빈도 외래이용자 요구 성과지표(사전·사후 평가용)

Ⅰ. 합리적 의료이용(30점)										
1. 전반적 의료이용의 합리성	① 매우 부적정	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩ 매우 적정
2. 의료쇼핑	① 매우 심하다		② 조금 심하다		③ 보통이다		④ 거의 문제가 없다		⑤ 전혀 문제가 없다	
3. 이용 의료기관 전문수준	① 매우 심하다		② 조금 심하다		③ 보통이다		④ 거의 문제가 없다		⑤ 전혀 문제가 없다	
4. 이용 의료기관 수	① 매우 심하다		② 조금 심하다		③ 보통이다		④ 거의 문제가 없다		⑤ 전혀 문제가 없다	
5. 중복처방 정도	① 매우 심하다		② 조금 심하다		③ 보통이다		④ 거의 문제가 없다		⑤ 전혀 문제가 없다	

Ⅱ. 건강 삶의 질(30점)	
1. 건강상태	< 최근 3개월간 대상자의 전반적인 건강상태에 대한 대상자의 주관적 판단 > ① 매우 나쁘다 ② 나쁘다 ③ 보통이다 ④ 좋다 ⑤ 매우 좋다
2. 일상 수행 능력	< 현재 상태를 판단 > ① 완전히 무력하다. 자기 자신을 전혀 돌볼 수 없고, 전적으로 침대나 의자에 누워있어야 한다. ② 단지 제한적으로만 자신을 돌볼 수 있다. 깨어있는 시간의 50% 이상을 누워 있거나 앉아 있다. ③ 보행이 가능하고 자신을 돌보는 모든 일은 가능하지만 깨어있는 시간의 50% 이상의 일을 할 수 없다. ④ 신체적으로 격렬한 활동은 제한 받으나 보행은 가능하고 가벼운 일을 할 수 있다. ⑤ 제한 없이 모든 정상적인 활동을 수행할 수 있다.
3. 통증 정도	< 지난 일주일간 > ① 매우 심한 통증이 있다. ② 심한 통증이 있다. ③ 가벼운 통증이 있다. ④ 아주 가벼운 통증이 있다. ⑤ 전혀 없다.
4. 우울 정도	< 지난 일주일간 > ① 자살을 자주 생각하고 무력감에 빠져있다. ② 삶의 의미가 없다고 생각하고 별로 희망이 없다. ③ 때때로 지루하다고 생각하나 그런대로 삶에 만족한다. ④ 희망적이며 주위에 관심이 많은 편이다. ⑤ 매사에 활력이 있으며 삶에 만족하고 있다.

5. 건강 관심도	< 현재 상태를 판단 > ① 매우 낮다 ② 낮다 ③ 보통이다 ④ 높다 ⑤ 매우 높다				
6. 주거환경	< 현재 상태 판단(양호한 경우 체크), 점수 : 체크된 항목 개수 > ☐ 채광·환기 ☐ 냉난방 ☐ 부엌 상태 ☐ 안전 상태 ☐ 화장실/목욕시설				
Ⅲ. 자가 건강관리능력(30점)					
1. 자신의 질병상태	① 전혀 모른다	② 잘 모른다	③ 보통이다	④ 잘 아는 편이다	⑤ 매우 잘 알고 있다
2. 의료급여 제도 이해	① 전혀 모른다	② 잘 모른다	③ 보통이다	④ 잘 아는 편이다	⑤ 매우 잘 알고 있다
3. 신체증상 관리/ 상태조절	① 전혀 관리하지 않는다	② 가끔 관리한다	③ 보통이다	④ 잘 관리한다	⑤ 스스로 매우 잘 관리한다
4. 약물 복용	① 전혀 처방을 따르지 못 한다	② 가끔 처방을 따르지 못 한다	③ 보통이다	④ 잘 복용한다	⑤ 처방대로 매우 잘 복용한다
5. 생활습관 관리(금연/ 절주/운동/ 식이)	① 전혀 관리하지 않는다	② 가끔 관리한다	③ 보통이다	④ 잘 관리한다	⑤ 스스로 매우 잘 관리한다
6. 위생 및 예방 (위생/청결/ 건강검진/ 예방접종)	① 전혀 관리하지 않는다	② 가끔 관리한다	③ 보통이다	④ 잘 관리한다	⑤ 스스로 매우 잘 관리한다
Ⅳ. 지지체계 구축(10점)					
1. 사회적 고립도	< 점수 : 체크한 항목 개수 > ① 무슨 일이 일어났을 때 도와줄 사람이 있다. ② 문제가 생겼을 때 의논할 사람이 있다. ③ 금전적인 문제에 대해 도와줄 사람이 있다. ④ 밖에서 함께 어울릴 수 있는 사람이 있다. ⑤ 아플 때 돌봐줄 사람이 있다.				
2. 자원연계	< 요구에 대해 필요한 자원연계 정도 : 현재 상태를 판단 > ① 매우 부족 ② 약간 부족 ③ 보통 ④ 양호 ⑤ 매우 양호				

[참고] 문제영역별 요구진단

영 역	세부 항목	요구진단
Ⅰ. 제도 이해	• 의료급여제도 이해 정도	• 의료급여제도 이해 부족
Ⅱ. 합리적 의료이용	• 의료쇼핑 • 이용 의료기관 전문 수준 • 이용 의료기관 수 • 중복처방 정도 • 전반적 의료이용의 합리성	• 동일상병으로 다수 의료기관 이용 • 질병대비 전문 의료기관 이용 • 다수 의료기관 이용 • 동일성분의약품 중복처방 • 비합리적 의료이용
Ⅲ. 건강 삶의 질	• 건강상태 • 일상수행능력(ADL) • 통증 정도 • 우울 정도 • 신체증상관리/상태조절 • 약물 복용	• 불건강상태 • 일상생활능력 저하 • 부적절한 질병관리 • 약물 복용 불이행
Ⅳ. 자가 건강관리능력	• 전반적 질병 이해 정도 • 건강관심도 • 생활습관 관리(흡연, 음주, 운동, 식이) • 위생 및 예방에 대한 관리 정도 (개인위생 청결 정도, 예방접종 유무, 정기 건강검진 유무)	• 질병에 대한 이해 부족 • 낮은 건강관심도 • 부적절한 생활습관 • 위생 및 예방에 대한 부적절한 관리 - 불청결한 개인위생 - 예방행위(예방접종, 건강검진) 불이행
Ⅴ. 지지체계 구축	• 사회적 고립도 • 자원연계 정도	• 심각한 사회적 고립 • 자원연계 부족
Ⅵ. 생활환경	• 주거환경 (채광/환기, 냉난방, 부엌 상태, 안전 상태, 화장실/목욕시설)	• 부적절한 생활환경

[참고] 조기종결 대상자 요구 성과지표 종결기준

영 역	분 류		점수	종결기준
Ⅰ. 합리적 의료이용	1. 전반적 의료이용의 합리성		10	
	2. 의료쇼핑		5	3
	3. 이용 의료기관 전문 수준		5	3
	4. 이용 의료기관 수		5	
	5. 중복처방 정도		5	3
	소 계		30	
Ⅱ. 건강 삶의 질	1. 건강 상태		5	
	2. 일상수행 능력		5	
	3. 통증 정도		5	
	4. 우울 정도		5	
	5. 건강관심도		5	3
	6. 주거환경		5	
	소 계		30	
Ⅲ. 자가 건강관리능력	지식	1. 자신의 질병상태	5	3
		2. 의료급여제도 이해	5	3
	치료순응도	3. 신체증상 관리/상태 조절	5	3
		4. 약물 복용	5	3
	건강행위	5. 생활습관 관리	5	
		6. 위생 및 예방	5	
	소 계		30	
Ⅳ. 지지체계 구축	1. 사회적 고립도		5	
	2. 자원연계		5	3
	소 계		10	
총 계			**100**	

* 종결기준에 해당되는 모든 항목에서 기준 점수(3점) 이상인 경우

3 장기입원자 사례관리

가. 정의

- 입원진료를 이용하는 의료급여수급자 중에 외래진료가 가능한 대상자를 선정하여 제도안내, 의료이용 정보제공, 건강상담, 자원연계 등을 수행하는 일련의 과정

나. 목적

- 입원자의 건강상태를 파악하고 필요한 제도 안내 및 상담을 통하여 적정 의료이용 유도
- 치료목적이 아닌 입원자를 대상으로 외래진료 전환 안내 및 재가 서비스, 시설 입소 등 연계를 통하여 지역사회로 복귀 유도
- 질병 대비 불필요한 장기 입원을 예방하여 재정 안정화에 기여

다. 관리기준

(1) 관리대상 : 장기입원자, 입원관리 대상자, 해당 입원자가 있는 의료급여기관 및 사회복지시설

※ 시·도와 시·군·구간 관리 대상자가 중복되지 않도록 수행 전 반드시 대상자 공유

- 장기입원자
  - 동일상병으로 1회당 31일 이상 입원한 의료급여수급자
- 입원관리 대상자
  - 1일 이상 반복 입·퇴원하는 입원자
  - 숙식 목적으로 입원한 자
  - 통원진료가 가능함에도 여러 병원을 옮겨 다니며 입원한 자
  - 입원 시 가족이 불필요하게 동반 입원한 자
- 장기입원자 또는 입원관리 대상자가 있는 의료급여기관 및 사회복지시설

※ 의료급여기관 : 입원실이 있는 정신건강의학과 의원을 포함하여 관내 전체 의료급여기관

※ 사회복지시설 : 국민기초생활보장법 제32조에서 정하는 보장시설 전체

(2) 관리기간 및 서비스 수행기준

대 상	사례관리 기간	목표관리 횟수		
		방문	전화	서신
장기입원자	6개월	2회 이상	6회 이상	수시

라. 수행절차

대상자 선정

- 대상자 명단 확보
  - EBDW시스템 명단조회
    ※ 경로 : EBDW 〉 사례관리 〉 사례관리 〉 입원자 명단 조회(실시간)
  - 의료급여기관, 사회복지시설로부터 받은 장기입원자 현황자료 활용
    ※ 의료급여수급자 (장기)입원내역 요청(의료급여기관용,사회복지시설용) 서식 참고
    ※ 자료요청 및 개인정보 처리에 관한 근거 : 의료급여법 제5조의2, 제32조2, 동법 시행령 제21조
  - 시·도 입원자 사례관리 종결자 중 계속관리가 필요한 대상자
- 질병 대비 장기 또는 다빈도 입원이 의심되는 대상자 선정
  - 대상자 기본정보(원스크린), 노인장기요양보험등급, 복지서비스, 요양병원 환자분류군, 진료내역 등 세부내역 확인
- 장기입원자 또는 입원관리 대상자가 다수인 기관 선정

요구 사정

- 「장기입원 사례관리 대상자 요구 사정 측정기준표」, 「요구 성과지표」를 활용하여 요구 사정(사전 평가)
- 요구 사정한 항목을 문제 영역에 따라 요구진단
- 「장기입원 의료급여수급자 퇴원사정도구」(서식) 참고하여 퇴원 가능여부 파악

목표 설정및 계획 수립

- 요구 진단에 맞춰 목표 설정
- 입원자를 포함하여 해당 의료급여기관 및 사회복지시설에 대해 요구 진단별 수행 가능한 구체적인 계획 수립

수 행

- 대상별 관리계획에 따라 사례관리 수행
  - 장기입원자 : 입원 사유, 건강상태 등 확인하고 요구 서비스 등 파악·연계 후 퇴원 유도하거나 제도, 적정 의료이용 등 안내
    ※ 의료인 면담, 진료기록지 열람 등 활용하여 구체적인 내용 파악
  - 의료급여기관(또는 시설) : 담당자 교육 및 사례관리 협조 요청, 모니터링 등
    ※ 간담회, 방문 등
- 장기입원 사례관리 - 심사 연계 : 수급자 측 사유 외 의료급여기관의 협조가 안 되어 퇴원이 어려운 경우 심평원에 심사연계

평가 및 종결

- 아래 사항에 해당한 경우 → 중도 종결
  - 대상자의 사망, 전출, 수급 중지 등으로 인해 사례관리가 어려운 경우
  - 의료급여관리사의 질병·부상, 출산·육아, 퇴직 등 사유가 발생한 경우
  - 적극적인 수행에도 의료이용 행태 변화 가능성이 없는 경우
- 「요구 성과지표」 활용하여 변화 상태 확인(사후 평가)
  - 사례관리 도중 퇴원한 경우 → 조기 종결
    ※ 미해당 : 퇴원 당일 타 의료기관으로 전원
    ※ 퇴원 후 돌봄 제공자 유무, 거주지 유무 등 확인, 적절한 조치, 재입원 감소를 위한 예방교육 및 안내
    예) 규칙적인 약 복용, 낙상 주의 등
  - 목표 관리 횟수가 끝나고 사례관리 기간(6개월)이 도래한 경우 → 일반 종결

※ 종결 후 계속 관리가 필요한 경우 1개월 모니터링 후 재개입 가능하나 가급적 연내 중복관리 지양(연내 재개입할 경우 재개입 사유 등 작성)

※ 관외입원자 경우 해당 도청에 관리의뢰 가능, 단 소속 시·군청과 의료기관 소재 시·군·구청간의 편도거리 50km를 초과한 의료기관에 입원자로 관리가 필요하다고 판단한 대상자를 의뢰서(서식) 작성 후 도청에 의뢰

[참고] 의료급여수급자 요구 사정 측정기준표

Ⅰ. 제도 이해	**1. 장기입원자 사례관리 이해**	의료급여제도 및 장기입원자 사례관리에 대한 대상자의 지식 정도 1. 전혀 모른다 2. 잘 모른다 3. 보통 4. 잘 안다 5. 매우 잘 안다
Ⅱ. 합리적 의료이용	**1. 반복적 입·퇴원 정도**	동일 질병으로 타 의료기관 또는 동일 의료기관을 반복적으로 입·퇴원하는 정도 1. 매우 문제있다 2. 문제있다 3. 보통 4. 적정하다 5. 문제없다
	2. 입원기간의 적정성	대상자 건강상태 대비 불필요한 입원이 계속 이루어지는 경우 1. 매우 문제있다 2. 문제있다 3. 보통 4. 적정하다 5. 매우 적정하다
	3. 입원 의료 이용의 합리성	대상자 질병상태 및 증상 대비 재원일수, 반복적 입·퇴원 의료기관 수, 입원한 의료기관 종류 등 의료이용의 합리성 정도 1. 매우 문제있다 2. 문제있다 3. 보통 4. 적정하다 5. 매우 적정하다
Ⅲ. 건강 삶의 질	**1. 주관적 건강 상태**	최근 3개월을 기준으로 전반적 건강 상태에 대한 대상자의 주관적 판단 1. 무의식으로 소통 불가능 2. 매우 나쁘다 3. 나쁘다 4. 보통이다 5. 좋다 6. 매우 좋다
	2. 우울 정도	최근 일주일을 기준으로 대상자의 정서 상태에 대해 각 항목의 내용을 질문한 후 우울 정도 판단 1. 무의식으로 소통 불가능 2. 자살을 자주 생각하고 무력감에 빠져있다 3. 삶의 의미가 없다고 생각하고 별로 희망이 없다 4. 때때로 지루하다고 생각하나 그런대로 삶에 만족한다 5. 희망적이며 주위에 관심이 많은 편이다 6. 매사에 활력이 있으며 삶에 만족하고 있다
	3. 통증 정도	최근 일주일을 기준으로 통증에 대한 대상자의 주관적 판단 1. 무의식으로 소통 불가능 2. 매우 심한 통증 3. 심한 통증 4. 보통 5. 가벼운 통증 6. 전혀 없다
	4. 일상생활 수행 정도	일상수행능력에 대해 각 항목을 질문한 후 의료급여관리사가 판단 1. 완전히 무력하다. 자기 자신을 전혀 돌볼 수 없고 전적으로 침대나 의자에 누워 있어야 한다. 2. 단지 제한적으로만 자신을 돌볼 수 있다. 깨어있는 시간의 50% 이상을 누워 있거나 앉아 있다. 3. 보행이 가능하고 자신을 돌보는 모든 일은 가능하지만 깨어있는 시간의 50% 이상의 일을 할 수 없다. 4. 신체적으로 격렬한 활동은 제한 받으나 보행은 가능하고 가벼운 일을 할 수 있다. 5. 제한 없이 모든 정상적인 활동을 수행할 수 있다.

	5. 튜브관리 정도	산소 흡입, 비위관 영양공급 등 튜브를 스스로 관리할 수 있는 정도 1. 전혀 못함 2. 부분적 가능 3. 보통 4. 잘함 5. 튜브 없음
	6. 상처관리 정도	욕창, 당뇨병성 발궤양 등 신체 내 상처를 스스로 관리할 수 있는 정도 1. 전혀 못함 2. 부분적 가능 3. 보통 4. 잘함 5. 상처 없음
Ⅳ. 자가 건강관리 능력	**1. 신체변화 관찰, 확인**	스스로 건강상태 및 신체 이상증후 등을 관찰·확인할 수 있는 정도 1. 전혀 못함 2. 부분적으로 가능 3. 보통 4. 잘함 5. 매우 잘함
	2. 규칙적 식사 가능 여부	스스로 규칙적인 식사 할 수 있거나 보조를 받아 식사 할 수 있는 정도 1. 전혀 못함 2. 부분적으로 가능 3. 보통 4. 잘함 5. 매우 잘함
	3. 정기적 운동 및 신체활동	보행 또는 이동 등 정기적으로 신체활동을 스스로 할 수 있는 정도 1. 전혀 못함 2. 부분적으로 가능 3. 보통 4. 잘함 5. 매우 잘함
	4. 규칙적 약물 복용	의사의 처방을 준수하여 스스로 규칙적인 약물 복용을 할 수 있는 정도 1. 전혀 못함 2. 부분적으로 가능 3. 보통 4. 잘함 5. 매우 잘함
	5. 외래방문 약속일 준수	스스로 외래 방문일에 약속을 준수하여 방문할 수 있는 정도 1. 전혀 못함 2. 부분적으로 가능 3. 보통 4. 잘함 5. 매우 잘함
Ⅴ. 지지 체계구축	**1. 자원연계 정도**	현재 대상자에게 필요로 되는 자원에 비해 연계된 자원의 충족 정도 (의료급여관리사 판단) 1. 매우 부족 2. 약간 부족 3. 보통 4. 양호 5. 매우 양호
	2. 사회적 고립도	의료급여관리사가 대상자에게 각각의 항목에 대해 질문한 후 체크 (체크된 항목 개수 = 해당 점수, '해당사항 없음' 항목은 제외) □ 무슨 일이 일어났을 때 도와줄 사람이 있다 □ 문제가 생겼을 때 의논할 사람이 있다 □ 금전적인 문제에 대해 도와줄 사람이 있다 □ 밖에 나가 함께 어울릴 수 있는 사람이 있다 □ 아플 때 돌봐줄 사람이 있다

[참고] 장기입원자 요구 성과지표

Ⅰ. 합리적 의료이용(35점)	
1. 장기입원자 사례관리 이해	① 전혀 모른다 ② 잘 모른다 ③ 보통 ④ 잘 안다 ⑤ 매우 잘 안다
2. 반복적 입·퇴원 정도	① 매우 문제있다(2점) ② 문제있다(4점) ③ 보통(6점) ④ 적정하다(8점) ⑤ 문제없다(10점)
3. 입원기간의 적정성	① 매우 문제있다(2점) ② 문제있다(4점) ③ 보통(6점) ④ 적정하다(8점) ⑤ 문제없다(10점)
4. 입원 의료이용의 합리성	① 매우 문제있다(2점) ② 문제있다(4점) ③ 보통(6점) ④ 적정하다(8점) ⑤ 문제없다(10점)
Ⅱ. 건강 삶의 질(30점)	
1. 주관적 건강 상태	① 무의식으로 소통 불가능(0점) ② 매우 나쁘다(1점) ③ 나쁘다(2점) ④ 보통(3점) ⑤ 좋다(4점) ⑥ 매우 좋다(5점)
2. 우울 정도	① 무의식으로 소통 불가능(0점) ② 자살을 자주 생각하고 무력감에 빠져있다.(1점) ③ 삶의 의미가 없다고 생각하고 별로 희망이 없다.(2점) ④ 때때로 지루하다고 생각하나 그런대로 삶에 만족한다.(3점) ⑤ 희망적이며 주위에 관심이 많은 편이다.(4점) ⑥ 매사에 활력이 있으며 삶에 만족하고 있다.(5점)
3. 통증 정도	① 무의식으로 소통 불가능(0점) ② 매우 심한 통증(1점) ③ 심한 통증(2점) ④ 보통(3점) ⑤ 가벼운 통증(4점) ⑥ 전혀 없다(5점)
4. 일상생활 수행 정도	① 완전히 무력하다. 자기 자신을 전혀 돌볼 수 없고 전적으로 침대나 의자에 누워있어야 한다. ② 단지 제한적으로만 자신을 돌볼 수 있다. 깨어있는 시간의 50% 이상을 누워 있거나 앉아있다. ③ 보행이 가능하고 자신을 돌보는 모든 일은 가능하지만 깨어있는 시간의 50% 이상의 일을 할 수 없다. ④ 신체적으로 격렬한 활동은 제한 받으나 보행은 가능하고 가벼운 일을 할 수 있다. ⑤ 제한 없이 모든 정상적인 활동을 수행할 수 있다.
5. 튜브관리 정도	① 전혀 못함 ② 부분적 가능 ③ 보통 ④ 잘함 ⑤ 튜브 없음
6. 상처관리 정도	① 전혀 못함 ② 부분적 가능 ③ 보통 ④ 잘함 ⑤ 상처 없음

Ⅲ. 자가 건강관리능력(25점)	
1. 신체변화 관찰, 확인	① 전혀 못함 ② 부분적으로 가능 ③ 보통 ④ 잘함 ⑤ 매우 잘함
2. 규칙적 식사 가능	① 전혀 못함 ② 부분적으로 가능 ③ 보통 ④ 잘함 ⑤ 매우 잘함
3. 정기적 신체활동 가능	① 전혀 못함 ② 부분적으로 가능 ③ 보통 ④ 잘함 ⑤ 매우 잘함
4. 규칙적 약물복용 가능	① 전혀 못함 ② 부분적으로 가능 ③ 보통 ④ 잘함 ⑤ 매우 잘함
5. 외래 방문 약속일 준수	① 전혀 못함 ② 부분적으로 가능 ③ 보통 ④ 잘함 ⑤ 매우 잘함
Ⅳ. 지지체계 구축(10점)	
1. 자원 연계	<자원연계 정도> ① 매우 부족 ② 약간 부족 ③ 보통 ④ 양호 ⑤ 매우 양호
2. 사회적 고립도	<점수 : 체크된 항목 개수, '해당사항 없음' 항목 제외> ☐ 무슨 일이 일어났을 때 도와줄 사람이 있다 ☐ 문제가 생겼을 때 의논할 사람이 있다 ☐ 금전적인 문제에 대해 도와 줄 사람이 있다 ☐ 밖에 나가 함께 어울릴 수 있는 사람이 있다 ☐ 아플 때 돌봐줄 사람이 있다 ☐ 해당사항 없음

[참고] 장기입원자 사례관리 대상자의 문제영역별 요구 진단

영 역	세부 항목	요구진단
Ⅰ. 제도 이해	• 장기입원 사례관리 이해	• 장기입원 사례관리 이해 부족
Ⅱ. 합리적 의료이용	• 반복적 입·퇴원 정도 • 입원기간의 적정성 • 입원 의료이용의 합리성	• 비합리적 의료이용
Ⅲ. 건강 삶의 질	• 주관적 건강 상태 • 우울 정도 • 통증 정도 • 일상생활수행 정도 • 튜브관리 정도 • 상처관리 정도	• 질병관리능력 부족
Ⅳ. 자가 건강관리능력	• 신체변화 관찰·확인 • 규칙적 식사 가능 여부 • 정기적 운동 및 신체활동 가능 여부 • 규칙적 약물복용 여부 • 외래방문 약속일 준수 가능 여부	• 자가 건강관리능력 부족 - 신체변화 관찰 곤란 - 불규칙적 식사 - 정기적 신체활동 곤란 - 규칙적 약물복용 불이행 - 외래 방문 약속일 준수 불이행
Ⅴ. 지지체계 구축	• 자원연계 정도 • 사회적 고립도	• 자원연계 부족 • 사회적 고립

【시·도 의료급여 입원자 사례관리】

1. 관리대상

• 요양병원 신규 입원자, 관외* 요양병원 입원자

* 관외 기준 : 대상자의 주소지와 입원 의료기관 소재지가 시·도 기준으로 다른 경우

2. 수행주체 별 1인당 연간 목표관리 대상자 수

• 수행지역 : 17개 시·도

(단위 : 월, 명)

대 상	수행주체	1분기			2분기			3분기			4분기			계
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
요양병원 신규 입원자	시·도 의료급여관리사	10~15	10~15	10~15	10~15	10~15	10~15	10~15	10~15	10~15	10~15	10~15	10~15	120~180
관외 입원자	관외 전담 의료급여관리사	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	96

※ 관외 전담 의료급여관리사가 미채용 된 지역은 시·도 의료급여관리사가 수행

3. 관리기간 및 서비스 수행기준

구 분	사례관리 기간	목표관리 횟수		
		방문	전화	서신
요양병원 신규 입원자	1개월	1회 이상	필요 시	필요 시
관외 입원자	6개월	2회 이상	4회 이상	수시

4. 수행절차

대상자 선정

- 대상자 명단 확보
  - EBDW시스템 명단조회 활용(매월 초 조회 가능, 조회시점 기준 10일 이내 개입)
    ※ 경로 : EBDW 〉 사례관리 〉 사례관리 〉 요양병원 신규입원자 명단 조회 / 관외 입원자 명단 조회
  - 시·군에서 관리 의뢰받은 관외 입원자
- 우선 선정 대상 : 환자평가결과'선택입원군'또는 의학적 처치가 불필요한 입원 등으로 확인 또는 의심되는 대상자
  - 행복e음(원스크린), EBDW 활용하여 세부정보 확인 후 대상자 선정
    ※ 시·도 : 선정한 대상자를 해당 시·군·구와 명단 공유하여 중복관리 최소화, 단 관리인원이 부족한 경우 전월 대상자, 요양병원 외 입원자 선정·관리

요구 사정

- 「장기입원자 사례관리 대상자 요구 사정 측정기준표」, 「요구 성과지표」를 활용하여 요구 사정(사전 평가)
- 요구 사정한 항목을 문제 영역에 따라 요구진단
- 장기입원 의료급여수급자 퇴원사정도구(서식) 참고하여 퇴원 가능여부 파악
- 필요시 시·군·구에 자료요청

목표 설정 및 계획 수립

- 사정 영역에 의거, 요구 진단에 맞는 목표 및 수행 가능한 구체적인 계획 수립

수 행

- 계획수립에 따라 사례관리 수행
  - 입원 사유, 건강상태 등 확인
  - 요구 서비스 등 파악·연계 후 퇴원 유도하거나 제도, 적정 의료이용 등 안내
    ※ 의료인 면담, 진료기록지 열람 등을 활용하여 구체적인 내용 파악
    ※ 필요시 담당 공무원 또는 대상자 주소지 시·군·구 의료급여관리사에게 방문동행 요청
- 장기입원 사례관리 - 심사 연계 : 수급자 측 사유 외 의료급여기관의 협조가 안 되어 퇴원이 어려운 경우 심평원에 심사연계

평가 및 종결

- 아래 사항에 해당한 경우 → 중도 종결
  - 대상자의 사망, 전출, 수급 중지 등으로 인해 사례관리가 어려운 경우
  - 의료급여관리사의 질병·부상, 출산·육아, 퇴직 등 사유가 발생한 경우
  - 적극적인 수행에도 의료이용 행태 변화 가능성이 없는 경우
- 「요구 성과지표」 활용하여 변화 상태 확인(사후 평가)
  - 사례관리 도중 퇴원한 경우 → 조기 종결
    ※ 미해당 : 퇴원 당일 타 의료기관으로 전원, 시·도 내 전원
    ※ 퇴원 후 돌봄 제공자 유무, 거주지 유무 등 확인, 재입원 감소를 위한 예방교육 및 안내(규칙적인 식사, 약 복용, 낙상 주의 등)
  - 목표관리 횟수가 끝나고 사례관리 기간이 도래한 경우 → 일반 종결

※ 사례관리 종결 후 계속 관리가 필요한 경우 관할 시·군·구청에 명단 송부

마. 장기입원자 사례관리-심사연계

(1) **목적** : 장기입원자 사례관리 사업의 건강보험심사평가원 심사 연계를 통해 보다 체계적으로 관리하는 등 사업의 효과성 증대

(2) **연계대상** : 장기입원자 사례관리 중 수급자 측면의 사유 외에 의료급여기관의 협조가 안 되어 퇴원이 어려운 대상자 등

(3) **연계방법** : 시·군·구는 의뢰서식에 의거 의료급여기관 기호, 주민등록번호 등을 정확하게 기재 후 매월 23일까지 시·도에 제출, 시·도는 한 개의 파일로 취합하여 건강보험심사평가원 본원 의료급여실로 매월 25일까지 제출

※ 연계대상 명단에 대한 심사평가원의 관리계획 공유

※ 장기입원 사례관리-심사연계 기간 : 건강보험심사평가원에 의뢰된 익월부터 1년

바. 가사간병방문지원사업 연계

(1) **목적** : 의료급여사례관리(신규군 제외)에 따라 퇴원하는 대상자의 지역사회 정착 지원

(2) **연계대상** : 65세 미만의 사례관리 퇴원자

(3) **지원내용** : 요양보호사 방문으로 신체수발, 가사 및 일상생활 지원(1년, 월 40시간)

(4) **연계방법** : 대상자 선정 후 사회보장급여(사회서비스이용권) 신청서를 작성·첨부하여 공문을 통해 가사간병방문지원사업 담당부서에 제출

※ 사회보장급여 신청서 서식 : 가사간병방문지원사업 안내 참고

4 연중관리 대상자 사례관리

가. 정의

- 의료급여수급자 중 질병 대비 불필요한 의료이용 또는 복합적 의료복지 문제를 가진 대상자로 단기간의 관리로는 의료이용 행태가 변화되지 않아 지속적인 상담, 모니터링 등을 수행하는 일련의 과정

나. 목적

- 복합적 의료복지 문제를 가진 대상자의 종합적인 접근으로 건강 삶의 질 향상 도모
- 다빈도 의료이용 대상자에게 밀착 상담과 지속적인 모니터링을 통해 합리적 의료이용 유도
- 다양한 욕구를 가진 대상자의 적정 서비스 제공

다. 관리기준

(1) 관리대상 : 다빈도 외래이용자 또는 장기입원자 등 중에서 단기간의 사례관리 수행보다는 지속적인 상담, 모니터링 등이 필요한 대상자

※ 다빈도 외래이용자 통보명단에서 상위 30% 이내인 자 우선 관리

(2) 관리기간 및 서비스 수행기준

대 상	사례관리 기간	목표관리 횟수		
		방문	전화	서신
연중관리 대상자	연중	다빈도 외래이용자 수행서비스 기준 이상		

※ 연중 : 1분기 내에 대상자 사례관리 시작(행복e음 등록 포함)~12월20일(종결)

※ 다빈도 외래이용자 수행서비스 기준 : 방문 2회 이상, 전화 4회 이상, 서신 수시

(3) 서비스 수행기준 : 대상자 특성에 따라 자율수행 하되 다빈도 외래이용자 목표관리 횟수 기준 이상 수행

라. 수행절차

대상자 선정

- 다빈도 외래이용자 통보명단, 일회용 점안제·물리치료 이용자 명단, 장기입원자 명단 등 활용하여 대상자 선정

※ 전년도 사례관리 종결자라도 연중관리 대상자로 선정 기준에 부합하면 다시 대상자로 선정 가능하나, 가급적 새로 진입한 대상자를 우선 관리할 것

〈연중관리 대상자 선정기준〉

- 대상자 통보명단 우선순위 상위 30% 이내 대상자 중 질병 대비 다빈도 외래 의료이용자
- 대상자 통보명단 우선순위 상위 30% 초과 대상자 중 질병 대비 다빈도 외래 의료이용자
- 대상자 통보명단 외 대상자 중 질병 대비 다빈도 외래 의료이용자
- 전산시스템을 통해 발췌한 장기입원자 또는 입원관리 대상자
- 의료기관 현황조사, 의뢰 등을 통해 발췌한 장기입원자 또는 입원관리 입원자

요구 사정

- 행복e음, EBDW시스템을 통해 기초조사 및 건강상태, 의료이용 행태, 요구자원 등 파악
- 건강 삶의 질 측정도구(EQ-5D)를 활용하여 요구사정(사전평가)
  (운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편감, 불안/우울)

목표 설정및 계획 수립

- 복합적인 의료복지 문제해결을 위한 전략적인 목표 설정 및 사례관리 계획 수립
  - 구체적이고 측정 가능하며 현실적으로 시기적절하게 달성할 수 있는 목표로 설정

수 행

- 관리계획 수립에 따라 주요문제, 우선순위 등을 고려하여 단계적으로 수행
  - 전화, 방문, 서신, 자원연계의 다양한 방법을 통한 대상자의 생활습관 관리, 의료이용 행태, 적정 의료이용 유도 등 안내 및 모니터링

평가 및 종결

중도 종결

- 아래 내용에 해당한 경우
  - 대상자의 사망, 전출, 수급중지 등으로 인해 사례관리가 어려운 경우
  - 의료급여관리사의 질병·부상, 출산·육아, 퇴직 등 사유가 발생한 경우

일반 종결

- 평가를 통해 대상자의 문제 해결정도와 목표달성 여부 확인
- 건강 삶의 질 측정도구(EQ-5D)를 활용하여 평가(사후평가)
- 목표관리 횟수가 끝나고 사례관리 기간이 도래한 경우 12월 일괄 종결(시스템 종결 기간 : 12월1일~20일)

[참고] 목표 작성 예시

- 고혈압 질환으로 복용하는 약명, 용량, 용법, 부작용 등에 대해 알고 설명한다.
- 무릎 통증 정도가 8점에서 4점으로 감소한다. (통증측정 도구 활용)
- 한 달에 2번 보건소 심리치료 프로그램에 참여한다.
- 3개월 내에 근골격계 질환으로 이용 의료기관 수를 7개에서 2개로 감소한다.

※ **목표달성 여부 측정이 불가능한 경우, 목표 주체가 대상자가 아닌 경우, 하나의 문장 안에 두 개 이상의 목표를 설정하는 경우** 등은 **지양**할 것

5 공공부문 사례관리와 연계

가. 목적

- 사례관리 대상자 중 요구되는 자원을 공공부문 사례관리*와 연계하여 적합한 서비스 제공을 통해 대상자의 건강증진 향상 도모 및 사례관리 사각지대 해소

  * 공공부문 사례관리 : 방문건강관리사업, 중증정신질환관리사업, 중독관리사업, 통합사례관리사업, 노인맞춤돌봄서비스, 자활사례관리, 드림스타트

나. 연계대상

지속적인 관리 또는 서비스가 필요하여 개인정보 제3자 제공에 동의한 대상자에 대해 각 사업별 관리기준 등을 확인한 후 연계

- 방문건강관리사업 : 질환의심군, 건강행태위험군 등 건강취약 대상자
- 중독사례관리사업, 정신건강사례관리사업 : 정신질환, 알코올 중독 등으로 전문적인 상담 및 관리가 필요하고 등록 관리에 동의한 대상자
- 통합사례관리사업 : 다양한(복지, 주거, 교육, 법률 등) 서비스가 필요한 대상자
- 노인맞춤돌봄서비스 : 만 65세 이상 국민기초생활수급자, 차상위계층 또는 기초연금 수급자로서 유사중복사업* 자격에 해당되지 않는 자

  ※ 유사중복사업 : 노인장기요양보험등급자, 가사간병방문지원사업 이용자, 국가보훈처 보훈재가복지서비스 이용자, 장애인 활동지원 이용자 등
- 자활사례관리 : 직업상담 및 알선, 자활 및 일자리 사업 등 지원
- 드림스타트 : 만 12세 이하 아동 중 언어, 기초학습, 심리정서 등 복합적인 문제로 서비스 연계가 필요한 대상자

다. 연계방법

연계대상, 필요한 서비스 등에 대해 공공부문 사례관리와 연계하기 전 담당자와 상의 후 공문을 통해 연계요청 및 회신결과 확인

- 공공 및 민간 서비스 연계를 위한 개인정보 제3자 제공 동의서(서식) 작성
- 자원연계 전 서비스 제공기관 담당자와 구비서류 목록 확인
- 지역사회 내 민간 복지기관 및 단체와 연계하여 제공하는 서비스일 경우 자원연계 의뢰서 작성

  ※ 단, 개인정보보호법 제19조(개인정보를 제공받은 자의 이용·제공 제한)에 따라 대상자의 정보가 요청한 서비스 제공 목적 외에 사용되지 않도록 할 것

- 「통합사례관리사업」
  - 의료급여사업 대상자 및 통합사례관리 대상자(사전 협의 후 협력 필요성이 있는 대상자)에 대해 합동 방문 및 다각적 관리 실시

라. 의뢰받은 경우

- 건강상태, 의료이용 행태 등을 종합적으로 파악한 후 사례관리 여부 결정 및 결과회신

마. 사례관리 회의 참석

- 공공부문 사례관리 회의(예시: 희망복지지원단 통합사례회의-솔루션 회의, 권역형 읍·면·동 통합사례회의) 참석 요청 시 협조, 특히 대상자의 입·퇴원 관련 내용일 경우 반드시 참석

제 5 편

의료급여기금의 관리·운용

Ⅰ 의료급여기금의 설치 및 관리

1. 의료급여기금의 설치 및 운영
2. 의료급여비용의 예탁

Ⅱ 의료급여비용 지급관리

1. 의료급여비용 청구 및 심사
2. 의료급여비용 지급기준 및 순위

Ⅲ 의료급여 수급권 확인업무

1. 의료급여 수급권 확인업무

제5편 의료급여기금의 관리·운용

Ⅰ. 의료급여기금의 설치 및 관리

1 의료급여기금의 설치 및 운영

가. 의료급여기금의 설치 및 조성(법 제25조)

(1) 의료급여비용의 재원에 충당하기 위하여 시·도에 의료급여기금을 설치

(2) 의료급여기금은 다음 각호를 재원으로 함

1. 국고보조금
2. 지방자치단체의 출연금
3. 「의료급여법」 제21조의 규정에 의하여 상환받은 대지급금
4. 「의료급여법」 제23조의 규정에 의하여 징수한 부당이득금
5. 「의료급여법」 제29조의 규정에 의하여 징수한 과징금
6. 당해 기금의 결산상 잉여금 및 그 밖의 수입금

(3) 국가와 지방자치단체는 기금운영에 필요한 충분한 예산을 확보하여야 함

- 국고보조비율에 따른 지방자치단체 출연금을 의료급여예산에 우선 반영하여야 함

(4) 국고보조비율은 다음과 같음

구 분	서울특별시		광역시		도*		
	시	자치구	시	자치구	도	시	군
지방비	50%	없음	20%	없음	14~16%	6%	4%
국 비	50%		80%		80%		
합 계	100%		100%		100%		

* 도·시·군 부담 비율 근거 : 「지방재정법 시행령」 제33조 제1항의 규정에 의한 「지방자치단체 경비부담의 기준 등에 관한 규칙」 제2조(부담경비의 종목과 비율)

나. 의료급여기금의 관리 및 운용(법 제26조)

(1) 별도계정 설정 및 사용 용도

- 기금은 일반회계와 구분하여 별도의 계정을 설치하여 관리
- 의료급여 기금은 급여비용, 대지급금, 업무위탁 시 소요비용(위탁수수료), 행정경비에 한함
  - 시·도지사는 조례가 정하는 바에 따라 의료급여기금계정에 예비비를 계상할 수 있음
- 업무위탁시에 소요되는 비용
  - 의료급여비용심사위탁수수료, 수급권자 전산관리위탁수수료, 급여비용지급위탁수수료 및 의료급여의 적정성평가 위탁수수료 등 관련 소요비용을 의료급여 기금계정에 계상하여야 함
- 행정경비
  - 사용한도
    - 기금지출액의 1,000분의 3 범위내에서 시·도에서 결정
  - 사용용도
    - 수당·일용잡급·국내여비·교육비·수용비·수수료, 보건복지부장관이 정하는 사무용품구입비
    - 보건복지부장관이 정하는 사무용품에는 보장기관당 의료급여업무 전용 컴퓨터, 프린터 1대로 한정
  - 사무용품 구입시 물품관리 대장을 작성 비치할 것

(2) 기금관리공무원

- 시·도지사는 기금을 관리하기 위하여 그 소속 공무원 중에서 기금담당관(기금의 지출행위와 징수결정에 관한 사무 담당)과 기금출납원(기금의 수입 및 지출에 관한 사무를 담당)을 임명함

(3) 기금의 운용 방법

- 시·도지사는 기금에 여유자금이 있는 경우에 다음의 방법으로 운용할 수 있음

  1. 금융기관 또는 체신관서에의 예치
  2. 국·공채의 매입

- 기금의 관리·운용에 관하여 필요한 사항은 당해 지방자치단체의 조례로 정할 수 있음

(4) 기금의 관리·운용 절차

- 시·군·구청장은 의료급여기금의 교부를 (시행규칙 별지 제20호서식, [서식 53]) (시행규칙 제26조제1항)에 의하여 시·도지사에게 신청
- 시·도지사는 시·군·구청장에게 기금을 교부한 경우 다음 각호의 1에 해당하는 때에는 교부한 기금의 전부 또는 일부를 반환할 것을 명하거나 필요한 조치를 하여야 함

  1. 기금을 목적외의 용도에 사용한 때
  2. 법령 또는 시·도의 조례나 규칙에 의한 감독상의 명령을 이행하지 아니한 때
  3. 기금운용상 증감조정이 필요한 때

- 시장·군수·구청장은 대지급금의 상환, 부당이득금의 징수 등으로 교부받은 기금이 소요비용을 초과하여 잉여금이 발생한 경우에는 그 전액을 지체없이 시·도지사에게 반환해야 함
  - 시장·군수·구청장은 회계연도마다 기금계정의 결산에 관한 서류를 작성하여 다음해 2월 말일까지 시·도지사에게 제출하여야 하며, 결산상 잉여금이 발생한 경우에는 그 전액을 시·도지사에게 반환함

※ 의료급여법 시행규칙 제28조(기금의 관리운용)

다. 의료급여기금의 운용 현황 및 결산보고(법 제26조)

- 시·도지사는 매분기 종료후 1월 이내에 의료급여기금의 운용현황을 보건복지부장관에게 보고하여야 함(시행규칙 별지 제21호서식, [서식 54])
- 시·도지사는 기금에 관한 다음의 결산서류를 작성하여 다음연도 3월 31일까지 보건복지부장관에게 보고하여야 함

  1. 세입·세출총괄표
  2. 결산내역서
  3. 결산잉여금계산서
  4. 대지급금의 지출 및 상환조서

【참고】 결산 잔액 반납관련 처리기준

- 의료급여법, 보조금의예산및관리에관한법률, 지방재정법 등 관계 법령에 따라 국고 보조금에 대해서는 법정분담비율에 따라 해당 시·군·구별 출연금을 의료급여기금으로 출연하고 있음
- 의료급여 기금관리의 목적은 의료급여사업을 위하여 운영되므로 시장·군수·구청장은 시·도지사로부터 교부받은 기금에 대하여는 일반회계와 구분하여 별도의 계정을 설정·운영하여야 하며, 시장·군수·구청장은 회계연도마다 결산상 잉여금이 발생한 경우에는 그 전액을 시·도지사에게 반환하여야 하고, 대지급금의 상환, 부당이득금의 징수 등으로 교부받은 기금이 소요비용을 초과하여 잉여금이 발생한 경우에는 그 전액을 시·도지사에 반환토록 하며 결산상 잉여금이 발생한 경우에도 그 전액을 시·도지사에 반환해야 함(시·군·구 분담비용을 포함하여 전액반환하여 기금에 적립시켜야 함)

【참고】 의료급여기금 이자 발생시 결산 방법

- 급여비용 예탁금 결산과 관련하여 건강보험공단은 예탁에서 발생한 수입이자에 대하여는 연도말 결산시점에서 정산하고, 시도별 배분금액을 해당 시·도의 예탁금에 반영하고 결산 이자 발생내역서를 해당시도에 송부함

【참고】 국고보조금통합관리시스템 e나라도움 개통('17.1월)

- 국고보조금 중복·부정수급을 방지하기 위하여 기획재정부에서는 국고보조금 통합관리 시스템(e나라도움) 구축 및 개통
  - 국고보조금은 e-호조를 통한 지출 내역이 e나라도움에 자동적으로 연계
    ※ 내역사업명 : 의료급여 자치단체경상보조

2 의료급여비용의 예탁

가. 의료급여비용의 예탁(법 제27조 등)

(1) 업무위탁

- 법 제33조제2항의 규정에 의하여 시장·군수·구청장의 업무 중 급여비용의 지급, 수급권자의 자격, 개인별 진료내역의 관리, 의료급여의 제한에 필요한 실태조사 및 자료수집의 업무를 국민건강보험공단에 위탁함

(2) 급여비용의 예탁

- 시·도지사는 기금에서 보건복지부령이 정하는 바에 따라 추정급여비용을 급여비용지급기관에 예탁하여야 함
- 시·도지사는 지방자치단체출연금 예산이 성립되지 못한 경우 「지방재정법」 제36조의 규정에 불구하고 국고보조금은 즉시 급여비용지급기관에 예탁하여야 함
- 시·도지사는 월별 현물급여비용예탁금 결정액을 지정예탁일까지 납부하지 못한 경우에는 그 사유를 보건복지부장관 및 공단이사장에게 통보하여야 하며,
- 공단은 시·도지사가 정당한 사유없이 현물급여비용을 예탁하지 않을 경우에는 그 시·도의 해당 현물급여비용의 지급을 중단할 수 있음
- 당해연도에 매칭 지방비 미 확보시, 보조금 전액 반납 또는 차년도 예산 편성 시 감액조치 할 수 있음
- 연말 진료비 부족 최소화를 위해 복지부 장관의 승인을 얻어 지방비 추가 예탁 가능

(3) 급여비용의 예탁금결정액

- 추정급여비용의 월별 및 분기별 예탁금결정액은 당해연도에 조성된 기금의 범위 안에서 보건복지부장관이 정하는 금액으로 함
  - 급여비용의 예탁금결정액의 예탁 등에 필요한 세부사항은 「급여비용의예탁 및 지급에 관한 규정」(보건복지부장관 고시)에 의하여 처리할 것

※ 급여비용은 현물급여비용과 본인부담금지원비용(건강생활유지비용, 임신·출산 진료비 등)으로 구분

나. 급여비용의 예탁 절차

- 시·도지사는 급여비용의 예탁금결정액을 건강보험공단의 지정계좌에 예탁하여야 함
  - 현물급여비용은 매월 20일까지, 본인부담금지원비용은 매분기 전월말일까지 (전월 말일이 토요일, 공휴일인 경우 그 전일까지) 예탁
- 건강보험공단은 매월 말일까지 시·도별 급여비용의 예탁금결정액의 예탁현황 및 예탁금의 집행현황을 보건복지부장관에게 보고하여야 함

【참고】 현물급여비용(의료급여진료비) 예탁금의 예치 및 지급 흐름

- 국고배정(보건복지부 계좌) → 시·도 출연금(시·도 계좌) → 시·군·구 출연금(시·도 급여 비용 예탁기일 3일 전까지 시·도 설치기금에 출연) → 시·도 의료급여기금(시·도 계좌, 매월 20일까지 건강보험공단 수납계좌로 입금) → 건강보험공단 계좌(자금 담당부서) → 자금예치(현재 MMF 등으로 관리운용, 일괄 관리·운용 단, 시·도별 급여기금은 전산관리)

  * 기금의 관리운용 방식(법 제26조제3항) : 금융기관 및 체신관서에의 예치, 국·공채의 매입

- 의료급여 환자 진료(의료급여기관) → 의료급여기관 의료급여비 청구(의료급여기관) → 심사평가원 심사(심사청구를 받은 때로부터 40일, 단 전자문서교환방식(EDI)에 의한 경우에는 15일 이내로 심사) → 심사 결과 통보서 송부(보장기관, 건강보험공단, 의료 급여기관) → 건강보험공단 지급[심사결과 통보서를 송부받은 후 지체없이 지급 (① 건강보험공단 의료급여팀 지급결정(심사결정내역 파일과 건강보험공단의 수급권자 자격 내역 파일을 연계·점검하여 정상지급건, 자격확인대상지급보류건, 무자격 자 진료지급불능건 구분처리) → ② 시·도별 자금예치 상황 파악, 자금담당부서 기금 인출 → ③ 지급계좌에 예치 → ④ 의료급여기관별 계좌에 이체(Firm Banking)] → 의료급여비용지급통보서 송부(건강보험공단 → 보장기관, 의료급여기관)

【참고】 본인부담금지원비용 예탁금의 예치 및 지급 흐름

- 국고배정(보건복지부 계좌) → 시·도 출연금(시·도 계좌) → 시·군·구 출연금(시·도 급여비용 예탁기일 3일전까지 시·도 설치기금에 출연) → 시·도 의료급여기금(시·도 계좌, 매분기 전월 말일까지 건강보험공단 수납계좌로 입금) → 건강보험공단 계좌 (자금담당부서) → 자금예치(현재 MMF 등으로 관리운용, 일괄 관리·운용 단, 시·도별 급여기금은 전산관리)

  * 기금의 관리운용 방식(법 제26조제3항) : 금융기관및 체신관서에 예치, 국·공채의 매입

- 의료급여 환자 진료(의료급여기관) → 본인부담금을 건강생활유지비 및 임신·출산 진료비에서 차감 요청(환자) → 진료확인번호 부여 받음(의료급여기관) → 의료급여 자격관리시스템에 자료 구축 → 건강보험공단 지급 [주 1회 이상 지급(① 건강보험공단 의료급여팀 지급결정 → ② 시·도별 자금예치 상황 파악, 자금담당부서 기금 인출 → ③ 지급계좌에 예치 → ④ 의료급여기관별 계좌에 이체(Firm Banking)) → 건강생활 유지비용지급통보서 및 임신·출산 진료비지급통보서 송부(건강보험공단 → 보장기관, 의료급여기관)

제5편 의료급여기금의 관리·운용

Ⅱ. 의료급여비용 지급관리

1 의료급여비용 청구 및 심사

- 의료급여기관은 의료급여비용심사청구서에 급여를 받은 자에 대한 의료급여 비용 명세서를 첨부 심사평가원에 청구
- 심사평가원은 의료급여비용의 심사청구를 받은 때에는 법 제7조제2항 및 제3항의 규정에 의한 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」에 적합성 심사

2 의료급여비용 지급기준 및 순위

가. 의료급여비용 지급원칙

- 건강보험공단은 심사평가원으로부터 의료급여 수급권자의 의료급여비용심사 결과를 통보받아 수급권자 자격을 점검 후, 시행규칙 제21조제3항의 규정에 의거 시·도별 의료급여비용 예탁금의 범위 안에서 의료급여비용을 지급
- 심사평가원이 통보한 심사결정내역과 보장기관이 지급 또는 환수 결정한 내용에 따라 지급할 금액에서 급여비용 대지급금을 제외한 급여비용을 지급

※시·군·구에서 지급할 의료급여비용 내역·장애인보조기기 급여비, 대지급금, 장애인의료비 등

나. 의료급여비용 지급순서

- 미지급 현물급여비, 정산진료비, 보장기관확인건, 이의신청건 의료급여비용
- 정상건(초심)으로 지급될 현물급여비용의 지급순위

1. 의료급여비용 심사청구 접수일자 순
2. 시·도별 의료급여비용 예탁금 잔액으로 동일일자 의료급여비용을 전액 지급할 수 없는 경우에는 소액 의료급여비용을 먼저 지급

제5편 의료급여기금의 관리·운용

Ⅲ. 의료급여 수급권 확인업무

1 의료급여 수급권 확인업무

가. 수급권 불일치 유형

(1) 지급불능건

- 의료급여기관에서 심사평가원에 원청구 대상건
  - 책정전 진료(전산코드 “31”) : 수급권자 자격책정전 의료급여비 청구
  - 책정 제외후 진료(전산코드 “32”) : 수급권자 자격책정 제외 후 의료급여비 청구
  - 중증등록기간외 경감적용(전산코드 “41”) : 중증암환자및중증화상, 희귀질환, 중증난치질환자등록기간외 의료급여비청구, 2종 수급자 중 임산부·조산아·저체중출생아의 등록기간 외 의료급여비 청구
- 의료급여 자격관리시스템을 활용하여 진료확인번호를 부여받은 건에 대하여는 지급불능건 사유에 해당하더라도 미 반송 처리

(2) 지급보류건

- 수급권 불일치건에 대하여 지급보류 후 보장기관의 자격확인 결과에 따라 지급
  - 주민등록번호 상이건(전산코드 “30”) : 청구내역서의 수급권자 주민등록번호와 건강보험공단자격D/B상 수급권자의 주민등록번호가 상이한 경우
  - 종별 상이건(전산코드 “33”) : 청구내역서에 1종 수급권자로 청구하였으나, 건강보험공단자격D/B상에는 2종 수급권자로 되어있는 경우
  - 보장기관기호 상이건(전산코드 “34”) : 청구내역서의 수급권자 소속 보장기관기호와 건강보험공단자격D/B상 수급권자 소속 보장기관이 상이한 경우
  - 행려환자 진료(전산코드 “35”) : 행려환자 대상으로 청구한 의료급여비용

- 수급권자 종별과 소속 보장기관 상이건(전산코드 “40”) : 청구내역서의 수급권자 주민등록번호와 건강보험공단자격D/B상 수급권자의 주민등록번호는 일치하나, 종별과 보장기관이 상이한 경우

나. 수급권확인 업무처리 절차(행복e음)

- 공단은 자격점검 결과 지급보류건을 해당 보장기관에 전송
- 공단으로부터 수급권 확인대상 건을 통보 받은 보장기관은 접수한 날로부터 7일 이내에 확인사항을 입력하여 공단에 전송
- 공단은 보장기관으로부터 통보받은 내용에 따라 처리

다. 보장기관 업무처리요령(행복e음)

- 청구내역의 주민번호, 종별, 기관기호가 보장기관 전산내역과 불일치한 경우 “청구내역 수정” 입력 및 확인사항의 “전산코드” 입력 전송
  - 청구내역과 보장기관 전산내역이 일치하나 공단D/B내역이 불일치한 경우 불일치 내역의 별도“자격변동통보서”로 공단D/B자격 변경 요청

(1) 지급대상 건

- 지급대상 건(전산코드 “00”) : 보류유형 공통확인사항 불일치건 수정 입력(주민 번호, 종별, 기관기호, 금액 등)

(2) 지급불능 건

- 청구소멸시효 완성 건(전산코드 “51”)
- 책정전 의료급여비로 청구한 건(전산코드 “52”)
- 책정제외후 의료급여비 청구한 건(전산코드 “53”)
- 행려환자 적용제외 의료급여비로 청구한 건(전산코드 “54”)
- 진료기간(입내원)내에 수급권자의 보장기관이나 종별이 변경된 건(전산코드 “60”)
- 주민등록번호 확인불가 건(전산코드 “60”)

(3) 재확인 의뢰건

- 보장기관상이 건(전산코드 “55”)
- 보호종별상이 건(전산코드 “57”)
- 보호종별 및 보장기관상이 건(전산코드 “58”)

※타보장기관 처리 대상의 경우 해당 보장기관기호 입력

(4) 회신 통보내역의 의료급여비 결정내역 입력 요령

- 자격확인 유형에 “33”(종별상이) 또는 “40”(종별 및 보장기관상이로 통보된 경우 당해 종별에 해당된 기관부담금, 본인부담금, 장애인의료비를 각각 산정

제 6 편

의료급여 사후관리 및 권익구제

Ⅰ 부당이득 등의 확인 및 조사

1. 보고 및 검사
2. 의료급여의 제한 및 상해요인 조사
3. 의료급여 부당청구 신고 및 신고포상금제도

Ⅱ 정산 및 부당이득 환수

1. 진료비 및 본인부담금의 정산
2. 의료급여비용 사후관리
3. 개설기준위반 의료급여기관
4. 건강보험 요양급여 환수대상 의료기관의 의료급여 부당이득 환수
5. 부당이득의 징수
6. 행정처분(업무정지 및 과징금)
7. 벌칙
8. 과태료

Ⅲ 결손처분 및 납부의무의 소멸

1. 결손처분
2. 납부의무의 소멸

Ⅳ 권익구제제도

1. 이의신청
2. 행정쟁송

제6편 의료급여 사후관리 및 권익구제

Ⅰ. 부당이득 등의 확인 및 조사

1 보고 및 검사

가. 의료급여기관에 대한 조사

- 보건복지부장관은 법 제9조에 따른 의료급여기관 및 법 제12조에 따른 의료급여 실시기관에 대하여
  - 진료·약제의 지급 등 의료급여에 관한 보고 또는 관계서류의 제출을 명하거나, 소속 공무원으로 하여금 질문을 하게 하거나 관계 서류를 검사하게 할 수 있음
  - 의료급여기관에 대한 검사업무를 효율적으로 수행하기 위하여 「국민건강보험법」 제62조에 따른 건강보험심사평가원이 검사업무 지원
- 급여비용 심사기관(건강보험심사평가원)은 급여비용의 심사·조정에 필요한 자료를 의료급여기관에 요청할 수 있으며,
  - 자료의 제공을 요청받은 의료급여기관은 특별한 사유가 없는 한 이에 응하여야 함

* 현지조사에 관한 세부사항은 「요양기관 현지조사 지침」에 따름

나. 의료급여 수급권자에 대한 조사

- 보건복지부장관 또는 특별자치도지사·특별자치시장·시장·군수·구청장은 의료 급여를 받는 자에 대하여 당해 의료급여의 내용에 관하여 보고하게 하거나 소속 공무원으로 하여금 질문하게 할 수 있음

다. 시·도 및 시·군·구에 대한 지도·감독

- 보건복지부장관은 필요시 기금의 관리·운용 및 의료급여와 관련된 사항에 관하여 시·도 및 시·군·구에 대해 지도·감독하거나 필요한 보고를 하게 할 수 있음
- 시·군·구에 대한 지도·감독 및 보고에 관한 권한은 영 제19조에 의해 시·도지사 에게 위임

라. 증표제시 등

- 의료급여기관 및 수급권자에 대한 조사 시 소속 공무원은 그 권한을 표시하는 증표를 지니고 이를 관계인에게 제시

【의료급여법 상 보고 및 검사】

제32조(보고 및 검사) ① 보건복지부장관은 필요한 경우에는 기금의 관리·운용 및 의료급여와 관련된 사항에 관하여 시·도 및 시·군·구를 지도·감독하거나 필요한 보고를 하게 할 수 있다.
② 보건복지부장관은 의료급여기관(제12조에 따라 의료급여를 실시한 기관을 포함 한다) 및 제11조제6항에 따라 급여비용의 심사청구를 대행하는 단체(이하 "대행청구 단체"라 한다)에 대하여 진료·약제의 지급 등 의료급여에 관한 보고 또는 관계 서류의 제출을 명하거나 소속 공무원으로 하여금 질문을 하게 하거나 관계 서류를 검사하게 할 수 있다.
③ 보건복지부장관 또는 시장·군수·구청장은 의료급여를 받는 사람에게 그 의료 급여의 내용에 관하여 보고하게 하거나 소속 공무원으로 하여금 질문하게 할 수 있다.
④ 제2항 및 제3항에 따라 질문 또는 조사를 하는 소속 공무원은 그 권한을 표시하는 증표를 지니고 이를 관계인에게 보여주어야 한다.

「의료급여법시행령」 제18조(검사업무의 지원) 보건복지부장관은 법 제32조제2항에 따른 의료급여기관 및 대행청구단체에 대한 검사업무를 효율적으로 수행하기 위하여 필요한 경우에는 「국민건강보험법」 제62조에 따른 건강보험심사평가원(이하 "심사 평가원"이라 한다)으로 하여금 그 업무를 지원하게 할 수 있다.

마. 보장기관(시·군·구)의 현지조사 의뢰 세부기준 및 절차

- 부당여부 사실관계 확인
  - (관계자료 확보) 수급권자 및 관계자의 신고 또는 의료급여 사례관리 등을 통해 인지한 부당 건에 대한 관련 자료 확보(해당 수급권자 및 관계자의 서면진술서, 영수증 등)
  - (사실관계 확인) 해당 수급권자 관련 자료(개인별 진료내역, 급여일수통보서, 서면진술서 등)를 대조 확인
  - 단순한 행정착오, 사실관계 확인 후 타인 의료급여증 도용 건으로 확인된 경우는 보장기관이 직접환수(필요시 보장기관에서 자체 수사의뢰)

● 현지조사 의뢰 기준 및 절차

- 조사의뢰 대상기관

  • 사실관계 확인 후 부당·거짓청구가 의심되거나, 개연성이 높은 기관

  • 진료내역이 타인에 의한 의료급여증(시행규칙 별지 제6호서식, [서식 10]) 도용인지 거짓청구인지 여부를 확인하기 곤란한 경우(부당건수에 상관없이 현지조사 의뢰)

  • 의료급여기관의 자료협조가 안 되어 사실관계 확인이 불가한 경우

  • 사례관리 시 현지조사 필요성이 인지된 경우, 진료의뢰서 남발, 기타 민원 제기가 많은 기관 등

- (조사의뢰 대상기간) 조사의뢰 시점으로부터 최근 3년 이내의 진료분 중 부당·거짓청구가 의심되거나 개연성이 높은 전체 진료기간

● 조사의뢰 절차

- 보장기관 현지조사 의뢰서[서식 112]에 부당인지 경위, 부당확인기간, 부당 세부사유 등을 작성

- 해당 수급권자 서면진술서 또는 유선확인 진술서, 급여일수 통보서, 개인별 진료내역, 기타 사실관계 확인자료 등 관련 자료를 첨부하여 의뢰

- 현지조사를 의뢰하는 기관은 환수하지 말고 의뢰

● 조사 의뢰처

- 보건복지부(문서), 건강보험심사평가원(문서 또는 홈페이지 「보장기관신고센터」) 동시의뢰

● 조사의뢰 시기(수시)

- 의뢰기준 부합여부 검토 후 현지조사 의뢰서 및 관련자료 등을 첨부하여 필요시 조사의뢰

2 의료급여의 제한 및 상해요인 조사

가. 의료급여 제한(법 제15조)

(1) 의료급여의 제한 사유

【의료급여법 상 급여의 제한】

「의료급여법」 제15조(급여의 제한) ① 시장·군수·구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다. 다만, 보건복지부장관이 의료급여를 할 필요가 있다고 인정하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 수급권자가 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으켜 의료급여가 필요하게 된 경우
2. 수급권자가 정당한 이유 없이 이 법의 규정이나 의료급여기관의 진료에 관한 지시에 따르지 아니한 경우

② 의료급여기관은 수급권자가 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 수급권자의 거주지를 관할하는 시장·군수·구청장에게 알려야 한다.

「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제18조(의료급여제한 관련 예외규정) ① 법 제 15조 본문 단서의 규정 중 "보건복지부장관이 의료급여의 필요가 있다고 인정하는 경우"는 다음 각 호와 같다.

1. 법 제15조 제1항 제1호에 해당하는 경우, 규칙 제26조제1항의 규정에 의한 의료급여제한사유 통보에 의하여 보장기관이 조사한 결과, 수급권자 본인 또는 부양의무자가 급여비용을 부담할 능력이 전혀 없거나 일부만 부담할 능력이 있다고 판단되어 전부 또는 일부의 의료급여를 인정한 경우

1) 수급권자가 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으켜 법 제7조의 규정에 의한 의료급여가 필요하게 된 경우(법 제15조 제1항 제1호)

- 의료급여가 시행되기 이전 의료급여기관의 급여의 제한사유 통보에 의거 보장기관이 급여제한 대상으로 결정한 진료

  * 제한결정에도 불구하고 이미 의료급여가 종료된 경우에는 사실상 급여제한이 아니라 사후 부당이득금으로 부과하여 징수함

2) 수급권자가 정당한 이유 없이 이 법의 규정이나 의료급여기관의 진료에 관한 지시에 따르지 아니한 경우(법 제15조 제1항 제2호)

- 이 법의 규정에 따르지 아니하는 경우는,
  - 의료급여 절차의 위반, 의료급여증 타인 양도·대여·도용 등

- 진료에 관한 지시에 따르지 아니한 경우는,
  - 정당한 이유 없이 의사의 지시를 따르지 않은 현저한 사실이 있고, 그로 인하여 불필요한 의료급여비용의 발생을 초래한 경우

3) 의료급여 제한 예외(의료급여수가의 기준 및 일반기준 제18조)

- 법 제15조 제1항 제1호에 해당하는 경우, 규칙 제26조제1항의 규정에 의한 의료급여 제한사유 통보에 의하여 보장기관이 조사한 결과,
  - 수급권자 본인 또는 부양의무자가 급여비용을 부담할 능력이 전혀 없거나 일부만 부담할 능력이 있다고 판단되어 전부 또는 일부의 의료급여를 인정한 경우 ⇒ 급여제한 예외적용 통보
- 급여제한 예외적용으로 결정된 경우 우선 의료급여 적용하고, 향후 부당이득금으로 부과

(2) 제한사유 통보에 의한 급여제한 처리 절차

1) 급여의 제한사유 통보

- 의료급여기관의 장은 수급권자가 급여의 제한사유에 해당된다고 판단되는 경우에는 의사의 진찰소견, 환자 또는 보호자 그 밖의 관계인의 진술내용, 수급권자의 인적사항 등을 지체 없이 수급권자의 거주지를 관할하는 시장· 군수·구청장에게 통보(시행령 제14조 제1항)
  - 급여제한 결정은 보장기관만이 할 수 있으며, 의료급여기관의 임의 급여제한 불가
- 의료급여기관은 수급권자가 법 제15조제1항 제1호 또는 제2호에 해당된다고 판단되는 경우에는 급여 제한 여부 조회서(시행규칙 별지 제16호서식, [서식 49])를 지체 없이 제출(시행규칙 제26조 제1항)

2) 급여제한 사유 조사·확인 및 통보

- 시장·군수·구청장은 의료급여기관의 장으로부터 급여제한사유를 통보 받은 때에는 지체 없이 그 수급권자에 대한 의료급여의 필요성 여부를 조사·확인하여 그 의료급여기관에 통보(시행령 제14조 제2항)

  * 보장기관은 의사의 진찰소견 등 수급권자의 상병발생 경위 및 경찰서 등으로부터 관련 자료를 확보하여 의료급여 필요성 여부 등을 조사 → 급여제한 사유 판단

- 시장·군수·구청장은 급여제한여부 통보 시 (시행규칙 별지 제18호서식, [서식 50])의 급여제한 여부 결정통보서에 의함

  * 의료급여기관이 정당한 사유 없이 시행규칙 제26조 제1항의 규정에 의한 통보를 아니 한 경우, 보장기관은 해당 급여비용 지급을 거절할 수 있음(의료급여수가의 기준 및 일반기준 제18조 제3항)

【사 례】

Q 의료급여법 제15조 및 시행규칙 제26조 제2항에 따른 "급여 제한 여부 결정통보서[서식 48]"를 병의원에 통보하기 전에 수급권자 진료가 종료된 경우, 병의원에서 우선 의료급여를 적용해야 하는지?

A 급여제한 여부를 보장기관에서 통보하기 전에 진료가 종결된 경우, 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제18조 제4항에 따라 병의원에서는 우선 급여를 하고, 급여제한이 확정된 경우에는 보장기관이 부당이득금 징수 등 사후관리를 하여야 함

(3) 수급권 보호

1) 양도 및 압류 금지(법 제18조)

- 의료급여를 받을 권리는 양도 또는 압류할 수 없음

2) 제3자에 대한 구상권 행사(법 제19조)

- 시장·군수·구청장은 제3자의 행위로 인하여 수급권자에게 의료급여를 한 때에는 그 급여비용의 범위 안에서 제3자에 대한 손해배상청구의 권리를 가짐
- 의료급여를 받은 자가 제3자로부터 이미 손해배상을 받은 때에는 시장·군수·구청장은 그 배상액의 한도 안에서 의료급여를 행하지 아니함

나. 상해요인 조사

(1) 개요

- 목 적
  - 의료급여 수급권자가 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 기인하거나 고의로 사고를 발생시켜 의료급여를 받았거나, 제3자의 가해행위로 인해 의료급여가 필요하게 된 경우 등에 있어 수급권자 또는 의료급여를 발생 시킨 제3자로부터 의료급여비용을 환수하여 의료급여제도를 안정적으로 운영 하기 위함
- 근거 : 의료급여법 제15조 및 제19조, 동법 시행령 제14조, 동법 시행규칙 제26조, 의료급여수가의 기준 및 일반기준 제18조

● 상해요인 관리대상

- 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위 또는 고의사고
  - 쌍방폭행, 자살 등 자해행위, 운전자가 교통사고처리특례법에서 정한 음주 운전 등 12대 위반사고, 실화로 인한 화상 등
- 제3자의 가해행위에 의한 사고
  - 폭행, 작업 중 부상, 교통사고 등 상해발생 원인이 제3자의 행위로 발생한 경우

【교통사고처리특례법 제3조(처벌의 특례) 제2항】

1. 「도로교통법」 제5조에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원 등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
2. 「도로교통법」 제13조 제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
3. 「도로교통법」 제17조제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과 하여 운전한 경우
4. 「도로교통법」 제21조제1항, 제22조, 제23조에 따른 앞지르기의 방법·금지시기·금지 장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우
5. 「도로교통법」 제24조에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 「도로교통법」 제27조제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 「도로교통법」 제43조, 「건설기계관리법」 제26조 또는 「도로교통법」 제96조를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 「도로교통법」 제44조제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태 에서 운전한 경우
9. 「도로교통법」 제13조제1항을 위반하여 보도(步道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우
10. 「도로교통법」 제39조제2항에 따른 승객의 추락 방지의무를 위반하여 운전한 경우
11. 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우
12. 「도로교통법」 제39조 제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 아니하고 운전한 경우('17.12.3. 시행)

(2) 업무처리 절차 및 요령

● 기관부담금 100만원 미만 상해요인 건 업무처리절차

공단 (의료비지원실)	상해요인 확인대상을 발췌하여 행복e음을 통하여 보장기관에 전송(매월) - 통보기준 : 2개월 전 진료비 지급분 발췌내역 통보
보장기관	상해요인 확인대상자에 대하여 사고내용 등을 조사하여 적정여부 결정 ① EBDW에서 '상해요인신고서'와 '상해요인통보서'를 출력하여 수급권 자와 의료급여기관에 통보 ※ 매월 진료비 지급자료를 기준으로 확인 대상건을 발췌하되, 담당자가 동일 상병 건으로 「의료급여 질병부상 등 상해요인 신고서」 중복발송 여부 확인 하여 중복시 직권으로 발송 제외 ② 회신내역 등을 참조하여 행복e음에 입력(공단으로 전송)하고, 조사된 부당이득금, 구상금 등에 대하여 환수결정 및 환수

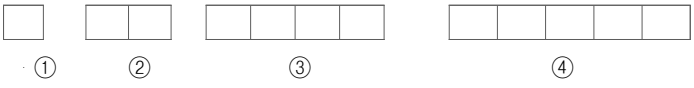
● 기관부담금 100만원 이상 상해요인 건 업무처리절차

공단 (의료비지원실)	상해요인 확인대상을 발췌하여 지사로 통보(매월) - 통보기준 : 2개월 전 진료비 지급분 발췌내역 통보
공단 (지사)	상해요인 확인대상자에 대하여 사고내용 등을 조사하여 보장기관에 통보 ① '상해요인신고서'와 '상해요인통보서'를 수급권자와 의료급여기관에 통보하여 회신내역 등을 참조하여 조사 ※ 매월 진료비 지급자료를 기준으로 확인 대상건을 발췌하되, 담당자가 동일상병 건으로 「의료급여 질병부상 등 상해요인 신고서」 중복발송 여부 확인하여 중복시 직권으로 발송 제외 ② 조사된 내역을 보장기관에 통보 - 통보내역 : 의료급여 상해요인 조사내역서, 의료급여 상해요인 사후 관리 처리결과 통보서, 조사서류(우편송부) 등
보장기관	공단(지사)에서 통보된 상해요인 조사내역에 대하여 적정여부를 결정 하여 행복e음에 입력(공단으로 전송됨)하고, 부당이득금·구상금 등에 대하여 환수결정 및 환수

1) 상해요인 자료제공(공단 → 공단지사, 보장기관)

- 상해요인 확인대상 색출 기준
  - 상병코드가 S00~T98이고 기금부담금이 50만원 이상인 건
  - 상병코드가 V01~Y98이고 기금부담금이 10만원 이상인 건
- 자료제공 주기 : 매월
- 제공자료 유형 및 서식
  - 의료급여 상해요인 확인대상자 명단, 상해요인 통보서 제출 협조 요청, 의료급여 질병 부상 등 상해요인 통보서, 질병 부상 등 상해요인 신고서

【전산관리번호 부여 형식】



① : 발췌구분 "2" 표기 → 사후관리자료 중 상해요인 의미
② : 발췌유형 "01"(상병부호 10만원 이상), "02"(50만원 이상)
③ : 발췌년월일 : 2007년 3월 경우 → 0703 표기 ④ : 일련번호

2) 상해요인 조사 및 결정

- 조사주체
  - 기금부담금이 100만원 이상인 건 : 국민건강보험공단(지사)
  - 기금부담금이 100만원 미만인 건 : 보장기관
- 조사방법 및 절차
  ① 보장기관은 공단에서 행복e음을 통해 전송받은 상해요인 확인대상자를 확인 하고, 사고내용 등을 조사하기 위해 EBDW에서 서식(의료급여 질병·부상 등 상해요인 신고서, 통보서) 조회 및 출력
  ② EBDW에서 출력한 「의료급여 질병·부상 등 상해요인신고서」는 수급권자에게, 「의료급여 질병·부상 등 상해요인 통보서」는 의료기관에 송부
  * 제출기한은 발송일로부터 20일의 기한을 두고 기재
  ③ 의료급여기관, 수급권자가 통보한 통보서 및 신고서(100만원 미만 건), 공단(지사)에서 통보한 조사내역서 및 처리결과통보서(100만원 이상 건) 등 관련 자료를 검토 후 급여비용 적정여부 검토

● 급여의 제한 및 부당이득 환수

- 교통사고 이외에 수급권자의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 기인하거나 수급권자가 고의로 사고를 발생시켜 의료급여가 필요하게 된 경우에는 급여비용을 부당이득금으로 결정 환수(예 : 폭행, 자해 등)

● 정당급여 사유 및 내용

- 상해요인 확인대상 급여비용이 수급권자 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 기인된 사고가 아니었거나, 고의 사고가 아니었음이 확인된 경우
- 관할경찰서에 교통사고 사건접수가 되지 아니한 자피사고 건, 사건접수처리가 되었다 하더라도 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위임이 명백히 밝혀지지 않은 자피사고로 확인된 경우

  * 교통사고 처리특례법 제3조 제2항 위반 11대 사고 등 고의 또는 중대한 과실이 아닌 자피 교통사고 건으로 한정

● 상해요인 조사 시 유의사항

- 상해요인 신고서 및 통보서상 사고발생일, 사고내용 등 일치여부 확인
  - 의료급여기관으로부터 접수한 진료기록부에 동일상병 또는 부상으로 타 의료 급여기관에서 진료 받은 사실이 기재되어 있는 경우, 반드시 초진 의료급여 기관의 진료기록부 확인
  - 확인대상 건이 약국에서 30만원 이상 건으로 청구된 경우, 약국에 처방전 사본을 요구하여 처방전을 발급한 급여기관 진료기록부 확인
- 사고(부상) 발생 경위 확인 조사
  - 수급권자가 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 기인하거나 고의로 인하여 사고가 발생하였는지 여부 확인
  - 기타 관계규정에서 정한 급여제한 사유에 해당되는지 여부 확인

3) 조사결정 후 처리

● 급여비용 적정여부 결과를 행복e음에 입력(결정내역 공단으로 전송)

【행복e음 "상해요인 처리결과 내역" 입력요령】

① 결정일자	② 처리구분	③ 처리사유
④ 적용개시일자	⑤ 적용일수	⑥결정금액

① 결정일자 : 상해요인 대상 급여비용을 부당 또는 정당으로 결정한 날

② 처리구분

유 형	내 용
완전적용	급여비용 전액 부당으로 결정하는 경우
일부적용	급여비용 일부를 부당으로 결정하는 경우
비 적 용	급여비용 전액을 정당급여로 결정하는 경우
조사결정 유예	상해요인 조사 및 결정을 유예하는 경우

③ 처리사유 : 환수결정시 환수유형, 비적용 시 비환수 유형을 기재

- 처리사유 유형 : 관련자료미확보(16), 수진자부재(17), 가해자 불명(18), 산재심사중(19), 수사진행중(20), 부당이득 결정(21), 구상금 결정(22), 본인과실 부상(23), 운동경기 중 부상(24), 자가 동물 및 공작물 부상(25), 동일가계 구성원 과실 부상(26), 기타(99)
- 처리구분에 따른 처리사유 입력기준

유 형	내 용
완전적용	부당이득 결정, 구상금 결정, 기타만 선택 가능
일부적용	부당이득 결정, 구상금 결정, 기타만 선택 가능
비 적용	본인과실부상, 운동경기 중 부상, 자가 동물 및 공작물 부상, 동일가계 구성원 과실 부상, 기타만 선택 가능
조사결정 유예	관련자료 미확보, 수진자 부재, 가해자 불명, 산재심사중, 수사진행중

④ 적용개시일

- 처리구분이 "완전적용"인 경우 진료개시일 기재, "일부적용"인 경우 급여기간 중 부당 급여로 결정된 최초 급여개시일 기재, "비적용"인 경우는 기재하지 않음

⑤ 적용일수

- "완전적용"인 경우 전체 급여기간(입·내원일수) 기재, "일부적용"인 경우 급여기간 중 부당급여기간(입·내원일수) 기재, "비적용"인 경우는 기재하지 않음

⑥ 결정금액

- "완전적용" 또는 "일부적용"인 경우는 부당이득금 또는 구상금으로 결정된 금액을 기재, "비적용"인 경우는 기재하지 않음

(3) 결정·조사유예 업무처리

1) 결정 유예 및 관리

- 대상 : 가해자 불명 등으로 관할경찰서에 사건 신고된 건, 산재근로자가 산재 신청하여 근로복지공단에서 심사 중인 건 등
- 관리 기간 및 방법 : 사고 발생일 기준으로 3년간 관리하며, 결정유예일부터 6개월마다 경찰관서의 가해자 검거여부, 출입국 기록 등 처리결과를 확인하되 마지막 조사는 사고발생일 기준 관리기간 만료 2개월 전에 확인
  - 확인 결과 완전적용, 일부적용, 비적용 등으로 결정되는 경우 처리결과 수정 입력
- 정당처리
  - 관리기간(사고발생일로부터 3년)이 경과하여도 가해자가 확인되지 않는 경우
  - 경찰서 등 사법기관에서 미제사건으로 미제종결(편철), 수사(내사)종결처리 된 건으로 확인된 건은 관리기간에 관계없이 정당처리(비적용)

    * 단, 사법기관의 재조사 등으로 인하여 가해자가 확인된 것을 인지한 경우 시효기간 내이면 재조사 처리

2) 조사 유예 및 관리

- 대상 : 요양기관 진료기록부 등 관련자료 확보가 불가능하거나 수급자의 부재 등으로 발생원인 등을 알 수 없어 조사업무가 더 이상 진행될 수 없는 건
  - 수급자 행방불명(주민등록말소, 무단전출 등), 해외출국자 등
- 관리기간 : 조사유예 결정일 기준으로 1년간 관리
- 관리방법 : 유예일로부터 6개월마다 수급권자의 주소를 확인, 폐업 의료기관의 대표자가 재개설 신고를 하였는지 여부, 기타 관련기관의 자료 존재 등을 확인하여 관련 자료를 확보
  - 확인 결과 완전적용, 일부적용, 비적용 등으로 결정되는 경우 처리결과 수정 입력
- 정당처리 : 결정일로부터 1년 경과 후 추가로 확인할 수 있는 자료 확보 불가 시 정당처리

【상해 발생 원인이 교통사고로 확인된 경우 조사요령】

- 사고 사실을 경찰서에 신고한 경우
  - 경찰관서의 교통사고 사실 확인원을 확인한 후 수급권자가 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위로 인하여 의료급여가 발생한 경우에는 급여비용을 부당이득금으로 결정
- 사고 사실을 경찰서에 신고하지 않는 경우
  - 사고주변 및 당시 상황 등을 면밀하게 조사·확인
  - 사고발생 원인이 수급권자의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄 행위에 기인하거나 고의로 사고를 발생시켰는지 여부를 보장기관이 판단하여 결정

【의료급여기관 상해요인 통보서 또는 진료기록부 미확보 시 처리】

- 대상 : 의료급여기관의 비협조(2회 이상 문서협조요청, 1회 이상 방문 독려 후) 등으로 상해요인 통보서 또는 진료기록부를 확보하지 못해 급여결정 여부 판단이 곤란한 경우
  * 요양기관 폐업 및 장기휴업으로 인한 자료 확보가 불가능한 경우 휴·폐업 요양기관 소재지 관할 보건소로 진료기록부 송부 요청
- 처리방법
  - 진료기록부, 상해요인 통보서가 없어도 유형별 확인 자료(상해요인 신고서, 유선 확인사항 등)로 사고내용 확인이 가능한 건에 대해서는 결정(부당 또는 정당) 처리
  - 진료기록부(상해요인 통보서)가 없어 판단이 불가능한 건, 유형별 확인자료 확보가 불가능한 건, 확보된 자료에 의해서도 판단이 불가능한 건은 조사유예자로 처리
- 유형별 확인자료
  - 제3자 가해행위 사고
    - 가·피해자간 합의서(변제각서), 목격자 진술서, 경찰서 사건사고사실 확인원(사건 접수된 건), 검찰 송치기록부, 약식재판명령 등
  - 교통사고
    - 교통사고사실 확인원, 119구급(구조) 증명원, 가·피해자간 진술서 또는 합의서(변제 각서), 관련자 진술서, 소송관련 서류(판결문 등), 사고당사자 진술서, 사고 현장 약도 및 사진, 기상청 기상증명서, 운전면허증, 종합보험사 또는 책임보험사 자동차 보험사고 접수사실 확인원, 자동차 등록증 또는 자동차 등록 원부, 경찰청 교통사고자 D/B 연계 자료, 기타 제 증명 서류 등
  - 업무상 재해사고
    - 사용주 사실확인서, 임금대장 또는 임금수령증, 업무상 재해 현장 사진, 재해보상금 지급여부 확인서, 사용자 및 피용자 간 합의서, 기타 이해관계인의 진술서 등
  - 고의 및 음독 사고
    - 담당의사의 소견 및 진단서, 목격자 및 관련자 진술서, 사고현장 도면 및 사진, 개인 급여내역 등(추가)
  - 기타 사고
    - 위와 같은 사고내용이 확인 가능한 관련 증빙 자료

다. 구상권

(1) 발생 시기

- 상해발생 원인이 제3자의 행위로 인하여 수급권자가 의료급여 비용(현물 및 요양비용)을 받은 때(손해배상청구권의 합의·면제·포기와 구상권)
  - 제3자의 행위로 수급권자에게 보장기관의 의료급여가 이루어진 경우, 수급권자가 제3자에게 가지고 있는 손해배상의 청구권이 보장기관이 부담한 진료비 범위 내에서 보장기관으로 청구권 이전(대위취득)
  - 구상권은 제3자를 대신하여 손해배상(의료급여)을 행한 보장기관이 제3자에 대하여 갖는 반환 청구권를 의미하는 것으로 구상의 범위는 의료급여비용으로 지급한 비용의 범위를 초과할 수 없음
- 의료급여를 받을 자가 손해배상청구권을 포기·면제 한 경우
  - 의료급여를 받을 자가 합의 또는 화해 등을 통하여 손해배상청구권을 포기 하거나 면제한 경우에는 그 범위 내에서 보장기관은 의료급여 의무가 면제 되므로 그 배상액 한도 내에서 급여제한

(2) 수급권자가 제3자로부터 손해배상을 받은 경우

- 의료급여가 개시되기 전 수급권자가 제3자로부터 치료비 등으로 이미 손해배상을 받은 경우
  - 치료비 합의금 내에서 수급권자를 납부의무자로 부당이득 결정
  - 손해배상을 받은 수급권자가 나중에 의료급여를 받고 난 후 의료급여비용을 포함한 진료비가 제3자로부터 이미 받은 치료비 합의금(정신적 피해보상, 노동력 일실 보상금 등은 제외)을 초과하는 경우 보장기관에서는 그 초과하는 부분의 의료급여비용은 제3자에게 구상권 행사
- 의료급여가 종료된 이후 손해배상을 받은 경우
  - 합의 이전 진료에 대해 의료급여를 적용받은 경우 : 가해자에게 구상결정 (의료급여 제한사항에 해당하지 않음)
  - 합의 이후 사고 상병과 후유증 진료에 대해 의료급여를 적용받은 경우 : 수급권자를 납부의무자로 부당이득 결정

구분	제3자의 가해일	합의일	합의일 이후
날짜	2020.7.1	2020.7.31	2020.8.1
처리	합의일까지 구상청구		부당이득 환수

※ 의료급여상해요인 업무매뉴얼 p72~74참조
※ 의료급여법 제15조의 급여제한은 자신의 중대한 과실로 인한 범죄행위에 원인이 있거나 고의로 사고를 일으킨 경우로 제한

● 의료급여가 이루어지고 있는 중에 손해배상을 받았다면

- 손해배상을 받은 시점 이전의 급여비용은

  • 합의시점 이전에 이미 행한 의료급여는 법 제19조에 의거 시장·군수·구청장에게 그 권리가 이전하기 때문에 가해자와 피해자간 합의의 효력은 원칙 적으로 미치지 못하므로 시장·군수·구청장은 손해배상을 받은 시점 이전 급여비용을 가해자에게 구상권 행사

  • 다만, 그 합의금이 사회통념상 공정하고 합의범위가 이미 치료한 의료급여 비용을 포함한다는 내용 등이 있을 경우, 수급권자를 납부의무자로 부당이득 결정

- 손해배상 이후 급여비용은 위의 “급여비용 종료된 이후 손해배상처리” 기준에 따라 처리

(3) 구상권의 행사(구상금의 청구)

● 보장기관은 가해자에게 구상금을 납부 최고하여도 가해자가 납부하지 않으면 구상금 청구의 소를 민사소송 절차에 따라 제기하여 그 결과에 따라 민사상 강제집행으로 실현

● 수급권자 전출입으로 보장기관이 변경된 경우에도 진료비를 지급한 보장기관 에서 구상권을 행사(채권 이관대상 아님)

● 납부의무자인 제3자가 사망한 경우에는 민법 제1005조의 규정에 의거 그의 상속인 에게 구상금으로 결정

3 의료급여 부당청구 신고 및 신고포상금제도

가. 근거

- 의료급여법 제32조의3(포상금 및 장려금의 지급)
- 의료급여법 시행령 제18조의2(포상금의 지급 등)
- 의료급여 포상금 및 장려금의 지급 등에 관한 기준(보건복지부고시 제2018-289호)

나. 필요성

- 국민의 조세로 운영되는 의료급여 기금의 건전한 관리와 수급권자의 권익 보호
- 의료급여기관의 올바른 진료비 청구 풍토를 조성
  - 공급자 적정청구를 유도하기 위하여 다각적인 방안을 시행하고 있으나, 개별 사례에 대한 집중적인 행정력 동원에 한계
  - 이에 의료급여기관으로부터 직접 진료를 받은 의료급여기관 이용자, 의료급여기관 관련자(의료급여기관·의약업체 종사자) 또는 그 밖의 신고인이 의료급여기관의 거짓·부당청구에 대해 신고함으로써 공급자의 적정 청구를 유도

    * 의료급여기관 : 병·의원, 한방병·의원, 약국, 보건기관

    * 의료급여기관 종사자 : 의사, 약사, 간호사, 간호조무사, 의료기사, 직원 등

    * 의약업체 종사자 : 약제·치료재료 제조·판매업체 종사자

다. 의료급여 부당청구 신고 포상금제도 개요

- 의료급여기관 이용자, 의료급여기관 관련자(의료급여기관·의약업체 종사자) 또는 그 밖의 신고인이 의료급여기관의 구체적인 거짓·부당청구 행위 사실을 기재한 내용 및 증거자료를 가지고 관할 보장기관에 신고하여 거짓·부당청구로 확인된 때에는 일정금액을 포상금으로 지급하는 제도
  - 의료급여수급권자에 상한일수 통보 시 수급내역을 아울러 통보하므로 본인의 진료 내용 확인이 가능

    * 급여일수가 180일 이상인 경우 : 6월 중 1회, 300일 이상 : 매월 1회 통보

라. 신고자 및 신고대상

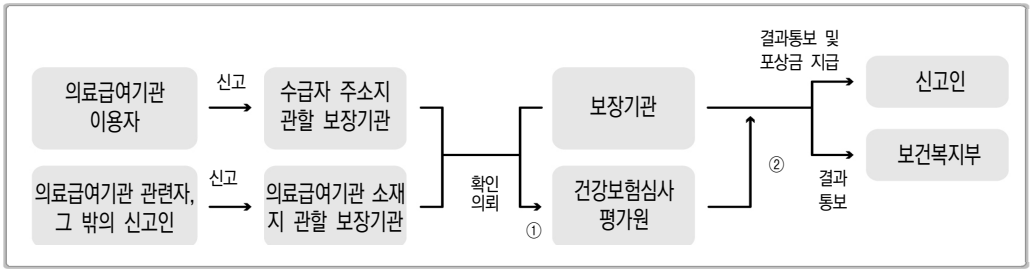
- (신고자) 수급권자 본인, 배우자, 본인 및 배우자의 직계 존·비속, 의료급여기관·의약업체 종사자(내부고발자), 그 밖의 신고인
- (신고대상) 의료급여기관(병·의원 및 약국)에서 진료 받은 내역이 건강보험공단 또는 심사평가원에서 통보한 진료내역과 다른 경우 그 해당 진료 건의 상이한 내용을 신고
  - 진료를 받지 않았음에도 진료를 받은 것으로 건강보험공단으로부터 진료내역 통보 등으로 알게 된 경우
  - 진료 청구일수가 실제 진료 받은 날보다 많은 경우
  - 기타 의료급여기관에서 거짓·부당 청구하였음을 알게 된 경우

마. 신고방법 및 절차

- 주소지 관할 보장기관에 직접 방문 또는 인터넷, 우편, 팩스를 이용하여 신고

  * 신고인이 그 밖의 신고인, 의료급여기관 관련자(내부고발자)인 경우에는 의료급여기관 소재지 관할 시군구에 신고

- 증빙서류 : 의료급여 부당청구 신고서[서식 107], 급여일수통보서 사본, 진료비 영수증 사본, 기타 거짓 부당청구 입증 서류, 신고자 인적사항 및 연락처 신고내용 등
- 신고 처리 절차



① 보장기관은 수급자 진료내역 등 사실 확인이 곤란한 경우에 심사평가원에 의뢰(신고내용이 구체적으로 사실 확인 가능한 건이나 대여 또는 도용 수급 건은 자체 처리)

- 신고기관은 수급자의 진료비내역을 심사평가원에 확인조사 의뢰 시 정보 제공 동의내용이 기재된 의료급여 부당청구 신고서[서식 109]와 수급자 증명서 첨부

② 심사평가원은 진료비 등 내역 확인결과를 보장 기관에 통보하고 보장기관은 이를 근거로 신고인에게 포상금 지급 후 복지부에 지급결과 통보

● 조치사항

- 신고된 내용에 따라 거짓·부당 내용이 확인된 경우 그 결과에 따라 해당 의료급여기관에 대하여 별도의 행정처분

  * 보장기관은 의료급여 신고포상금 신청 접수대장[서식 92]으로 관리하고 의료급여기관이 진료기록 등의 자료제출을 거부할 경우 의료법에 따라 보건소의 협조를 얻어 관련 자료 확보

- 확인조사결과 현지조사의 필요성이 있을 경우 보장기관은 보건복지부 또는 건강보험심사평가원(문서 또는 홈페이지 「보장기관신고센터」)으로 현지조사 의뢰

- 보장기관 및 시·도는 의료급여 부당청구 신고포상금 지급내역 현황을 반기별(7월, 1월)로 복지부에 결과 보고(지급 사유, 조치 등 구체적으로 기재)

바. 포상금 지급대상

● 의료급여 수급권자의 진료내역에 한하여 다음 사항에 해당되고 의료급여기관 등의 거짓·부당청구가 확인된 경우, 신고인이 제출한 증거자료와 관련한 금액의 전부 또는 일부를 징수한 경우 포상금을 지급

- 건강보험공단의 진료내역통보에 관한 거짓·부당청구 신고건

- 전화·방문·인터넷·Fax 등에 의한 거짓·부당청구 신고건

- 기타 민원 등에 의하여 확인(증도용, 대여 등)된 거짓·부당청구 신고건

사. 포상금 지급 기준(의료급여법 시행령 별표 4)

신고인 유형	지급기준	
	징수금의 금액	포상금의 금액
1. 의료급여기관에 근무하고 있거나 근무했던 사람 또는 약제·치료재료의 제조업자·판매업자에게 고용되어 있거나 고용됐던 사람이 의료급여기관을 신고하는 경우	15만원 이상 1천만원 이하	징수금 × 30/100
	1천만원 초과 5천만원 이하	300만원 + [(징수금- 1천만원) × 20/100]
	5천만원 초과	1,100만원 + [(징수금 - 5천만원) × 10/100]. 다만, 20억원을 넘는 경우에는 20억원으로 한다.
2. 의료급여기관에서 진료를 받은 사람 또는 그 배우자, 의료급여기관에서 진료를 받은 사람 또는 그 배우자의 직계존비속이 해당 진료와 관련된 급여비용에 대하여 의료급여기관을 신고하는 경우	2천원 이상 2만원 이하	1만원
	2만원 초과	징수금 × 50/100. 다만, 500만원을 넘는 경우에는 500만원으로 한다.
3. 제1호 및 제2호에 해당하지 않는 사람이 의료급여기관을 신고하는 경우	10만원 이상 1천만원 이하	징수금 × 20/100
	1천만원 초과 2천만원 이하	200만원 + [(징수금 - 1천만원) × 15/100]
	2천만원 초과	350만원 + [(징수금 - 2천만원) × 10/100]. 다만, 500만원을 넘는 경우에는 500만원으로 한다.

비고

1. "징수금"이란 의료급여기관이 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 받은 의료급여비용을 말한다.
2. 위 표의 징수금의 금액에 해당되지 않는 경우는 신고 대상에서 제외한다.
3. 위 표의 지급 기준에 따라 산정된 포상금을 지급할 때에는 2천원 미만은 지급하지 않는다.

아. 포상금 지급기한 및 방법

- 지급시기 : 포상금 지급대상자로 통보받은 신고인이 제출한 의료급여 신고포상금 지급신청서[서식 110]을 제출받은 날로부터 1개월 이내
- 지급방법 : 의료급여 신고포상금 지급신청서에 기재된 신고인의 계좌에 영 별표4의 포상금 지급 기준에 따른 포상금을 지급

자. 포상금을 지급하지 않는 경우

1. 신고받은 거짓·부당청구 내용이 언론매체 등에 의하여 신고 전에 공개된 내용이거나 관계기관에서 사전 인지하여 이미 조사 또는 수사 중인 경우
2. 신고내용이 불충분하여 거짓·부당청구 행위의 확인이 곤란한 경우
3. 신고한 자가 익명이나 가명 또는 타인의 명의로 신고한 경우
4. 거짓사실을 신고하거나 포상금을 받을 목적으로 미리 공모하는 등 속임수나 기타 부정한 방법으로 신고한 경우
5. 수급권자 본인부담금 부분에만 부당·허위청구가 있는 경우

   * 수급권자 본인부담금 및 비급여 부담금액은 포상금지급 대상에서는 제외됨

6. 부당청구 행위를 한 사람이나 이를 공모한 사람이 신고한 경우
7. 공단·건강보험심사평가원 임직원 또는 공무원 등 직무관계자 및 그 직무수행 과정에서 얻은 자료나 정보를 제공받아 신고한 경우(그 자료나 정보를 제3자에게 제공하여 신고하도록 한 경우를 포함한다)
8. 동일한 신고내용으로 다른 기관에게서 다른 법령에 따른 포상금 또는 보상금을 지급받은 경우
9. 신고내용의 확인 또는 포상금의 지급과 관련하여 자료제출 요청에 응하지 아니하거나 거짓 자료를 제출한 경우
10. 그 밖에 신고인에게 포상금을 지급하는 것이 사회통념상 부적절한 경우

차. 행정사항

- 시·도, 시·군·구(보장기관)에서는 수급권자에 대한 의료급여 부당청구 신고 포상금 제도 홈페이지에 게재 등 홍보 강화
- 국민건강보험공단에서는 수급권자 및 해당 시장·군수·구청장에게 급여 상한일수 통보 시 동 제도 안내문 게재

타. 복지로 부정수급 신고 건 처리방법 안내

- 복지로 부정수급 신고처리는 국민기초생활사업안내 지침 '복지로 신고에 따른 부정수급 업무처리 절차 안내'에 따라 처리 후, 처리결과를 기초의료보장과로 공문발송(의료급여는 기초의료보장과에서 시군구 의료급여 담당자에게 배부)

  ※ 기초의료보장과-3956(2022.8.4.)호 공문 참조

제6편 의료급여 사후관리 및 권익구제

Ⅱ. 정산 및 부당이득 환수

【의료급여 사후관리 업무 일람】

구분	사망상실 청구	중복이중 청구	초(재)심 의료급여 비용 및 원외 처방약제비	부당청구 환수	현지조사에 의한 환수	휴폐업/ 업무정지 기간중 청구
내용	사망으로 상실한 수급자의 상실일 이후 진료비	중복/이중 청구진료비	심사평가원 심사후 환수 결정된 진료비 환수	보장기관에서 확인된 부당진료비 환수	행정처분 의료급여기관 부당이득금 환수	휴/폐업 기간중 청구된 의료급여비용 환수
심사평가원			환수/환불내역 공단 전송		행정처분내역 공단 전송	
공단	진료비 발췌 보장기관통보 (매월)	진료비 발췌 보장기관통보 (매월)	진료비 발췌 보장기관통보 (매월)		공단전산망 등록	진료비 발췌 보장기관통보 (분기별)
보장기관	자격정비 및 정당/부당 결정 (행복e음 입력)	정당/부당 결정 (행복e음 입력)	(정당/부당 확인 없음)	전산상계/ 직접환수 결정	전산상계/ 직접환수 결정	정당/부당 결정
				전산상계 요청 / 직접환수 결정	전산상계 요청 / 직접환수 결정	
공단	상계환수	상계환수	상계환수	상계환수	상계환수	
보장기관	의료급여기관 환수결정통보서 발송	의료급여기관 환수결정통보서 발송	의료급여기관 환수결정통보서 발송	의료급여기관 환수결정통보서 발송 / 현금환수 (행복e음 입력)	의료급여기관 환수결정통보서 발송 / 현금환수 (행복e음 입력)	현금환수 (행복e음 입력)
공단	폐업/장기미상계 시 현금환수건으로 방법변경 후 보장기관 통보					
보장기관	현금환수 (행복e음 입력)					

구분
시술관리 치료재료
상해요인
본인부담금 환급금
수급자 출국기간 중 진료비 청구
국가예방 접종 후 진찰료 청구
건강검진 후 진찰료 청구
내용
급여범위 초과 의약품 및 치료재료
자신의 고의, 중대과실 및 제3자로 인한 의료급여비 발생
수급자가 의료급여기관에 과다하게 납부한 본인부담금 중 초·재심 조정·삭감건 및 현지조사 환수건
출국기간 중 발생한 진료비 환수
국가 예방접종 당일 별도 질환에 대한 진료 없이 진찰료 청구한 건 환수
건강검진 실시 당일 진찰료 착오 청구한 건 환수
심사평가원
투여내역 발췌 (매월)
개인별 환급내역 발췌(매월)
공단
최초투여내역/ 초과투여내역 보장기관통보 (매월)
상해요인 확인대상 발췌 보장기관통보(매월) * 100만원 이상은 공단이 직접 조사
의료급여기관에 지급할 진료비에서 환급금 공제 후 보장기관통보 (행복e음) (매월)
진료비 발췌 보장기관 통보 (행복e음) (연1회)
진료비 발췌 보장기관 통보 (행복e음) (연1회)
진료비 발췌 보장기관 통보 (행복e음) (연1회)
보장기관
정당/부당 결정 (행복e음 입력)
상해요인 조사 정당/부당 결정 (행복e음 입력)
환급금지급 (e호조시스템)
정당/부당 결정 (행복e음 입력))
정당/부당 결정 (행복e음 입력)
정당/부당 결정 (행복e음 입력)
공단
상계환수
상계환수
상계환수
보장기관
현금환수 (행복e음 입력)
현금환수 (행복e음 입력)
의료급여기관 환수결정통보서 발송
의료급여기관 환수결정통보서 발송
의료급여기관 환수결정통보서 발송
공단
폐업/장기미상계 시 현금환수건으로 방법변경 후 보장기관 통보
보장기관
현금환수 (행복e음 입력)

1 진료비 및 본인부담금의 정산

가. 개요

- 의료급여 및 건강보험간 실제 자격과 다르게 의료급여(요양급여)를 받아 발생한 진료비
  - 의료급여 소급취득(이재민, 의사상자, 입양아동, 기타 등), 의료급여 소급상실, 전산오류 등
- 의료급여 종별착오 적용에 따른 본인부담금 차액 정산

나. 건강보험재정과 의료급여기금의 진료비 상호정산

(1) 의료급여 수급권자가 건강보험증을 사용한 경우(소급취득)

- 진료 당시 건강보험 가입자로 처리하였으나, 실제 자격은 의료급여 수급자인 경우
  - (수급자) 양 제도 간 본인부담금 차액을 추가 부담함 ⇒ 환급대상
  - (공단) 실제 부담하지 않아야 할 기관부담금을 지급함

⇒ 의료급여 예탁금에서 건강보험 재정으로 지급

공 단 (의료비지원실)	정산진료비 지급자료 발췌(공단부담금 및 본인부담금) ⇒ 공단지사로 통보 - 발췌주기 : 분기별 1회(1, 4, 7, 10월) 예시 2020.1월 작업 : 2014.3~2019.10월 지급분(2020.1차수)
↓	
공 단 (지사)	보장기관에 “결정통보서” 발송하여 정산진료비 확인 요청
↓	
보장기관	공단에서 통보된 내역을 확인하여, ① 공단부담금에 대하여는 공단(지사)에 전자문서로 지급 의뢰 ② 본인부담금은 환급액 정산하여 수급권자에게 지급
↓	
공 단 (지사)	보장기관에서 지급의뢰한 내역에 대하여 부당수급 결정처리 및 징수이관
↓	

공 단 (급여관리실)	징수이관 된 내역에 대하여 의료비지원실 의료복지부로 지급의뢰
공 단 (의료비지원실)	급여관리실에서 지급의뢰한 내역을 시도 예탁금에서 공단계좌로 지급
공 단 (급여관리실)	지급내역 납부반영 후 입양아동 사후정산 내역은 행복e음으로 전송

(2) 건강보험가입자가 의료급여증을 사용한 경우(소급상실)

- 진료 당시 의료급여 수급자로 처리하였으나, 실제 자격은 건강보험 가입자인 경우
- 2002. 1 심사차수분부터 시·군·구에서 건강보험공단지사에 지급청구
  - (수급자) 본인부담금 차액 부당이득 고지 제외
  - (공단) 실제 부담하여야 할 공단부담금을 의료급여 예탁금에서 지급함

⇒ 건강보험 재정에서 각 보장기관(시군구)으로 지급

공 단 (의료비지원실)	정산진료비 청구 자료를 발췌하여 보장기관으로 통보 - 발췌주기 : 반기별 1회(2월, 8월) ※ 통보는 3월, 9월 예시 2020. 2월 작업 : 2019.7.1.~2019.12.31. 자격상실입력일 기준(2019.12차수)
보장기관	정산진료비내역 확인 후 공단(지사)에 보장기관 계좌번호 기재하여 전자 문서로 지급요청 - 진료기간 중 자격이 변동되어 자격이 변동되어 분리산정이 필요한 경우에는 의료급여기관에 의뢰
공 단 (지사)	보장기관에서 지급요청한 내역에 대하여 공단 본부(급여비용지급부)로 지급 의뢰
공 단 (급여관리실)	지사에서 지급 의뢰한 정산진료비 청구액을 건강보험재정에서 각 보장 기관(시군구)으로 지급

(3) 정산액 산정방법(청구금액)

구 분	완전적용	일부적용
입 원	기관부담금 전액	의료급여기관에 구분산정 의뢰
외 래		(기관부담금 ÷ 급여일수) × 건강보험 자격일수
약 국	진료개시일이 속한 보험자가 전액 부담(투약일수 관계없음)	

다. 본인부담금 정산(환급)

(1) 개요

- 의료급여수급권자 자격 변동(건보 → 의료급여, 2종 → 1종 소급취득 등), 의료 급여 자격관리시스템 자료 제공 지연 등 수급권자의 귀책사유 없이 본인 부담금이 발생한 경우 이미 납부한 본인부담금을 보장기관에서 본인에게 반환

(2) 정산지급(환급) 대상

- 의료급여수급권자로 자격이 책정되었음을 알지 못한 상태로 의료급여기관에서 건강보험증을 사용하여 본인부담금이 발생한 자로서, 보장기관에 본인부담금 환급을 신청한 자
- 의료급여기관에서 실제 수급권 자격과 상이한 의료급여 자격관리시스템의 수급권 자격을 적용하여 진료함에 따라 본인부담금이 발생한 자로서, 보장기관에 본인부담금 환급을 신청한 자
- 정산제외 사항
  - 의료급여법 제15조(급여의 제한) 및 제17조(급여의 중지 등)에 따라 의료급여의 제한, 중지사유가 발생한 경우
  - 환자가 의료급여증을 사용할 수 있음에도 불구하고, 고의로 건강보험증을 사용한 경우
  - 요양기관이 허위 등 부당한 방법으로 보험급여비용을 받은 경우(부당이득금 징수 대상)
  - 비급여 및 100/100 전액 본인부담금 제외

(3) 정산기준일

- 건강보험 자격 상실 후 의료급여 자격을 취득한 경우 의료급여 자격 취득일을 기준으로 정산
- 1종 수급권자가 본인일부부담금 부담자에서 면제자로 자격이 변경된 경우에 본인일부부담금 면제자 자격 취득일을 기준으로 정산
- 의료급여 2종에서 1종, 1종 본인부담자에서 면제자로의 전환 등으로 본인부담금에 차이가 발생한 경우, 자격취득일을 기준으로 차액 환급

(4) 지급 절차

① (신청안내) 자격변동 등 환급사유가 발생한 때에는 환급대상자에게 예정통지 및 환급신청 안내

② (지급신청) 의료급여 수급자 또는 부양의무자(1촌의 직계혈족 및 그 배우자)가 국민건강보험공단에서 발급한 요양급여내역 및 진료비영수증 등 증빙서류를 첨부한 본인부담금 환급신청서[서식 87] 1부를 작성하여 주소지 관할 보장 기관(시·군·구청)에 신청

③ 환급액 결정

- 보장기관에서는 지급대상자에 해당하는지 여부를 확인하여 유형별 본인부담금을 산정하여 환급금액 결정
- 의료급여·건강보험간 자격변동의 경우, 국민건강보험공단(급여관리실)에서 통보된 “정산진료비지급 내역”상 본인부담금을 참고하여 환급금액 결정
- 의료급여 종별 간 자격 변동의 경우에는 개별 자격 간 본인부담금 차액을 환급금 으로 결정

【참고 : 본인부담금 상환액 산정(예시)】

구 분	1종 변경 시	2종 변경 시
외 래	• 본인부담 면제자 : 건강보험 본인부담금 전액 • 본인일부부담 수급자 : (건강보험 본인부담금) - (1종 수급권자 법정 본인부담금)	• (건강보험 본인부담금) - (2종 수급권자 법정 본인부담금)
입 원	• 건강보험 본인부담금 전액	• (건강보험 본인부담금) - (2종 수급권자 법정 본인부담금)
약 국	• 본인부담 면제자 : 건강보험 본인부담금 전액 • 본인일부부담 수급자 : (건강보험 본인부담금) - (1종 수급권자 법정 본인부담금)	• (건강보험 본인부담금) - (2종 수급권자 법정 본인부담금)

④ 환급액 지급

- 본인부담금 환급금 예산 항목에서 지출

(5) 소멸시효 적용(의료급여법 제31조)

● 본인부담금을 환급받을 수 있는 날(본인부담금이 발생한 날)로부터 3년간 행사하지 않으면 소멸시효 완성

【진료비 및 본인부담금 정산 사례(예시)】

• 사례 1 : 의료급여 1종 수급자 입원진료시

- A씨는 '03년 1월 1일자로 의료급여 1종 수급권자로 변경되었으나, 보장기관으로부터 의료급여증을 전달받지 못한 상태에서 '03년 1월 7일~14일간 서울대병원에서 건강보험증으로 입원진료 받아 본인부담금 환급을 요청(국민건강보험공단에서 발급한 개인급여내역의 본인부담금 : 450,000원, 식사횟수 : 20회)

☞ 환급금 = 본인부담금전액 + 식대비용의 80% = 450,000원 + (20회 × 2,710원) = 504,200원

※ 2007년일 경우에는 위 환급금에서 식대비용을 제외한 450,000원임

• 사례 2 : 의료급여 2종 수급권자 외래진료시(원내조제의 경우)

- B씨는 의료급여2종 수급권자로 '03년 2월 1일 변경되었으나 의료급여증을 전달받지 못하여 의료급여수급권자로 변경되었음을 인지하지 못한 상태에서 건강보험증으로 보람의원에서 2월 3일 외래 진료시 원내조제 받은 후 발생한 본인부담금 환급요청 (국민건강보험공단에서 발급한 개인급여내역의 본인부담금 : 32,000원)

☞ 환급금 = 본인부담금-1,500원 = 32,000원-1,500원 = 30,500원

• 사례 3 : 의료급여 2종 수급권자 외래진료시(원외조제의 경우)

- C씨는 의료급여2종수급권자로 '03년 10월 1일 책정된 후 건강보험증으로 10월 5일 서울시에 위치한 우리들 병원에서 외래진료 후 발생한 본인부담금 58,000원과 처방전에 의해 약국에서 발생한 본인부담금 16,000원 환급요청(국민건강보험공단에서 발급한 개인급여내역 본인부담금 ⇒ 병원 : 50,000원, 약국 : 15,000원)

☞ 환급금 = (병원 본인부담금-2종수급권자 법정 본인부담금) + (약국 본인부담금-500원)
= (50,000원-20,000원) + (15,000-500원) = 44,500원

※ 52개 경증질환으로 대형병원 방문 시 의료급여수급자의 약국 본인부담금은 총 의료급여비용의 3%이며, 그 금액이 500원 미만일 경우 500원으로 함.

• 사례 4 : 의료급여 2종 수급권자 약국 본인부담 반환

- D씨는 의료급여2종수급권자로 '03년 2월 5일 책정된 후 건강보험증으로 2월 6일 서울대 병원의 처방전으로 약국에서 발생한 본인부담금 32,000원 환급요청
(국민건강보험공단에서 발급한 개인급여내역 약국 본인부담금 : 30,000원)

☞ 환급금 = 본인부담금-500원 = 30,000원-500원 = 29,500원

※ 52개 경증질환으로 대형병원 방문 시 의료급여수급자의 약국 본인부담금은 총 의료급여비용의 3%이며, 그 금액이 500원 미만일 경우 500원으로 함.

• 사례 5 : 의료급여 2종 수급권자 입원진료시

- E씨는 의료급여2종수급권자로 '02년 1월 15일 책정된 후 건강보험증으로 2월 1일 입원 하여 2월 14일 퇴원한 후 본인부담금 환급요청(국민건강보험공단의 개인급여 내역의 본인부담금 : 500,000원, 식사횟수 : 36회)

☞ 환급금 = (병원본인부담금 2종수급권자 법정본인부담금) + 식대비용의 80%
= (500,000원-100,000원) + 97,630원 = 497,630원

* 36회 × 2,712원('02년도 1식대비용 : 3,390원) = 97,630원

2 의료급여비용 사후관리

가. 개요

- 지급이 완료된 의료급여비용 중 부당한 방법으로 지급된 것으로 추정되는 진료비 환수를 위한 사후 조치

【보장기관의 사후관리 대상】

① 의료급여기관의 사망상실자 청구 의료급여비
② 의료급여기관의 중복/이중 청구 의료급여비
③ 휴폐업/업무정지 기간 중 청구된 의료급여비
④ 시술관리 치료재료 초과 급여
⑤ 의료급여기관의 초(재)심 의료급여비 및 원외처방약제비 정산
⑥ 의료급여기관 현지조사 결과에 의한 환수
⑦ 본인부담금 환급금
⑧ 의료급여기관의 출국기간 중 청구 의료급여비
⑨ 의료급여기관의 건강검진 후 청구 의료급여비
⑩ 의료급여기관의 국가예방접종 후 청구 의료급여비

나. 처리방법

① 공단에서는 사후관리 대상을 발췌하여 발췌당시 보장기관으로 통보[23)]

② 통보받은 보장기관은 정확한 사실관계를 확인 후 정당/부당 여부를 결정하여 공단에 회신

* 보장기관은 공단이 송부한 환수결정내역서를 해당 의료급여기관에 지체 없이 통보(지연 시 민원 발생)

③ 건강보험공단은 의료급여기관이 휴·폐업되었거나, 6개월 이상 지급할 급여 비용이 발생되지 아니할 경우(장기 미상계)에는 환수방법을 현금 환수 대상 건으로 변경한 후 행복e음으로 전송하고, 보장기관은 행복e음을 통해 환수방법변경 내역을 확인하여 징수

23) 유형별 환수(환불) 상세내역 확인 요령
▸ (EBDW) 사후관리 / 환수결과확인 / 환수결과내역조회
- 환수(환불)사유, 상계여부, 방법변경여부, 환수(환불)결정번호 등 입력 후 조회

다. 유형별 처리방법

(1) 사망상실자 급여비용 관리

(가) 발췌기준

- 자격상실사유가 사망(14)인 수급권자의 의료급여비용이 상실일 이후 청구된 건
- 수급권자 자격 상실사유가 가구주의 사망으로 인하여 상실된 후, 자격 D/B상 재취득한 사실이 없는 기간 동안 청구된 의료급여비용
  * 급여개시일이 사망일인 때에는 제외

(나) 발췌방법

- 발췌 주기 : 매월
- 발췌구분 : 보장기관별 발췌
- 출력서식 : 사망 후 발생 급여비용 확인내역 1부

(다) 업무처리 절차

① 건강보험공단은 사망상실 후 청구 급여비용 내역을 생성하여 보장기관(행복e음)으로 전송

② 보장기관은 의료급여의 적정여부를 확인하고 부당/정당의 결정내역을 행복e음에 입력하고, 저장(저장내역이 공단으로 전송 되고, 부당청구일 경우 상계 환수 처리됨)

* 실제 공부상 사망일자와 자격 D/B상의 사망일자 불일치 건은 보장기관에서 상실일자를 행복 e음에 수정

【보장기관의 적정여부 확인방법】

- 공부상 수진자의 사망일 확인
- 공부상 수진자의 사망일이 급여개시일 이전인 경우 의료급여기관에 의료급여비용 청구 진위여부 확인
- 의료급여기관에서 의료급여비용 청구가 정당하다고 주장한 때에는 진료기록부 등 관련 자료를 요청하여 급여내역 확인

(라) 행복e음 “사망상실자 처리결과 내역” 입력요령

① 결정일자	② 처리구분 적용/일부적용/비적용	③ 처리사유
④ 적용개시일자	⑤ 적용일수	⑥결정금액

① 결정일자 : 환수결정, 비적용 조치일자를 기재

* 보장기관에서 결정일자 누락 시 문서 시행일자로 입력

② 처리구분 : 적용, 비적용 여부를 구분

유 형	내 용
완전적용	기관부담금 전액을 환수하는 경우
일부적용	기관부담금 중 일부를 환수하는 경우 또는 기관부담금액이 표기되어 있지 않는 금액을 환수하는 경우
비 적 용	급여비용을 환수하지 않는 경우

③ 처리사유 : 환수결정시 환수유형, 비 적용시 비 환수 유형을 기재

- (처리사유 유형) 사망 후 부당청구(51), 관외전출 후 부당청구(61), 명세서 기재 착오(91), 전산입력 착오(92), 기타(99)
- 사망상실 처리구분에 따른 처리사유 입력기준

유 형	내 용
완전적용	사망 후 부당청구, 관외전출 후 부당청구, 기타만 선택 가능
일부적용	사망 후 부당청구, 관외전출 후 부당청구, 기타만 선택 가능
비 적 용	명세서 기재착오, 전산입력 착오, 기타만 선택 가능

④ 적용개시일 : 의료급여일이 중복되어 환수결정이 되는 날을 기재

⑤ 적용일수 : 환수결정 일수를 기재

⑥ 결정금액 : 환수 결정한 징수결정금액을 기재

- 가족대리진료 환수금액은 진찰료 차액 계산하여 환수

※ 가족대리진료의 경우 재진진찰료의 50% 산정

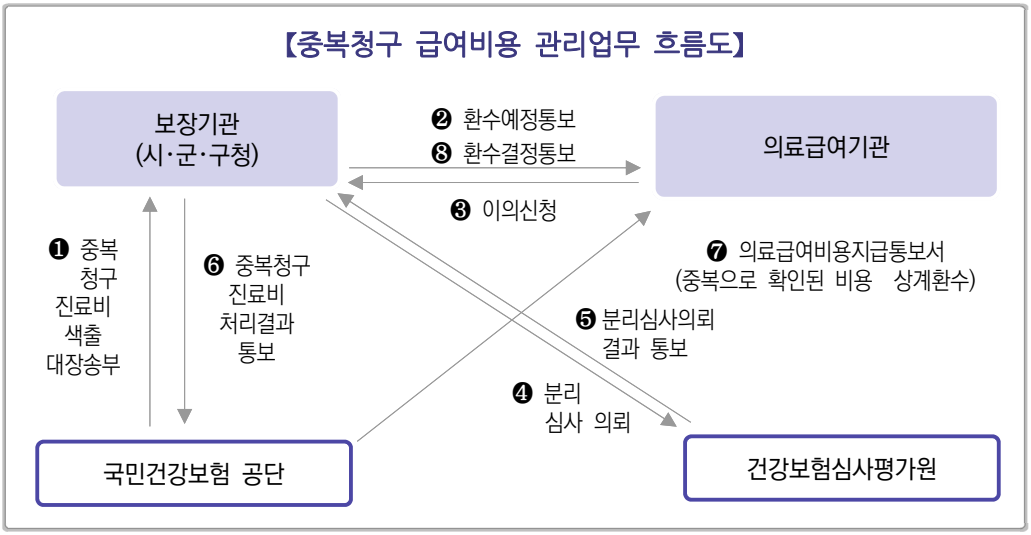
- 원외처방은 처방전 발행기관(병원)을 대상으로 기관부담금 환수

※ * 의약분업 예외지역은 약국을 대상으로 기관부담금 환수

(2) 중복이중청구 급여비용 관리

(가) 개요

- 발췌유형 : 의료급여간 중복청구(중복청구), 의료급여와 건강보험간 중복청구(이중청구)
- 발췌주기 : 매월



(나) 발췌기준

1) 발췌대상

- 의료급여기간이 중복되는 명세서
  - 입원명세서와 입원명세서간 급여기간이 중복되었을 경우(동일 의료급여기관 및 타 의료급여기관 구분하지 않음)
  - 외래명세서와 외래명세서간 의료급여기간이 중복되었을 경우(동일 의료급여 기관에 한함)

- 종합병원과 병원급은 상병기호가 동일한 경우에만 발췌하되, 한 명세서에 진찰료가 없는 경우는 제외
- 보건기관은 완전중복인 경우만 발췌(기관부담금, 주상병, 부상병명이 동일 건에 한함)
- 약국은 완전중복인 경우만 발췌

- 진찰료가 중복되는 명세서
  - 동일 의료급여기관에서 동일상병으로 초·재진 후 30일 이내에 재내원한 수진자의 진찰료를 초진으로 산정 청구한 경우
  - 종합병원 또는 3개 이상 의료급여 전문 과목의 전문의가 상근하는 병원은 주상병기호가 동일한 경우에 한함
  - 보건기관, 정신과 정액 의료급여분, 약국 제외(보건의료원은 발췌)

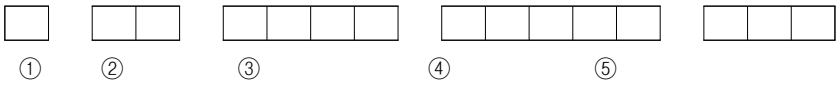
2) 발췌 제외대상

- 기관부담금이 전액 삭감되어 의료급여비가 미지급된 경우
- 입원명세서와 입원명세서간의 진료기간은 중복되나, 한 명세서의 진료종료일과 다른 명세서의 진료개시일이 동일한 경우(타 의료급여기관 청구분에 한함)
- 입원명세서와 외래명세서간의 의료급여기간이 중복되는 경우
- 의료급여 개시일은 중복되나 한편의 명세서가 입원 또는 내원일이 없이 추가 청구되어 추가 청구분으로 판단되는 경우
- 수진자가 신생아인 경우(주민등록번호란에 생년월일, 남·여 구분만 기재된 경우)
- 출산중복인 경우(쌍생아)
- 보장기관 부담금 기준으로 1,000원 미만인 경우
- 상병기호가 V005(신이식 수술 후 조직이식 거부반응 억제제 투여)와 V007 (공여자)로 기재 청구된 만성신부전증 환자 진료분인 경우
- 보건기관 명세서 중 의·치과를 각각 분리 청구하여 중복인 경우
- 정액, 행위 구분이 다른 경우
- 기 발췌건

3) 관리번호 부여 방법

- 전산 발췌한 중복청구 의료급여비용 자료 유형에 따라 관리번호 부여

【전산관리번호 구성 형식】



① : 발췌구분(“1”로 표기)
② : 발췌구분 유형(“01”은 중복, “02”는 이중)
③ : 발췌 연월(예 : 2012년 01월 발췌한 경우 “1201”로 표기)
④ : 일련번호
⑤ : 보조번호(이중청구의 경우 “001”은 건강보험, “002”는 의료급여 청구분)

(다) 업무처리 절차

1) 건강보험공단은 매월 발췌한 “중복·이중청구 진료비”를 행복e음을 통하여 보장기관으로 전송

2) 보장기관은 EBDW에서 출력한 “의료급여 중복·이중청구 급여비 환수예정통보”를 의료급여기관에 통보, 의료기관이 통보서를 접수한 날로부터 20일 이내에 이의신청을 하지 않은 경우 환수예정 통보금액을 환수결정

- 의료기관으로부터 이의신청을 받은 경우, 이의신청서에 첨부된 증빙자료를 근거로 중복청구의 사실 확인 등 가능한 부분은 자체 처리하되, 전문적 심사 등에 따른 처리 곤란 시 해당 의료급여비용(약제비) 명세서를 심사한 심사 평가원에 심사의뢰 후 환수여부 결정

3) 중복청구 발췌 건에 의료기관이 2개 이상 관련되어 있는 경우

- 진료개시일이 빠른 의료기관의 종별 및 소재 지역에 따라 관할 지원으로 의뢰

【심사평가원 심사 의뢰시 첨부서류】

- 중복청구 의료급여비 발췌대장 ‘해당 명세서 출력부분’ 사본
  ※ 발췌대장 내 해당 명세서의 접수번호 및 명세서 일련번호 기재여부 확인
- 의료급여기관 이의신청서 사본
- 의료급여비용(약제비) 명세서 사본
- 진료기록부 사본(다만, 약국의 경우 처방전 사본)
- 기타 의료급여기관 관련자료 사본

【중복이중청구 급여비용 환수요령】

- "의료급여 중복·이중청구 급여비 환수예정통보" 내역 중 발췌 유형란에 완전중복, 포함 중복, 진찰료중복으로 표기된 경우 중복청구 의료급여비 발췌대장상의 '환수 예정금액' 환수결정
- 중복청구 의료급여비 환수예정통보서 내역 중 발췌 유형란에 일부중복으로 표기된 경우, 1차적으로 해당 의료급여기관에 분리 산정 의뢰 후 환수 결정하되, 환수결정이 어려울 경우 2차로 의료급여비용 명세서를 심사한 해당 심사평가원에 분리산정 의뢰 후 분리 산정한 의료급여비용을 환수결정
- 중복청구 의료급여비 환수예정통보서 내역의 발췌 유형란에 타 의료급여기관간의 중복으로 표기된 경우 각각 의료급여기관별로 해당 명세서 청구금액을 환수결정
- 3개 이상의 다중 중복으로 중복청구 의료급여비 환수예정통보서 발췌 유형란에 표기된 경우에는 각 의료급여비용명세서별 의료급여기관, 중복사유, 의료급여개시일 등을 고려 하여 중복 청구건 전부 환수결정

예) 중복관리번호 : 1-01-0012-02992

보조번호	의료급여기관	의료급여개시일	입원/외래	내원일수	중복유형
[001]	A기관	2000.8.26	입 원	36	타기관중복
[002]	A기관	2000.9.18	입 원	7	포함중복
[003]	B기관	2000.9.24	입 원	3	타기관중복

※ 보조번호 [001], [002]은 같은 의료급여기관으로 포함 중복에 해당하므로 [002]의 환수예정금액 전액 환수결정

※ 보조번호 [001], [003]은 다른 의료급여기관으로 타 기관 중복을 적용하여 처리

[참고 : 급여비용 중복유형에 따른 환수기준]

유 형	환수 기준 및 방법
완전 중복	· 명세서 중 청구액이 큰 금액 환수
일부 중복	· 명세서를 수작업 심사 후 환수예정금액을 결정 - 의료급여기관에 분리심사 의뢰 후 처리하는 것을 원칙으로 하되, 부득이한 경우 심사평가원 각 지원 및 본원으로 분리심사 의뢰 후 환수결정
포함중복	· 명세서 중 포함 중복의 명세서 금액 환수
진찰료 중복	· 초진과 재진의 차액을 환수 의료급여비청구명세서 중 환수 금액이 표기된 것을 환수
타기관 중복	· 수작업 심사 후 환수액 결정 - 의료급여기관에 분리심사 의뢰 후 처리하는 것을 원칙으로 하되, 부득이한 경우 심사평가원 각 지원 및 본원으로 분리심사 의뢰 후 환수결정

4) 결정내역 행복e음에 입력·저장(저장내역이 공단으로 전송되어 환수 상계처리)

● 행복e음 “중복이중청구 처리결과 내역” 입력요령

① 결정일자	② 처리구분 적용/일부적용/비적용	③ 처리사유
④ 적용개시일자	⑤ 적용일수	⑥결정금액

① 결정일자 : 환수결정, 비적용 조치일자를 기재

* 보장기관에서 결정일자 누락 시 문서 시행일자로 입력

② 처리구분 : 적용, 비적용 여부를 구분

유 형	내 용
완전적용	전산 출력물에 표시된 기관부담금 전액을 환수하는 경우(단, 처리사유가 진찰료중복, 포함중복으로 결정한 경우 환수예정금액 전액)
일부적용	전산 출력물에 표시된 기관부담금 중 일부를 환수하는 경우 또는 기관부담금액이 표기되어 있지 않는 금액을 환수하는 경우
비 적 용	중복청구를 환수하지 않는 경우

③ 처리사유 : 환수결정시 환수유형, 비 적용시 비환수 유형을 기재

- 처리사유 유형

유 형	내 용
11. 완전중복	동일 수급권자에 대한 의료급여내역 전체가 이중 청구된 경우
12. 일부중복	동일 수급권자에 대한 의료급여내역 일부가 포함되어 이중 청구된 경우
13. 포함중복	동일 수급권자에 대한 의료급여내역 전체가 포함되어 이중 청구된 경우
14. 진찰료 중복	재진을 초진으로 착오 산정하여 청구한 경우
15. 타 의료급여기관 중복	타 의료급여기관간의 의료급여내역이 이중 청구된 경우
91. 의료급여비명세서 기재 착오	의료급여기관에게 청구명세서 착오기재로 인한 경우
92. 전산입력 착오	심사평가원에서 전산 입력시 착오인 경우
99. 기타	

- 중복이중청구 처리구분에 따른 처리사유 입력기준

유 형	내 용
완전적용	완전중복, 포함중복, 진찰료중복, 타기관 중복, 기타만 선택 가능
일부적용	일부중복, 진찰료중복, 타기관 중복 기타만 선택 가능
비 적용	명세서 기재착오, 전산입력 착오, 기타만 선택 가능

④ 적용개시일 : 의료급여일이 중복되어 환수결정이 되는 날을 기재

⑤ 적용일수 : 환수결정 일수를 기재

⑥ 결정금액 : 환수 결정한 징수결정금액을 기재

(3) 휴·폐업 및 업무정지기간중 의료급여비 환수

(가) 개요

- 의료급여기관이 휴·폐업 또는 업무정지기간중에 청구한 진료비 환수

(나) 처리절차

- 공단은 휴·폐업 또는 업무정지기간중 청구된 의료급여비용을 발췌하여 보장 기관 통보
  - 발췌주기: 분기별1회(1, 4, 7, 10월)
    ※ 통보는 2, 5, 8, 11월
- 보장기관은 공단 통보내역을 확인하여 의료급여기관 또는 의료급여기관 대표자에게 부당이득금으로 환수

(4) 시술관리 치료재료 관리

(가) 목적

- 시술관리 치료재료는 치료재료에 따라 의료급여를 인정할 수 있는 재료개수가 보건복지부 고시로 정해져 있어, 시술관리 치료 재료 초과수급 내역을 바탕으로 해당 수급권자에게 통보하여 수급권자들이 치료재료 시술의 남용으로 인해 사후에 불이익을 받지 않도록 사전에 방지하여 서비스 만족도 제고

※ 항암 면역요법제(건강보험심사평가원 공고 제2015-184호, 제2017-41호)를 끝으로 투여기관 관리 의약품 관리 종료(2017.6월)

(나) 시술관리 치료재료

구 분	품 명	인 정 기 준
인공와우	내부장치	평생 1set인정(내부장치 · 외부장치 구분) 분실, 파손된 경우 등으로 교환 시 외부 장치 1개를 추가 인정
	외부장치	
	내부 +외부장치	
하부장관 스텐트	대장부위	인정개수 제한규정 폐지('15.9.1) 수술 전 감압 목적인 경우 부위별 1개(평생)
	직장부위	
골도보청기		5세 이상 18세 이하 양측성 선천성 이기형 환자에 한에 1회 인정
색전성 약물방출미세구		환자 1인당 총 4vial 인정
인공중이		18세 이상 1set 인정

- 인공와우(보건복지부 고시 제2004-83호, 제2004-93호, 제2005-29호, 제2009-122호, 제2009-180호, 제2010-115호, 제2016-147호, 제2017-15호, 제2018-185호)
  - 2005.05.15 ~ : 평생 1set 인정(내부장치·외부장치 구분)
  - 2009.10. 1 ~ : 평생 1set 인정(내부장치·외부장치 구분), 분실, 파손된 경우 등으로 교환시 외부장치(Implant를 제외한 구성품) 1개를 추가 인정 15세 미만의 경우 2set[내부장치(Implant), 외부장치(Implant를제외한구성품)]를 인정하되, 이 때 외부장치는 추가 인정하지 않음
  - 2016.9.1. ~ : 급여대상 이외 적응증 및 인정개수를 초과하여 사용한 비용은 본인부담률 80%적용
  - 2017.2.1. ~ : 15세 미만에서 2세트 인정을 19세 미만으로 변경
  - 2018.11.1~ : 19세 미만의 경우 2set(내부장치, 외부장치)를 요양급여하되, 이후 분실, 수리가 불가능한 파손 등으로 교체 시 외부장치 2개 이내에서 추가 요양급여함
- 하부장관 스텐트(보건복지부 고시 제2005-44호, 제2008-169호, 제2015-146호, 제2016-147호, 제2017-152호)
  - 2005.7.1. ~ 2008.12.31 : 부위별로 평생 1개 인정(대장, 직장 부위)
  - 2009.1.1. ~ : 부위별로 평생 2개 인정(대장, 직장 부위), 수술 전 감압 목적으로 사용하는 경우는 부위별 1개(평생개념)

- 2015.9.1. ~ : 인정개수 제한규정 폐지, complete obstruction(완전폐색)을 동반한 대장 및 직장암에서 수술 전 감압 목적으로 사용하는 경우는 시술횟수 불문하고 부위별 1개(평생개념).
- 2016.9.1. ~ : 급여대상 이외 적응증 및 인정개수를 초과하거나 partial obstruction(부분폐색)에서 수술전 감압목적으로 사용한 비용은 본인부담률 80%적용

● 골도보청기(보건복지부 고시 제2013-136호, 제2016-147호))

- 2013.9.15. ~ : 1회 인정(5세 이상 18세 이하 양측성 선천성 이기형 환자에 한에)
- 2016.9.1. ~ : 급여대상 이외 적응증 및 인정개수를 초과하여 사용한 비용은 본인부담률 80%적용

● 색전성 약물방출미세구(보건복지부 고시 제2012-71호, 제2014-79호)

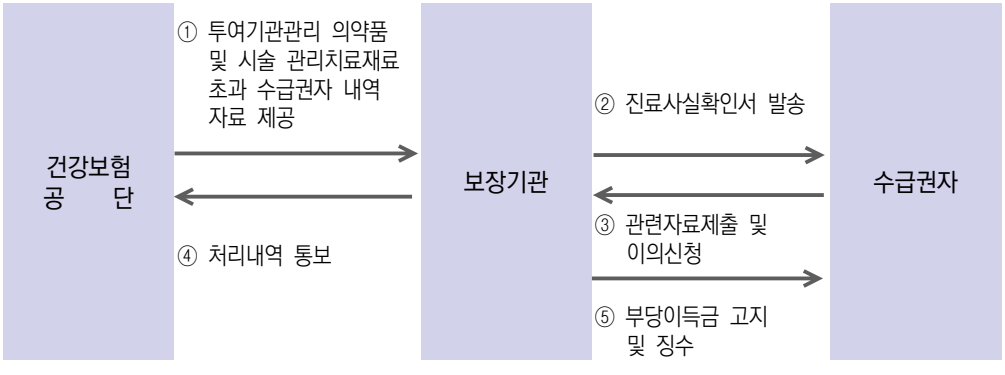
- 2012.8.1. ~ 2014.5.31. : 1회 시술(TACE) 당 1vial 사용을 원칙으로 환자 1인당 총 4vial 인정(평생개념)
- 2014.6.1. ~ : 환자 1인당 총 4vial 인정(평생개념)

● 인공중이(고시 제2015-169호, 제2016-69호, 제2016-226호)

- 2015.10.1. ~ : 18세 이상 1set(외부+내부). 분실, 파손 시 외부 1개 추가인정
- 2016.12.1. ~ : 급여대상 이외 적응증 및 인정개수를 초과하여 사용한 비용은 본인부담률 80%적용

(라) 행정사항

【투여기간 관리 의약품 및 시술관리 치료재료 초과수급권자 관리업무 흐름도】



- 건강보험공단은 시술관리치료재료 투여내역을 바탕으로 초과내역과 최초 투여내역을 발췌하여 행복e음으로 제공

  ※ 건강보험심사평가원에서 초과 수급내역 건강보험공단에 통보 중단('19.6월)

- 급여사실 확인

  - 건강보험공단으로부터 제공받은 '시술관리치료재료 초과수급권자 내역'에 대해 가구주 및 수급권자에게 진료사실확인서를 발송하여 급여사실을 확인

    ※ 진료사실확인서 발송 양식

    ▸ 안내문은 최초 또는 일정기간 초과 시에만 발송하여 의료급여 적용일수(개수)가 초과하지 않도록 안내

- 수급권자 또는 가구주가 투여기간 관리 의약품 및 시술관리 치료재료 초과수급 내역을 인정한 경우에는 부당이득으로 결정

  - 이의신청 또는 변경내역이 들어온 경우 → '처리결과 통보서식'의 비고란에 변경된 발췌유형을 표시하여 건강보험공단으로 통보

- 초과수급 시 급여비용 환수

  - 투여기간 관리 의약품 및 시술관리 치료재료 초과수급 사실이 확인된 경우 초과수급분에 해당된 의료급여비용을 수급권자에게 환수

- 투여기간 관리 의약품 및 시술관리 치료재료 초과수급권자 확인건 처리 결과를 행복e음을 통하여 건강보험공단으로 통보

- 행복e음에 "투여기간 관리 의약품 및 시술관리 치료재료 처리 결과 내역" 입력요령

① 결정일자	② 처리구분 적용/일부적용/비적용	③ 처리사유
④ 적용개시일자	⑤ 적용일수	⑥결정금액

① 결정일자 : 환수결정, 비적용 조치일자를 기재

* 보장기관에서 결정일자 누락 시 문서 시행일자로 입력

② 처리구분 : 적용, 비적용 여부를 구분

유 형	내 용
완전적용	초과 수급내역 전체가 부당이득금으로 결정된 경우
일부적용	초과 수급내역의 일부가 부당이득금으로 결정된 경우
비 적 용	초과 수급내역이 정당급여로 결정된 경우

③ 처리사유 : 환수결정시 환수유형, 비 적용시 비환수 유형을 기재

- 처리사유 유형

유 형	내 용
41. 항암초과수급	
91. 명세서기재 착오	의료급여기관에게 청구명세서 착오기재로 인한 경우
92. 전산입력 착오	심사평가원에서 전산 입력시 착오인 경우
99. 기타	

- 중복이중청구 처리구분에 따른 처리사유 입력기준

유 형	내 용
완전적용	항암초과수급, 기타만 선택 가능
일부적용	항암초과수급, 기타만 선택 가능
비 적 용	명세서 기재착오, 전산입력 착오, 기타만 선택 가능

④ 적용개시일 : 환수결정이 되는 날을 기재

⑤ 적용일수 : 환수결정 일수를 기재

⑥ 결정금액 : 환수 결정한 징수결정금액을 기재

(5) 초(재)심 의료급여비용 및 원외처방약제비

(가) 개요

- 심사평가원의 심사과정에서 발췌된 환수대상 의료급여비용 및 원외처방 약제비 내역에 따라 의료급여기관에 상계 환수 또는 의료급여기관 환수결정 통지

(나) 정산 절차

① 심사평가원은 건강보험공단에 의료급여심사결과내역 통보

- 초심·재심 정산진료비, 원외처방 과잉약제비, 현지조사환수 급여비

② 건강보험공단은 심사평가원에서 인수한 심결내역에 의거 환수대상을 발췌하여 상계처리하고, 시·군·구에 환수내역 통보

③ 시장·군수·구청장은 건강보험공단에서 통보된 환수결정내역을 의료기관에 통보

(6) 현지조사에 의한 환수

(가) 개요

- 보건복지부 현지조사에 따른 의료급여기관 부당이득금 징수
  - 부당이득 징수는 진료비 지급액과 상계를 원칙으로 하되, 사전에 의료 급여 기관의 의사를 확인하여, 직접 납부의사를 표시 한 경우 현금고지 가능

(나) 징수기관 : 의료급여기관 소재지 시군구(대표보장기관)

(다) 징수방법

- 전산상계로 환수하는 경우,

  국민건강보험공단에 부당이득금 환수(전산상계) 의뢰 공문 송부
  - 행복e음시스템 (의료급여〉의료급여 비용관리〉현지조사에 의한 청구급여 비용관리〉처리결과내역)에 환수방법을 '전산상계'로 입력하여 공단에 통보
    * 「급여비용의 예탁 및 지급에 관한 규정」 제25조에 의거 공단에 상계환수 의뢰
  - 해당 의료급여기관에 부당이득금 환수(예정) 통보
- 의료급여기관에서 상계를 원하지 않거나, 휴·폐업한 경우 등 직접 징수 시
  - 행복e음시스템(의료급여〉의료급여비용관리〉현지조사에 의한 청구급여비용관리〉처리결과내역)에 환수방법을 '직접환수'로 입력하여 공단에 통보
    국민건강보험공단에 직접 징수함을 공문으로 통보하고 해당 의료급여기관에 부당이득금 부과·징수
    * 전산상계에서 직접징수로 징수방법 변경을 원하는 경우 전산상계 내역 확인(EBDW → 사후관리 → 환수결과확인 → 환수(환불)결과내역조회) 후 공단에 공문으로 통보

(라) 유의사항

- 부당금액 통보 중 장애인의료비 부당금액은 해당 장애인의료비 지급담당부서에서 직접 환수함에 유의

【업무 흐름도】

보건복지부 (기초의료보장과)	의료급여기관 현지조사 부당이득 확정 통보(수시) ⇒ 공단, 심평원, 보장기관 통보
↓	
심사평가원 (조사관리부)	의료급여기관별 부당금액 정산 내역 송부 ⇒ 공단
↓	
공 단 (의료복지부)	① 심평원 인계내역 전산 구축* ② 행복e음 전송 (매월말)
↓	
보장기관	행복e음(의료급여〉의료급여 비용관리〉현지조사에 의한 청구급여 비용관리〉처리결과 내역)에서 확인하여, ① "전산상계" 또는 "직접환수" 중 선택 → 공단전송저장2) 후 공단으로 문서 통보 ② 해당 의료급여기관에 부당이득금 환수(예정) 통보하고, 직접환수하는 경우 부과·징수

* ① 구축 내역 및 ② 행복e음 처리 여부는 작업일 익일부터 EBDW(사후관리)환수세부내역 〉 실사환수결정 내역)에서 확인 가능

(7) 본인부담금 환급금

(가) 개요

- 수급자가 납부한 본인부담금이 심사평가원의 심사결정 본인부담금보다 더 많은 경우 의료급여기관에서 공제하여 수급자에게 지급

(나) 발생유형

- 의료급여기관에서 청구한 진료비(초심, 재심 시 발생)가 조정 삭감된 경우
- 의료급여기관 현지조사 과정에서 확인된 경우

(다) 발췌주기 : 매월

(라) 처리절차

① 심사평가원은 심사결과를 건강보험공단으로 통보

② 건강보험공단은 의료급여기관에게 지급할 진료비에서 공제 후 매월 보장 기관에 통보

③ 보장기관은 환급금 지급

* 자격변동(건강보험 → 의료급여, 2종→1종)에 의한 본인부담금 환급금은 공단에서 통보하지 않고 보장기관에서 환급액 정산하여 지급]

(8) 출국기간 중 진료비 청구

(가) 개요

- 의료급여 수급자가 출국기간 중 진료를 받을 수 없음에도 의료급여비를 청구

(나) 발췌기준

1) 발췌주기 : 연1회(5월)

2) 발췌대상

- 출국기간 중 의료급여비용을 청구한 건
  - 출국기간과 외래진료일 또는 입원일이 동일한 경우
  - 약국 조제건의 경우 처방전 발행일이 출국기간 중인 경우

3) 발췌제외대상

- 보호자 내원 약제 또는 처방전만 수령한 경우
- 출입국 당일 진료건

(다) 업무처리 절차

1) 건강보험공단은 연1회(매년 5월) 출국기간 중 청구된 의료급여내역을 발췌하여 행복e음을 통하여 보장기관에 통보

2) 보장기관은 건강보험공단으로부터 제공받은 '출국기간 중 진료비 청구' 내역에 대해 출·입국일자, 진료개시일, 입·내원일수 등을 확인하여 환수여부 결정

- 가족대리진료 환수금액은 진찰료 차액 계산하여 환수
  ※ 가족대리진료의 경우 재진진찰료의 50% 산정
- 원외처방은 처방전 발행기관(병원)을 대상으로 기관부담금 환수
  * 의약분업 예외지역은 약국을 대상으로 기관부담금 환수

3) 결정내역 행복e음에 입력·저장(저장내역이 공단으로 전송되어 환수 상계처리)

- 행복e음 “출국기간 중 진료비 청구” 입력 요령

① 결정일	② 처리구분 완전적용/일부적용/비적용	③ 처리사유
④ 적용개시일	⑤ 적용일수	⑥결정금액

① 결정일 : 환수결정, 비적용 조치일자를 기재

* 보장기관에서 결정일자 누락 시 문서 시행일자로 입력

② 처리구분 : 적용, 비적용 여부를 구분하여 입력

③ 처리사유 : 환수결정시 환수유형, 비적용시 비환수 유형을 기재

유 형	내 용
완전적용	진료비 부당청구, 기타만 선택 가능
일부적용	진료비 부당청구, 가족대리진료, 기타만 선택 가능
비 적 용	출입국내역 오류, 의료급여증 도용, 명세서 기재착오, 전산입력착오, 기타만 선택 가능

④ 적용개시일 : 출국기간 중 진료비가 청구되어 환수결정이 되는 날을 기재

⑤ 적용일수 : 환수결정 일수를 기재

⑥ 결정금액 : 환수 결정한 징수결정금액을 기재

(9) 건강검진 후 진찰료 청구

(가) 개요

- 건강검진 당일 진찰료 착오 청구하거나 검사항목과 중복하여 의료급여비 청구

(나) 발췌기준

1) 발췌주기 : 연1회(10월)

2) 발췌대상

- 건강검진 당일 진찰료 100% 청구
- 건강검진 당일 투약·처치·검사 등의 처방 없이 진찰료 단독 청구
- 건강검진 당일 검사항목 중복 청구

3) 발췌제외대상

- 휴·폐업 의료급여기관 청구건
- 기 환수건 및 기관부담금액 0원인 건

(10) 국가예방접종 당일 진찰료 청구

(가) 개요

- 예방접종 당일 별도 질환에 대한 진료 없이 진찰료 청구

(나) 발췌기준

1) 발췌주기 : 연1회(10월)

2) 발췌대상

- 예방접종일과 진료개시일이 동일하며 진찰료 단독 청구한 건

3) 발췌제외대상

- 예진의사와 명세서 의사명 불일치 할 경우
- 사람유두종바이러스(HPV) 감염증 예방접종과 함께 표준 여성 청소년 건강상담 등 진찰에 대한 초진진찰료 청구 건
- 행위료 및 처방전 발행 건

3 개설기준위반 의료급여기관

가. 목적

- 불법으로 개설한 의료급여기관의 난립으로 의료질서의 문란과 국민건강이 위협받고 있어, 개설기준위반 의료급여기관의 의료급여비용 환수를 명확히 규정, 건전한 의료질서를 확립하고 의료급여 재정누수를 방지하고자 함

나. 개설기준위반 의료급여기관 유형

- 의료법 제33조제2항, 약사법 제20조제1항 위반 의료급여기관
  - 의료급여기관 및 약국을 개설할 수 없는 자가 의료인 및 법인, 약사 명의를 빌려 개설한 의료급여기관(일명 '사무장병원')
- 의료법 제4조제2항, 제33조제8항, 약사법 제21조제1항 위반 의료급여기관
  - 의료인이 다른 의료인의 명의로 개설·운영한 의료급여기관
  - 의료인이 다른 의료인의 명의를 빌려 둘 이상으로 개설·운영한 의료급여기관 또는 약사가 둘 이상으로 개설한 약국(일명 '네트워크병원')

    ※ (참고)의료법 제33조 제8항, 제4조 제2항 위반 의료급여기관에 대해 부당이득금 대상 제외(대판 2019. 5. 30. 선고 2015두36485, 2016두62481)
- 의료법 제33조제1항, 제3항, 제4항, 제5항, 제7항, 제9항, 제10항 등 기타 개설기준위반 의료급여기관
  - 비영리법인이 위조된 서류로 개설신고를 하는 등 다양한 형태의 개설기준위반 의료급여기관이 발생하고 있으며 의료법상 개설기준위반 내용이 확인된 의료급여기관

다. 근거

- 근거법령
  - 의료법 제4조(의료인과 의료기관의 장의 의무), 제33조(개설 등), 약사법 제20조(약국 개설등록), 제21조(약국의 관리의무), 형법 제347조(사기) 등

- 의료급여비용 환수 근거법령
  - 「의료급여법」 제9조(의료급여기관), 제11조(급여비용의 청구와 지급), 제11조의5(급여비용의 지급 보류), 제23조(부당이득의 징수), 부칙 제3조(제11878호, 2013.6.12.), 시행령 제13조의2(급여비용의 지급 보류)
  - 「민법」 제35조(법인의 불법행위능력), 제741조(부당이득의 내용), 제750조(불법행위의 내용), 제760조(공동불법행위자의 책임), 제1005조(상속과 포괄적 권리의무의 승계)
- "개설기준위반 의료급여기관" 관련 대법원 판례를 계기로 의료급여법 제23조 개정(2013.6.12.시행) 개설기준위반 기간 내 지급된 의료급여비용 전액 환수

【대법원 판례(2010 두 5271)】

- 원고가 의료법에 위반하여 **의료기관의 개설자가 될 수 없는 자**에게 고용되어 **의료 행위를 실시하고, 요양급여비용 등을 청구하여 지급받은 행위**는 **"사위 기타 부당한 방법으로 요양급여비용을 받은 경우"**에 해당
- 이 사건 처분은 관련법령에 의하여 **요양급여비용을 지급될 수 없는 비용**임에도 불구 하고 지급된 경우, **이를 원상회복시키는 처분**이므로 **원고가 부당하게 지급받은 일체의 요양급여비용이 환수 대상인 부당금액**에 해당

라. 개설기준위반 의료급여기관의 통보

- 공단본부(의료기관지원실)는 해당기관의 개설기준위반 기간 중 지급된 의료급여비용 부당금액을 발췌하여 보건복지부(기초의료보장과)에 통보
  - 단, 개설기준위반 의료급여기관 적발 이후에도 계속 운영 중인 의료급여기관은 즉시 급여비용 지급 보류(거부) 할 수 있도록 소재지 관할 대표보장기관에 직접 통보
- 복지부는 의료급여비용 부당이득금 환수 대상기관 현황을 대표보장기관에 통보

※ 개설기준위반 의료급여기관 구축자료 중 '장애인의료비'는 해당 장애인의료비 지급담당부서에서 직접 환수함에 유의

- 통보를 받은 대표보장기관은 관련 자료를 확보한 후 사전통지 및 처분, 관련 자료 확인 결과 통보 내역과 상이한 경우 공단(의료기관지원실)으로 변경 요청(단, 보장기관 변경의 경우 보건복지부로 요청)

※ 관련 자료는 해당 자료를 생산한 기관(경찰청, 검찰청 등)에 요청(사건번호로 확인)

마. 의료급여비용 지급보류(거부)

- 개설기준위반 의료급여기관으로 확인된 경우에도 폐업하지 않고 계속 운영 중인 경우 효율적인 징수관리를 위하여 심사 중이거나 지급예정인 의료급여비용을 지급보류함

- 지급보류(거부) 대상
  - 개설기준위반 의료급여기관 적발 이후에도 계속 운영 중인 경우
  - 최근 폐업하여 아직 청구 및 지급이 이루어지지 않은 미지급 의료급여비가 있을 가능성이 있는 경우
    ※ 다만, 폐업 후 다시 적법한 의료기관으로 재개설한 경우 등 현재 개설기준위반 의료급여기관이 아닌 경우에는 지급보류(거부) 대상이 아님

- 지급보류(거부) 및 범위
  - 인지 시점부터 향후 지급될 의료급여비용 전액

- 지급보류(거부) 절차(공단)
  - 지급보류 예정·결정통보 : 의료급여기관에 예정·결정통보 문서 및 의견제출서 송부
    ※ 개설기준위반 지급보류 업무처리절차개선(20.6.1.)으로 건강보험공단에서 지급보류 업무 통합 수행단, 개선일(20.6.1) 이전 수사자료 입수건은 보장기관에서 지급보류 예정·결정통보 처리
  - 지급보류 해제 및 이자지급 : 개설기준위반 의료급여기관이 무죄판결의 확정 또는 불기소처분(‘혐의없음’ 또는 ‘죄가 안됨’ 처분에 한정)으로 확인된 경우

- 지급보류금액 납부반영(보장기관)
  - 지급보류금액이 있는 경우 보장기관에서 환수결정 후 공단에 지급보류금액을 보장기관 계좌 입금요청
    단, 지급보류금액 납부반영시 보장기관에서 반환 및 이자 지급처리
  - (업무처리절차)
    1. 지급보류 금액 통보(공단→보장기관)
    2. 지급보류 금액 요청(보장기관→공단)
    3. 지급보류 납부반영(세외수입 처리)
       ※「개설기준위반 의료급여기관 환수관리」업무처리요령 참조

바. 부당이득 환수 절차

① 징수대상 및 금액 산정

- 징수대상 : 개설자(명의대여자, 의료급여기관 대표자) 및 실제 개설·운영자(사무장)에 부당이득금 연대고지를 원칙으로 함

※ 개설자 및 사무장은 형법상 공동정범으로 형사처벌, 자격정지와 시군구의 환수처분은 이중 처벌이 아니며, 개설자와 사무장 간의 구상권 행사 등 법률관계는 사인간의 법률관계임

※ 법인이 개설자인 경우 법인 그 자체가 납부의무자가 되는 것이 원칙이며, 법인 대표에 대해 부과하고자 할 때는 수사결과서에 대표자 개인의 불법행위가 확인될 경우에 한하여 민법 제35조를 활용하여 연대 고지

- 환수금액 : 의료급여법에 의한 환수금액은 기 환수금액을 제외한 의료급여비용(본인부담금, 지급보류(거부) 중인 금액 포함) 총액이며, 민법에 의한 환수금액은 기관부담금만 해당

- 환수 결정 적용 법률 및 환수 범위 : 개정 의료급여법(제23조 제3항) 시행 전/후로 구분하여 법률 적용

※ 처분일이 아닌 진료비 지급일 기준으로 구분하여 적용(국민건강보험법에 대한 법제처 해석례 참고)

【관련 법률에 대한 법제처 법령해석례(법제처 13-0261, 2013.10.10. 보건복지부)】

- **【질의요지】** 개정 국민건강보험법이 시행되기 전에 의료기관 등을 개설할 수 없어 의료 인의 명의 등을 대여받아 해당 요양기관을 개설한 자에게 「민법」 제741조 또는 제750조에 따른 청구권에 근거한 일반적인 민사절차에 따라 환수통지를 한 경우 개정 국민건강 보험법 제81조제3항 등을 근거로 하여 국세 체납처분의 예에 따라 징수할 수 있는지?
- **【회답】** 개정 국민건강보험법이 시행되기 전에 의료기관 등을 개설할 수 없어 의료인의 명의 등을 대여받아 해당 요양기관을 개설한 자에게 「민법」 제741조 또는 제750조에 따른 청구권에 근거한 일반적인 민사절차에 따라 환수통지 하였는지 여부와 상관없이 2013. 5. 22.**(개정법 시행일) 이후 최초로 발생한 부당이득에 대해서만 개정 국민건강보험법 제81조제3항 등을 근거로 하여 국세 체납처분의 예에 따라 징수할 수 있습니다.**

※ 동일한 내용으로 의료급여법 제23조 제3항 개정(2013.6.12.시행)

제23조(부당이득의 징수) ③ 시장·군수·구청장은 제1항에 따라 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 급여비용을 받은 의료급여기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 해당 의료급여기관을 개설한 자에게 그 의료급여기관과 연대하여 제1항의 부당이득금을 납부하게 할 수 있다.

1. 「의료법」 제33조제2항을 위반하여 의료기관을 개설할 수 없는 자가 의료인의 면허나 의료법인 등의 명의를 대여받아 개설·운영하는 의료기관
2. 「약사법」 제20조제1항을 위반하여 약국을 개설할 수 없는 자가 약사 등의 면허를 대여받아 개설·운영하는 약국

부 칙 〈법률 제11878호, 2013.6.12.〉

제3조(의료급여기관의 부당이득 징수에 관한 적용례) 제23조제3항의 개정규정은 이 법 시행 후 최초로 부당이득을 징수하는 경우부터 적용한다.

⇒ 의료급여법 제23조 제3항에 근거한 처분(**사무장에 대한 처분**)은 2013.6.12. 이후 최초로 발생한 부당이득금에 대해서만 적용 가능**[기관부담금 + 본인부담금]**
따라서 2013.6.11. 까지의 진료비 지급은 민법에 의한 부당이득금 환수만 가능 **[기관부담금]**
개설자(의료급여기관 대표자)에 대한 부당이득금은 제23조 제1항에 의한 처분 으로 위 법 시행일의 영향을 받지 않음**[기관부담금 + 본인부담금]**

【개설기준위반 유형별 환수 업무처리 절차】

- **사례 1 : 사무장 A가 의사 B를 고용하거나 명의를 빌려 B명의로 의료기관을 개설,**

- 진료비 지급일자 2012.1.1.부터 2013.1.1.까지, 사무장 A는 의사 B에게 매달 500만원의 월급을 지급함

⇒ 사무장 A : 기관부담금, 의사 B : 기관부담금 + 본인부담금 부과

- **사례 2 : 비의료인 C가 의료법인(가)의 대표자 D로부터 법인명의를 대여 받아, 의료법인(가) 명의로 의료기관을 개설,**

- 진료비 지급일자 2012.1.1.부터 2014.1.1.까지. C는 관리비 명목으로 D에게 매달 3백만원을 지급

⇒ 사무장 C : '13.6.11.까지 기관부담금, '13.6.12.부터 기관부담금+본인부담금 부과
의료법인(가) : 기관부담금 + 본인부담금 부과
대표자 D : 기관부담금 부과

설립 구분	지급 일자	납부의무자	적용법률	환수범위
개인	'13.6.11. 까지	개설명의자	의료급여법 제23조제1항	기관부담금+본인부담금
		실제 개설·운영자 (사무장)	민법 제741조, 제750조 및 제760조	기관부담금
		공모자	민법 제741조, 제750조 및 제760조	기관부담금
	'13.6.12. 부터	개설명의자	의료급여법 제23조제1항	기관부담금+본인부담금
		실제 개설·운영자 (사무장)	의료급여법 제23조제3항	기관부담금+본인부담금
		공모자	민법 제741조, 제750조 및 제760조	기관부담금
법인	'13.6.11. 까지	법인(개설명의자)	의료급여법 제23조제1항	기관부담금+본인부담금
		실제 개설·운영자 (사무장)	민법 제741조, 제750조 및 제760조	기관부담금
		법인대표자 등	민법 제35조제2항, 제741조, 제750조 및 제760조	기관부담금

설립 구분	지급 일자	납부의무자	적용법률	환수범위
		공모자	민법 제741조, 제750조 및 제760조	기관부담금
	'13.6.12. 부터	법인	의료급여법 제23조제1항	기관부담금+본인부담금
		실제 개설·운영자 (사무장)	의료급여법 제23조제3항	기관부담금+본인부담금
		법인대표자 등	민법 제35조제2항, 제741조, 제750조 및 제760조	기관부담금
		공모자	민법 제741조, 제750조 및 제760조	기관부담금

• **사례 3 : 의료법 제33조제8항 위반 시 환수범위**

⇒ 네트워크병원의 경우는 사무장병원의 경우와는 달리 의료급여 진료비가 2013.6.11. 이전에 지급되었는지 또는 2013.6.12.이후에 지급되었는지의 구분 없이 아래의 기준이 적용됨

납부의무자	적용법률	환수범위
개설명의자	의료급여법 제23조제1항	기관부담금+본인부담금
실제 개설·운영자 (사무장)	민법 제741조, 제750조 및 제760조	기관부담금
공모자	민법 제750조 및 제760조	기관부담금

- 의료법 제33조 제8항, 제4조 제2항 위반 의료급여기관에 대한 환수결정 중지 (대판 2019.5.30.선고 2015두36485,2016두62481)

※ 기 환수결정 건 처리절차는 개설기준위반 의료급여기관 환수관리 업무처리요령 참조

② 환수예정통보

- 대표보장기관은 개설자(의료기관의 대표자) 및 사무장 각각에게 행정절차법 제21조 근거하여 처분사전 통지서 및 의견제출서[서식 102], [서식 103] 통보

※사전통지를 생략할 수 있는 경우

【행정절차법 제21조(처분의 사전통지)】

⑤ 처분의 전제가 되는 사실이 **법원의 재판 등에 의하여 객관적으로 증명된 경우** 등 제4항에 따른 사전 통지를 하지 아니할 수 있는 구체적인 사항은 대통령령으로 정한다. 〈신설 2014.1.28.〉 [시행 2014.7.29.]

• 사무장 공모 및 인적사항 확보가 불가한 부득이한 경우 개설자 1인에 부당 이득금 환수 고지(의료급여법 제23조제1항)

* 사무장이 기소대상에서 제외되어 인적사항 필요시에는 반드시 개설자의 확인서(공모사실 및 사무장 인적사항)을 확보하여 향후 소송 등 법적다툼에 대비

③ 부당이득 환수결정 통지

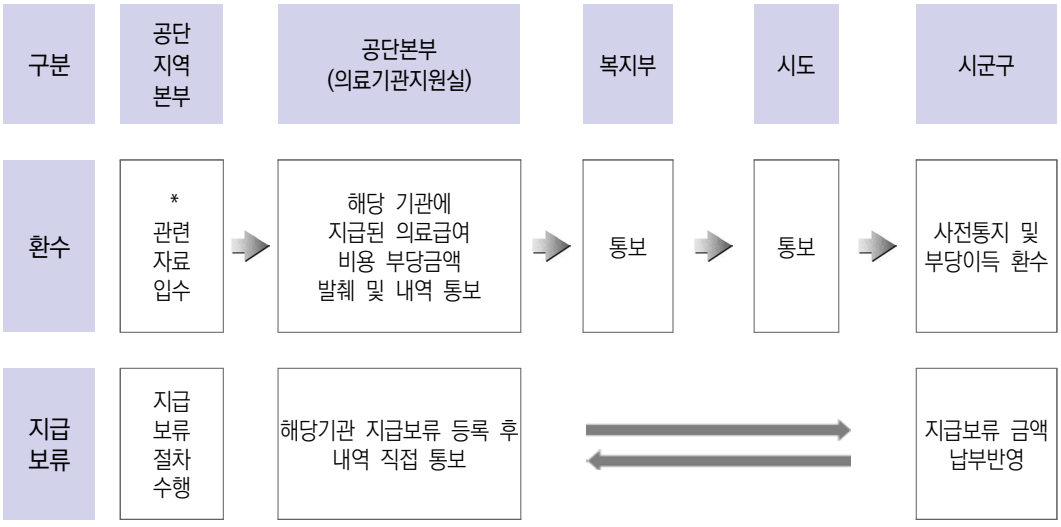
- 수사결과 접수 시 환수결정 통보서와 함께 납부의무자에게 기 지급된 의료 급여 비용에 대하여 납부 고지
- 또한, 지급보류(거부) 요청에 의해 공단에 지급 보류(거부) 중인 의료급여비용은 대표보장기관(계좌 기재)으로 입금되도록 공단본부(의료기관지원실)에 공문으로 요청
- 의료급여기관 환수액 및 공단에서 입금된 지급보류액은 부당이득금 세입조치

사. 채권관리

● 채권관리는 적발 당시 의료급여기관 소재지의 보장기관(대표보장기관)에서 관리해야 하며, 의료급여기관 주소지 변경에 따른 채권 이관 금지

※ 이외 세부사항은「개설기준위반 의료급여기관 환수관리」업무처리요령 참조

아. 전체 업무 흐름도



4 건강보험 요양급여 환수대상 의료기관의 의료급여 부당이득 환수

가. 목적

- 공단(지역본부 또는 지사)이 의료기관의 건강보험 요양급여 부당사항을 확인 하면서 의료급여에 영향을 미치는 부당행위를 발견한 경우, 그 부당행위를 의료급여 관계기관에 통보하여 의료급여비용 부당이득금이 징수될 수 있도록 함

나. 발생 유형

- 의료관계법 위반 처분에 의한 의료급여 부당행위

  * 주요 처분사항 : 면허대여, 자격정지기간 중 진료행위, 거짓청구, 의료인이 아닌 자에게 의료행위를 하게 한 경우, 의료기사 아닌 자에게 의료기사 업무를 하게 한 경우 등

- 공단(지역본부 또는 지사)이 의료기관 자체 조사 결과에 따라 건강보험 요양급여 환수 도중 확인된 의료급여 부당행위
- 사법기관에서 통보된 범죄사실에 의한 의료급여 부당행위
- 현지조사 환수 의료기관의 현지조사 기간 이전에 행한 동일한 위반행위로 인한 의료급여 부당행위 등

다. 환수절차

(1) 공단(지역본부 또는 지사)은 건강보험 요양급여 환수대상 의료기관 중 의료급여 부당행위가 발견된 의료기관 현황을 의료급여기관의 소재지 보장기관(대표 보장기관)에 통보

- 단, 공단 자체 조사의 경우 조사서류 일체 및 건강보험 요양급여 환수 결정 내역을 의료급여 정산자료 요구서식[서식 104]에 작성하여 통보

(2) 대표보장기관은 통보받은 자료를 바탕으로 유형별 환수 절차 결정

① 대표보장기관에서 직접 환수

- 통보된 조사서류상 환수하여야 할 의료급여 부당이득 금액이 산출되어 통보된 경우 대표보장기관이 직접 환수 절차 진행

- 의료급여기관에 사전 통지 후 부당이득금 징수결정하고 해당 의료급여기관 및 공단 본부(의료비지원실 의료복지부)로 결정내용을 통보

  * 공단으로 통보 시에는 상계 환수의뢰 또는 현금 징수 등 징수방법을 기재하여 통보함

  * 대지급금은 보장기관에서 직접환수하고, 장애인의료비는 장애인의료비 지급 담당부서에서 직접 환수함에 유의

② 재심 의료급여비용 환수 절차에 따라 환수

- 의학적 판단 및 정산금액의 세부 산출 등이 필요한 경우 심사평가원의 의료급여비용 재심사를 거쳐 부당이득 금액 확인 및 상계 환수

- 공단으로부터 통보 받은 서류와 대표보장기관이 추가로 확인한 자료 일체를 심사평가원에 송부

  * 상급종합병원 : 대표보장기관→심사평가원 본원 통보

  * 종합병원 이하 : 대표보장기관→심사평가원 해당 지원 통보

- 특히, 공단 자체 조사 환수건의 경우 첨부된 의료급여 정산자료 요구서식[서식 104]을 첨부하여 요양급여와 의료급여 환수가 동일한 기준에 의하여 산정될 수 있도록 함

- 심사평가원은 통보받은 내용을 바탕으로 의료급여비용을 재심 정산하여 환수여부 결정 후 공단에 전송하고, “의료급여비용정산심사내역서”를 대표보장 기관 및 의료급여 기관에 통보

- 건강보험공단은 심사평가원에서 인수한 심결내역에 의거 환수대상을 발췌하여 상계처리하고, 대표보장기관에 환수내역 통보

- 대표보장기관은 이후 건강보험공단에서 통보받은 재심의료급여비용 환수결정내역을 의료급여기관에 통보

  * 심평원에서 별도의 공문회신 절차는 없음에 유의

라. 이의신청

● 대표보장기관에서 환수 결정한 경우

- 대표보장기관에서 이의신청 처리

● 심사평가원에 통보하여 환수한 경우

- 심사평가원에서 이의신청 처리

5 부당이득의 징수

가. 개요

(1) 부당이득의 개념

1) 의료급여법에 의한 부당이득금(법 제23조)

- 시장·군수·구청장은 속임수 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여를 받은 자 또는 급여비용을 받은 의료급여기관에 대하여 그 급여 또는 급여비용에 상당하는 금액의 전부 또는 일부를 부당이득금으로 징수

2) 민법에 의한 부당이득금(민법 제741조)

- 법률상 원인없이 타인의 재산 또는 노무로 인하여 이익을 얻고 이로 인하여 타인에게 손해를 가한 자는 그 이익을 반환

3) 회계규칙상 부당이득금(지방자치단체 예산편성 운영기준)

- 의료급여특별회계 〉 임시적 세외수입 〉 기타수입 〉 그 외수입(228-09)

(2) 부당이득의 유형 및 환수방법

1) 부양의무자, 도용자 등에게 직접 부과 환수(보장기관)

- 국민기초 부정수급자로서 보장비용 환수대상자
- 의료급여 상한일수를 초과하여 발생한 진료비
- 부적정하게 지급된 건강생활유지비
- 장애인보조기기, 요양비 등 현금급여 부적정 수급
- 의료급여증 타인대여 등 부정사용자
- 상해요인 의료급여비용
- 투여기간 관리 의약품 및 시술관리 치료재료 초과수급 내역

2) 의료급여기관 상계 환수(공단)[24]

- 사망상실자 청구 의료급여비용
- 중복/이중청구 의료급여비용
- 초(재)심 의료급여비용 및 원외처방 과잉 약제비
- 현지조사 결과에 의한 환수
- 출국기간 중 진료비 청구 의료급여비용
- 건강검진 후 진찰료 청구 의료급여비용
- 국가예방 접종 후 진찰료 청구 의료급여비용
- 취소된 의료급여 비용(건강생활유지비, 임신·출산 진료비)
- 보장기관에서 상계환수 요청한 부당청구 의료급여비용

3) 의료급여기관 현금고지 환수

- 현지조사 환수 및 공단 통보에 의한 환수 의료기관 중 상계를 원하지 않거나, 휴·폐업한 경우 등
- 개설기준위반 의료급여기관
- 위 2)의료급여기관 상계환수 중 장기 미상계 되어 현금 징수로 방법 변경되어 통보된 경우(단, 건강생활유지비 및 임신·출산진료비는 방법 변경 통보대상이 아니므로 의료급여종합정보시스템(EBDW)에서 확인)

나. 부당이득 징수 요건

(1) 부당이득 징수의 범위

- 속임수 및 그 밖의 부당한 방법(행정오류 등 고의성이 없는 행위 포함)으로 얻은 급여 또는 급여비용에 상당하는 금액

24) 상계환수 요건
- 동일 시도의 수급자가 진료를 받아 공단이 해당 시도기금에서 의료급여기관에 지급할 급여비용이 발생한 경우 상계 처리됨

(2) 징수대상

- 부당이득을 얻은 자 또는 의료급여기관
- 의료급여기관과 의료급여를 받고자 하는 자의 공모에 따라 의료급여가 행하여진 때에는 의료급여기관 및 의료급여를 받은 자에게 연대하여 부당이득 부과
- 의료기관을 개설할 수 없는 자가 의료인의 면허나 의료법인 등의 명의를 대여 받아 의료기관을 개설하여 운영하는 자(의료법 제33조제2항 위반) 및 약국을 개설할 수 없는 자가 약사 등의 면허를 대여 받아 약국을 개설하여 운영하는 자 (약사법 제20조제1항 위반)에게는 해당 의료급여기관과 연대하여 부당이득 부과

다. 징수기준

- 국민기초생활 수급자가 부정수급이 적발되어 부정수급 기간 동안의 보장비용 징수 대상자로 결정된 때에는 부정수급 기간 동안 급여된 의료급여비용에 상당하는 금액을 부당이득금으로 징수함
  - 다만, 지방생활보장위원회의 의결에 따라 급여비용 환수 제외대상자로 결정된 때에는 동 위원회 의결을 준용하여 부당이득금 부과 면제
- 의료급여기관과 의료급여를 받고자 하는 자의 공모에 따라 의료급여가 행하여진 때에는, 시장·군수·구청장은 그 의료급여기관에 대하여 의료급여를 받은 자와 연대하여 부당이득금을 납부하게 할 수 있음
- 의료급여기관이 속임수 그 밖의 부정한 방법으로 수급권자로부터 급여비용을 받은 때에는 시장·군수·구청장은 당해 의료급여기관으로부터 이를 징수하여 그 수급권자에게 지체 없이 지급함(다만, 징수 및 지급 금액이 2천원 미만인 경우 에는 의료급여법 제34조에 의거 징수·지급하지 아니함)
- 납부의무자가 사망한 경우에는 민법 제1005조의 규정에 의거 그의 상속인에게 부당이득금으로 결정
- 구상금 납부의무자인 가해자가 미성년자 및 심신상실자인 경우에는 민법 제755조 및 제913조의 규정에 의거, 가해자의 친권자 및 보호·감독할 법정의무가 있는 자를 연대하여 구상금 납부의무자로 결정
- 의료급여 종별(1종→2종) 변경에 따른 환수 대상자의 환수기준일은 책정일이 아닌 변경사유 발생일임

【상속 순위 및 상속지분별 납부금액 결정 방법】

〈상속순위〉 → 상속개시가 있음을 안날로부터 3월 경과 시 발생

- 1순위 상속 : 피상속인의 직계비속
- 2순위 상속 : 피상속인의 직계존속
- 3순위 상속 : 피상속인의 형제자매
- 4순위 상속 : 4촌 이내의 방계혈족

※ 배우자 : 1, 2순위와 공동상속 또는 단독상속

〈상속지분별 납부금액 결정방법〉

- 피상속인이 배우자와 자녀 2명을 두고 구상금 7백만원을 변제하지 않고 사망한 경우
- 상속지분 : 균분상속 원칙, 단 배우자는 50% 가산
- 납부금액 : 배우자 3백만원, 자녀 각 1인당 2백만원 결정

라. 부당이득의 징수절차

단 계	업무처리 내용
부당이득 확인 및 결정	• 의료급여기관, 수급자 부당이득 확인(보장기관, 심사평가원, 공단) • 부당이득 내용 확인 및 결정(보장기관) • 사전통지
납부통지	• 부당이득 사실, 부당이득금액, 납부기한, 납부기관 및 이의신청 방법 등을 명시하여 서면으로 납부통지 • 의료기관의 경우, 상계환수처리 가능
납부독촉	• 기한 내에 부당이득금액을 납부하지 않는 경우 10일 이상 15일 이내의 기한을 정하여 납부독촉 • 미납시 국세 또는 지방세법에 의한 체납처분 절차 진행
압류	• 징수대상자의 재산·소득 등에 처분금지 조치 실행
공매처분	• 압류한 재산을 금전으로 강제 환가
징수금액처리	• 징수한 급여분은 지방자치단체 세외수입으로 처리
종결	• 종결

※ 시·군·구 차원에서 의료급여 보장비용 징수 업무를 담당 사업팀과 세무부서 간 협의 후 분담하여 처리할 수 있음.(전산상계 처리 시에는 사업팀에서 담당)

예시 당해연도 보장비용징수 : 사업팀, 과거년도 보장비용 징수(또는 독촉이후 체납절차) : 세무부서

* 환수실적은 사업팀이 총괄 관리

(1) 부당이득 결정

- 부당이득 결정 및 채권관리기관
  - 채권관리기관 : 해당 수급권자가 속한 특별자치도지사·특별자치시장·시장·군수·구청장
  - 현지조사결과에 따른 채권관리기관 : 해당 의료급여기관 소재지의 특별자치도지사·특별자치시장·시장·군수·구청장(대표보장기관)
  - 의료급여기관이 휴·폐업하거나 장기 미상계 건이 발생한 경우
    - 현지조사결과에 따른 채권의 경우, 2010. 1월 이후 보건복지부가 통보한 의료급여기관의 부당이득금 내역부터 대표보장기관에서 관리
    - 그 이외의 경우, 기존과 동일하게 수급자가 속한 시군구에서 관리

(2) 사전통지

- 특별자치도지사·특별자치시장·시장·군수·구청장은 행정절차법 제21조에 따라 처분의 원인이 되는 사실, 처분내용, 법적근거, 의견제출 기한 등을 기재한 처분 사전 통지서[서식 100, 101]를 당사자에게 통보
  - (통지내용) 처분제목, 당사자의 성명 또는 명칭과 주소, 처분사실과 처분내용 및 법적근거, 의견제출 안내, 제출기한 등
  - (의견제출 기한) 의견 제출에 필요한 상당한 기간을 고려하여 지정

    * (참고) 의료급여 현지조사관련 사전통지의 경우 통상 4주의 제출기한 부여
  - (의견 검토) 현지조사 부당이득금 징수에 관해서는 징수 절차 및 방법(전산상계 또는 직접징수) 등 징수관련 사항만 검토 가능하며, 이미 확정된 현지조사 내용 및 부당이득 산출 등 조사관련 사항은 검토 불가

【행정절차법 제21조(처분의 사전통지)】

① 행정청은 당사자에게 의무를 부과하거나 권익을 제한하는 처분을 하는 경우에는 미리 다음 각 호의 사항을 당사자 등에게 통지하여야 한다.
1. 처분의 제목
2. 당사자의 성명 또는 명칭과 주소
3. 처분하려는 원인이 되는 사실과 처분의 내용 및 법적 근거
4. 제3호에 대하여 의견을 제출할 수 있다는 뜻과 의견을 제출하지 아니하는 경우의 처리방법
5. 의견제출 기관의 명칭과 주소
6. 의견제출 기한
7. 그 밖에 필요한 사항

③ 제1항 제6호에 따른 기한은 의견제출에 필요한 상당한 기간을 고려하여 정하여야 한다.
④ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항에 따른 통지를 하지 아니할 수 있다.
1. 공공의 안전 또는 복리를 위하여 긴급히 처분을 할 필요가 있는 경우
2. 법령 등에서 요구된 자격이 없거나 없어지게 되면 반드시 일정한 처분을 하여야 하는 경우에 그 자격이 없거나 없어지게 된 사실이 법원의 재판 등에 의하여 객관적으로 증명된 경우
3. 해당 처분의 성질상 의견청취가 현저히 곤란하거나 명백히 불필요하다고 인정될 만한 상당한 이유가 있는 경우

【의료급여기관 폐업 시 사전통지서 및 처분서 발송】

- 법인 의료급여기관인 경우 : 원칙적으로 해당 법인 주소지로 통보
- 개인 의료급여기관인 경우 : 재개설한 경우 재개설 요양기관 주소지, 그 외 봉직의 등으로 근무하는 경우에는 개인 주소지로 통보
- 개설기준위반 의료급여기관의 경우 사무장의 주소지를 확인할 수 없는 경우에는 개설자를 통해 사무장 인적사항 확인

(3) 납부고지 및 징수

1) 납부 고지

- 특별자치도지사·특별자치시장·시장·군수·구청장은 의료급여기관 등 당사자에게 처분 통지를 하였음에도 제출기한 내에 의견진술이 없거나 의견 등이 적합하지 않을 경우에는 7일 이내의 납부기한을 정해 고지
- 처분대상이 의료급여기관일 경우에는 진료비 지급액과 상계를 원칙으로 하되, 사전에 의료급여기관의 의사를 확인하여 직접 납부의사를 표시 한 경우 “납부고지서를 통한 직접 납부를 할 수 있다”는 내용을 표기하여 통보

2) 징수방법

- 초(재)심·원외처방 약제비는 심사평가원에서 심사(환수)내역을 결정하여 공단으로 통보 시 시·군·구의 전산상계 의뢰절차 없이 자동으로 전산상계가 되나, 의료 기관 폐업 등으로 부득이 자동으로 전산상계가 되지 않는 경우에는 시·군·구가 민법 제750조(불법행위의 책임)를 근거로 의료기관으로부터 직접 징수
- 특별자치도지사·특별자치시장·시장·군수·구청장은 부당이득 환수대상자의 생활실태, 가구여건 등을 감안하여 분할 납부토록 할 수 있음

3) 독촉

- 특별자치도지사·특별자치시장·시장·군수·구청장은 의료급여기관 등이 부당 이득금을 납부하지 않을 때에는 10일 이상 15일 이내의 납부기한을 정하여 독촉장을 발부

【독촉의 효력】

- 독촉은 시효중단 효력이 있으며, 중단된 시효는 독촉기한이 경과한 날부터 다시 진행
- 독촉은 1회 시행함이 원칙이나, 독촉이후 반복적인 독촉의 효력에 관하여 "납부고지의 독촉은 체납처분에 앞서 1회에 한하여 소멸시효중단의 효력을 가지며, 다만 1회 독촉 이후에 다시 하는 독촉은 민법 제174조의 최고(催告)로서의 효력이 있으므로 6개월 이내 재판상 청구·압류 등의 조치를 취하면 소멸시효 중단의 효력을 가짐(법제처 행법 11240-253, 2001.6.8)
- 독촉은 압류를 할 수 있는 전제조건이 됨. 즉, 독촉을 한 후에 압류를 하여야 그 압류의 효력이 있는 것이며, 독촉을 하지 않고 압류하면 그 압류는 효력이 없다.

- 특별자치도지사·특별자치시장·시장·군수·구청장은 독촉을 받은 수급자 또는 의료기관이 납부기한까지 부당이득금을 납부하지 않은 때에는 지방세기본법의 "지방세 체납처분의 예" 및 **지방행정제재·부과금의 징수 등에 관한 법률**에 따라 징수

4) 채권의 이관

- 부당이득금 납부의무자인 수급권자(또는 부양의무자)가 주소 이전 등으로 보장기관이 변경된 경우 이전한 시군구로 채권 이관
  - 의료급여기관(개설기준위반 의료급여기관 연대고지 포함)을 대상으로 하거나 구상금의 경우 채권이관 금지

- 의료급여기관의 휴·폐업 등 장기 미상계로 현금징수 방법변경 통보된 경우 공단으로부터 통보받은 보장기관에서 징수하며, 이후 수진자가 주소지를 이전 하더라도 채권이관 하지 않음

● 채권이관 기준

- 최초고지의 납부마감일 다음날부터 3개월이 경과한 후부터 징수이관
- 징수 이관시 최소한 3회 이상 징수독려 실시 후 징수 이관하여야 하며, 최근 1개월 이내에 1회 이상 징수독려 실적이 있어야 함
- 징수이관일 현재 잔여 소멸시효기간이 6개월 이상이어야 함

● 채권이관 절차

- 채권을 이관하고자 할 때에는 먼저 이전 보장기관에서 이관하고자 하는 내용을 새로운 보장기관에 문서로 통보하고, 통보받은 보장기관에서는 관련 내용을 면밀하게 검토하여 이관대상이라고 판단될 경우 이관 받을 예정임을 통보
- 채권 이관시에는 상호 협의하여 부과취소 및 신규부과가 동시에 일어날 수 있도록 하여 유실되는 채권이 발생하지 않도록 유의

【채권 이관시 유의사항】

- 새로운 보장기관에서 이관대상 여부를 결정하기 위한 조사를 진행하던 중 당초 부과·결정 과정에 부과취소의 사유에 해당하는 중대한 흠결이 있어 정당한 채권으로 보기 어렵다고 판단될 경우에는 관련 내용을 명시하여 채권을 이관 받지 말고 당초 부과기관에서 직접 부과 취소하도록 함
- 단, 조사 중에 미처 흠결이 있음을 몰랐거나 조사가 미흡하여 이미 채권을 이관받은 경우(감액 및 신규부과 절차 종료)에는 다시 재이관하지 말고 최종 이관 받은 보장 기관에서 징수 관리

6 행정처분(업무정지 및 과징금)

가. 의료급여기관의 업무정지

(1) 개념

- 의료급여기관 업무정지는 의료급여기관으로서의 업무를 수행하는 법정지위를 박탈하는 행정처분임

(2) 업무정지 사유(법 제28조)

- 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 수급권자 및 그 부양의무자 또는 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 한 때
- 법 제11조의4의 규정을 위반하여 본인부담금을 사전에 청구하거나 입원보증금 등 다른 명목의 비용을 청구한 때
- 법 제32조제2항에 따른 보고 또는 서류제출을 하지 아니하거나 거짓보고를 하거나 거짓서류를 제출하거나, 소속 공무원의 질문 및 검사를 거부·방해 또는 기피한 때

(3) 처분권자 : 보건복지부장관

(4) 업무정지의 행정처분기준

- 시행령 제16조의2 [별표 2] 행정처분의 기준에 따름

(5) 업무정지의 효과

- 의료급여기관은 업무정지 기간 동안 의료급여법상 의료급여를 행할 수 없고, 의료급여환자를 진료하더라도 보장기관은 지급할 의무가 없음
- 제3차 의료급여기관이 업무정지 사유에 해당하는 행위를 한 경우 보건복지부장관은 지정을 취소할 수 있으며, 그 지정취소일로부터 1년 이내에 다시 제3차 의료급여기관으로 지정할 수 없음
- 보건복지부장관은 업무정지처분 시 그 사실을 심사평가원, 건강보험공단, 보장기관에 통보함. 행정처분통보서(시행규칙 별지 제22호 서식, [서식 101])

(6) 행정처분 효력의 승계(2013.12.13 이후)

- 업무정지처분의 효과는 그 처분이 확정된 의료급여기관을 양수한 자 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립된 법인에 승계되고, 업무정지처분의 절차가 진행 중인 때에는 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인에 대하여 그 절차를 계속 진행할 수 있음.
  - 다만, 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인이 그 처분 또는 위반사실을 알지 못하였음을 증명하는 경우에는 그러하지 아니함.
- 업무정지처분을 받았거나 업무정지처분 절차가 진행 중인 자는 행정처분을 받은 사실 또는 행정처분 절차가 진행 중인 사실을 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립된 법인에 지체 없이 알려야 하며, 그러하지 아니한 자는 500만원 이하의 과태료 부과 대상임

나. 과징금(법 제29조)

(1) 개념

- 행정청이 일정한 행정상의 의무위반을 한 자에 대한 제재로서 부과하는 금전적 부담(행정처분)

(2) 과징금 사유

- 보건복지부장관은 의료급여기관이 제28조 제1항 제1호의 규정에 해당하여 업무정지처분을 하여야 하는 경우로서,
  - 업무정지가 수급권자에게 심한 불편을 주거나 그 밖의 특별한 사유가 있다고 인정되는 때에는 그 업무정지처분에 갈음하여 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 부담하게 한 급여비용의 5배 이하의 금액을 과징금으로 부과·징수

(3) 처분권자 : 보건복지부장관

(4) 과징금 부과기준

- 의료급여법 시행령 제16조의4 별표 3 과징금 부과 기준에 따름

(5) 과징금 부과대상(고시 제2022-165호, 업무정지처분에 갈음한 과징금 적용기준)

【업무정지처분에 갈음한 과징금 적용기준 제2조(과징금 부과대상)】

제2조(과징금 부과대상) 요양기관이 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 업무정지 처분에 갈음하여 과징금을 부과·징수할 수 있다.

1. 요양기관을 이용하는 자에게 심한 불편을 주는 경우
   - 가. 입원실, 응급실, 집중치료실, 수술실, 인공신장 투석실, 장애인재활치료실, 방사선 치료실과 같은 특수진료시설 중 하나 이상의 시설을 갖추고 해당 진료를 실시하고 있는 요양기관
   - 나. 한센병, 결핵, 정신질환(입원환자), 만성신부전, 혈우병, 화상 등과 같이 장기간 동안 지속적인 진료를 요하는 특수질환의 환자를 주 진료대상으로 하는 요양기관
   - 다. 처분을 받게 될 요양기관이 소재하고 있는 시·군·구에 당해 요양기관과 동일종별의 타 요양기관이 없는 경우.
     다만, 의원급의 요양기관은 읍, 면, 동, 도서지역의 동일 섬에 의료법 제77조 제2항에 의한 동일표시 전문과목의 타 요양기관이 1개 이하인 경우(전문과목 미표시 의원은 타 의원이 1개 이하인 경우로 함)로 하고, 약국의 경우는 타 약국이 1개 이하인 경우
   - 라. 기타 요양기관을 이용하는 가. 내지 다.에 준하는 불편을 준다고 인정되는 경우
2. 기타 특별한 사유가 있다고 인정되는 경우
   - 가. 국·공립 요양기관
   - 나. 업무정지기간이 100일 이하인 요양기관
   - 다. 요양기관이 행정처분 확정 전에 폐업하였거나, 법인이 개설한 요양기관이 대표자의 인격이 변경되어 처분대상기관이 없는 등으로 인하여 업무정지처분이 제재 수단으로서 실효성이 없어 과징금 처분이 타당하다고 판단되는 경우
   - 라. 여러 명이 공동으로 개설한 요양기관 중에서 조사 대상기간 동안에 개설자 및 개설기간을 달리함으로 인하여 각 개설자별 및 각 개설기간별로 부당 금액이나 업무정지기간을 구분하여 산출하기 어려운 경우
   - 마. 동일한 위반사유임에도 요양급여와 의료급여에 과징금처분과 업무정지처분을 각기 달리 요청해 처분의 통일성을 기할 필요가 있는 경우
   - 바. 업무정지처분을 받고자하는 요양기관의 요구가 사회통념상 현저히 부당하여 과징금으로 처분하는 것이 타당하다고 보건복지부장관이 인정하는 경우

(6) 과징금 신청

- 처분 사전통지에 대한 의견제출 기한일 이내에 과징금(분할) 납부 신청서를 보건복지부에 제출

(7) 과징금 분할납부

- 의료급여기관은 업무정지처분에 갈음하여 부과된 과징금에 대해 과징금 전액을 일시에 납부하기가 어렵다고 인정되는 때에는 분할납부 신청 가능[서식 111]
  - 재해 또는 도난으로 재산에 심한 손실을 받은 때
  - 사업에 현저한 손실을 받은 때

- 사업이 중대한 위기에 처한 때
- 과징금납부대상자 또는 그 동거가족의 질병이나 중상해로 장기치료를 요하는 때
- 기타 상기 사유에 준하는 사유가 있는 때

● 의료급여기관은 과징금 분할납부 신청서 및 그 사유를 증명하는 자료를 보건 복지부에 제출

- 과징금 처분 전에 분할납부 의사를 표시하는 경우에는 처분사전통지에 대한 의견 제출 기한일 이내에 제출

● 시·도는 요양기관에서 과징금의 분할 납부를 신청한 경우 과징금 분할납부 산정 기준에 따라 과징금의 분할납부 여부 및 분할납부 기간을 결정하고 그 결과를 의료급여기관에 통지

- 과징금 행정처분 이전에 분할납부를 신청한 경우에는 그 결과통지를 행정 처분서로 갈음

【과징금 분할납부 산정기준】

유형별	과징금 규모	분할납부기간(횟수)
과징금 부과일 현재 개설중인 요양기관	1억원 이상	2~12개월(12회 이하)
	5천만원 이상 ~ 1억원 미만	2~9개월(9회 이하)
	3천만원 이상 ~ 5천만원 미만	2~6개월(6회 이하)
	3천만원 미만	2~3개월(3회 이하)
과징금 부과일 현재 요양기관 개설 없이 고용근무 등의 경우	5천만원 이상 ~	2~12개월(12회 이하)
	3천만원 이상 ~ 5천만원 미만	2~9개월(9회 이하)
	1천만원 이상 ~ 3천만원 미만	2~6개월(6회 이하)
	1천만원 미만	2~3개월(3회 이하)

주) 요양기관이 과징금의 분할납부를 신청한 경우 해당기관의 재정상태를 감안하여 분할납부 기간을 결정할 수 있으며, 재정상태가 현저하게 적자일 경우에는 적자 규모를 감안하여 12월의 범위내에서 과징금의 분할납부를 허용할 수 있다.

(8) 과징금 징수 절차

● 권한위임

- 과징금의 징수권한(분할납부 여부 및 분할납부 기간 포함)은 영 제19조 제1호에 따라 시·도지사의 권한으로 위임

● 과징금의 징수절차에 관하여는 「국고금관리법 시행규칙」을 준용

- 징수시 납입고지서에는 이의방법 및 이의기간 등을 명시

(9) 과징금 미납자에 대한 처분

● 독촉장 발급

- 시·도지사는 과징금을 내야 할 자가 납부기한까지 과징금을 내지 아니하면 납부기한이 지난 후 15일 이내에 독촉장을 발급하여야 하며, 납부기한은 독촉장을 발급하는 날부터 10일 이내로 함

※ 업무정치 처분 또는 지방세 체납처분에 따라 강제징수될 수 있음을 명시

● 업무정지 처분변경 검토 및 요청

- 독촉장을 받고도 그 납부기한까지 과징금을 내지 아니하면 시·도지사는 원처분인 업무정지로 처분변경의 타당성을 검토하여[서식 113]에 따라 보건복지부로 행정처분 변경 공문 요청

※ 의료급여법 개정일('16.8.4)일 전에 독촉장을 발급하고 납부기한까지 과징금을 내지 아니한 경우 포함

- 다만, 기타 불가피한 사유로 업무정지 처분을 할 수 없는 경우에는 지방세 체납처분의 예에 따라 징수

● 업무정지 처분 환원

- 보건복지부는 시·도지사의 요청자료를 검토하여 업무정지로 처분함이 타당한 경우 과징금 부과처분을 취소하고 업무정지 처분

- 이 경우 처분대상에게 처분의 변경사유와 업무정지 기간 등 명시하여 서면으로 통지

※ 업무정지 처분 대상자가 과징금 부과 처분금액에서 그 일부를 이미 납부한 경우 과징금액과 업무정지 일수에 비례하여 납부금액에 상당한 일수를 제함

7 벌칙

가. 벌칙조항

- 법 제3조의3제3항에 따라 준용되는 「국민기초생활 보장법」 제23조의2제6항을 위반하여 금융정보를 사용·제공 또는 누설한 사람은 5년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처함(법 제35조 제1항, 2013.12.13 이후)
- 법 제35조 제2항 삭제〈2017.3.21.〉
- 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처함(법 제35조 제3항)
  1. 제3조의3제3항에 따라 준용되는 「국민기초생활 보장법」 제22조제6항(같은 법 제23조제2항에서 준용하는 경우를 포함한다)을 위반하여 정보 또는 자료를 사용하거나 제공한 사람(2013.12.13. 이후)
  2. 삭제〈2017.3.21.〉
  3. 대행청구단체의 종사자로서 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 급여비용을 청구한 자
- 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처함(법 제35조 제4항)
  1. 제9조제3항을 위반하여 정당한 이유 없이 이 법에 따른 의료급여를 거부한 자
  2. 제11조제6항에 따른 대행청구단체가 아닌 자로 하여금 급여비용의 심사청구를 대행하게 한 자(2013.12.13 이후)
  3. 속임수나 그 밖의 부정한 방법으로 의료급여를 받은 자 또는 제3자로 하여금 의료급여를 받게 한 자
  4. 제28조제4항을 위반하여 업무정지기간 중에 의료급여를 한 의료급여기관의 개설자(2013.12.13 이후)
- 정당한 이유 없이 제32조제2항에 따른 보고 또는 서류제출을 하지 아니하거나 거짓으로 보고하거나 거짓 자료를 제출하거나 검사를 거부·방해 또는 기피한 사람은 1천만원 이하의 벌금에 처함(법 제35조 제5항)

나. 양벌규정

- 법인의 대표자나 법인 또는 개인의 대리인, 사용인, 그 밖의 종업원이 그 법인 또는 개인의 업무에 관하여 제35조의 위반행위를 하면 그 행위자를 벌하는 외에 그 법인 또는 개인에게도 해당 조문의 벌금형을 과(科)한다. 다만, 법인 또는 개인이 그 위반행위를 방지하기 위하여 해당 업무에 관하여 상당한 주의와 감독을 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.(법 제36조, 2013.6.12. 이후)

8 과태료

가. 과태료 조항

- 법 제28조제7항을 위반하여 행정처분을 받은 사실 또는 행정처분 절차가 진행 중인 사실을 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립된 법인에 알리지 아니한 자에게는 500만원 이하의 과태료를 부과함(법 제37조 제1항, 2013.12.13 이후)
- 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게는 100만원 이하의 과태료를 부과함(법 제37조 제2항)
  1. 제11조의2에 따른 서류보존의무를 위반한 자
  2. 「약사법」에 따른 의약품의 제조업자·위탁제조판매업자·수입자·판매업자 및 「의료기기법」에 따른 의료기기 제조업자·수입업자·수리업자·판매업자·임대업자가 정당한 사유 없이 제29조의2제2항에 따른 서류제출을 하지 아니하거나 거짓 서류를 제출하거나 질문에 대하여 진술을 거부하거나 거짓으로 진술하거나 검사 등 조사를 거부·방해·기피한 경우(2013.12.13 이후)

나. 부과권자 : 보건복지부장관(법 제37조 제3항)

다. 과태료 부과 기준

- 의료급여법 시행령 제22조 [별표 5] 「과태료 부과기준」에 따름

라. 과태료의 부과 및 징수

- 「질서위반행위규제법」 제3장 행정청의 과태료 부과 및 징수 관련 규정에 따라 사전통지 후 부과
- 보건복지부장관은 당사자가 납부기한까지 과태료를 납부하지 아니한 때에는 납부기한을 경과한 날부터 체납된 과태료에 대하여 100분의 5에 상당하는 가산금을 징수
- 보건부지부장관은 당사자가 「질서위반행위규제법」 제20조제1항에 따른 기한 이내에 이의를 제기하지 아니하고 제1항에 따른 가산금을 납부하지 아니한 때에는 국세 또는 지방세 체납처분의 예에 따라 징수할 수 있다.

마. 이의신청

- 「질서위반행위규제법」 제20조(이의제기)에 따라 행정청의 과태료 부과에 불복하는 당사자는 동법 제17조제1항에 따른 과태료 부과 통지를 받은 날부터 60일 이내에 해당 행정청에 서면으로 이의제기를 할 수 있음

제6편 의료급여 사후관리 및 권익구제

Ⅲ. 결손처분 및 납부의무의 소멸

1 결손처분

가. 개요

(1) 개념

- 부당이득금 등의 체납자에게 압류할 만한 재산이 없는 경우, 압류할 재산이 있다 할지라도 그 재산가액을 체납처분비에 충당하면 체납액에 충당할 잔여액이 없는 경우 등 체납액을 정상적인 방법으로 징수할 수 없을 때 행정청이 당해 채권의 징수행위를 잠정적으로 유보하는 것을 결정하는 행정처분임
- 소멸시효가 완성된 후에 하는 결손처분은 해당 체납액에 대한 징수권이 소멸되어 더 이상 징수권을 행사할 수 없음을 확인하는 행위의 의미

(2) 법적근거

- 의료급여법 제24조(결손처분) 및 동법시행령 제15조(결손처분)
- 의료급여법 제31조(소멸시효) 제1항 및 제2항
- 지방재정법 제82조(금전채권과 채무의 소멸시효)
- 민법 제766조(손해배상청구의 소멸시효)

(3) 결손처분 기준

- 관계 법령에 의하여 당해 채권의 권리에 대한 소멸시효가 완성된 건
  - 부당이득 반환청구권을 행사할 수 있는 때(진료비가 지급된 다음날)로부터 5년이 경과된 부당이득금

- 상환청구권을 행사할 수 있는 때(대지급금이 지급된 다음날)로부터 3년이 경과된 대지급금

● 소멸시효 완성전이라 하더라도 다음 사유에 해당된 건

- 체납처분이 종결되고 체납액에 충당될 배분금액이 그 체납액에 미달한 경우
- 체납자의 재산이 없거나 체납처분의 목적물인 총 재산의 견적가격이 체납 처분비 보다 적은 것이 확인된 경우
- 체납자로부터 징수할 가능성이 없다고 시·군·구 의료급여심의위원회에서 심의한 경우

【의료급여법령상 결손처분】

「의료급여법」 제24조(결손처분) 시장·군수·구청장은 다음 각호의 1에 해당하는 사유가 있는 때에는 시·군·구 의료급여심의위원회 심의를 거쳐 대지급금 및 부당 이득금 등을 결손처분할 수 있다.

1. 체납처분이 종결되고 체납액에 충당될 배분금액이 그 체납액에 미달하는 경우
2. 당해 권리에 대한 소멸시효가 완성된 경우
3. 그 밖에 징수할 가능성이 없다고 인정되는 경우로서 대통령령이 정하는 경우

「의료급여법시행령」 제15조(결손처분) 법 제24조 제3호에서 "대통령령이 정하는 경우"라 함은 다음 각호의 경우를 말한다.

1. 체납자의 재산이 없거나 체납처분의 목적물인 총 재산의 견적가격이 체납처분비보다 적은 것이 확인된 경우
2. 그 밖에 징수할 가능성이 없다고 시·군·구 의료급여심의위원회에서 의결한 경우

나. 업무처리 절차

(1) 결손대상 발췌 및 명부작성

● 특별자치도지사·특별자치시장·시장·군수·구청장은 체납된 의료급여 부당이득금 등 채권 중 결손대상을 발췌하여 의료급여 대지급금 및 부당이득금 결손처분 대장[서식 89]에 작성

(2) 납부의무자의 재산조사 및 결손처리조서[서식 92] 작성

● 특별자치도지사·특별자치시장·시장·군수·구청장은 결손대상 납부의무자에 대한 체납내역, 결손처분 사유, 징수추진 내역 등을 결손처리조서[서식 90]에 작성

- 징수독려 및 처리내역의 주요내용을 결손처분 승인신청자 징수독려 및 처리 내역[서식 91]에 작성, 결손처리조서에 첨부

(3) 의료급여심의위원회에 심의 신청

- 시장·군수·구청장은 결손처리조서[서식 92]를 첨부 의료급여심의위원회에 결손처분 심의신청

(4) 시·군·구 의료급여심의위원회 결손처분 심의

- 시·군·구 의료급여심의위원회는 시장·군수·구청장이 신청한 의료급여 대지급금 및 부당이득금 등의 결손처분 건에 대하여 심의

(5) 결손처분

- 시장·군수·구청장은 의료급여심의위원회의 심의결과를 토대로 체납 대지급금 또는 부당이득금 등을 결손처분

(6) 사후관리 및 보건복지부 보고

- 결손처분한 대지급금 및 부당이득금 등에 대하여 시·도지사는 결손처분내역을 의료급여기금 운용현황에 작성
- 시·도지사는 부당이득금 등의 결손처분내역을 작성하여 반기별(7월, 1월)로 보건복지부장관에게 보고

2 납부의무의 소멸

가. 소멸시효 및 시효중단

(1) 소멸시효의 의미

- 소멸시효란 권리불행사라는 사실상태가 일정기간 계속된 경우, 그것이 진실한 관계와 일치하는지 여부를 가리지 않고 그 사실 상태를 존중하여 권리의 소멸을 인정하는 제도(대판 1992. 3. 31. 91다32053 판결).
- 지방재정법 상 채권은 5년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성되나, 의료급여법에 규정된 의료급여를 받을 권리, 급여비용을 받을 권리, 대지급금을 상환받을 권리는 3년간 행사하지 않으면 시효로 인하여 소멸

【의료급여법 제31조(소멸시효)】

제31조(소멸시효) ① 다음 각호의 권리는 3년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성된다.
1. 의료급여를 받을 권리
2. 급여비용을 받을 권리
3. 대지급금을 상환받을 권리

② 제1항의 규정에 의한 시효는 다음 각호의 1의 사유로 인하여 중단된다.
1. 급여비용의 청구
2. 대지급금에 대한 납입의 고지 및 독촉

③ 소멸시효 및 시효중단에 관하여 이 법에 정한 사항외에는 「민법」의 규정에 의한다.

(2) 사유별 시효기간 및 기산점

- 의료급여비용을 받을 권리(의료급여법 제31조)
  - 시효기간 : 3년
  - 기산점 : 의료급여기관이 각각의 청구가능일로부터
- 부당이득을 징수할 수 있는 권리(지방재정법 제82조)
  - 시효기간 : 5년
  - 기산점 : 성립과 동시에 행사할 수 있으므로, 그때부터 소멸시효 진행
    * 의료급여기관의 경우, 부당이득을 취한 날은 보장기관(공단)이 급여비용을 지급한 날
- 구상금(민법 제766조, 손해배상청구권의 소멸시효)
  - 시효기간 : 3년, 10년
  - 기산점 : 손해 및 가해자를 안 날*로부터 3년, 불법행위를 한 날로부터 10년
    * 의료급여비용을 지급한 날이 아니고, 손해 및 가해자를 인식한 시점 기준

【구상금 소멸시효 관련 유의사항】

- 손해의 발생은 있으나 가해자를 알 수 없는 폭행, 뺑소니 사고 등 가해자가 확인 되지 않는 경우에는 사고발생일로부터 3년이 경과하면 정당한 의료급여로 처리하여 종결
- 다만, 3년이 경과하여도 미제종결(편철), 수사(내사)종결 후 사법기관의 재조사 등으로 인하여 가해자가 확인된 것을 시군구가 인지한 경우, 사고발생일로부터 시효기간 내 이면 재조사하여 처리
- 사고발생일로부터 3년 이내라도 경찰서 등 사법기관에서 미제사건으로 미제종결(편철), 수사(내사)종결 처리된 것으로 확인(사법기관으로부터 문서로 확인받음)된 경우에는 정당한 의료급여로 처리하여 종결

(3) 소멸시효의 중단

● 소멸시효 중단의 의미

- 소멸시효의 중단이란, 소멸시효가 진행하는 도중에 권리의 불행사라는 지속적인 사실 상태와 조화될 수 없는 사정이 발생한 경우에, 그 사실 상태를 존중할 이유가 없어져서 이미 진행한 시효기간은 무의미하게 되므로, 그 효력을 상실하게 하는 제도
- 소멸시효가 중단되면 그때까지 경과한 시효기간은 그 법적 의미를 상실하고 중단 사유가 종료된 때부터 새로 시효가 진행

● 소멸시효 중단사유

- 의료급여법상 소멸시효는 급여비용의 청구, 대지급금에 대한 납입의 고지 및 독촉에 의하여 중단

  * 압류, 독촉(최초독촉 1회)을 하면 소멸시효가 중단되며, 중단된 소멸시효는 독촉장에 정한 납부기한이 경과한 때부터, 압류의 경우는 압류를 해제한 때부터 중단된 소멸시효가 새로이 진행

- 민법상 시효중단 사유로는 청구(재판상 청구, 파산절차 참가, 지급명령, 화해를 위한 소환 내지 임의출석, 최고), 압류·가압류·가처분, 승인

중단사유		중단의 효력발생 시기	중단 후 시효 진행시기
청구	재판상 청구	소장을 법원에 제출한 때	재판이 확정된 때 * 상소할 수 있는 재판은 상소기간이 도과하거나 상소가 기각되는 등의 사유로 더 이상 불복할 수 없게 된 때, 상소할 수 없는 재판은 재판의 선고 또는 고지와 동시에
	파산절차 참가	채권신고서를 법원에 제출한 때	파산절차가 종료한 때(최종배당이 종료되고 법원의 파산선고결정이 있는 때)
	지급 명령	지급명령신청서를 법원에 제출한 때	지급명령이 확정되었을 때(채무자의 이의 신청에 의하여 소송절차 종료시까지 중단의 효력 유지)
	화해를 위한 소환	화해신청서를 법원에 제출한 때	화해가 성립되었을 때(화해가 성립하지 아니 하여 소송절차로 이행된 경우는 소송절차 종료시까지 중단의 효력 유지)
	임의출석	[당사자 쌍방이 법원에 출석한때	[화해가 성립되었을 때
	최고	최고 통지서가 상대방에게 도달한 때(단, 6개월 이내에 재판상의 청구 등을 하여야 함)	최고만으로는 새로이 시효가 진행되지 않음
압류·가압류·가처분		신청서를 법원에 제출한 때	절차가 종료한 때[25]
승인		승인이 상대방에게 도달할 때	

- 의료급여법 제23조에 해당하는 부당이득금 납부고지처분은 행정처분(대판 87다카 1509)에 해당(대판 87다카 1509)하며, 독촉의 소멸시효 중단효력은 최초 독촉 1회에 한함(대판 97누119, 2004두7467)
  - 구상금의 경우에는 최고(독촉)만으로 시효중단이 되지 않으므로, 시효만료 6월내에 납부의무자를 상대로 지급명령신청, 민사소송, 압류, 가압류, 가처분 신청을 하거나, 채무승인(변제각서, 일부금 변제 등)을 받아야 시효가 중단

【구상권의 소멸시효의 중단(예시)】

甲이 2012.4.15일 횡단보도를 건너다 신호를 위반한 乙 차량에 교통사고를 당해 의료급여 비용 98만원이 발생하였는데 乙이 변제하지 않을 경우, 늦어도 2014.10.15일전까지 최후 독촉 후 시효만료 6월내 민사소송 등 시효중단조치를 취해야 함

25) 압류된 물건이 경매된 경우에는 경락대금이 채권자에게 배당되어 경매절차가 종료된 때까지 압류의 효력 지속. 금전채권에 대한 강제집행의 경우 전부명령에 있어서는 전부명령이 확정되면 새로운 시효가 진행한다고 보아야 할 것이고, 추심명령에 있어서는 채권을 추심한 때부터 새로운 시효가 진행된다(민법주해Ⅲ 제542면)

제6편 의료급여 사후관리 및 권익구제

Ⅳ. 권익구제제도

1 이의신청(법 제30조)

가. 개요

(1) 개념

- 수급권자의 자격, 의료급여 및 급여비용에 대한 시장·군수·구청장의 처분, 급여비용에 관한 급여비용심사기관의 심사·조정에 이의가 있는 사람은 해당 기관에 시정을 요청하는 권리 구제방법

(2) 이의신청 기관 및 대상

- 수급권자의 자격, 의료급여 및 급여비용에 대한 시장·군수·구청장의 처분에 이의가 있는 사람은 시·군·구청장에게 이의신청
  - 수급권자의 자격변경, 자격의 취득·상실, 의료급여 개시일, 요양비, 장애인 보조기기, 급여제한, 부당이득금, 대지급금 등에 대한 독촉 및 체납, 급여비용의 일부부담 등에 대한 보장기관의 처분 등이 해당
- 급여비용에 관한 급여비용심사기관의 심사·조정에 이의가 있는 의료급여기관은 건강보험심사평가원에 이의신청

(3) 이의신청 당사자

- 신청인 : 법률상 이익을 침해당한 자
- 피신청인 : 이의신청의 대상인 처분이나 부작위를 행한 처분청

* 처분청에는 행정기관이나 법령에 의하여 그 권한을 위임 또는 위탁받은 단체나 그 기관 또는 사인도 피신청인인 행정청에 포함

나. 이의신청 절차

(1) 이의신청 기간

- 처분이 있음을 안 날부터 90일 이내에 문서로 제기하여야 하며, 처분이 있은 날부터 180일이 지나면 제기할 수 없음(법 제30조 제3항)
  - 다만, 정당한 사유에 따라 기간 내에 이의신청을 할 수 없었음을 소명한 때에는 이후에도 제기 가능
- 의료급여기관이 제11조의3에 따른 급여 대상여부의 확인 요청에 대한 급여 비용심사기관(심사평가원)의 확인결과에 대하여 이의신청을 하려면, 통보받은 날부터 30일 이내에 하여야 함(법 제30조 제4항)

【신청 서식】

- 시장·군수·구청장의 처분에 대한 이의신청서(의료급여법 시행규칙 별지 제23호 서식, [서식 103])
  - (첨부서류) 주장하는 사실을 입증할 수 있는 서류
- 급여비용심사기관에 대한 이의신청서(의료급여법 시행규칙 별지 제25호 서식, [서식 105])
  - (첨부서류) 의료급여비용 심사결과통보서, 진료기록부, X-선사진, 검사결과지 등 이의신청 취지를 입증할 수 있는 서류

(2) 결정

- 시장·군수·구청장 및 급여비용심사기관(심사평가원)은 이의신청을 받은 때에는 그로부터 60일 이내에 결정
  - 부득이한 사정이 있는 경우에는 30일의 범위 내에서 연장하되, 결정기간 연장 시 결정기간이 만료되기 7일전까지 이의 신청인에게 통지

(3) 결정 통보

- 시장·군수·구청장 및 심사평가원장은 이의 신청인에게 지체 없이 이의신청 결정서의 정본을 송부하고, 이해관계인에게 그 사본을 송부

【결정통보 서식】

- 시장·군수·구청장의 처분에 대한 이의신청결정서 : (의료급여법 시행규칙 별지 제24호 서식, [서식 103])
- 급여비용심사기관에 대한 이의신청결정서 : (의료급여법 시행규칙 별지 제26호 서식, [서식 105])

(4) 이의신청 불복

- 행정심판법에 의한 행정심판과 행정소송법에 의한 행정소송 제기 가능
  (행정 심판은 임의절차)

2 행정쟁송

가. 행정심판

- 행정청의 위법·부당한 처분, 그밖의 공권력 행사 또는 불행사 등으로 권리와 이익을 침해당한 자가 그 구제를 위하여 행정청에 시정을 요구하고 행정청이 이를 심판하는 쟁송절차
- 행정심판의 절차는 「행정심판법」에 의함

나. 행정소송

- 행정청의 위법한 처분, 그밖의 공권력 행사 또는 불행사 등으로 국민의 권리 또는 이익의 침해를 구제하고 공법상의 권리관계 또는 법적용에 관한 다툼을 해결하기 위하여 법원의 재판절차에 의한 행정쟁송
- 행정소송의 절차는 「행정소송법」에 의함
- 행정소송은 집행부정지가 원칙이므로 행정소송이 제기되었다 하더라도 해당 의료기관에 대한 업무정지처분, 과징금처분, 부당이득금 환수처분 등의 집행을 진행하고, 당해 행정소송에 대한 집행정지가 인용될 시에만 집행을 정지함

  * 대검찰청 홈페이지(www.spo.go.kr)의 '소송수행자 교육자료' 참고

- 환불건 발생시 예탁금이 지급될 수 있도록 공단에 협조 통보

제 7 편

각종 서식

[서식 1] 사회보장급여 신청(변경)서 ····· 437
[서식 2] 금융정보 등(금융·신용·보험정보) 제공 동의서 ····· 441
[서식 3] 사회보장급여[□결정(적합) □결정(대상제외) □변경·정지·중지·상실]통지서 ·· 443
[서식 4] 의료급여 제공(변경) 추천 신청서(국가유공자, 문화재 등) ····· 458
[서식 5] 소득·재산 신고서 ····· 460
[서식 6] 보장비용·부당이득 환수(반환명령) 통지서 (○차) ····· 461
[서식 7] 입양아동 의료급여(사전·사후) 적용신청서 ····· 462
[서식 8] 행려환자 관리카드 ····· 463
[서식 9] 신상카드 ····· 465
[서식 10] 의료급여증(시행규칙 별지 제6호서식) ····· 467
[서식 11] 의료급여증명서(시행규칙 별지 제7호서식) ····· 469
[서식 12] 의료급여증(추가발급, 재발급) 신청서(시행규칙 별지 제8호서식) ····· 470
[서식 13] 의료급여의뢰서(시행규칙 별지 제3호서식) ····· 471
[서식 14] 의료급여회송서(시행규칙 별지 제4호서식) ····· 473
[서식 15] 본인부담금수납대장(시행규칙 별지 제5호서식) ····· 475
[서식 16] 의료급여기관 외래진료 본인부담면제 신청서 ····· 476
[서식 17] 제3차의료급여기관지정서(시행규칙 별지 제10호서식) ····· 477
[서식 18] 의료급여기관 개설·폐업·변경내역 통보(시행규칙 별지 제11호서식) ····· 478
[서식 19] 본인부담금의 일부지급 청구서(시행규칙 별지 제11의2호서식) ····· 480
[서식 20] 본인부담금의 초과금액 지급 청구서(시행규칙 별지 제11의3호서식) ····· 481
[서식 21] 본인부담금보상금 지급 관리대장 ····· 483
[서식 22] 요양비 지급청구서(출산, 복막투석, 자가도뇨, 기타)(시행규칙 별지 제12호서식) ··· 484
[서식 23] 요양비 지급청구서(산소치료)(시행규칙 별지 제12호의2서식) ····· 486
[서식 24] 요양비 지급청구서(당뇨병 소모성 재료)(시행규칙 별지 제12호의4서식) ····· 488
[서식 25] 요양비 지급청구서(당뇨병 관리기기)(시행규칙 별지 제12호의5서식) ····· 490
[서식 26] 요양비 지급청구서(인공호흡기·기침유발기)(시행규칙 별지 제12호의6서식) ···· 492
[서식 27] 요양비 지급청구서(양압기)(시행규칙 별지 제12호의7서식) ····· 494
[서식 28] 자가도뇨 소모성재료 처방전(별지 제1호서식) ····· 496
[서식 29] 의료급여 인공호흡기 처방전(별지 제2호서식) ····· 497
[서식 30] 의료급여 기침유발기 처방전(별지 제3호서식) ····· 498
[서식 31] 의료급여 양압기 처방전(별지 제4호서식) ····· 499
[서식 32] 당뇨병환자 소모성 재료 처방전(연속혈당측정용 전극용별지 제5호서식) ····· 501

[서식 33] 산소치료 처방전(별지 제6호서식) ····· 503
[서식 34] 당뇨병환자 소모성 재료 처방전(별지 제7호서식) ····· 504
[서식 35] 당뇨병 관리기기 처방전(연속혈당측정기, 인슐린자동주입기)(별지 제8호서식) · 506
[서식 36] 의료급여 임신·출산 진료비 지원(변경) 신청서 ····· 507
[서식 37] 보조기기급여 신청서(시행규칙 별지 제13호서식) ····· 509
[서식 38] 보조기기 처방전(시행규칙 별지 제14호서식) ····· 510
[서식 39] 보조기기(수동·전동 휠체어 및 전동스쿠터) 처방전 ····· 512
[서식 40] 보조기기(체외용 인공후두, 보청기) 차방전 ····· 514
[서식 41] 보조기기(저시력 보조안경 및 의안 등) 처방전 ····· 516
[서식 42] 맨손 근력 검사 - 상지(Manual Muscle Test) ····· 517
[서식 43] 치매 선별용 한국어판 간이정신상태검사 ····· 518
[서식 44] 일상생활 동작검사(MBI이용) ····· 520
[서식 45] 보조기기급여비 지급청구서(시행규칙 별지 제14호의5서식) ····· 521
[서식 46] 보조기기검수확인서(시행규칙 별지 제14호의6서식) ····· 523
[서식 47] 보청기 적합관리 급여 청구서 ····· 525
[서식 48] 보청기 적합관리 확인서 ····· 527
[서식 49] 급여 제한 여부 조회서 ····· 529
[서식 50] 급여 제한 여부 결정통보서 ····· 530
[서식 51] 의료급여 자격득실 확인서 ····· 531
[서식 52] 급여비용대지급신청서(시행규칙 별지 제19호서식) ····· 532
[서식 53] 의료급여기금 교부신청서(시행규칙 별지 제20호서식) ····· 533
[서식 54] 의료급여기금 운영현황(시행규칙 별지 제21호서식) ····· 534
[서식 55] 의료급여일수 연장승인 신청서 ····· 535
[서식 56] 의료급여일수 연장승인 신청 검토의견서 ····· 537
[서식 57] 의료급여일수 연장 결과 통보서 ····· 538
[서식 58] 연장승인 실적 보고 ····· 540
[서식 59] 선택의료급여기관 (신규·변경) 신청서 ····· 542
[서식 60] 선택의료급여기관 적용 통보서 ····· 543
[서식 61] 의료급여기관 선택사실 통보서(시행규칙 별지 제4의2호서식) ····· 544
[서식 62] 의료급여 사후관리 처리결과 통보서 ····· 545
[서식 63] 의료급여 (암) 산정특례 등록 신청서(시행규칙 별지 제20호서식) ····· 546
[서식 64] 의료급여 (희귀, 중증난치) 산정특례 등록 신청서(시행규칙 별지 제20-1호서식) · 548
[서식 65] 의료급여 (결핵, 중증화상) 산정특례 등록 신청서(시행규칙 별지 제20-2호서식) ·· 550

[서식 66] 건강보험 산정특례 등록 확인 요청 공문 서식 예시 ····· 552
[시식 67] 의료급여 틀니 대상자 등록 신청서 ····· 553
[서식 68] 의료급여 틀니 대상자 변경/해지/취소 신청서 ····· 555
[서식 69] 의료급여 틀니 유지관리 행위 등록내역 취소 신청서 ····· 556
[서식 70] 의료급여 치과임플란트 대상자 등록 신청서 ····· 557
[서식 71] 의료급여 치과임플란트 대상자 시술중지/변경/해지/취소 신청서 ····· 559
[서식 72] 의료급여 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 대상자 등록신청서 · 560
[서식 73] 의료급여 술전유아악정형장치 치료등록 신청서 ····· 562
[서식 74] 의료급여 악궁확장 교정치료 등록신청서 ····· 564
[서식 75] 의료급여 상악전치부 배열을 위한 고정식 교정치료 등록신청서 ····· 566
[서식 76] 의료급여 악정형 교정치료 등록신청서 ····· 568
[서식 77] 의료급여 성장관찰 등록신청서 ····· 569
[서식 78] 의료급여 고정식 교정장치를 이용한 교정치료 등록신청서 ····· 571
[서식 79] 의료급여 치조골 이식술을 위한 구개축 호선 등록신청서 ····· 573
[서식 80] 의료급여 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 대상자 등록내역 변경/취소 신청서 ····· 575
[서식 81] 의료급여 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 교정치료 시술중지/변경/취소 신청서 ····· 577
[첨부 서식 1] 의료급여 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 치료계획서 ····· 579
[서식 82] 의료급여 치석제거 등록내역 취소 신청서 ····· 581
[서식 83] 상해요인조사 처리실적 보고서 ····· 582
[서식 84] 정산진료비 지급 청구 공문 서식 예시 ····· 583
[서식 85] 중복청구·사망상실자 등 의료급여비 환수의뢰 ····· 584
[서식 86] 현지조사 등에 의한 의료급여비용 환수 의뢰 ····· 585
[서식 87] 본인부담금환급 신청서 ····· 586
[서식 88] 의료비 반환 신청서 ····· 587
[서식 89] 부당이득금 및 구상금 관리현황 ····· 589
[서식 90] 부당이득금 전산상계 현황 ····· 589
[서식 91] 의료급여 대지급금 및 부당이득금 결손처분 대장 ····· 590
[서식 92] 결손처리조서 ····· 591
[서식 93] 결손처분 대상자 징수독려 및 처리내역 ····· 592
[서식 94] 의료급여 신고 포상금 신청 접수대장 ····· 593
[서식 95] 건강생활유지비지급신청서 ····· 594

[서식 96] 건강생활유지비용 환수대상 내역 통보서 ····· 595
[서식 97] 동일성분의약품 중복투약 사실통지서(계도용) ····· 596
[서식 98] 동일성분의약품 중복투약 내역서(1차 위반 : 계도용) ····· 597
[서식 99] 동일성분의약품 중복투약 사실통지서(전액본인부담 대상자에 대한 안내) ····· 598
[서식 100] 동일성분의약품 중복투약 내역서(전액본인부담 대상자) ····· 599
[서식 101] 행정처분통보서(시행규칙 별지 제22호서식) ····· 600
[서식 102] 처분사전 통지서(대표자용) ····· 601
[서식 103] 처분사전 통지서(사무장용) ····· 605
[서식 104] 의료급여 정산자료 요구 서식 ····· 609
[서식 105] 이의신청서(시행규칙 별지 제23호서식) ····· 610
[서식 106] 이의신청결정서(시행규칙 별지 제24호서식) ····· 612
[서식 107] 이의신청서(시행규칙 별지 제25호서식) ····· 613
[서식 108] 이의신청결정서(시행규칙 별지 제26호서식) ····· 615
[서식 109] 의료급여 부당청구 신고서 ····· 616
[서식 110] 의료급여 신고포상금 지급신청서 ····· 618
[서식 111] 과징금 (분할)납부 신청서 ····· 619
[서식 112] 보장기관 현지조사 의뢰서 ····· 621
[서식 113] 과징금 미납자에 대한 업무정지 처분변경 요청서 ····· 622
[서식 114] 의료급여 2종 조산아 및 저체중 출생아 등록 신청서 ····· 623
[서식 115] 선택의료급여기관 지정 제외자 급여일수 관리 대장 ····· 624
[서식 116] 선순위자 선정서 ····· 625
[서식117] 의료급여사례관리 다빈도 외래이용자 기초조사서 ····· 626
[서식118] 의료급여사례관리 장기입원자 기초조사서 ····· 630
[서식119] 의료급여사례관리 장기입원자 퇴원사정도구 ····· 633
[서식120] 의료급여수급자 장기입원내역 요청 서식 : 의료급여기관용 ····· 637
[서식121] 의료급여수급자 장기입원내역 요청 서식 : 사회복지시설용 ····· 638
[서식122] 의료급여사례관리 연중관리 대상자 기초조사서(외래) ····· 639
[서식123] 의료급여사례관리 연중관리 대상자 기초조사서(입원) ····· 642
[서식124] 의료급여사례관리 자원연계 의뢰서 ····· 645
[서식125] 공공 및 민간 서비스 연계를 위한 개인정보 제3자 제공 동의서 ····· 646
[서식126] 시·도 관외 입원자 사례관리 의뢰서 ····· 647

[서식 1] ■ 사회보장급여관련 공통서식에 관한 고시 [별지 제1호서식] 〈개정 2022.7.1.〉

사회보장급여 신청(변경)서

(4쪽 중 1쪽)

처리기간	별도안내

신청인	성명		주민등록번호 (외국인등록번호)		세대주와의 관계		전화번호	
	주소	(실거주지 주소[1] :)					휴대전화	
							전자우편	

가족사항	세대주와의 관계	성 명	주민등록번호 (외국인등록번호 등)	동거여부 (미동거 사유)	학력·재학여부 (학교명/학년반)	건강상태 (장애/질병)	취업상태		전화번호 (집/직장)
							직업	직장명	

1. 배우자 관계[2] ([ ]법률혼 [ ]사실혼 [ ]사실상 이혼) 2. 외국여권 소지자명[3]: _____, _____

3. 국외출생자명[4]: _____, _____ 4. 복수국적자명[5]: _____, _____

부양의무자[6]	수급자와의 관계	성 명	주민등록번호 (외국인등록번호)	주 소	가구원수	전화번호
	의					
	의					
	의					
	의					

급여계좌	신청인과의 관계	성 명	금융기관명	계좌번호	비고(사유)[7]

통지방법	[ ] 서면 [ ] 전자우편(E-mail) [ ] 문자메시지서비스(SMS) [ ] 기타 ( )

작성방법

1) 주민등록상 주소와 실제 거주지의 주소가 다른 경우 실제 거주지의 주소 기재(주거급여 신청자 중 임차가구에 한함)

2),3) 해당자에 한함

4),5) 아동수당, 영아수당(현금), 양육수당 신청대상에 한함

6) 부양의무자 조사 사업 해당자에 한함(부양의무자 : ① 수급권자의 1촌의 직계혈족, ② 수급권자의 1촌의 직계혈족의 배우자, 다만 사망한 1촌의 직계혈족의 배우자는 제외)

7) 동일보장가구원의 계좌가 아닐 경우 사유를 반드시 기재하고, 디딤씨앗계좌(CDA) 또는 압류방지통장이 있는 경우에도 반드시 기재

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

보장구분	사회보장급여 내용	
기초생활보장	[ ]생계급여 [ ]의료급여 [ ]주거급여([ ]자가 [ ]임차[8] [ ]기타[9]) [ ]교육급여	
영유아	[ ]영아수당(현금) (대상자 이름 :) [ ]양육수당(대상자 이름 :), ([ ]가정양육수당 [ ]장애아동양육수당 [ ]농어촌양육수당) [ ]종일제 아이돌봄서비스(대상자 이름 :), [ ]시간제 아이돌봄서비스(대상자 이름 :)	
아동수당	[ ]지급대상아동이름: ① ② ③	
아동 · 청소년	[ ]초·중·고 학생 교육비 지원	① 방과후학교자유수강권 ② 급식(중식)비 ③ 고교학비지원 ④ 교육정보화지원(PC, 인터넷통신비+유해차단서비스) [PC 신청 여부 : [ ]신청 [ ]미신청] [통신사 [ ]KT [ ]SK브로드밴드 [ ]LG U+ [ ]SK 텔레콤 [ ]기타( )] [인터넷 가입(예정)자 성명 : , 주민번호 :] * (필수) 본인 관련 정보를 정부, 지방자치단체 및 지정 기관(PC 설치업체, 인터넷통신회사)에 제공 동의[ ]
	[ ]소년·소녀가정 보호비 [ ]청소년특별지원 ([ ]연장신청)	
노 인	[ ]기초연금([ ]배우자 동시신청)	
장 애 인	[ ]장애인연금([ ]배우자 동시신청 [ ]차상위 부가급여) [ ]장애수당 [ ]장애아가족양육지원 [ ]장애아동수당 [ ]장애인자립자금 대여	
한부모 가족	[ ]한부모 가족지원(급여지급, 증명서 발급) [ ]청소년 한부모 자립지원(급여지급, 증명서 발급)	
기 타	[ ]차상위계층 확인 [ ]차상위 본인부담경감 [ ]차상위 자활급여 [ ]시설이용·입소 [ ]자산형성 [ ]타법 의료급여10) ( ) [ ]개발제한구역 거주민 생활비용보조 [ ]사회복지공동모금회 등 서비스 의뢰 및 연계 [ ]다문화가족 방문교육서비스	

복지대상자 요금 감면 (대행)신청

자격구분	[ ] 기초생활보장수급자 ([ ] 생계 [ ] 의료 [ ] 주거 [ ] 교육) [ ] 차상위계층 [ ] 장애인 [ ] 한부모가족 [ ] 기초연금			
감면 서비스	전체 신청	[ ] ※ 전체서비스 (대행)신청 시 체크		
	선택 신청	[ ] 전기요금	[ ] TV수신료 면제	[ ] 휴대전화요금
		[ ] 지역난방요금	[ ] 도시가스요금	[ ] 시내·외유선전화요금

※ 아래항목 작성 시 신속·정확하게 요금감면대상 확인이 가능하며,
미 작성 및 부정확한 정보를 작성 시 감면서비스 (대행)신청이 제한될 수 있습니다.

- 전기 고객번호 : • 지역난방 열사용자번호 : • 이동통신사 [ ]KT [ ]SK 텔레콤 [ ]LG유플러스
- 도시가스 (사용계약자명 : 사업자명 : 고객번호 :)
- 시내·외유선전화 (계약자주민등록번호: 전화번호: 사업자: [ ]KT [ ]SK브로드밴드 [ ]LG유플러스)

가구원 추가 기재 (휴대전화 요금할인 신청시)

	신청인과의 관계	성 명	주민등록번호 (외국인등록번호 등)	휴대전화 번호	이동통신사
가족 사항					[ ]KT [ ]SK 텔레콤 [ ]LG 유플러스
					[ ]KT [ ]SK 텔레콤 [ ]LG 유플러스
					[ ]KT [ ]SK 텔레콤 [ ]LG 유플러스

개인정보 수집 및 활용 동의

확 인 (√ 체크)

1. 수집·이용에 관한 사항

□ 개인정보 활용 목적

동 신청서를 접수한 **보장기관의 장이 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제7조 및 제19조에 따라 지원대상자의 선정 및 확인조사 등을 위하여 개인정보를 활용하고자 합니다.**

□ 활용할 개인정보와 동의요청 범위

인적사항 및 가족관계 확인에 관한 정보, 소득·재산·근로능력·취업상태에 관한 정보, 사회보장급여의 수혜이력에 관한 정보, 그밖에 수급권자를 선정하기 위하여 필요한 정보로서 주민등록전산정보·가족관계등록전산정보(기초생활보장은 본인, 배우자, 직계존·비속 및 그 배우자 정보, 영유아 및 한부모 가족은 본인, 배우자 및 직계비속 정보, 노인 및 장애인은 본인 및 배우자 정보), 금융·국세·지방세, 토지·건물·건강보험·국민연금·고용보험·산업재해보상보험·출입국·병무·보훈급여·교정 등 자료 또는 정보에 대하여 **정기적으로 관계기관에 요청**하거나 관련 정보통신망(행정정보공동이용 포함)을 통해 **조회 및 적용하는 것에 대하여 동의합니다.**

[ ]

□ 개인정보 보유 및 파기

같은 법 제34조에 따라 **5년간 보유**하고(지원대상자 보호에 필요한 사회보장정보는 5년을 초과하여 보유할 수 있음), 그 기간이 경과하면 **파기함을 고지합니다.**

2. 제3자 제공에 관한 사항 ☐ **제공받는 자**: 한국방송공사, 한국전력공사, 이동통신사, 한국가스공사, 도시가스사업자, 지역난방공사, 시내·외유선전화사업자 ☐ **제공받는 자의 이용 목적**: 요금감면 (대행)신청 및 요금감면 대상 자격변동 여부 확인 ☐ **제공할 개인정보 범위**: 성명, 주민등록번호(외국인등록번호), 주소, 연락처, 자격정보, 고객번호 ☐ **제공받은 자의 개인정보 보유·이용 기간**: 요금감면대상 자격상실 후 5년이 경과하면 파기함을 고지합니다. ☐ **동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 불이익** 위 개인정보의 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부시 요금감면 (대행)신청이 제한됩니다.	[ ]

선택적 동의	동 의 (√ 체크)
1. 장애인연금의 차상위 부가급여를 신청하여 차상위 자격이 확인되었으나, 위탁 심사결과 장애인연금법 시행령 제2조에 해당되지 않는 등록장애인일 경우, 장애인연금 신청일을 장애수당 신청일로 처리하는데 동의합니다.	[ ]
2. 사회복지공동모금회 등 서비스연계를 신청하는 경우, 신청을 대행하고 필요한 경우 관련 정보(성명, 주소, 연락처, 자격정보 등)를 제공하는 것에 동의합니다.	[ ]
3. 교육급여를 신청한 경우, 초·중·고 학생 교육비 지원을 신청한 것으로 처리하는 것에 동의합니다.	[ ]
4. 기초생활보장급여를 신청한 경우 차상위계층 지원사업(차상위계층 확인, 차상위 본인부담경감, 차상위 자활급여)을 신청한 것으로 처리하는 것에 동의합니다. 기초생활보장급여가 전부 중지된 경우 관련 개인정보를 활용하여 차상위계층 지원사업을 신청하는 것에 동의합니다.	[ ]
5. 차상위계층 지원사업 수급 중 소득이나 재산 등이 변동된 경우 관련 개인정보를 활용하여 「국민기초생활 보장법」 제21조의 제2항에 따라 기초생활보장급여를 신청하는 것에 동의합니다.	[ ]
6. 맞춤형 급여 안내를 신청하고 사회보장급여의 수급 가능성 확인을 위하여 필요한 개인정보, 금융·신용·보험정보 등을 활용하는 것에 동의합니다. (단, 생계·의료·주거·교육급여, 한부모 가족지원, 청소년 한부모 자립지원, 차상위계층 확인, 차상위 자활급여, 차상위 자산형성, 기초연금, 장애인연금, 장애수당, 장애아동수당 신청에 한함)	[ ]
7. 영아수당(현금) 급여를 신청한 경우 만2세 연령 도래시 양육수당 급여를 신청한 것으로 처리하는 것에 동의합니다.	[ ]

유 의 사 항	확 인 (√ 체크)
1. 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 및 관계 법률에 따라 허위 또는 기타 부정한 방법으로 급여를 받거나 타인으로 하여금 급여를 받게 한 경우, 급여 지급 사유가 소급하여 소멸한 경우 등에는 보장비용을 지급한 보장기관이 그 비용의 전부 또는 일부를 그 급여를 받은 자 또는 급여를 받게 한 자로부터 환수할 수 있으며, 해당 법률에서 정한 바에 따라 징역, 벌금, 구류 또는 과태료 등의 처분을 받을 수 있습니다.	[ ]
2. 사회보장급여의 제공여부 결정에 필요한 조사를 거부, 방해 또는 기피할 경우 관계 법률에 따라 신청이 각하되거나 결정이 취소되고, 급여가 정지 또는 중지되거나, 과태료 등이 부과될 수 있습니다.	
3. 이 신청에 따라 사회보장급여를 제공받으면 거주지, 세대원, 소득·재산상태, 근로능력, 수급이력, 복수국적발생 등이 변동되었을 때 변동사유를 신고하지 않거나 허위로 신고한 경우 해당 급여는 환수될 수 있으며, 관계 법률에 따라 형사 처벌 또는 과태료 등의 처분을 받을 수 있습니다.	
4. 사회보장급여 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환되지 않습니다.	
5. 「국민기초생활 보장법」 제8조의2 제1항 제3호, 같은 법 시행령 제5조의6 제2항 제3호에 따른 부양의무자 기준 미적용 요건이 향후 변경되는 경우(부양의무자 또는 그 가구원의 기초연금·장애인연금 수급권 소멸·상실 또는 지급 정지, 장애정도 하향조정 등)에는 같은 법에 따른 급여가 정지 또는 중지될 수 있으며, 부양의무자 조사를 위한 서류('금융정보등 제공동의서' 등) 제출이 필요할 수 있습니다.	
6. 요금감면 (대행)신청을 한 경우 관련한 결정 또는 서비스 제공에 대해서는 해당 기관에 직접 문의하시기 바랍니다. ※ TV 수신료 및 전기요금 : 한국전력공사, 휴대전화요금 : 이동통신사, 도시가스요금 : 도시가스사업자 지역난방비감면 : 지역난방공사 시내·외유선전화요금 : 시내·외유선전화사업자	
7. 맞춤형 급여 안내는 사회보장급여의 수급 가능성을 주기적으로 확인하여 안내해 드리기 위한 것으로, 실제 사회보장급여 수급을 위해서는 별도로 신청하셔야 합니다. 맞춤형 급여 안내의 유효기간은 5년이고, 거부 의사가 없으면 연장될 수 있습니다. 맞춤형 급여 안내는 가구 단위로 신청되며, 가구원은 주민등록전산정보·가족관계등록전산정보 변동에 따라 변경될 수 있습니다. 맞춤형 급여 안내를 통해 안내된 사회보장급여는 정보통신망에서 조회된 공적자료 위주로 확인한 결과이므로 실제 신청조사 결과와 다를 수 있으며, 신청인과 가구원의 '금융정보 등 제공 동의서' 제출 여부에 따라 안내의 정확도가 달라질 수 있습니다.	

본인(대리신청인 포함)은 개인정보 활용 동의와 선택적 동의 및 유의사항에 대하여 담당공무원으로부터 안내받았음을 확인하며, 위와 같이 사회보장급여를 신청합니다.

년 월 일

신청인(대리 신청인)[11] 성명 : (서명 또는 인)

(배우자 동시신청 시) 배우자 : (서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장·교육감 귀하

8) 민간·공공임차, 사용대차, 공동생활가정 거주자,
9) 가정위탁(입양대상), 보장시설, 타 법령 우선지원 주거시설, 공공운영 공동생활가정 등,
10) 「의료급여법」 제3조제1항제2호부터 제10호에 해당하여 의료급여를 받고자 하는 수급권자,
11) 가족, 친족(8촌이내의 혈족, 4촌이내의 인척), 사회복지담당공무원 및 기타 관계인(후견인) 등

<table>
<tr><th colspan="4">안 내 사 항</th></tr>
<tr><td>처 리
기 한</td><td colspan="3">- 14일 : 유아학비, 양육수당(연장시 30일)
- 30일 : 기초생활보장(연장시 60일), 아이돌봄서비스지원(연장시 60일), 기초연금(연장시 60일), 장애인연금(연장시 60일), 청소년특별지원, 영아수당(연장시 60일), 아동수당(연장시 60일), 한부모가족(연장시 60일)
- 60일 : 초·중·고 학생 교육비 지원(연장시 90일)</td></tr>
<tr><td rowspan="8">관 계
법 률</td><td>보장구분</td><td colspan="2">해당 법률</td></tr>
<tr><td>기초생활보장</td><td colspan="2">기초생활보장법, 의료급여법, 초·중등교육법, 주거급여법</td></tr>
<tr><td>영유아</td><td colspan="2">영유아보육법, 아이돌봄지원법</td></tr>
<tr><td>아동 · 청소년</td><td colspan="2">초·중등교육법, 학교 밖 청소년법, 청소년복지 지원법, 아동수당법</td></tr>
<tr><td>노인</td><td colspan="2">기초연금법</td></tr>
<tr><td>장애인</td><td colspan="2">장애인연금법, 장애인복지법, 장애아동 복지지원법</td></tr>
<tr><td>한부모가족</td><td colspan="2">한부모가족지원법</td></tr>
<tr><td>기타</td><td colspan="2">기초생활보장법, 국민건강보험법, 의료급여법, 개발제한구역법</td></tr>
<tr><td colspan="2">신청시 구비서식</td><td colspan="2">추가 제출서류</td></tr>
<tr><td>기초생활보장, 기초연금, 초·중·고 학생 교육비, 장애인, 장애인연금, 한부모가족, 기타(타법의료급여12), 개발제한구역 생활비용 보조, 차상위계층 확인)</td><td>소득·재산신고서
(별지 제1호의2서식)

금융정보등제공동의서
(별지 제1호의3서식)</td><td colspan="2" rowspan="2">1. 신청인(대리신청인)의 신분을 확인할 수 있는 서류(해당자에 한하며, 대리신청의 경우에는 위임장 및 대리신청인, 신청인의 신분을 확인할 수 있는 서류)
2. 제적등본(가족관계증명서로 부양의무자를 확인할 수 없는 경우에 한함)
3. 소득·재산 등의 확인에 필요한 서류(임대차 계약서, 급여명세서 등)
4. 건강 진단서(해당자에 한함)
5. 통장계좌번호 사본 1부(해당자에 한함)
6. 수업료 등 납입고지서(학비지원 신청자의 경우에 한함)
- 1/4분기 : 수업료납입고지서(신입생인 경우 입학금고지서)
- 2/4분기 이후 : 해당학교 재학조회 또는 당해 분기 납입고지서(신규신청)
- 학원학습비 및 직원훈련비 등 납입고지서
7. 특별청소년지원 신청의 경우, 선정대상임을 증명하는 서류 또는 그 밖의 자료 (보호자 부재·연락 두절, 학업 중단 등)
8. 청소년한부모자립지원대상자 중 자립촉진수당 신청자
- 취업훈련확인서, 취업확인서, 검정고시학원등록증빙자료, 재학증명서 또는 이와 동등한 효력을 가지는 서류 중 하나이상 제출
9. 노숙인 확인서 등(해당자에 한함)
10. 아이돌봄서비스 신청의 경우 취업증빙 서류
11. 농어촌양육수당 신청의 경우 농어업경영체 등록 확인서 또는 농업인확인서
12. 자산형성 신청의 경우 별지 제13호서식 자산형성사업 참여(변경) 신청서
13. 임대차계약서, 사용대차확인서 등 임차가구임을 증빙할 수 있는 서류(주거급여 임차수급자에 한함)
14. 복수국적자의 경우, 기본증명서 상세, 가족관계증명서 사본 각 1부 , 외국여권 사본1부(외국여권소지자), 국내여권 사본 1부(국내여권소지자)
단, 외국여권 및 국내여권이 모두 없는 경우 여행증명서 사본 또는 출입국사실증명서
15. 복수국적자가 아닌 국외출생자의 경우, 국내여권 사본 1부
단, 국내여권이 없는 경우 여행증명서 사본 또는 출입국사실증명서</td></tr>
<tr><td>노인, 아동·청소년, 기타(차상위본인부담경감, 자산형성)</td><td>소득·재산신고서
(별지 제1호의2서식)</td></tr>
<tr><td>제출하는 곳</td><td colspan="3">관할 시·군·구청(읍·면 사무소 또는 동 주민센터). 단, 기초연금 지급 신청자는 국민연금공단에 제출 가능</td></tr>
</table>

12)「의료급여법」제3조제1항제5호부터 제7호, 제9호에 해당하여 의료급여를 받고자 하는 수급권자

[서식 2] ■ 사회보장급여관련 공통서식에 관한 고시 [별지 제1호의3서식] 〈개정 2022.9.5.〉 (앞 쪽)

금융정보 등(금융·신용·보험정보) 제공 동의서

1. 지원대상자 가구 세대주 인적사항

관 계	성 명	주민등록번호 (외국인등록번호 등)
		-

2. 금융정보 등 제공 동의자(지원대상자 또는 부양의무자)

※ 유의사항 : 인감으로 동의할 경우 인감증명서 제출이 필요합니다. 동의자가 미성년자인 경우 친권자 등 보호자의 자필 한글정자 서명 또는 무인(인감 포함)으로 대신합니다.

세대주와의 관 계	동의자 성 명	주민등록번호 (외국인등록번호 등)	금융정보 등의 제공을 동의함[1),2)] (한글정자 서명 또는 무인·인감)	금융정보 등의 제공 사실을 동의자에게 통보하지 아니함에 동의함[3)] (한글정자 서명 또는 무인·인감)
		-		
		-		
		-		
		-		

1) 지원대상자 선정 및 확인조사, 맞춤형 급여 안내, 수급희망 이력관리에 필요한 금융재산조사를 위하여 금융기관 등이 지원대상자 또는 부양의무자의 금융정보 등을 보건복지부장관·국토교통부장관·교육부장관·여성가족부장관·특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장·특별시교육감·광역시교육감·특별자치시교육감·도교육감·특별자치도교육감(관련법에 따른 위탁업무수행 기관장 포함, 이하 '보건복지부장관 등'이라 한다)에게 제공하는 것에 동의합니다.

2) 보건복지부장관 등이 별지 제1호서식 구비서류로 제출된 통장계좌번호의 진위 여부 확인을 요청하는 경우 금융기관 등이 계좌 명의자의 성명, 주민등록번호, 계좌번호를 제공하는 것에 동의합니다.

3) 금융기관이 금융정보등을 보건복지부장관 등에게 제공한 사실을 동의자에게 통보하지 아니하는 데에 동의합니다. (만일 동의하지 않으면, 금융기관 등이 금융정보 등의 제공사실을 정보제공 동의자 개인에게 우편으로 송부하게 됩니다. 단, 기초연금의 경우는 별첨서식「금융정보 등 제공 사실 통보요구서」를 추가로 제출하여야만 통보됩니다.)

3. 금융정보 등의 제공 범위, 대상 금융기관 등의 명칭 : 뒷면 참조

4. 금융정보 등의 제공 동의 유효기간 : 동의서 제출 후 신청 서비스 자격 결정 전(맞춤형 급여 안내, 수급희망 이력관리를 신청한 경우에는 그 신청서의 유효기간)까지, 자격 취득한 경우에는 자격상실 전까지

5. 정보제공 목적 : 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」, 「국민기초생활 보장법」, 「기초연금법」, 「장애인연금법」, 「긴급복지지원법」, 「청소년복지 지원법」, 「한부모가족지원법」, 「장애인복지법」, 「개발제한구역의 지정 및 관리에 관한 특별조치법」, 「아이돌봄 지원법」, 「장애아동 복지지원법」, 「초·중등교육법」, 「의료급여법」, 「주거급여법」에 따른 복지대상자 선정·확인조사 지원, 맞춤형 급여 안내 및 수급희망 이력관리를 위한 수급가능성 확인, 별지 제1호 서식 구비서류로 제출된 통장계좌번호의 진위 여부 확인

년 월 일

금융기관장·신용정보집중기관장 귀하

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(뒤 쪽)

금융기관 등의 명칭

1.「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 금융회사 등
 1)「은행법」에 따른 은행
 2)「중소기업은행법」에 따른 중소기업은행
 3)「한국산업은행법」에 따른 한국산업은행
 4)「한국수출입은행법」에 따른 한국수출입은행
 5)「한국은행법」에 따른 한국은행
 6)「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자·투자중개업자·집합투자업자·신탁업자·증권금융회사·종합금융회사 및 명의개서대행회사
 7)「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행 및 상호저축은행중앙회
 8)「농업협동조합법」에 따른 조합과 그 중앙회 및 농협은행
 9)「수산업협동조합법」에 따른 조합 및 중앙회
 10)「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합 및 신용협동조합중앙회
 11)「새마을금고법」에 따른 금고 및 중앙회
 12)「보험업법」에 따른 보험회사
 13)「우체국예금·보험에 관한 법률」에 따른 체신관서
 14)「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 시행령 제2조에 따른 기관
2.「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제25조에 따른 신용정보집중기관: 전국은행연합회 등

금융정보 등의 범위

1. 금융정보
 1) 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 외화예금 등 요구불 예금 : 3개월 이내 평균 잔액, 3개월 입금액 총액*
  * 기초생활보장제도만 해당
 2) 정기예금, 정기적금, 정기저축 등 저축성예금 : 예금의 잔액 또는 총 납입액
 3) 주식, 수익증권, 출자금, 출자지분, 부동산(연금)신탁 : 최종 시세가액
 4) 채권, 어음, 수표, 채무증서, 신주인수권증서, 양도성예금증서 : 액면가액
 5) 연금저축 : 정기적으로 지급된 금액 또는 최종 잔액
 6) 1)부터 5)까지에 해당하는 금융재산에서 발생하는 이자, 배당 또는 할인액

2. 신용정보
 1) 대출 현황 및 연체 내용
 2) 신용카드 미결제 금액

3. 보험정보
 1) 보험증권 : 해약할 경우 지급받게 될 환급금 또는 최근 1년 이내에 지급된 보험금
 2) 연금보험 : 해약할 경우 지급받게 될 환급금 또는 정기적으로 지급되는 금액

유 의 사 항

○ 지원대상자 또는 부양의무자가 이 동의서 제출을 2회 이상 거부·기피할 경우「국민기초생활 보장법」 제22조제8항,「기초연금법」 제11조제4항,「장애인연금법」 제9조제8항,「의료급여법」 제3조의3제3항,「주거급여법」 제14조,「아이돌봄지원법」 제24조제3항,「한부모가족지원법」 제12조의4에 따라 사회보장급여 신청이 각하될 수 있습니다.

○ 이 동의서는「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제5조,「국민기초생활 보장법」 제21조,「기초연금법」 제10조,「장애인연금법」 제8조 및「한부모가족지원법」 제11조,「장애인복지법」 제50조의2,「초·중등교육법」 제60조의5,「의료급여법」 제3조의3제2항,「주거급여법」 제9조에 따라 사회보장급여를 신청할 때 한 번만 제출하면 됩니다.
향후「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제19조 및「국민기초생활 보장법」 제23조 및「기초연금법」 제11조제2항,「장애인연금법」 제11조,「의료급여법」 제3조의3제3항,「주거급여법」 제11조에 따른 확인조사의 경우에는 동의서를 추가로 제출하지 아니하여도 보건복지부장관 등이 금융정보 등의 제공을 요청할 수 있습니다.

○「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제22조의2에 따라 맞춤형 급여 안내를 위한 금융정보 등의 제공 동의서를 한 번만 제출하면, 이후 주기적인 맞춤형 급여 안내를 위한 금융재산조사의 경우에는 동의서를 추가로 제출하지 아니하여도 보건복지부장관 등이 금융정보 등의 제공을 요청할 수 있습니다. 맞춤형 급여 안내 신청인과 가구원의 금융정보 등 제공 동의서 제출 여부에 따라 수급가능성을 확인하여 안내하는 사업의 정확도가 달라질 수 있습니다.

○ 동의자(지원대상자 또는 부양의무자)의 금융정보 등은「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제29조제8항 및 제49조,「국민기초생활 보장법」 제22조제6항 및 제23조의2제6항,「기초연금법」 제12조제6항,「긴급복지지원법」 제13조제7항 및「장애인연금법」 제9조 제6항 및 제12조제6항,「한부모가족지원법」 제12조의3,「장애인복지법」 제50조의3제6항,「장애아동복지지원법」 제15조제6항,「의료급여법」 제3조의3제3항,「초·중등교육법」 제60조의6,「주거급여법」 제15조제6항에 따라 대상자 선정·확인조사, 맞춤형 급여 안내, 수급희망 이력관리, 급여 지급계좌 유효성 확인을 위한 금융재산 등의 조사 목적 외에 다른 용도로 사용하거나 다른 사람 또는 기관에 제공되지 아니하며, 이를 위반한 경우에는「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제54조 또는 해당 법률의 벌칙규정을 적용하여 처벌받을 수 있습니다.

[서식 3] ■ 사회보장급여 관련 공통서식에 관한 고시 [별지 제6호서식] 〈개정 2022.7.1.〉 (5쪽 중 1쪽)

사회보장급여 [ ] 결정(적합) [ ] 결정(대상제외) [ ] 변경·정지·중지·상실 통지서

신청인/세대주	성 명			생년월일	
	주 소				
	신청내용	신청구분		급여·서비스내용	
비고					

1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사 결과 **기초생활보장 수급자**로 결정되었음을 알려드립니다.

신청인과의 관계	급여대상자	생년월일	보장급여	급여개시일
	개인별 성명 전체 명시			

* 생계·의료·주거급여 보장결정사항은 시·군·구청장이, 교육급여 보장결정사항은 시·도교육감이 각각 통지

2. 거주지역, 세대구성, 부양의무자, 소득·재산 및 임대차 계약조건 등에 변동이 있을 시에는 반드시 관할 읍·면사무소 또는 동 주민센터에 신고하여야 하며, 선정기준을 초과하거나 다음의 사유가 발생한 경우에는 자격이 중지, 변경 되거나 급여가 감소 될 수 있습니다.
- 중지 : 외국에 최근 6개월간 통산하여 90일을 초과하여 체류하는 경우, 「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」 및 「치료감호 등에 관한 법률」에 따른 교정시설 또는 치료감호시설에 수용중인 경우, 실종선고 절차가 진행 중인 경우, 가출 또는 행방불명으로 신고 된 후 1개월이 지났거나 해당 사실을 보장기관이 확인한 경우, 수급권자에게 급여가 필요 없게 되거나 수급권자가 그 전부 또는 일부를 거부한 경우, 수급자가 지급받은 임차료를 타 용도로 사용하여 3개월 이상 월임치 연체 등
- 변경 : 수급권자 및 부양의무자의 소득·재산, 임대차 계약조건 및 근로능력에 변동이 있는 경우 등
- 급여감소 : 3개월 중 30일 이상의 기간 동안 입원중인 경우 등

3. 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고하여 부정한 방법으로 급여를 받거나 타인으로 하여금 급여를 받게 한 경우 해당 급여는 환수될 수 있으며, 형사처벌을 받을 수 있습니다.

4. 기초생활수급자는 시중은행·우체국·신협·새마을금고 중앙회 등 금융권에 수급자 증명서를 함께 제출하여 **압류방지통장**을 개설할 수 있으며, 개설 후 관할 읍·면사무소 또는 동 주민센터에 계좌변경 신청을 하면 급여가 압류되는 것을 방지할 수 있습니다.

5. 수선유지급여 지급대상자는 적합통지를 받은 해의 다음 연도부터 주택노후도 등에 따라 주택수선을 받을 수 있습니다.

1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 [ ] 한부모가족 ([ ] 급여지급, [ ] 증명서 발급) [ ] 장애인복지 [ ] 기타( ) 급여대상자로 결정되었음을 알려드립니다.

신청인과의 관계	급여대상자	생년월일	보장구분	보장급여	보장기간
	개인별 성명 전체 명시				

2. 거주지역, 세대구성, 부양의무자, 소득·재산 등에 변동이 있을 시에는 반드시 관할 읍·면사무소 또는 동 주민센터에 신고하셔야 하며, 보장기간 중이라 하더라도 급여대상자 선정기준을 초과할 시에는 급여가 중지될 수 있습니다.

3. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 급여를 받은 경우 부당하게 지급받은 급여 또는 서비스는 **환수될 수 있으며**, 부정 수급한 경우 형사처벌을 받을 수 있습니다.
4. 한부모가족 또는 장애인복지(장애(아동)수당) 수급자는 시중은행·우체국·신협·새마을금고 중앙회 등 금융권에 증명서(확인서)를 함께 제출하여 **압류방지통장**을 개설할 수 있으며, 개설 후 관할 읍·면사무소 또는 동 주민센터에 계좌변경 신청을 하면 급여가 압류되는 것을 방지할 수 있습니다.
5. 소득인정액이 기준 중위소득 52%를 초과하고 60%이하인 한부모가족지원 신청자(기준 중위소득 60%를 초과하고 72% 이하인 청소년 한부모가족지원 신청자)는 급여는 지급되지 않고, 한부모가족증명서가 발급됩니다.

1. 귀하가 신청한 급여에 대해 조사한 결과 **아래와 같이 영유아보육 수급자로 결정**되었음을 알려드립니다.

* '22년 이후 출생한 만 0~1세의 경우 영아수당(현금)을 대신하여 보육료를 수급합니다. 보육료 이용을 중단하고 다시 영아수당(현금), 종일제 아이돌봄서비스 수급을 희망하시는 경우에는 급여변경신청을 하셔야 합니다.

신청인과의 관계	급여대상자	생년월일	보장급여	보장기간
	개인별 성명 전체 명시			

2. 가정양육수당은 신청한 날이 속하는 달부터 매월 25일 귀하께서 지정한 계좌로 입금될 예정입니다. 다만, 출생자의 경우에는 예외적으로 출생일로부터 60일 이내 신청 시 출생월로 소급하여 지원합니다.
3. 가정양육수당 수급 아동이 90일 이상 지속하여 해외에 체류하는 경우에는 영유아보육법 제34조의2에 의해 해당 기간동안 양육수당 지원이 정지되므로, 정지 사유가 발생할 경우에는 반드시 그 사실을 관할 읍·면·동 주민센터에 알려야 합니다.
4. 어린이집 0~2세 연장보육반 수급 아동이 부모의 취업 여부 등 연장보육반 자격 인정 요건에 변동이 생긴 경우 또는 가정양육수당 수급 아동의 어린이집 입소, 유치원(특수학교 포함) 입학, 종일제 아이돌봄서비스 이용 등 가정양육수당 수급 인정 요건에 변동이 생긴 경우에는 반드시 그 사실을 관할 읍·면·동 주민센터에 알려야 하며, 변경 사유를 신고하지 않거나 허위로 신고한 경우 관련 법령에 의거 부당하게 지급받은 금액은 환수될 수 있고 처벌을 받을 수 있습니다.
5. 연장보육반 수급 아동의 경우 유효기간 내일지라도 해당 사유가 소멸할 경우 직권으로 기본보육반으로 조정될 수 있습니다.
6. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 영유아보육법 제34조에 따른 보육료를 지원받거나 타인으로 하여금 지원을 받게 한 자는 영유아보육법 제54조에 의해 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.

1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 **장애인연금 지급 대상자**로 결정되었음을 알려드립니다.
2. 귀하의 지급 예정 장애인연금 급여액 및 지급 계좌번호는 아래와 같습니다.

구 분	성 명	장애인연금 급여액	금융기관	계좌번호
본 인				
배우자				

3. 연금은 신청한 날이 속하는 달(사전신청의 경우 18세가 되는 달)부터 수급권이 소멸하는 날이 속하는 달까지 매월 20일에 귀하께서 지정한 계좌로 입금될 예정입니다.
4. 다음의 사유가 발생하였을 때에는 30일 이내에 관할 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 반드시 신고하셔야 합니다.
   - 수급권 상실 : 사망, 국적상실, 국외이주, 소득과 재산의 증액으로 소득인정액이 선정기준액을 초과한 경우, 장애정도 변경 등으로 중증장애인에 해당하지 아니하게 된 경우, 본인 또는 배우자의 직역연금 수급권 발생
   - 변경 : 연금지급액의 변경을 초래하는 소득과 재산의 변동, 결혼·이혼 및 배우자의 사망, 지급계좌 변경, 연금지급 정지 사유 소멸

- 정지 : 금고 이상의 형을 선고받고 「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」에 따른 교정시설 또는 「치료감호법」에 따른 치료감호시설에 수용중인 경우, 행방불명이나 실종 등의 사유로 사망한 것으로 추정되는 경우, 국외체류기간이 60일 이상 지속된 경우, 거주불명자로 등록된 경우(실제 거주지를 알 수 있는 경우에는 제외)

5. 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우, 부당하게 지급받은 연금은 **환수되고**, 과태료가 부과 되거나 형사 처벌 받으실 수 있습니다.
6. 장애인연금 수급자는 시중은행·우체국·신협·새마을금고 중앙회 등 금융권에 장애인연금 대상자 확인서를 함께 제출하여 **압류방지통장**을 개설할 수 있으며, 개설 후 관할 읍·면사무소 또는 동 주민센터에 계좌변경 신청을 하면 급여가 압류되는 것을 방지할 수 있습니다.

1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 **특별지원청소년 대상자로 결정**되었음을 알려드립니다.
2. 귀하의 보호자, 지원기관, 지원내용은 아래와 같습니다.

보호자	성 명		관계		생년월일	
	주 소			연락처		
지원기관	기관명			대표자		
	주소			담당자		
				연락처		
지원내용						

3. 거주지역, 세대구성, 부양의무자, 소득·재산 등에 **변동**이 있을 시에는 반드시 관할 읍·면사무소 또는 동 주민센터에 **신고**하셔야 하며, 보장기간 중이라 하더라도 급여대상자 **선정기준을 초과할 시에는 급여가 중지**될 수 있습니다.
4. 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우, **부당하게 지급받은 급여 또는 서비스는 환수**할 수 있습니다.

1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 **기초연금 지급대상자로 결정**되었음을 알려드립니다.
2. 귀하의 지급예정 연금액 및 연금지급 지급 계좌번호는 아래와 같습니다.

구 분	성 명	기초연금 급여액*	금융기관	계좌번호
본 인		원		
배우자		원		

* 이 금액은 예상연금액으로 실지급액과 다를 수 있습니다.

3. 기초연금은 신청한 날이 속하는 달(사전신청의 경우 65세가 되는 달)부터 수급권이 소멸하는 날이 속하는 달까지 매월 25일에 귀하께서 지정한 **계좌**로 **입금**될 예정입니다.
4. 거주지역, 세대구성, 소득·재산 등에 변동이 있을 때에는 30일 이내에 관할 읍·면사무소 및 동 주민센터 또는 국민연금공단에 반드시 신고하여야 하며, 선정기준을 초과하거나 다음의 사유가 발생한 경우에는 수급권상실, 변경되거나 지급정지 될 수 있습니다.

- **수급권 상실** : 사망, 국적상실, 국외이주, 소득과 재산의 증액으로 소득인정액이 선정기준액을 초과한 경우, 본인 또는 배우자 직역연금 수급권 발생
- **변경** : 기초연금 급여액의 변경을 초래하는 소득과 재산의 변동, 결혼·이혼 및 배우자의 사망, 지급계좌 변경, 기초연금 지급 정지사유 소멸
- **정지** : 금고 이상의 형을 선고받고 「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」에 따른 교정시설 또는 「치료감호법」에 따른 치료감호시설에 수용 중인 경우, 행방불명이나 실종 등의 사유로 사망한 것으로 추정되는 경우, 해외체류기간이 60일 이상 지속된 경우, 거주불명자로 등록된 경우(실제 거주지를 알 수 있는 경우에는 제외), 보장기관의 자료제출 요구 거부·기피하거나 거짓 자료를 제출한 경우

5. 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우, **부당하게 지급받은 연금은 환수**되고, **과태료가 부과** 되거나 **형사 처벌을** 받을 수 있습니다.
6. 기초연금 수급자는 시중은행·우체국·신협·새마을금고 중앙회 등 금융권에 확인서를 함께 제출하여 **압류방지통장**을 개설할 수 있으며, 개설 후 관할 읍·면사무소 또는 동 주민센터에 계좌변경 신청을 하면 급여가 압류되는 것을 방지할 수 있습니다.
7. 기초연금법 제11조, 제28조에 따라 기초연금 수급권 발생·변경·상실 등을 확인하기 위해 지자체 공무원 또는 국민연금공단 직원이 현장방문 등의 방법으로 확인조사를 실시할 수 있습니다.

1. 귀하는 **아동수당 지급대상자로** 결정되었음을 알려드립니다.
2. 귀하의 지급 예정 아동수당 급여액 및 지급계좌번호는 아래와 같습니다.

신청인과의 관계	급여대상자	생년월일	지급금액	금융기관	계좌번호
	개인별 성명 전체 명시				

3. 아동수당은 신청한 날이 속하는 달부터 매월 25일 귀하께서 지정한 계좌로 입금될 예정입니다. 단, 지급일이 공휴일 또는 토·일요일인 경우 그 전일에 지급 가능하며 각 지자체별로 다를 수 있습니다.

   ※ 출생자의 경우에는 예외적으로 출생신고일로부터 60일 이내 신청 시 출생월로 소급하여 지원합니다.
4. 아동수당 수급 아동이 90일 이상 지속하여 해외에 체류하는 경우에는 아동수당법 제13조제1항제1호 의해 해당 기간동안 아동수당 지원이 정지되므로, 정지 사유가 발생할 경우에는 반드시 그 사실을 아동의 주소지 읍·면·동 주민센터에 알려야 합니다.
5. 아동수당을 지급받거나 관리하고 있는 보호자는 아동수당법 제15조(신고)에 해당하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 30일 이내에 그 사실을 아동의 주소지 읍·면·동 주민센터에 알려야 합니다.
   - 중지 : 사망, 국적상실, 국외이주 등
   - 변경 : 보호자의 변경, 지급계좌 변경, 기타 정지사유 소멸
   - 정지 : 행방불명 신고 후 30일이 경과한 자, 실종선고가 진행 중인 자, 해외체류기간이 90일 이상 지속된 경우, 거주불명자로 등록된 경우(실제 거주지를 알 수 있는 경우에는 제외)
6. 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우, 부당하게 지급받은 수당은 환수되고 과태료가 부과될 수 있습니다. 또한 거짓이나 그밖의 부정한 방법으로 수당을 지급받은 사람은 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처합니다.
7. 아동수당법 제26조에 의거 정당한 사유 없이 제7조제1항에 따른 서류 또는 자료를 제출하지 아니하거나 거짓의 서류 또는 자료를 제출한 사람, 조사·질문을 거부·방해 또는 기피하거나 거짓 답변을 한 사람에게는 20만원 이하의 과태료를 부과합니다.
8. 아동수당수급권자는 시중은행·우체국·신협·새마을금고 중앙회 등 금융권에 아동수당 수급자 확인서를 함께 제출하여 **압류방지통장**을 개설할 수 있으며, 개설 후 아동주소지의 읍·면·동 주민센터에 계좌변경 신청을 하면 급여가 압류되는 것을 방지할 수 있습니다.

1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 **아동·청소년복지 대상자 (소년소녀가정보호비 / 그룹홈·가정위탁보호비 / 기타)로 결정**되었음을 알려드립니다.
2. 거주지역, 세대구성, 부양의무자, 소득·재산 등에 **변동**이 있을 시에는 반드시 관할 읍·면 사무소 또는 동 주민센터에 **신고**하셔야 하며, 보장기간 중이라 하더라도 급여대상자 선정기준을 초과할 시에는 급여가 **중지**될 수 있습니다.
3. 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우, **부당하게 지급받은 급여 또는 서비스는 환수**할 수 있습니다.

1. 귀하가 신청한 사회서비스 조사·심의 결과 **사회서비스 이용권(바우처) 대상자로 결정**되었음을 알려드립니다.

<공 통>

지원대상		사회서비스명	정부지원액 (월)	본인부담금 (월)
대상자 성명	생년월일			
본인부담금납부계좌		이용권 유효기간		지원내역

장애인활동지원수급자인 경우

활동지원등급	등급	종합점수	점
결정 급여	[ ] 활동지원급여 [ ] 특별지원급여 [ ] 긴급활동지원		
월 한도액	월 원	활동지원급여	월 원
		특별지원급여	월 원
		긴급활동지원	월 원
본인부담금	월 원		
본인부담금 납부계좌			
급여개시일			
유 효 기 간	. . . ~ . . .		
수급자격심의위원회의견			

* 서비스 제공기관 : 이용안내문 참조

발달장애인 주간활동 및 방과후활동 서비스 수급자인 경우

이용 서비스	[ ] 발달장애인 주간활동 서비스 [ ] 청소년 발달장애학생 방과후활동 서비스
서비스이용시간	[ ] 시간
급여개시일	
유 효 기 간	. . . ~ . . .

2. 사회서비스 이용권 발급 안내

- 사회서비스를 이용하기 위해서는「국민행복카드」가 필요합니다.

※ 희망e든카드를 보유하고 계신 분은 향후 이용권 재발급 신청시까지 희망e든카드를 계속 사용하실 수 있으며, 이미 국민행복카드를 보유하고 계신 분도 기존 카드로 금번에 대상자로 결정된 서비스를 이용하실 수 있습니다.

- 국민행복카드를 보유하고 있지 않은 분은 카드사* 영업점(은행, 우체국, 카드센터 등)을 방문하거나, 홈페이지 접속 또는 콜센터에 전화하여 국민행복카드를 신청하면 됩니다.

* BC카드(IBK기업은행, NH농협, SC제일은행, 경남은행, 광주은행, 대구은행, 부산은행, 수협은행, 우리은행, 전북은행, 제주은행, 우체국), 롯데카드, 삼성카드

- 다만, 카드사를 통한 국민행복카드 발급이 부적절한 경우에는 예외적으로 사회보장정보원에서 국민행복카드가 발급될 수 있습니다.
- 궁금한 사항은 사회보장정보원 대표번호 1566-3232(단축 4번) 또는 보건복지상담센터(129)로 문의하시기 바랍니다.

3. 본인부담금 납부

사회서비스 이용권을 이용하기 위해서는 사업별로 지정된 방법으로 본인부담금을 매월 말일까지 납부해야 합니다.

- 가사·간병방문지원사업, 장애인활동지원사업 : 사회보장정보원 지정 계좌
- 산모·신생아 건강관리 지원사업, 지역사회서비스, 기타 사회서비스 : 제공기관 지정 계좌

※ 장애인활동지원사업의 본인부담금은 「장애인활동 지원에 관한 법률 시행규칙」제37조에 따라 활동지원급여에서만 산정되고, 특별지원급여에서는 면제됩니다. 또한, 긴급활동지원 대상자 및 「국민기초생활 보장법」에 따른 생계급여 또는 의료급여 수급자는 본인부담금이 면제됩니다.
또한, 장애인활동지원사업의 차상위계층 또는「의료급여법」에 따른 수급자의 본인부담금은 시행규칙 [별표 6]에 따라 활동지원급여의 4% 미만에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액이 됩니다.

※ 발달장애인 주간활동서비스나 방과후활동 서비스의 경우 본인부담금이 없습니다.

4. 서비스 개시 및 이용

사회서비스 이용권(국민행복카드) 수령 후 지정된 계좌에 본인부담금을 납부하면 다음달 1일부터 서비스를 이용할 수 있습니다.

- 장애인활동지원급여 이용 시 월 한도액 범위 내에서 활동보조, 방문목욕, 방문간호 이용이 가능하며, 이를 초과하는 비용은 본인이 부담합니다.
- 장애인활동지원 수급자인 발달장애인이 주간활동서비스 수급자가 되는 경우 장애인활동지원급여가 일부 감액될 수 있습니다.
- 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업의 바우처 포인트는 영아 기준으로 생성되며, 포인트가 지급된 날부터 '저소득층 기저귀·조제분유 지원사업' 구매처에서 지원대상 품목(기저귀 또는 기저귀와 조제분유(조제이유식 포함))을 국민행복카드로 구매하실 수 있습니다.
- 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업의 구매처에서는 '국민행복카드'를 이용하여 지원대상 품목 뿐만 아니라 구매처에서 판매 중인 모든 상품을 구매할 수 있습니다. 다만, 지원품목 외의 구매품목에 대한 비용은 이용자 본인에게 청구됩니다. 또한, 지원품목의 구매금액이 지급된 바우처 포인트를 초과하는 경우, 초과금액은 이용자 본인에게 청구됩니다.

  ※ 바우처 포인트 잔여현황 및 구매처는 "전자바우처 홈페이지(www.socialservice.or.kr)" 또는 "국민행복카드 해당 카드사 콜센터"에서 확인할 수 있습니다.
- 여성청소년 보건위생물품 지원사업의 바우처 포인트는 여성청소년 기준으로 생성되며, 포인트가 지급된 날부터'여성청소년 보건위생물품 지원사업'구매처에서 지원대상 품목(생리대)을 국민행복카드(**신청서 상의 신청인 , 청소년 본인 명의 국민행복카드**)로 구매하실 수 있습니다.
- 여성청소년 보건위생물품 지원사업의 구매처에서는 '국민행복카드'를 이용하여 지원대상 품목 뿐만 아니라 구매처에서 판매 중인 모든 상품을 구매할 수 있습니다. 다만, 지원품목 외의 구매품목에 대한 비용은 이용자 본인에게 청구됩니다. 또한, 지원품목의 구매금액이 지급된 바우처 포인트를 초과하는 경우, 초과금액은 이용자 본인에게 청구됩니다.

  ※ 바우처 포인트 잔여현황 및 구매처는 "'전자바우처 홈페이지(www.socialservice.or.kr)" 또는 "**사회보장정보원 콜센터 (1566-3232)"**에서 확인할 수 있습니다.

5. 지원제한

지역사회서비스투자사업은 1인당 연간 2개 서비스까지 지원받을 수 있습니다.

6. 이용자 준수사항

- 사회서비스 이용권은 반드시 이용자 본인이 보관·관리하여야 하며, 제공인력 또는 제3자가 소지하게 해서는 안됩니다.
- 서비스 이용도중 신청자격의 변동이 발생한 경우에는 즉시 시·군·구(읍·면·동 주민센터)에 신고해야 하며, 신고하지 않거나 허위로 신고한 경우 서비스 제공이 중단되거나 부당하게 지급받는 서비스 비용이 환수될 수 있습니다.
- 사회서비스 이용권을 위법·부당하게 이용한 경우 법에 의거 형사 처벌을 받을 수 있습니다.
- 지역사회서비스투자사업, 가사·간병방문지원사업, 발달장애인 주간활동 및 방과후활동서비스·발달장애인 부모 상담 지원사업은 연속하여 2개월 간 서비스를 이용하지 않은 경우 자격이 시·군·구청장 직권으로 중지될 수 있습니다.
- 발달장애인 부모 상담 지원사업은 1인당 12개월 지원을 기본으로 하며, 예외적으로 1회(12개월) 연장하기 위해서는 서비스 종료 최소 1개월 전에 해당 시·군·구에 연장을 요청해야 하며, 지원 연장여부와 상관없이 대상자로 선정되어 서비스를 제공받은 후 서비스가 종료된 자는 종료일로부터 2년간 서비스 재이용이 불가합니다.

- 이용자 신고내용, 행정기관 확인조사 결과, 사회서비스 이용권 제공계획 변경 등에 따라 이용자 자격 또는 서비스 내용이 변경될 수 있습니다.
- 장애인활동지원 수급자격을 갱신하고자 할 경우에는 이용권 유효기간이 끝나기 90일 전부터 30일 전까지의 기간에 특별자치시·특별자치도·시·군·구에 신청하여야 합니다.
- 「장애인활동 지원에 관한 법률」제19조제3항에 따라 「국민기초생활 보장법」 제32조에 따른 보장시설에 입소한 경우, 금고 이상의 실형을 선고 받고 「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」의 교정시설, 「치료감호 등에 관한 법률」의 치료감호시설에 수용중인 경우, 해외체류기간이 60일 이상 지속 된 경우 및 「의료법」제3조의 의료기관에 30일을 초과하여 입원 중인 경우, 「장애인복지법」 제32조의3에 따라 장애인등록이 취소된 경우 및 다른 법령에 의하여 활동지원급여와 비슷한 급여를 받는 경우에는 활동지원급여 제공이 중단되며, 「장애인활동 지원에 관한 법률」 제19조제1항 및 제2항에 의거 활동지원급여를 받고 있거나 받을 수 있는 사람이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 수급자로 선정 된 경우와 제42조 및 제43조에 따른 자료의 제출 및 질문·검사요구를 거부·방해·기피하거나 거짓 자료를 제출한 경우에는 활동지원급여가 중단됩니다.
- 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업의 지원을 받는 기간 동안 차상위계층 등 보유자격의 상실, 영아의 사망, 연락처 변경 등 인적사항에 변동이 있을 경우 14일 이내에 보건소로 신고하여야 하며, 변동 내용에 따라 지원금액 또는 부가서비스 수혜 여부 등에 변경이 있을 수 있습니다.
- 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업을 통해 구매한 기저귀 및 조제분유는 동 가정의 영아양육에만 사용되어야 하며, 다른 용도나 방법으로 사용하는 경우, 지원금 전액이 환수될 수 있습니다.
- 여성청소년 보건위생물품 지원사업의 지원을 받는 기간 동안, 청소년의 사망, 수급자 자격 변동 등 지원자격 변동사항이 있는 경우 14일 이내 읍면동주민센터로 신고하여야 하며, 변동내용에 따라 바우처 포인트 사용이 정지될 수 있습니다.
- 여성청소년 보건위생물품 지원사업을 통해 구매한 생리대 등 보건위생물품을, 다른 용도나 방법으로 사용하는 경우, 지원금 전액이 환수될 수 있습니다.
- 여성청소년 보건위생물품 구매 시 기저귀 또는 조제분유를 함께 구매할 경우 각각 나누어 별도 결제하여야 여성청소년 보건위생물품 바우처 포인트를 지원 받을 수 있습니다.
- 발달재활서비스는 연속하여 6개월 간 서비스를 이용하지 않은 경우, 언어발달지원사업은 연속하여 3개월 간 서비스를 이용하지 않은 경우, 시·군·구청장 직권으로 자격이 중지될 수 있습니다.(단, 시·군·구청장이 인정하는 경우 등 정당한 사유가 있을 시 제외)

1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 **개발제한구역 생활비용 보조 지급대상자로 결정**되었음을 알려드립니다.
2. 귀하께서는 금년 1월 1일부터 지출한 생활비용 지출내용을 항목별로 아래와 같이 기재한 후 증빙서류를 첨부하여 신청 기관에 제출하여 주시기 바랍니다.

지 출 항 목	금 액(원)
합 계	
학 자 금	
전 기 료	
건강보험료	
정보·통신비	
기 타	

3. 제출된 지출서류를 심사한 후 60만원을 한도로 귀하께서 신청시 지정한 계좌로 입금될 예정입니다.
4. 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우, 부당하게 지급받은 연금은 환수되고, 형사 처벌 받으실 수 있습니다.

1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 **아이돌봄 서비스 지원대상자로 결정**되었음을 알려드립니다.

* 22년 이후 출생한 만 0~1세의 경우 영아수당(현금)을 대신하여 종일제아이돌봄서비스 정부지원금을 수급합니다. 종일제아이돌봄서비스 이용을 중단하고 다시 영아수당(현금), 보육료 수급을 희망하시는 경우에는 급여변경신청을 하셔야 합니다.

급여대상자	생년월일	서비스유형	지원유형	보장기간/지원시간
개인별 성명 전체 명시				

2. 아이돌봄 서비스 이용을 위해서는 신청인 명의의 국민행복카드가 필요하며 서비스 이용 신청은 아이돌봄 홈페이지 (https://idolbom.go.kr)에서 하실 수 있습니다.
3. 서비스 실시기간 중 서비스 신청자격과 관련한 변동사유 발생 시 즉시 시·군·구(읍·면 사무소 또는 동 주민센터) 또는 제공기관에 신고하여야 하며 변동사유에 따라 서비스 내용이 변경 또는 중지될 수 있음을 알려 드립니다.
4. 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우, **부당하게 지급받은 금액은 환수**되고, **형사 처벌**을 받을 수 있습니다.
5. 보장기간 중이라 하더라도 급여대상자 선정기준 초과, 여성가족부 및 시도·시군구가 규정한 '서비스 이용 준수사항' 위반 시 서비스 이용이 제한될 수 있습니다.

1. 귀하는 **타법 의료급여 지원대상자로 결정**되었음을 알려드립니다.

신청인과의관계	급여대상자	생년월일	보장유형	급여개시일
	개인별 성명 전체 명시			

2. 의료급여대상자로 선정되신 분께는 의료급여증이 발급되며, 의료급여기관에서 의료급여를 받을 때에는 의료급여증과 주민등록증, 운전면허증, 여권 등 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증명서 또는 서류를 제시하여야 합니다.
3. 의료급여수급권자는 우선 제1차 의료급여기관에 의료급여를 신청하여야 하며, 진료 후 필요한 경우에 의료급여의뢰서를 발급받아 상급 의료급여기관을 이용할 수 있습니다.(노숙인 등은 노숙인 진료시설로 지정된 의료급여기관에 의료급여 신청)
4. 의료급여수급권자가 의료급여를 받을 수 있는 일수는 다음 각 질환별 연간 365일이며, 불가피하게 상한일수를 초과하여 의료급여를 받아야 할 때에는 사전에 시장·군수·구청장으로부터 연장승인을 받아야 합니다.
   - 보건복지부장관이 고시하는 희귀난치성질환 및 중증질환 각 질환별 연간 365일
   - 10개 만성고시질환 각 질환별 연간 365일
   - 희귀질환 및 중증난치질환 및 10개 만성고시질환에 해당하지 않은 기타 질환을 모두 합하여 연간 365일
5. 의료급여증은 다른 사람에게 빌려주어서는 안되며, 빌려준 경우 관련규정에 따라 처벌을 받게 됩니다.
6. 수급권자의 소득·재산 및 근로능력에 변동이 있는 경우 의료급여의 내용 등이 변경될 수 있으며, 수급권자에게 급여가 필요 없게 되거나 수급권자가 의료급여를 거부한 경우에는 의료급여가 중지 됩니다.

1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 차상위계층으로 결정되었음을 알려드립니다.

신청인과의관계	차상위 계층	생년월일
	개인별 성명 전체 명시	

2. 귀하는 차상위 계층을 대상으로 하는 각 부처 및 지자체 등의 사업에서 요구하는 자격요건에 해당하는 경우에, 그에 따른 복지혜택을 받을 수 있습니다. 지원가능 사업에 대해서는 관할 시·군·구나 읍·면·동에 문의하여 주시기 바랍니다.

3. 거주지역, 세대구성, 소득·재산 등에 변동이 있을 시에는 반드시 관할 읍·면사무소 또는 동 주민센터에 신고하셔야 하며, 차상위계층 확인서를 발급받은 이후에도 자격대상자 선정기준을 초과할 시에는 자격이 중지될 수 있습니다.

1. 귀하는 **보호종료아동 자립수당 지급대상자**로 결정되었음을 알려드립니다.
2. 귀하의 지급 예정 보호종료아동 자립수당 급여액 및 지급 계좌번호는 아래와 같습니다.

급여대상자	생년월일	지급금액	금융기관	계좌번호	급여개시일

3. 보호종료아동 자립수당은 신청한 날이 속하는 달부터 매월 20일 귀하께서 지정한 계좌로 입금될 예정입니다. 단, 지급일이 공휴일 또는 토·일요일인 경우 그 전일에 지급 가능하며 각 지자체별로 다를 수 있습니다.

   ※ 보호종료일을 포함한 60일 이내 신청 시 보호종료일이 속하는 달부터 소급하여 지급합니다.

4. 보호종료아동 자립수당 수급 아동은 수급권 상실·정지·변경 사유가 발생할 경우에는 반드시 그 사실을 아동의 주소지 읍·면·동 주민센터에 알려야 합니다.

   - 상실 : 사망, 국적 상실, 국외 이주, 난민인정 취소 등
   - 정지 : 교정시설 입소, 행방불명, 국외 체류기간이 90일 이상 지속된 경우, 거주 불명 등록된 경우 등

     ※ 국외체류 90일 이상 지급 정지 예외 사유 : 인턴, 해외유학 등 자립에 기여하는 경우
     (단, 공적자료로 증빙 가능한 경우에만 인정)

   - 변경 : 거주지 변경, 지급계좌 변경 등

5. 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우, 부당하게 지급받은 수당은 환수됩니다.
6. 보호종료아동 자립수당 수급권자는 시중은행·우체국·신협·새마을금고 중앙회 등 금융권에 「보호종료아동 자립수당 수급자 확인서」를 함께 제출하여 **압류방지통장**을 개설할 수 있으며, 개설 후 아동 주소지의 읍·면·동 주민센터에 계좌변경 신청을 하면 급여가 압류되는 것을 방지할 수 있습니다.

1. 귀하는 **영아수당(현금) 지급대상자로** 결정되었음을 알려드립니다.

신청인과의 관계	급여대상자	생년월일	보장급여	보장기간
	개인별 성명 전체 명시		영아수당(현금)	

2. 영아수당(현금)은 신청한 날이 속하는 달부터 매월 25일 귀하께서 지정한 계좌로 입금될 예정입니다. 단, 지급일이 공휴일 또는 토·일요일인 경우 그 전일에 지급 가능하며 각 지자체별로 다를 수 있습니다.

   ※ 출생자의 경우에는 예외적으로 출생신고일로부터 60일 이내 신청 시 출생월로 소급하여 지원합니다.

3. 영아수당 수급 아동이 90일 이상 지속하여 해외에 체류하는 경우에는 아동수당법 제13조제1항제1호 의해 해당 기간동안 영아수당 지원이 정지되므로, 정지 사유가 발생할 경우에는 반드시 그 사실을 아동의 주소지 읍·면·동 주민센터에 알려야 합니다.
4. 영아수당을 지급받거나 관리하고 있는 보호자는 아동수당법 제15조(신고)에 해당하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 30일 이내에 그 사실을 아동의 주소지 읍·면·동 주민센터에 알려야 합니다.

   - 중지 : 사망, 국적상실, 국외이주 등
   - 변경 : 보호자의 변경, 서비스 변경, 지급계좌 변경, 기타 정지사유 소멸
   - 정지 : 행방불명 신고 후 30일이 경과한 자, 실종선고가 진행 중인 자, 해외체류기간이 90일 이상 지속된 경우, 거주불명자로 등록된 경우(실제 거주지를 알 수 있는 경우에는 제외)

5. 영아수당(현금)↔영아수당(보육료, 종일제 아이돌봄서비스)로 자격변경 시 반드시 자격변경 신청이 필요합니다. **신청 누락으로 인한 소급지원은 불가**합니다.

   - 영아수당(현금), 영아수당(보육료), 영아수당(종일제 아이돌봄서비스)은 상호 중복지원이 불가합니다.

6. 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우, 부당하게 지급받은 수당은 환수되고 과태료가 부과될 수 있습니다. 또한 거짓이나 그밖의 부정한 방법으로 수당을 지급받은 사람은 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처합니다.
7. 영아수당(현금) 수급권자는 시중은행·우체국·신협·새마을금고 중앙회 등 금융권에 영아수당 수급자 확인서를 함께 제출하여 **압류방지통장**을 개설할 수 있으며, 개설 후 아동주소지의 읍·면·동 주민센터에 계좌변경 신청을 하면 급여가 압류되는 것을 방지할 수 있습니다.

1. 귀하는 **영아수당(현금) 지급대상자로 결정** 되었음을 알려드립니다. 또한 만2세 연령 도래에 따라 **영아수당(현금) 자격이 중지되고 가정양육수당 지급대상자로 자격이 자동 변경**되었음을 알려드립니다.

신청인과의 관계	급여대상자	생년월일	보장급여	보장기간
	개인별 성명 전체 명시		영아수당(현금)	
			가정양육수당	

2. 귀하가 사전에 신청하신 영아수당(현금)은 신청한 날이 속하는 달부터 만 23개월에 속하는 달까지 소급하여 귀하께서 지정한 계좌로 일시에 입금될 예정입니다.
- 또한, 결정 당시 아동의 만 2세 연령 도래에 따라 영아수당 자격은 자동 중지되며, 가정양육수당으로 별도 신청없이 영아수당(현금) → 가정양육수당으로 자동 전환되었음을 알려드립니다.
3. 수급 아동이 90일 이상 지속하여 해외에 체류하는 경우에는 영유아보육법 제34조의2에 의해 해당 기간동안 양육수당 지원이 정지되므로, 정지 사유가 발생할 경우에는 반드시 그 사실을 아동의 주소지 읍·면·동 주민센터에 알려야 합니다.
4. 보육료, 유아학비, 가정양육수당, 종일제 아이돌봄서비스간 중복지원은 불가하며 서비스 변경이용 시 반드시 서비스 신청이 필요하며, **해당 자격신청 누락으로 인한 소급지원은 불가**합니다.
- 어린이집 연장보육반 수급 아동이 부모의 취업 여부 등 연장보육반 자격 인정 요건에 변동이 생긴 경우 또는 가정양육수당 수급 아동의 어린이집 입소, 유치원(특수학교 포함) 입학, 종일제 아이돌봄서비스 이용 등 가정양육수당 수급 인정 요건에 변동이 생긴 경우에는 반드시 그 사실을 관할 읍·면·동 주민센터에 알려야 하며, 변경 사유를 신고하지 않거나 허위로 신고한 경우 관련 법령에 의거 부당하게 지급받은 금액은 환수될 수 있고 처벌을 받을 수 있습니다.
5. 변경사유를 신고하지 않거나 허위로 신고할 경우, 부당하게 지급받은 수당은 환수되고 과태료가 부과될 수 있습니다. 또한 거짓이나 그밖의 부정한 방법으로 수당을 지급받은 사람은 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처합니다.

1. 귀하는 **첫만남이용권 지급대상자**로 결정되었음을 알려드립니다.
2. 귀하의 지급 예정 첫만남이용권 급여액은 아래와 같습니다.

<바우처 지급>

보호자		지급대상자			이용권 유효기간	이용권 지급금액
신청인과의 관계	성명	신청인과의 관계	성명	생년월일		
	개인별 성명 전체 명시		개인별 성명 전체 명시		. . . ~ . . .	
	※ 신청인과 보호자가 다를 경우 기재					

<현금지급(디딤씨앗통장 계좌)>

지급대상자 성명	생년월일	금융기관	계좌번호	지급금액	입금일	비고
						디딤씨앗통장 관리·운영은 아동분야사업안내(디딤씨앗통장 업무처리 잘차)를 따름

3. 첫만남이용권 발급 안내

- 첫만남이용권을 이용하기 위해서는 신청 시 등록한 카드사의 보호자 명의 「국민행복카드」가 필요합니다.

  ※ 이미 국민행복카드를 보유하고 계신 분은 기존 카드로 금번에 대상자로 결정된 서비스를 이용하실 수 있습니다.

- 단, 예외적인 경우(시설보호아동 등) 첫만남이용권을 현금으로 지급 가능합니다.
- 국민행복카드를 보유하고 있지 않은 분은 카드사* 영업점(은행, 우체국, 카드센터 등)을 방문하거나, 홈페이지 접속 또는 콜센터에 전화하여 국민행복카드를 신청하면 됩니다.

  * BC카드(IBK기업은행, NH농협, SC제일은행, 경남은행, 광주은행, 대구은행, 부산은행, 신협은행, 수협은행, 우리카드, 전북은행, 제주은행, 우체국), 하나은행, 롯데카드, 삼성카드

- 궁금한 사항은 한국사회보장정보원 대표번호 1566-3232(단축 4번) 또는 보건복지상담센터(129)로 문의하시기 바랍니다.

4. 서비스 개시 및 이용

- 첫만남이용권 신청 시 등록한 1개 카드에만 바우처 이용권(포인트)을 지급, 생성합니다.(생성 후 이용가능)
- 첫만남이용권의 바우처 포인트는 영아 기준으로 생성되며, 포인트가 지급된 날부터 유흥업소·사행업소 및 관련 유형으로 분류된 업종 등을 제외한 전 업종에서 국민행복카드로 사용하실 수 있습니다.
- 구매금액이 지급된 바우처 포인트를 초과하는 경우, 초과금액은 이용자 본인에게 청구됩니다.
- 사용기간은 아동 출생일로부터 1년이며 1년을 초과하는 경우 미사용 이용권은 자동으로 소멸됩니다.
- 첫만남이용권과 타 바우처(기저귀·조제분유, 여성청소년 생리대 등)를 동시에 받으시는 경우 타 바우처 이용권이 우선 차감되며, 첫만남이용권을 사용하기 위해서는 각각 결제하여야 합니다.

☞ 중복수혜 대상자 결제 유형별 예시

■ 사례 1 : 판매점에서 기저귀(또는 타 바우처) 2만원 구입(결제) 시
- (기저귀 바우처 잔액 1만원인 경우) 기저귀 바우처 1만원 차감 후, 초과 분 1만원 개인부담
- (기저귀 바우처 잔액 0원인 경우) 첫만남이용권 2만원 차감(초과 분 개인부담)

■ 사례 2 : 판매점에서 기저귀(또는 타 바우처) 2만원과 생필품 1만원 동시에 구입(결제) 시
- (기저귀 바우처 잔액 2만원인 경우) 기저귀 바우처 2만원 차감 후, 생필품 1만원은 개인부담
  ※ 기저귀 2만원, 생필품 1만원을 각각 결제하는 경우 생필품 1만원은 첫만남이용권에서 차감 가능
- (기저귀 바우처 잔액 0원인 경우) 첫만남이용권으로 기저귀, 생필품 3만원 차감(초과 분 개인부담)

■ 사례 3 : 판매점에서 생필품 3만원 구입(결제) 시
→ 기저귀 바우처 유무에 관계 없이 첫만남이용권으로 생필품 3만원 차감(초과분 개인부담)

※ 바우처 포인트 잔여현황 및 구매처는 "전자바우처 홈페이지(www.socialservice.or.kr)" 또는 "국민행복카드 해당 카드사 콜센터"에서 확인할 수 있습니다.

5. 이용자 준수사항

- 첫만남이용권은 출생 초기 아동양육에 따른 경제적 부담 경감을 목적으로 하는 바, 반드시 이러한 목적하에 이용권을 사용해 주시기 바랍니다.

210㎜×297㎜(백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)

(5쪽 중 2쪽)

[ ] 대 상 제 외

신청내용	보장구분		급여·서비스내용	
대상제외 사유	[ ] 소득인정액이 선정기준 초과 [ ] 수급자격심의결과 수급자격 미인정		[ ] 부양의무자의 부양능력 있음 [ ] 기타( )	
안 내	1. 귀하가 신청하신 내용에 대해 조사·심의한 결과 위와 같은 사유로 사회보장급여의 실시 대상에서 제외된 것으로 결정되었습니다. 2. 이후 소득·재산, 부양의무자, 장애, 질병, 거동불편 등 개인 또는 가구여건 등의 변화 등의 변동으로 생활이 어려워져 사회보장급여가 필요할 경우(저소득층 기저귀 조제분유 지원의 경우 영아가 24개월 미만일 경우, 여성청소년 보건위생물품 지원의 경우 여성청소년이 만11세 이상 만18세 미만일 경우)에는 다시 신청하실 수 있으며, 보장기준에 적합할 시는 사회보장급여를 제공 받을 수 있음을 알려드립니다.			

[ ] 변경·정지·중지·상실

[ ] 변 경	일자	년 월 일 부터	내 용	
	사유	[ ] 아동보호를 위한 보호자변경 [ ] 소득·재산·임대차계약·근로능력 변동 [ ] 가구원의 사망·출생·현역입대·교정시설 수용 등의 가구원 변동 [ ] 가구원의 전·출입 등 거주지 변동 등 [ ] 조제분유 추가지원 [ ] 기타( )		
[ ] 정 지	일자	년 월 일 부터	내 용	
	사유	[ ] 금고 이상의 형을 선고받고「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」에 따른 교정시설 또는「치료감호법」에 따른 치료감호시설에 수용 중인 경우 [ ] 행방불명이나 실종 등의 사유로 사망한 것으로 추정되는 경우 [ ] 해외체류기간 90일 이상 지속된 경우(기초연금, 장애인연금의 경우 60일 이상) [ ] 거주불명자로 등록된 경우(실제 거주지를 알 수 있는 경우에는 제외) [ ] 보장기관의 자료제출 요구 거부·기피하거나 거짓 자료를 제출한 경우 [ ] 기타( )	
[ ] 중 지	일자	년 월 일 부터	내 용	
	사유	[ ] 소득인정액이 선정기준 초과 [ ] 부양의무자의 부양능력 있음 [ ] 보장시설입소, 교정시설 수용 등 주거실태의 변동 [ ] 최근 6개월간 통산 90일초과 해외체류(장애인활동지원수급자의 경우 해외체류기간 60일 이상, 유아학비의 경우 해외체류기간 31일 이상) [ ] 보호대상자의 급여 중지 요청 [ ] 보장기관 등의 자료제출 요구 및 조사를 거부·기피·방해하거나 거짓 자료를 제출한 경우 [ ] 장애인활동지원수급자가 의료기관에 30일을 초과하여 입원중인 경우 [ ] 다른 법령에 의하여 활동지원급여와 유사한 급여를 받는 경우 [ ] 발달장애인 주간활동 및 방과후활동 서비스를 2개월 연속 이용하지 않은 경우 [ ] 지급받은 임차료를 타 용도로 사용하여 3月이상 월차임을 연체 [ ] 기타( )	
[ ] 상 실	일자	년 월 일 부터	내 용	
	사유	[ ] 사망 [ ] 기초연금법 제3조제3항, 장애인연금법 제4조제3항에 따른 직역연금 수급권 발생 [ ] 아동수당법 제4조제1항에 따른 아동의 수급연령 초과(생후 96개월이 되는날) [ ] 영아수당 수급연령 초과(생후 24개월이 되는달) [ ] 국적상실 [ ] 국외이주 [ ] 소득·재산 등 선정기준 초과 [ ] 장애정도의 변경으로 장애정도가 심한 장애인(장애인활동지원 수급자의 경우 장애인등록이 취소된 경우)에 미해당 [ ] 난민법제18조에 의한 난민인정자 중 난민인정이 취소 또는 철회된 자 [ ] 기타( )	

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

비 고	※ 처리기한 경과사유 등

1. 사회보장급여 신청(변경) 등에 대하여 심의한 결과 위와 같이 결정되었음을 통보하여 드리며, 상담하실 일이 있으실 경우 언제든지 담당자를 찾아주시면 자세한 안내를 해드리겠습니다.
2. 위 결정사항에 대하여 이의가 있는 경우 다음과 같은 절차에 따라 이의신청을 할 수 있습니다.
   1) **기초생활보장 :** 통지를 받은 날로부터 90일 이내 해당 보장기관을 거쳐 시·도지사(특별자치시장·특별자치도지사 및 시·도교육감의 처분에 대한 이의신청은 특별자치시장·특별자치도지사 및 시·도교육감을 말함)에게, 시·도지사 또는 시·도교육감의 결정에 대해 이의가 있는 경우에는 결정을 통지받은 날로부터 90일 이내에 보건복지부장관, 국토교통부장관 또는 교육부장관에게 서면 또는 구두로 신청
   2) **한부모가족, 장애인복지, 장애인활동지원, 영유아보육, 유아학비** : 결정 통지받은 날로부터 **90일** 이내 서면으로 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 신청
   3) **장애인연금** : 결정이 있음을 안날로부터 **90일** 이내(단, 정당한 사유로 인하여 이의신청을 할 수 없음을 증명한 때에는 그 사유가 소멸한 때부터 60일 이내) 서면으로 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 신청
   4) **기초연금** : 결정이 있음을 안날로부터 **90일** 이내 (단, 정당한 사유로 인하여 이의신청을 할 수 없음을 증명한 때에는 그 사유가 소멸한 때부터 60일 이내) 서면으로 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 또는 국민연금공단에 신청
   5) **아동수당** : 결정이 있음을 안날로부터 **90일** 이내(단, 정당한 사유로 인하여 이의신청을 할 수 없음을 증명한 때에는 그 사유가 소멸한 때부터 60일 이내) 서면으로 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 신청
   6) **사회서비스이용권(바우처) :** 결정 통지받은 날로부터 60일 이내 서면으로 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 신청(저소득층 기저귀 조제분유 지원의 경우 20일 이내, 여성청소년 보건위생물품 지원의 경우 20일 이내)
   7) **차상위계층 확인 :** 시장·군수·구청장의 결정에 대해 이의가 있는 경우에는 결정을 통지받은 날로부터 60일 이내 해당 시장·군수·구청장을 거쳐 시·도지사에게, 특별자치시장·특별자치도지사·시·도지사의 결정에 대해 이의가 있는 경우에는 결정을 통지받은 날로부터 60일 이내에 보건복지부장관에게 구두 또는 서면으로 신청
   8) 다른 법률에 규정이 없는 경우 「민원처리에 관한 법률」 제35조에 의해 결정을 통지 받은 날로부터 **60일 이내** 처분청에 이의신청을 할 수 있습니다.
3. 위 결정사항에 대해서 이의신청과는 별도로 결정이 있음을 안날로부터 90일 이내(결정이 있었던 날부터 180일 이내) 특별자치시장·특별자치도지사·시·도지사 소속 행정심판위원회에 **서면 또는 온라인(www.simpan.go.kr)으로** 행정심판을 제기할 수 있습니다.
4. 수급기간 중 인적사항 및 소득·재산 변동, 지급정지 사유의 소멸 등 변동사항 발생 시 시·군·구(읍·면·동)에 신고하시기 바랍니다.

년 월 일

담 당 자 : 직급 성명

문의 전화번호

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장·교육감 직인

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(5쪽 중 4쪽)

기초생활보장 조건부수급자 결정

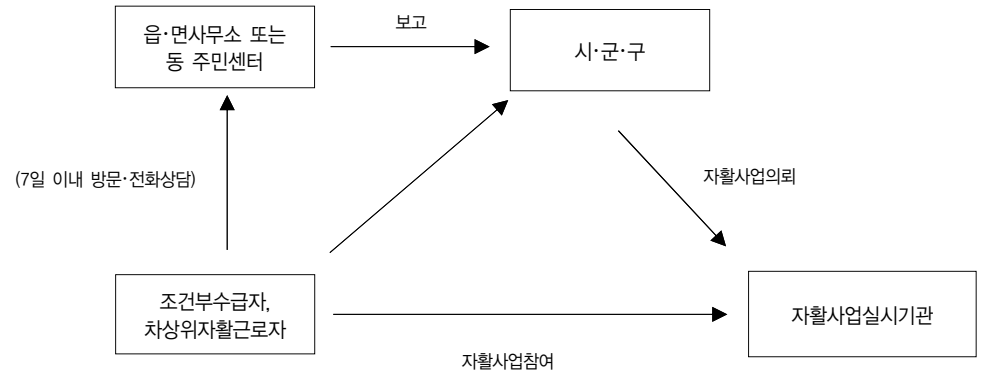
		세대주와의 관계	성 명	생년월일	구 분
조건부수급자	대상자				[ ] 조건부수급자 [ ] 조건부과유예자
					[ ] 조건부수급자 [ ] 조건부과유예자
					[ ] 조건부수급자 [ ] 조건부과유예자
	특이사항	[ ] 가구원 일부보장( ) [ ] 조건부수급자( ) [ ] 기타( )			
	보장 안내	○ 상기가구원은 근로능력·가구여건·취업상태 등이 기준에 해당하여 **조건부수급자로 결정**되었음을 통보합니다. ※ 조건부수급자는 일할 수 있는 수급자 중 자활노력을 조건으로 선정된 수급자임 ○ 조건부수급자로 결정된 가구원은 결정된 날부터 7일 이내 가구별 자활지원계획 수립을 위해 시·군·구(읍·면 사무소 또는 동 주민센터)에 방문하여 사회복지담당공무원과 상담하셔야 합니다.(전화상담도 가능) ○ **상담에 응하지 않거나 자활사업에 참가하지 않을 경우, 본인의 생계비를 지급받지 못하게** 되므로, 불가피한 사유(건강문제 등)가 있는 경우 시·군·구(읍·면 사무소 또는 동 주민센터)에 반드시 그 사유를 제시하여야 합니다.		

유의사항

1. 조건부수급자란「국민기초생활 보장법」제9조제5항에 근거하여 근로능력 있는 수급자 중 자활사업에 참가할 것을 조건으로 생계비를 지급받는 수급자를 말합니다.
2. 가구별 자활지원계획 수립을 위한 상담에 응하지 않거나 자활사업에 참가하지 않을 경우, 생계급여 조건을 이행하지 않았으므로 본인의 생계비가 중지될 수 있습니다.(법 제30조제2항)

※ 당초 제시된 조건을 이행한 경우 생계비가 다시 지급됩니다.

처리절차



210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(5쪽 중 5쪽)

기초생활보장 소득인정액 산정결과

신청인/ 세대주	성 명	
	주 소	
	보장가구원수	명

급여별 수급자 선정기준		소득인정액 산정결과		결정사항
생계급여	원	○ 소득인정액 (가=나+다)	원	
		– 소득평가액[1] (나)	원	
		– 재산의 소득환산액[2] (다)	원	
의료급여	원	○ 소득인정액 (가=나+다)	원	
		– 소득평가액 (나)	원	
		– 재산의 소득환산액 (다)	원	
주거급여	원	○ 소득인정액 (가=나+다)	원	
		– 소득평가액 (나)	원	
		– 재산의 소득환산액 (다)	원	
교육급여	원	○ 소득인정액 (가=나+다)	원	
		– 소득평가액 (나)	원	
		– 재산의 소득환산액 (다)	원	

1) 소득평가액 : 개별가구의 실제소득에서 장애·질병·양육 등 가구특성에 따른 지출요인, 근로를 유인하기 위한 요인, 그 밖에 추가적인 지출요인에 해당하는 금액을 감한 금액을 말하며, 소득평가액 산정방식은 세부 항목에 따라 급여별로 차이

2) 재산의 소득환산액 : 개별가구의 재산가액에서 기본재산액(기초생활의 유지에 필요하다고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 재산액을 말한다) 및 부채를 공제한 금액에 재산종류별 소득환산율(주거용재산 1.04%, 일반재산 4.17%, 금융재산 6.26%, 자동차 100%)을 곱하여 산정한 금액을 말함
– 자동차는 기본재산액, 부채 공제 적용하지 않으며, 주거용재산 한도액 및 기본재산액을 급여별·지역별 차이 있음

【참고】 ○○○ 가구의 소득 및 재산 내역

〈소득 금액〉

(단위 : 원)

근로·사업소득	재산소득	기타 이전소득 등	부양비*
			생계급여 : 의료급여 :

* (부양비) 부양의무자의 부양능력 판정 결과(미약구간)에 따라 수급(권)자 가구에 부과되는 소득

〈재산 가액〉

(단위 : 원)

주거용재산	일반재산	금융재산	자동차	부채

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

[서식 4] [별지 제15호서식] 〈개정 2022.7.1.〉 (2쪽 중 1쪽)

의료급여 제공(변경) 추천 신청서(국가유공자, 문화재 등)

처리기간
별도안내시 까지

☐ 신규(제공)신청 ☐ 변경신청

신청인	성명		주민등록번호 (외국인등록번호)		세대주와의 관계	전화번호	
	주소					휴대전화	
						E-mail	

	세대주와의 관계	성 명	주민등록번호 (외국인등록번호)	동거여부	학력·재학여부 (학교명/학년반)	건강상태 (장애/질병)	취업상태		전화번호 (집/직장)
							직업	직장명	
가족사항									
	※ 배우자 관계 (☐ 법률혼 ☐ 사실혼 ☐ 사실상 이혼)								

	신청인과의 관계	성 명	금융기관명	계좌번호	비고(사유)
급여계좌					※ 대표계좌기재
통지방법	☐ 서면 ☐ 전자우편(E-mail) ☐ 문자메시지서비스(SMS) ☐ 기타( )				

위와 같이 의료급여의 제공(변경)을 신청합니다.

년 월 일

신청인(대리 신청인) 성명 : (서명 또는 인)

신청인과의 관계 :

배우자 : (서명 또는 인)

보훈지(방)청장, 문화재청 국립무형유산원장 귀하

신청시 구비서식	추가제출서류
소득·재산 신고서(별지 제1호의2서식) 금융정보등제공동의서(별지 제1호의3서식)	1. 신청인(대리신청인)의 신분을 확인할 수 있는 서류(해당자에 한하며, 대리신청의 경우에는 위임장 및 대리신청인, 신청인의 신분을 확인할 수 있는 서류) 2. 소득·재산 등의 확인에 필요한 서류(임대차 계약서, 급여명세서 등) 3. 건강 진단서(해당자에 한함) 4. 통장계좌번호 사본 1부(해당자에 한함) 5. 개인정보 이용 및 제공 사전 동의서 1부
제출하는 곳	관할 보훈지(방)청, 문화재청 국립무형유산원

(2쪽 중 2쪽)

유의사항

1. 수급자는 변동사항에 대한 신고 의무가 있으므로 ①거주지역·세대 구성의 변동, ②수급권자의 소득·재산, ③기타 수급권자의 건강상태·가구특성 등 생활실태에 현저한 변동이 있는 경우에는 지체 없이 관할 보훈청 및 문화재청에 신고하여야 합니다.
2. 「의료급여법」 제16조제1항에 의거 수급권자의 소득·재산에 변동이 있는 경우 급여가 변경되며, 「의료급여법」 제17조제1항에 의거 수급권자에게 급여가 필요 없게 되거나 수급권자가 그 전부 또는 일부를 거부한 경우 급여가 중지됩니다.
3. 「의료급여법」 제23조제1항에 의거 허위 또는 기타 부정한 방법으로 급여를 받거나 타인으로 하여금 급여를 받게 한 경우 보장비용을 지급한 보장기관은 그 비용의 전부 또는 일부를 그 급여를 받은 자 또는 급여를 받게 한 자로부터 징수할 수 있습니다.
4. 부정수급으로 적발된 경우 「의료급여법」 제35조제4항제3호에 의거 1년 이하의 징역, 1천만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처합니다.
5. 「의료급여법」 제3조의3 등에 의거 급여의 제공 여부의 결정에 필요한 조사를 거부, 방해, 기피할 경우 신청이 각하되거나 결정이 취소되고, 급여가 정지 또는 중지될 수 있습니다.
6. 복지대상자 선정 및 관련 법령에 따른 확인조사 시 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제24조에 따른 사회보장정보시스템을 통해 확인된 소득·재산, 인적정보 등을 우선 적용할 수 있습니다.
7. 본인은 이건 업무처리와 관련하여 「전자정부법」 제38조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 담당공무원의 가족관계에 관한 증명서 등 인적사항에 대한 사항과 별지 제1호의2서식 "소득·재산 신고서" 기재사항의 확인을 위한 정보조회에 동의합니다. (※ 주민등록등(초)본, 가족관계증명서, 외국인 등록사실 증명서, 토지등기부 등본, 건물등기부 등본 등에 대해 담당공무원의 확인에 동의하지 않을 경우 해당 서류를 직접 제출해야 합니다.)
8. 본인은 보건복지부가 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제24조에 따른 사회보장정보시스템을 통해 확인한 소득·재산 정보 등을 국가보훈처 또는 문화재청에 제공하는 것에 동의하며, 동 정보를 활용하여 국가보훈처 또는 문화재청이 의료급여 수급권자 추천대상자를 선정하는 것에 동의합니다.
9. 의료급여를 제공받기 위해서 본인의 관련 정보를 정부 및 지방자치단체, 기타 정부에 제공하는 것에 동의합니다.
10. 의료급여 제공(변경) 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환하지 아니합니다.

동 신청서는 **「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제7조에 따른 지원대상자의 사회보장급여 수급자격 확인을 위한 목적**으로 인적사항 및 가족관계 확인에 관한 정보, 소득·재산·근로능력·취업상태에 관한 정보, 사회보장급여의 수혜이력에 관한 정보, 그밖에 수급권자를 선정하기 위하여 필요한 정보로서 주민등록전산정보·가족관계등록전산정보, 금융·국세·지방세, 토지·건물·건강보험·국민연금·고용보험·산업재해보상보험·출입국·병무·보훈급여·교정 등 관련 **정보**를 **정기적으로 관계기관에 요청**하거나 관련 정보통신망을 통해 **조회함에 동의하며**, 같은 법 제34에 따라 **5년간 보유**하고(지원대상자 보호에 필요한 사회보장정보는 5년을 초과하여 보유할 수 있음), 그 기간이 경과하면 **파기함을 고지합니다.**

위의 사항을 확인합니다.

년 월 일

신청인(대리신청인) : _____ (서명 또는 인)

신청인과의 관계 : (대리신청의 경우)

210㎜×297㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

[서식 5] [별지 제1호의2서식] 〈개정 2022.7.1.〉

소득·재산 신고서 [□신규 □변경]

* 아래 소득, 재산, 부채 사항 중 음영부분은 정보시스템을 통한 조회 결과가 적용될 수도 있습니다.

가구원 성명[1]						
소득사항	근로소득	상시근로	원	원	원	원
		일용근로	원	원	원	원
	사업소득	농업소득 (주재배작물명)	원 ( )	원 ( )	원 ( )	원 ( )
		임업소득	원	원	원	원
		어업소득	원	원	원	원
		기타(자영업)	원	원	원	원
	재산소득	임대소득	원	원	원	원
		이자소득	원	원	원	원
		연금소득	원	원	원	원
	기타소득	정기지원 사적이전소득 (□무료임대)	원	원	원	원
		공적이전소득[2]	원	원	기 타 (지자체 지원금등)	원

재산사항	건축물 (주택, 건물, 시설물)	원	토 지		원
	선 박	원	입목재산		원
	항공기	원	어업권		원
	자동차	□ 차량명( )	□ 용도 (생업용/장애인용/자가용)		
	임차보증금	□ 전·월세보증금(원)	□ 상가보증금 (원)	□ 기타 (원)	
	금융재산				원
	동 산	□ 소 (마리, 원) □ 돼지(마리, 원) □ 기타가축(마리, 원) □ 종묘(원) □ 기계·기구류(원) □ 기타(원)	분양권		원
			조합원 입주권		원
			회원권		원
	기타 산정되는 재산	소계 (A-(B+C+D))			원
		(A) 일정기간[3] 이내에 증여하거나 처분한 재산가액			원
		(B) 다른 재산의 구입금액			원
		(C) 부채 상환액			원
		(D) 의료비 등 개별가구원이 소비한 금액			원

부채	금융기관 대출금	원	금융기관외 기관 대출금	원
	임대보증금			원
	개인간 부채	□ 판결문·화해·조정조서에 의한 사채 (		원)

가구특성 지출비용[4]	□ 3개월 이상 지속적으로 지출한 월평균 의료비 (원) □ 「자동차손해배상 보장법」에 따라 받은 재활보조금·피부양보조금 (원) □ 국민연금보험료 본인부담분의 75%에 해당하는 금액 (원) □ 대학생 본인의 근로·사업소득 중 월평균 등록금 지출 비용 (원)

위와 같이 소득·재산 내역을 신고합니다.

년 월 일

신청인(대리신청인): (서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장·교육감 귀하

1) 별지 제1호서식 사회보장급여 제공(변경) 신청서에서 작성한 가구원 중 소득이 있는 가구원 성명
2) 공적이전소득 : 법령 등에 의해 정기적으로 지급되는 각종 수당·연금·급여·기타 금품
3) 기초연금, 장애인연금은 2011년 7월 1일 이후 / 기초생활보장은 2021년 7월 1일 이후(다만, 2021년 6월 30일 이전에 처분한 재산은 조사일로부터 5년)
4) 가구특성지출비용 : 소득평가액 산정 시 제외되는 가구특성 지출비용이 되는 금품으로 기초생활보장만 해당됨.

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

[서식 6] [별지 제11호서식] 〈개정 2022.7.1.〉

보장비용·부당이득 환수(반환명령) 통지서 (○차)

수급자 (보호대상자)	성 명		전화번호	
	생 년 월 일			
	거주지(소재지)			
비 용 (부당이득) 납부자	성 명		전화번호	
	생년월일			
	주 소			
	수급자·보호 대상자와의 관계	[ ] 본인 [ ] 부양의무자 [ ] 기타( )		
복지 급여 및 서비스 제공내용				
환수(반환) 사유				
환수결정액	원	납부장소		
기 납부액	원			
납부액	원			
납부기한	년 월 일까지	산출내역	별첨	

「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제22조, 「국민기초생활 보장법」 제46조 및 제47조, 「아동복지법」 제61조, 「장애인복지법」 제51조, 「기초연금법」 제19조, 「장애인연금법」 제17조 및 「장애인활동 지원에 관한 법률」 제35조, 「사회서비스이용 및 이용권 권리에 관한 법률」 제21조, 「한부모가족지원법」 제25조의2 및 제26조, 「영유아보육법」 제40조의2 ,「의료급여법」 제23조, 「주거급여법」 제20조, 「아동수당법」 제16조,「초·중등교육법」 제60조의10에 따라 에 따라 보호대상자 또는 수급자에 대한 사회보장급여의 제공 비용을 반환 및 환수하고자 하오니, 위의 금액을 납부기한까지 납부하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장·교육감 직인

안 내 사 항	
안내	1. 국민기초생활보장급여, 기초연금, 장애인연금, 아동수당, 장애인활동지원, 한부모가족지원, 양육수당, 영아수당(현금) 및 사회서비스이용권의 경우 납부 기간이 경과한 경우에는 국세 또는 지방세 체납의 예에 따른 체납처분 절차가 진행될 수 있으며, 다른 급여는 민사집행 절차에 따라 환수할 수 있습니다. 2. 위 결정사항에 대하여 이의가 있는 경우 다음과 같은 절차에 따라 이의신청을 할 수 있습니다. 1) 기초생활보장 : 수급자나 급여 또는 급여 변경을 신청한 사람은 시장·군수·구청장의 처분에 대하여 이의가 있는 경우에는 그 결정의 통지를 받은 날로부터 90일 이내 해당 보장기관을 거쳐 사도지사(특별자치시장·특별자치도지사 및 사·도교육감의 처분에 대한 이의신청은 특별자치시장·특별자치도지사 및 사·도교육감을 말함)에게 서면 또는 구두로 할 수 있음 2) 한부모가족, 장애인복지, 장애인활동지원, 영유아보육·유아학비: 결정 통지받은 날로부터 90일 이내 서면으로 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 신청 3) 장애인연금, 아동수당, 영아수당(현금) : 결정이 있음을 안 날로부터 90일 이내(단, 정당한 사유로 국인하여 이의신청을 할 수 없음을 증명한 때에는 그 사유가 소멸한 때부터 60일 이내) 서면으로 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 신청 4) 기초연금 : 결정이 있음을 안날로부터 90일 이내 (단, 정당한 사유로 인하여 이의신청을 할 수 없음을 증명한 때에는 그 사유가 소멸한 때부터 60일 이내) 서면으로 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 또는 국민연금공단에 신청 5) 다른 법률에 규정이 없는 경우 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제17조에 의해 처분을 받은 날로부터 90일 이내에 처분을 결정한 보장기관의 장에게 이의신청을 할 수 있습니다.

210㎜×297㎜(일반용지 60g/㎡(재활용품))

[서식 7]

입양아동 의료급여(사전·사후) 적용신청서					처리기간 3일
① 부 모	성 명		주민등록번호		
	주 소				
	전화번호				
② 적용대상자	성 명		주민등록번호		
③ 적용방식	□ 사전지원방식		□ 사후지원방식		
④ 계좌번호	은행(예금주 :)				

년 월 일

신청인 서명 (인)

시장·군수·구청장 귀하

작성요령

① 입양아동이 기재될 건강보험증상의 가구주를 기재합니다.
② 의료급여를 적용할 아동을 기재합니다.
③ 원하는 적용방식에 √ 표시를 합니다.
- 사전지원방식 : 건강보험증에 의료급여 수급자임을 표시하고, 현행과 같이 의료급여기관 이용시 본인부담 면제
- 사후지원방식 : 건강보험증에 수급자임을 표시하지 않고, 병의원 이용시 건강보험가입자와 같이 본인부담금을 먼저 납부하고 사후에 본인부담금 환급

④ 사후지원방식을 선택한 경우에만 기재합니다.
- 의료급여기관 이용시 납부한 본인부담금을 환급받을 계좌
- 환급받은 본인부담금의 세부내역은 국민건강보험공단 홈페이지(http://www.nhis.or.kr)에서 확인하실 수 있습니다.

210mm×297mm(신문용지 54g/㎡)

[서식 8]

행려환자 관리카드

최초담당자 :　　현재담당자 :　　현재입원기관 :

<table>
<tr><td rowspan="3">인적사항</td><td>성　명</td><td></td><td>성별</td><td></td><td>(　) 주민등록 번　호</td><td colspan="2">-</td><td rowspan="3">사진</td></tr>
<tr><td rowspan="2">(　) 전산관리 번　호</td><td colspan="2">-</td></tr>
<tr><td>발견당시 주민등록지</td><td colspan="3"></td><td>전화 번호</td><td>-</td></tr>
<tr><td></td><td>발생일시 /장소</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">응급진료</td><td>최초입원 일　자</td><td></td><td>급여기관 (전화번호)</td><td></td><td>주소</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>병　명</td><td></td><td>응급진료 사　항</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">현재 입원상황</td><td>입　원 일　자</td><td></td><td>급여기관 (전화번호)</td><td></td><td>주소</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>병　명</td><td></td><td>진료사항</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">연고자 (부양 의무자)</td><td>성　명</td><td></td><td>주민등록 번　호</td><td></td><td>관계</td><td></td><td>직　업</td><td></td></tr>
<tr><td>주　소</td><td colspan="3"></td><td>전화 번호</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">국민기초생활보장 수급권자 여부</td><td>여(　) 부(　)</td><td>참고 사항</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>성　명</td><td></td><td>주민등록 번호</td><td></td><td>관계</td><td></td><td>직　업</td><td></td></tr>
<tr><td>주　소</td><td colspan="3"></td><td>전화 번호</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">국민기초생활보장 수급권자 여부</td><td>여(　) 부(　)</td><td>참고사항</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>신　원 확　인</td><td colspan="8">확인진행중　(　)
신분증으로 확인　(　)
지문으로 확인　(　)
유전자로 확인　(　)
지문감식결과 확인불가 : 동일 지문 없음　(　)　지문영구마멸·손상으로 확인불가 (　)
유전자감식결과 확인불가　(　)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">감식</td><td colspan="3">1차 감식(　)</td><td colspan="3">2차 감식(　)</td><td colspan="2">3차 감식(　)</td></tr>
<tr><td colspan="3">채취자:
채취일:
의뢰경찰서:
결과통지일:
감식결과:</td><td colspan="3">채취자:
채취일:
의뢰경찰서:
결과통지일:
감식결과:</td><td colspan="2">채취자:
채취일:
의뢰경찰서:
결과통지일:
감식결과:</td></tr>
<tr><td colspan="3">4차 감식(　)</td><td colspan="3">5차 감식(　)</td><td colspan="2">6차 감식(　)</td></tr>
<tr><td colspan="3">채취자:
채취일:
관할경찰서:
결과통지일:
감식결과:</td><td colspan="3">채취자:
채취일:
관할경찰서:
결과통지일:
감식결과:</td><td colspan="2">채취자:
채취일:
관할경찰서:
결과통지일:
감식결과:</td></tr>
<tr><td>행려환자 선　정</td><td>최초 병원이송자</td><td colspan="2"></td><td>선정일자</td><td colspan="2"></td><td>진료개시일 소급적용일자</td><td></td></tr>
</table>

사 후 관 리		
년월일	관 리 내 용	작성자 (직, 성명)

[서식 9] [실종아동등의 보호 및 지원에 관한 법률 시행규칙 별지 제2호서식] (앞쪽)

신 상 카 드

인적사항 및 기본사항	성 명		성별	번호 ( )	1.남 2.여	주민등록번호	(당시 세, 추정/확실)	사진 부착 (3㎝ × 4㎝)	
	발견일자	년 월 일		발견지역 (주소)					
	발견 장소	번호 ( )	1. 아파트 2. 빌라 3. 주택가 4. 놀이터 5. 학교(유치원 등) 6. 타인의 집 7. 학원 8. 상가(시장) 9. 터미널·역 10. 종교시설(교회·성당·절 등) 11. 공원 12. 산 13. 버스정류장 14. 병원 15. 노상 16. PC방·오락실 17. 자가 18. 회사 19. 기타( )						
	보호장소	시설(기관)명:		번호 ( )	1. 아동복지시설 2. 장애인복지시설 3. 정신요양시설 4. 부랑인복지시설 5. 노인복지시설 6. 정신의료기관				
		연락처:		주소:					
	입소(원)동기								
	응급진료	최초입원일자		진료기관 (전화번호)		응급진료조치 행정기관명			
		병 명		응급진료 사 항					
	무연고자 확 인	확인일자		확인기관					
	행려병자 선 정	보장기관명		선정 일자		행려병자 번호		의료급여 종 별	( ) 종

신체특징	치 아	번호 ( )	1. 정상 2. 틀니 3. 뻐드렁니 4. 옹니 5. 금니 6. 은니 7. 의치 8. 때운 이빨 9. 임플란트 10. 기타( )				치아 특징	서술:	
	눈 모 양	번호 ( )	1. 특징 없음 2. 쌍꺼풀 있음 3. 쌍꺼풀 없음 4. 기타( )						
	얼 굴 색	번호 ( )	1. 보통 2. 검은 편 3. 흰 편 4. 기타( )						
	흉 터	번호 ( )	1. 머리 2. 얼굴 3. 팔 4. 손 5. 등 6. 몸통 7. 둔부 8. 다리 9. 발 10. 기타( )				모양	서술:	
	수술자국	번호 ( )	1. 머리 2. 얼굴 3. 팔 4. 손 5. 등 6. 몸통 7. 둔부 8. 다리 9. 발 10. 기타( )				모양	서술:	
	점	번호 ( )	1. 머리 2. 얼굴 3. 팔 4. 손 5. 등 6. 몸통 7. 둔부 8. 다리 9. 발 10. 기타( )				모양	서술:	
	문 신	번호 ( )	1. 머리 2. 얼굴 3. 팔 4. 손 5. 등 6. 몸통 7. 둔부 8. 다리 9. 발 10. 기타( )				모양	서술:	
	병 력	번호 ( )	1. 뇌질환 2. 심장질환 3. 간질환 4. 그 밖의 내과질환 5. 외과질환(골절 등) 6. 기타( )				장애 유형	번호 ( ) 예)1-2	1. 지적장애(1급, 2급, 3급) 2. 자폐성장애(1급, 2급, 3급) 3. 정신장애(1급, 2급, 3급) 4. 중복장애(급, 급) 5. 기타( )

신장	㎝	체격	1. 비만 2. 건장 3. 보통 4. 왜소 5. 특이체형 6. 기타 ( )	얼굴형	1. 삼각형 2. 역삼각형 3. 계란형 4. 사각형 5. 둥근형 6. 갸름한형 7. 기타( )	두발색상	1. 흑색 2. 백색 3. 반백 4. 갈색 5. 염색 6. 기타 ( )	두발형태	1. 삭발 2. 긴 생머리 3. 짧은 생머리 4. 긴 곱슬머리 5. 짧은 곱슬머리 6. 긴 퍼머머리 7. 짧은 퍼머머리 8. 단발머리 9. 묶음머리 10. 짧은 스포츠형 11. 보통 가르마머리12. 대머리 13. 기타( )				
체중	kg	번호 ( )		번호 ( )		번호 ( )		번호 ( )			
그 밖의 특징								유전자 (DNA)	번호 ( )	1. 채취 2. 미채취	

210㎜×297㎜[일반용지 60g/㎡(재활용품)]

(뒤쪽)

<table>
<tr><td rowspan="19">옷차림·소지품·그 밖의 정보</td><td rowspan="11">실종(입소) 당시 옷차림</td><td>전체옷차림</td><td>번호 ( )</td><td colspan="3">1. 정장차림 2. 군복차림 3. 작업복차림 4. 운동복차림 5. 가죽옷차림 6. 한복차림
7. 캐주얼차림 8. 속옷차림 9. 투피스 10. 원피스 11. 교복차림 12. 기타( )
13. 알 수 없음</td></tr>
<tr><td rowspan="4">상의</td><td>번호 ( )
예)1-4</td><td>1. 긴팔
2. 반팔</td><td colspan="2">1. 양복 2. 잠바 3. 캐주얼 4. 운동복 5. 속옷차림 6. 원피스 7. 투피스
8. 유니폼 9. 와이셔츠·남방 10. 코트류 11. 티셔츠 12. 카디건(스웨터)
13. 작업복 14. 브라우스 15. 기타( ) 16. 알 수 없음</td></tr>
<tr><td>번호 ( )</td><td colspan="3">1. 흰색계통 2. 검은색계통 3. 회색계통 4. 빨간색계통 5. 파란색계통 6. 갈색계통
7. 녹색계통 8. 노란색계통 9. 풀색계통 10. 보라색계통 11. 분홍색계통 12. 주황색계통
13. 하늘색계통 14. 기타( ) 15. 알 수 없음</td></tr>
<tr><td>번호 ( )</td><td colspan="3">1. 가로줄무늬 2. 세로줄무늬 3. 체크무늬 4. 민무늬 5. 물방울무늬 6. 꽃무늬 7. 기타( )
8. 알 수 없음</td></tr>
<tr><td>상 표 명</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">하의</td><td>번호 ( )
예)1-4</td><td>1. 긴
2. 짧은</td><td colspan="2">1. 정장바지 2. 운동복 3. 잠옷 4. 치마 5. 유니폼 6. 면바지 7. 청바지
8. 작업복 9. 속옷 10. 통바지 11. 기타( ) 12. 알 수 없음</td></tr>
<tr><td>번호 ( )</td><td colspan="3">1. 흰색계통 2. 검은색계통 3. 회색계통 4. 빨간색계통 5. 파란색계통 6. 갈색계통
7. 녹색계통 8. 노란색계통 9. 풀색계통 10. 보라색계통 11. 분홍색계통 12. 주황색계통
13. 하늘색계통 14. 기타( ) 15. 알 수 없음</td></tr>
<tr><td>번호 ( )</td><td colspan="3">1. 가로줄무늬 2. 세로줄무늬 3. 체크무늬 4. 민무늬 5. 물방울무늬 6. 꽃무늬
7. 기타( ) 8. 알 수 없음</td></tr>
<tr><td>상 표 명</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">실종(입소) 당시 신발</td><td>번호 ( )</td><td colspan="2">1. 운동화 2. 구두 3. 고무신 4. 장화 5. 샌들 6. 슬리퍼 7. 부츠
8. 단화 9. 등산화 10. 털신 11. 맨발 12. 기타( ) 13. 알 수 없음</td><td>발길이 ㎜</td></tr>
<tr><td>번호 ( )</td><td colspan="3">1. 흰색계통 2. 검은색계통 3. 회색계통 4. 빨간색계통 5. 파란색계통 6. 갈색계통 7. 녹색계통
8. 노란색계통 9. 풀색계통 10. 보라색계통 11. 분홍색계통 12. 주황색계통 13. 하늘색계통
14. 기타( ) 15. 알 수 없음</td></tr>
<tr><td>상 표 명</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>안경</td><td>번호 ( )</td><td colspan="3">1. 미착용 2. 금테 3. 은테 4. 뿔테 5. 무테 6. 선글라스 7. 콘택트렌즈 8. 기타( )</td></tr>
<tr><td>모자</td><td>번호 ( )</td><td colspan="3">1. 미착용 2. 흰색계통 3. 검은색계통 4 회색계통 5. 빨간색계통 6. 파란색계통 7 갈색계통
8. 녹색계통 9. 노란색계통 10. 풀색계통 11. 보라색계통 12. 분홍색계통 13. 주황색계통
14. 하늘색계통 15. 기타( ) 16. 알 수 없음</td></tr>
<tr><td rowspan="2">신체 장신구</td><td rowspan="2">번호 ( )</td><td>1. 반지 2. 목걸이 3. 귀걸이 4. 팔찌
5. 머리띠 6. 머리핀 7. 기타( )</td><td rowspan="2">소지품</td><td rowspan="2">번호 ( )</td><td>1. 휴대폰 2. 가방 3. 시계
4. 기타( )</td></tr>
<tr><td>상세설명( )</td><td>상세설명( )</td></tr>
<tr><td>보호 개요</td><td colspan="5">간단하게 서술
- 발생당시 상황
- 입소경위 등</td></tr>
<tr><td rowspan="4">보호 아동등 조치 사항</td><td colspan="2">연월일</td><td>조치내용</td><td>보호시설명</td><td>주 소</td><td>비고</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="6">작성자</td><td rowspan="6">작성일</td><td colspan="2" rowspan="6">년 월 일</td><td rowspan="5">작 성 자</td><td colspan="2">성명: (서명 또는 날인)</td></tr>
<tr><td colspan="2">소속:</td></tr>
<tr><td colspan="2">직급:</td></tr>
<tr><td colspan="2">연락처:</td></tr>
<tr><td>관할경찰서명</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

[서식 10]의료급여법 시행규칙[별지 제6호서식] 〈개정 2021.9.14.〉

(앞쪽)

지켜야 할 사항

1. 전출 등으로 자격이 상실된 때는 이 의료급여증을 반납하고 새로운 의료급여증을 발급받아야 합니다.

2. 급여를 받을 때에는 이 의료급여증 또는 주민등록증, 운전면허증, 여권 등 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증명서 또는 서류를 제시해야 합니다.

3. 이 의료급여증은 다른 사람에게 빌려주어서는 안 되며, 빌려준 경우 관련 규정에 따라 처벌을 받습니다.

4. 시장·군수·구청장의 사전 연장승인 없이 의료급여 일수가 의료급여를 받을 수 있는 일수를 초과한 경우 그 초과진료비는 본인이 부담해야 합니다.

5. 단계별 절차(의원→병원→대학병원)를 거치지 않은 진료비는 전액 본인이 부담해야 합니다.

싫

의료급여증

이 의료급여증을 습득하신 분은 가까운 우체통에 넣어 주시기 바랍니다.

송부처: 뒤쪽의 특별자치시·특별자치도·시·군·구의 주소 참조

190㎜×127㎜(보존용지(1종) 120g/㎡)

(뒤쪽)

세 대 주	
성 명	
생 년 월 일	
구 분	
자격취득일	
보장기관 기호 및 명칭	
읍·면·동 (사회복지시설)	
의료급여증 번호	

○○○특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장

(주소)
(전화번호)

의료급여를 받으실 분		
성 명	생년월일	자격 취득일

발급일자:

190㎜×127㎜(보존용지(1종) 120g/㎡)

[서식 11] [시행규칙 별지 제7호 서식]

의료급여증명서

발급번호 :

보장기관명				보장기관기호	
세대주	성 명			의료급여종별	( )종
	주민등록번호				
	주 소				
부양 가족	성 명	세대주와의 관계	주민등록번호		개일별자격취득일
최초자격취득일					

위의 사람은 의료급여법에 의한 수급권자임을 증명합니다.

년 월 일

(시장·군수·구청장) 인

비고

1. 이 증명서는 의료급여증이 발급될 때까지만 사용할 수 있습니다.
2. 의료급여기관에서는 반드시 본인임을 확인한 후 진료를 하여야 합니다.

210mm×297mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

[서식 12] [의료급여법 시행규칙 별지 제8호서식] 〈개정 2013.12.13.〉

의료급여증 [ ]추가발급 [ ]재발급 신청서

접수번호	접수일자	발급일자	처리기간 즉시

신청인	성명	주민등록번호
	주소	전화번호
	세대주 성명	세대주 생년월일

신청사유(추가발급·재발급)

「의료급여법 시행규칙」 제12조제3항에 따라 의료급여증 추가발급·재발급을 위와 같이 신청합니다.

년 월 일**장**

신청인 (서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

첨부서류	1. 의료급여증(잃어버린 경우에는 제외합니다) 2. 추가발급 사유(수학·보육 등) 또는 재발급 사유(의료급여증의 분실, 기재사항 변경 등)를 증명하는 서류	수수료 없음

210mm×297mm(백상지 80g/㎡(재활용품))

[서식 13] [의료급여법 시행규칙 별지 제3호서식] 〈개정 2016.12.30.〉

의료급여의뢰서

(앞쪽)

사용 구분 (해당 항목 [ ]에 ✔표기)	[ ] 선택의료급여기관 미적용자를 다른 의료급여기관으로 의뢰하는 경우 (「의료급여법 시행규칙」 제3조제3항에 따른 의료급여 진료절차) ※ 노숙인진료시설인 경우 추가 표기 [ ] 노숙인진료시설인 제1차/제2차의료급여기관에서 다른 노숙인진료시설인 제2차의료급여기관으로 의뢰 [ ] 노숙인진료시설인 제2차의료급여기관에서 제3차의료급여기관으로 의뢰
	[ ] 선택의료급여기관에서 다른 의료급여기관으로 의뢰하는 경우 (「의료급여법 시행규칙」 별표 1 제1호다목에 따른 의료급여 진료절차)
	[ ] 선택의료급여기관으로부터 의뢰받은 후 다른 의료급여기관으로 재의뢰하는 경우 (「의료급여법 시행규칙」 별표 1 제1호라목에 따른 의료급여 진료절차)

보장기관기호		보장기관명	
세대주성명		생년월일	
수급권자성명		주민등록번호	
주 소		전화번호	
상병명		상병분류기호	
진료기간	. . . ~ . . .	진료구분	입원·외래
환자상태 및 진료의견			

「의료급여법」 제7조제2항과 같은 법 시행규칙 제3조제3항 및 별표 1에 따라 위와 같이 의료급여를 의뢰합니다.

년 월 일

의료급여기관 기호:

소재지:

대표자: (인)

담당의사: (서명 또는 인)

의료급여기관 대표자 귀하

첨부서류	없음	수수료 없음

유의사항

1. 환자상태 및 진료의견란에는 현재 증상, 검사, 투약 등 주요 진료내용을 구체적으로 적고, 여백이 부족하면 뒤쪽을 활용하기 바랍니다.
2. 수급자는 의사의 발급일로부터 7일 이내(공휴일 제외)에 의료급여기관에 제출하여야 합니다.

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡]

(뒤쪽)

환자상태 및 진료의견

[서식 14] [의료급여법 시행규칙 별지 제4호서식] 〈개정 2016.12.30.〉

의료급여회송서

(앞쪽)

보장기관기호		보장기관명	
세대주 성명		생년월일	
수급권자 성명		주민등록번호	
주 소		전화번호	
상병명		상병분류기호	
진료기간	. . . ~ . . .	진료구분	입원·외래
환자상태 및 진료의견			

「의료급여법」 제7조제2항 및 같은 법 시행규칙 제3조제5항에 따라 위와 같이 수급권자를 회송합니다.

년 월 일

의료급여기관 기호:

소재지:

대표자: (인)

담당의사: (서명 또는 인)

의료급여기관 대표자 귀하

첨부서류	없음	수수료 없음

유의사항

환자상태 및 진료의견란에는 현재 증상, 경과기록(수술 및 처치 등), 검사실시내용 및 질병치료 후의 상태 등을 구체적으로 적고, 여백이 부족하면 뒤쪽을 활용하기 바랍니다.

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡]

(뒤쪽)

환자상태 및 진료의견

[서식 15] [의료급여법 시행규칙 별지 제5호 서식]

본인부담금수납대장

연월일	환자성명	수납금액(원)		
		계	의료급여	비급여

비고

1. 입원환자의 경우에는 퇴원일에 총본인부담금을 합산하여 기재합니다.
2. 의료급여란에는 의료급여법시행규칙 제19조의 규정에 의한 의료급여비용의 본인 전액부담항목비용을 포함합니다.

210mm×297mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

[서식 16]

의료급여기관 외래진료 본인부담면제 신청서

보장기관	기관명		기 호	
수급권자	성 명		주민등록번호	-
	주 소			
면 제 대 상	① 20세 미만 재학자( ) ② 임산부( ) 【출산(예정)일】 20 년 월 일 ③ 가정간호를 받고 있는 자( ) 【가정간호기간】 20 년 월 일 ~ 20 년 월 일			

의료급여법 시행령 별표 제1호다목 및 동법 시행규칙 제19조의4제1항에서 정한 본인부담금 면제 대상자에 해당되어 의료급여기관 외래진료시 본인부담금을 면제해 줄 것을 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

(시장·군수·구청장) 귀하

비 고

1. 20세 미만 중고등학교 재학자는 재학증명서를 첨부하여야 합니다.
2. 임산부는 임신임을 신고한 날부터 출산예정일(출산일) 후 6개월까지 본인부담금을 면제받습니다.
3. 가정간호를 받고 있는 분은 가정간호를 받는 기간 동안 본인부담금을 면제받습니다

[서식 17] [의료급여법 시행규칙 별지 제10호 서식] 〈개정 2011.4.15.〉

제 호

제3차 의료급여기관지정서

1. 기관명:

2. 소재지:

3. 대표자 성명:

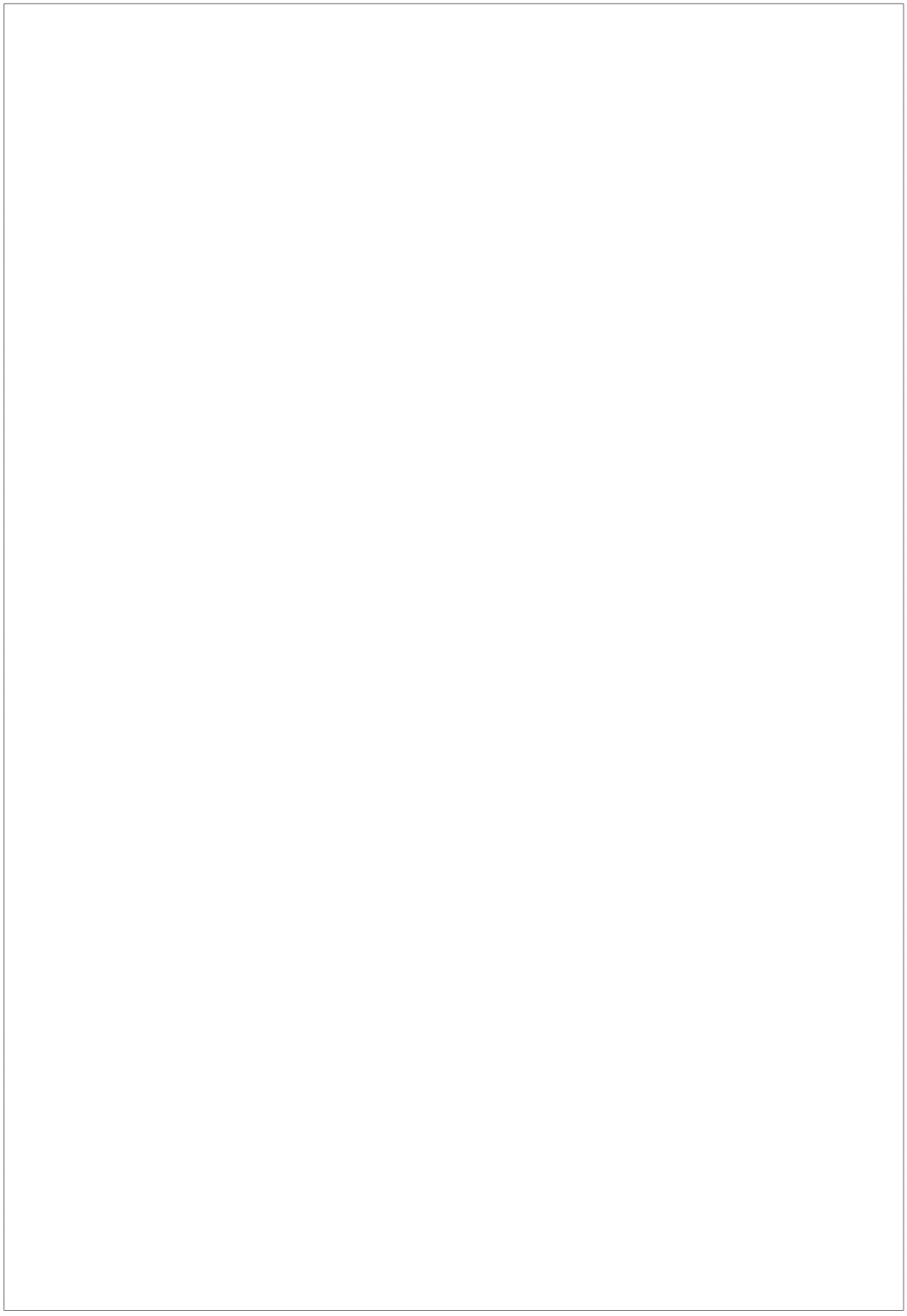
4. 생년월일:

위 기관을 「의료급여법」 제9조제2항제3호 및 같은 법 시행규칙 제17조제1항에 따라 제3차의료급여기관으로 지정합니다.

년 월 일

보건복지부장관 직인

210mm×297mm(보존용지(1종) 120g/㎡)



(뒤쪽)

(　　)월 개설·폐업·변경 내역

○ 지정

의료급여 기관기호	의료급여 기관명	대표자 성명	주민등록번호	주소	전화번호	종별	일자

○ 취소

의료급여 기관기호	의료급여 기관명	대표자 성명	주민등록번호	주소	전화번호	종별	일자

○ 변경

구분	의료급여 기관기호	의료급여 기관명	대표자 성명	주민등록번호	주소	전화번호	종별	일자
종전								
변경								

비고

1. 지정종별란에는 제1차, 제2차의료급여기관여부를 기재하시기 바랍니다.
2. 의료급여기관기호란에는 요양기관기호를 기재하여 주시기 바랍니다.

[서식 19] [의료급여법 시행규칙 별지 제11호의2호 서식] 〈개정 2014.11.19.〉

본인부담금의 일부지급 청구서

접수번호	접수일	처리기간

보장기관	기관명		보장기관기호
세대주	성명		주민등록번호
수진자	성명		주민등록번호
의료급여 기관명		진료기간	. . .~ . . . ( ) 일간
본인부담액		지급대상액 (합계)	
지급결정액		지급의뢰일	

거래 금융기관명	예금계좌번호	예금주

「의료급여법 시행규칙」 제19조의2에 따라 위와 같이 본인부담금의 일부지급을 청구합니다.

년 월 일

청구인 : (서명 또는 인)

주소 :

전화번호 :

수진자와의 관계 :

(시장·군수·구청장) 귀하

210mm×297mm(백상지 80g/㎡)

[서식 20] [의료급여법 시행규칙 별지 제11호의3호 서식] 〈개정 2014.11.19.〉

본인부담금의 초과금액 지급 청구서

(앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간

보장기관	기관명		보장기관기호
세대주	성명		주민등록번호
수진자	성명		주민등록번호
의료급여기관명		진료기간	. . . ~ . . . ( ) 일간
본인부담금총액	. . . ~ . . .(원)		
본인부담금 보상금 지급내역	. . . ~ . . .(원)		
본인부담금 대지급금 지급내역	. . . ~ . . .(원)		
지급결정액(합계)	원	지급의뢰일	. . .

거래 금융기관명	예금계좌번호	예금주

「의료급여법 시행규칙」 제19조의3에 따라 위와 같이 본인부담금의 초과금액 지급을 청구합니다.

년 월 일

청구인 : (서명 또는 인)
주소 :
전화번호 :
수진자와의 관계 :

(시장·군수·구청장) 귀하

※ 의료급여기관이 다수인 경우 뒷면의 추가 기재란을 활용하시기 바랍니다.

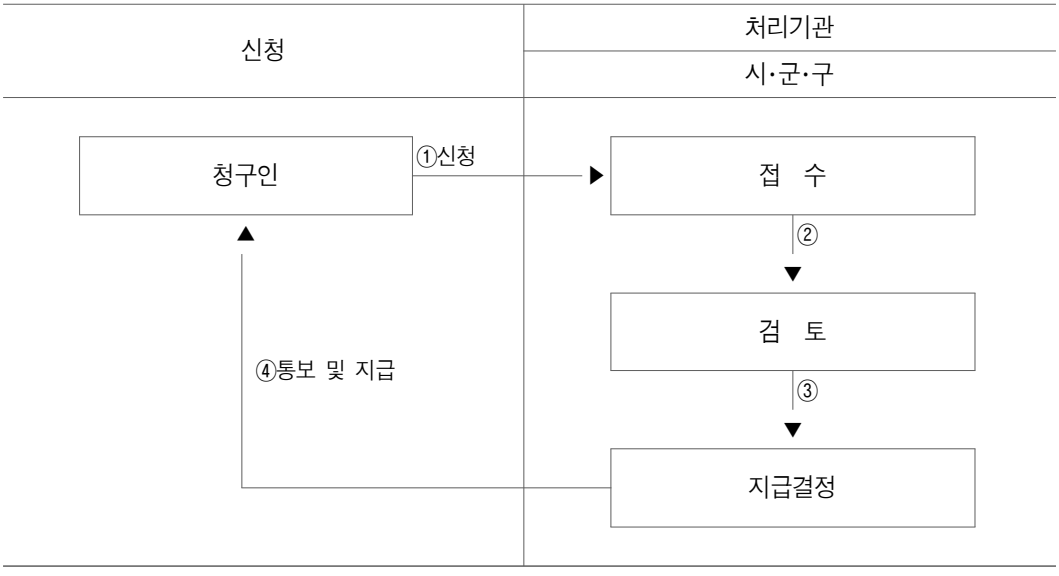
210mm×297mm(백상지 80g/㎡)

<추가 기재란> (뒤쪽)

의료급여기관명	진료기간
	. . . ~ . . .(원)
	. . . ~ . . .(원)
	. . . ~ . . .(원)
	. . . ~ . . .(원)

처 리 절 차

이 청구서는 아래와 같이 처리됩니다.



[서식 21]

본인부담금보상금 지급 관리대장

전산 관리 번호	청구일자	수급권자	주민번호	주 소			진료개시일	의료급여기관
	선지급일	선지급금액	보상대상금액	정산지급일	정산금액	금융기관	지급계좌번호	예금주

[서식 22] [시행규칙 별지 제12호서식]

요양비 지급청구서 ([ ]출산비 [ ]복막투석 [ ]자가도뇨 [ ]기타)

※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 난은 청구인이 적지 않습니다. (앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간 15일

① 진료받은 사람	성명	주민(외국인)등록번호	보장기관명(기호)	
② 의료급여기관	명칭	의료급여기관 기호	③ 진료 구분	입원[ ] 외래[ ]
④ 처방전 발행일		⑤ 진료기간 또는 출산 . . .부터 ( )일간	⑥ 상병명	상병코드
⑦ 출산장소	1.자택[ ] 2.의료급여기관이 아닌 의료기관[ ] 3.구급차[ ] 4.대중교통[ ] 5. 길[ ] 6. 기타[ ]			

구분	구입금액	구입업체명	지급일수	개수/일
⑧ 복막관류액	원			
⑨ 복막투석 소모성재료	원		일	
⑩ 자가도뇨 소모성재료	원		일	개

지급의뢰일 . .	심사결정액 원	본인부담액 원	지급액 원

⑪ 수령인	⑫ 금융기관명	⑬ 계좌번호	⑭ 예금주	⑮ 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호
[ ]수급권자				
[ ]의약품·의료기기 판매업소				

「의료급여법」제12조제1항 및 같은 법 시행규칙 제24조제3항에 따라 위와 같이 요양비 지급을 청구합니다.

년 월 일

청구인 (서명 또는 인) 전화번호 ( )

진료받은 사람과의 관계 : 진료받은 사람의 ( )

시장 · 군수 · 구청장 귀하

297㎜× 210㎜[백상지 80g/㎡]

(뒤쪽)

첨부서류	1. 요양비 명세서 사본, 의료급여기관에서 의료급여를 받을 수 없었던 사유를 증명할 수 있는 서류 각 1부. 2. 의사 처방전, 세금계산서(약국의 경우에는 처방전 및 세금계산서) 각 1부. ※ 만성신부전증 환자, 선천성 신경인성 방광환자의 경우에는 제2호 서류만 첨부합니다. 3. 출산 사실을 증명하는 서류(사산 또는 출생 후 사망한 경우에는 이를 증명할 수 있는 서류) 1부.	수수료 없음

작성방법

① : 진료받거나 출산한 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호를 적습니다.
② : 의료급여기관명, 의료급여기관 기호를 적습니다. (출산의 경우에는 적지 않습니다.)
③ : 해당 구분에 "✔"표시를 합니다. (출산의 경우에는 적지 않습니다.)
④ : 의사가 처방전을 발행한 날을 년월일로 적습니다. (출산의 경우에는 적지 않습니다.)
⑤ : 진료인 경우에는 진료 시작 연월일 및 기간을, 출산인 경우에는 출산 연월일을 적습니다.
* 예시: 2009년 7월 1일부터 7월 15일까지 진료인 경우 → 2009. 7. 1.부터 (15)일간
⑥ : 상병명을 적되, 상병이 2개 이상일 경우에는 주된 상병명 하나만을 적습니다. (출산의 경우에는 적지 않습니다.)
⑦ : 해당 번호에 "✔"표시를 합니다.
⑧ : 영수증상의 금액을 적습니다.
⑨ : 영수증상의 금액을 적고 의약품판매업소의 명칭, 소모성재료 지급 일수를 적습니다.
⑩ : 영수증상의 금액을 적고 의료기기판매업소의 명칭, 지급일수와 자가도뇨 소모성재료 1일당 개수를 적습니다.
⑪ : 급여비를 받을 사람을 선택하여 "✔" 표시 합니다.
⑫ ~ ⑮ : 금융기관명, 예금계좌번호, 예금주, 예금주 주민(외국인)등록번호, 사업자 등록번호(의약품 또는 ·의료기기 판매업소일 경우)를 정확히 적습니다.
* 예금주는 다음에 해당하는 사람이어야 합니다.
- 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
- 의약품·의료기기 판매업소 : 진료받은 사람 본인이나 가족 등 지급 청구자가 의약품판매업소(복막관류액 및 복막투석 소모성 재료), 의료기기판매업소(자가도뇨 소모성재료)에 요양비를 지급하도록 요청한 경우에는 판매업자
* 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 예금통장이어야 합니다.
〈예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금, 가계당좌예금〉
⑯ 청구인은 본인의 이름을 기재한 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다. 다만, 진료받은 사람이 제한능력자일 경우 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.
- 청구인: 진료받은 사람(진료를 받은 자), 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)이어야 합니다.

처리절차

신청서 작성	→	접수 및 확인	→	청구서 처리	→	요양비 지급	→	수령
신청인		시·군·구		시·군·구		시·군·구		수령인

297㎜× 210㎜[백상지 80g/㎡]

[서식 23] [별지 제12호의2서식] 〈개정 2022.11.22.〉

요양비 지급청구서(산소치료)

※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며 색상이 어두운 란은 청구인이 적지 않습니다. (앞쪽)

접수번호		접수일		발급일		처리기간 15일
① 보장기관명(기호)		② 의료급여기관명		③ 상병명		
		의료급여기관기호		상병코드		
④ 진료받은 사람	성명	주민(외국인)등록번호		주소		전화번호
⑤ 진료구분	1. 입원 2. 외래	⑥ 처방전 발행일	. . .	⑦ 산소치료 서비스 제공업소		
⑧ 가정용 산소발생기	관리번호:	모델명:	요양비 청구기간(월 단위)		계약금액	
⑨ 휴대용 산소발생기	관리번호:	모델명:	요양비 청구기간(15일 이하 또는 월 단위)		계약금액	
본인부담액	원	지급청구액	원	지급의뢰일	. . .	
⑩ 수령인	금융기관명	예금계좌번호		예금주	주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호	
[ ]수급권자						
[ ]산소치료 서비스 제공업체						
⑪ 보장기관 확인사항	요양비 지급청구차수	가정용 차 휴대용 차		호흡기장애 정도	1. 심한 정도 2. 심하지 않은 정도	

「의료급여법 시행규칙」 제24조제3항에 따라 위와 같이 요양비의 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑫ 청구인 (서명 또는 인) 전화번호( )

진료받은 사람과의 관계: 진료받은 사람의 ( )

시장·군수·구청장 귀하

297㎜×210㎜[백상지 80g/㎡]

(뒤쪽)

첨부서류	1.「의료급여법 시행규칙」 제24조제1항3호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 방법으로 산소치료를 하였음을 증명할 수 있는 서류 1부. 2. 산소치료처방전, 세금계산서 각 1부.

작성방법

①: 진료받은 사람의 보장기관명 및 기호를 적습니다.
②: 의료급여기관명 및 의료급여기관기호를 적습니다.
③: 상병명(주된 상병)을 적습니다.
④: 진료받은 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호, 주소 및 전화번호를 적습니다.
⑤: 해당 번호에 "○" 표시를 합니다.
⑥: 의사가 산소치료처방전을 발행한 날을 년·월·일로 적습니다.
⑦: 산소치료 서비스 제공업소명을 적습니다.
⑧,⑨ : 해당 란을 다음과 같이 적습니다.
- 관리번호: 산소발생기 관리번호를 적습니다. 〈예시: ⓐⓑⓒⓓⓔⓕⓖⓗⓘⓙⓚⓛⓜⓝⓞⓟ → ⓐ~ⓕ: 제조년·월, ⓖ~ⓟ: 산소발생기 일련번호〉
- 모델명: 산소치료 서비스 제공업소와 계약한 의료용 산소발생기의 모델명을 적습니다.
- 요양비 청구기간: 의사의 산소치료 처방전에 따른 의료용 산소발생기를 계약한 날부터 실제 사용한 날까지의 기간을 월 단위로 적습니다. 〈예시: 2009년 7월 1일 계약한 경우 → 2009. 7. 1. ~ 2009. 7. 31.〉
- 계약금액: 산소치료 서비스 제공업소와 계약한 월 계약금액을 적습니다.

⑩ : 송금 받으려는 수령인, 금융기관명, 예금계좌번호, 예금주, 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호를 정확히 적습니다.
* 수령인의 경우 [ ]에는 해당되는 곳에 "√" 표시를 합니다.
* 예금주는 다음에 해당하는 사람이어야 합니다.
- 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
- 산소치료서비스 제공업소 : 진료받은 사람 본인이나 가족 등 지급 청구인이 산소치료 서비스 제공업소에 요양비를 직접 지급하도록 요청하는 경우 해당 업소

* 예금계좌번호은 온라인 계좌입금이 가능한 예금계좌번호여야 합니다.
〈예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금, 가계당좌예금〉

⑪ : 보장기관 확인사항은 담당공무원이 반드시 확인해야 하는 사항입니다.
- 처방전은 반드시 내과전문의, 결핵과전문의, 심장혈관흉부외과 전문의가 발행한 것이어야 합니다. 다만, 소아의 경우에는 소아청소년과전문의가 발행할 수 있습니다.
- 요양비지급 청구차수 : 산소치료 요양비는 월 단위로 청구하며, 1차(첫달)에는 반드시 "산소치료 처방전"을 확인하여야 합니다.
  * 가정용 산소발생기의 경우에는 최대 12차까지 기재할 수 있으며, 월 2회 요양비 청구가 가능한 휴대용 산소발생기의 경우에는 최대 24차까지 기재할 수 있습니다.
- 처방기간은 1회 12개월 이내로 하고, 호흡기장애인의 경우에는 해당 호흡기장애 정도에 "○" 표시를 합니다.
- 호흡기장애정도가 심하지 않거나 호흡기 장애인이 아닌 경우에는 중증의 만성심폐질환으로 90일 동안의 적절한 내과적 치료를 받은 경우에만 지급합니다.

⑫ 청구인은 본인의 이름을 기재한 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다. 다만, 진료받은 사람이 제한능력자일 경우 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.
- 청구인: 진료받은 사람(진료를 받은 자), 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)이어야 합니다.

[서식 24] [의료급여법 시행규칙 별지 제12호의4서식] 〈개정 2019.12.31.〉

요양비 지급청구서(당뇨병 소모성 재료)

※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 난은 청구인이 적지 않습니다. (앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간	15일
상병명 및 상병코드	상병명	상병코드	

① 진료받은 사람	성명	주민(외국인)등록번호	
② 처방전 발행 의료급여기관	명칭 의료급여기관 기호	③ 처방전 발행일 년 월 일	④ 청구일수 일

⑤ 당뇨병 소모성 재료 구입 및 청구내역	소모성 재료 종류	구입금액	판매업소 명칭
	[ ] 혈당측정검사지	원	
	[ ] 채혈침	원	
	[ ] 인슐린주사기	원	
	[ ] 인슐린주사바늘	원	
	[ ] 인슐린펌프용 주사기	원	
	[ ] 인슐린펌프용 주사바늘	원	
	[ ] 연속혈당측정용 전극		

⑥ 수령 계좌			
	진료받은 사람 본인 [ ] 배우자, 부모 등 [ ] 의료기기 판매업소 [ ]	금융기관명	계좌번호
		예금주 성명	주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호

「의료급여법」 제12조제1항 및 같은 법 시행규칙 제24조제3항에 따라 위와 같이 요양비 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑦ 청구인 (서명 또는 인) 전화번호 ( )

진료받은 사람과의 관계: 진료받은 사람의 ( )

시장·군수·구청장 귀하

297㎜×210㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(뒤쪽)

첨부서류	1. 의사의 처방전(당뇨병 소모성 재료 처방전) 1부 2. 세금계산서 1부	수수료 없음

작성방법

① 진료받은 사람: 진료받은 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호를 적습니다.
② 처방전 발행 의료급여기관: 의사가 발행한 처방전에 기재된 의료급여기관명, 의료급여기관 기호를 적습니다.
③ 처방전 발행일: 의사가 처방전을 발행한 날을 연월일로 적습니다.
④ 청구일수: 의사가 발행한 처방전에 기재된 당뇨병 소모성 재료의 청구일수를 적습니다.
⑤ 당뇨병 소모성 재료 구입 및 청구내역: 구입한 당뇨병 소모성 재료의 종류에 √표시를 하고, 영수증에 적힌 구입금액 및 판매업소의 명칭을 적습니다.
⑥ 수령 계좌: 요양비를 받을 계좌를 선택하여 √표시를 하고, 금융기관명, 계좌번호, 예금주 성명 및 예금주의 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호(의료기기 판매업소만 해당합니다)를 정확히 적습니다.
 * 예금주는 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람이어야 합니다.
  - 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
  - 의료기기 판매업소: 진료받은 사람 본인이나 가족 등 지급 청구자가 당뇨병 소모성 재료 판매업소에 요양비를 지급하도록 요청한 경우
 * 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 것이어야 합니다.
  (예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금 및 가계당좌예금 등)
⑦ 청구인: 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)이어야 합니다. 이 경우 청구인은 본인의 이름을 기재한 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다. 다만, 진료받은 사람이 제한능력자일 경우에는 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.

처리절차

청구서 작성	→	접수 및 확인	→	청구서 처리	→	요양비 지급	→	수령
청구인		시·군·구		시·군·구		시·군·구		수령인

[서식 25] [별지 제12호의5서식] 〈신설 2019.12.31.〉

요양비 지급청구서(당뇨병 관리기기)

※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 난은 청구인이 적지 않습니다. (앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간 15일
상병명 및 상병코드	상병명	상병코드

① 진료받은 사람	성명:	주민(외국인)등록번호:	
② 처방전 발행 의료급여기관	명칭: 의료급여기관 기호:	③ 처방전 발행일: 년 월 일	④ 요양비 청구기간(월 단위): . . ~ . . 까지

	종류	구입금액	판매업소 명칭
⑤ 당뇨병 관리기기	[ ] 연속혈당측정기	원	
	[ ] 인슐린자동주입기	원	

⑥ 수령 계좌	진료받은 사람 본인 [ ] 배우자, 부모 등 [ ] 의료기기 판매업소 [ ]	금융기관명	계좌번호
		예금주 성명	주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호

「의료급여법」 제12조제1항 및 같은 법 시행규칙 제24조제3항에 따라 위와 같이 요양비 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑦ 청구인 (서명 또는 인) 전화번호 ( )

진료받은 사람과의 관계: 진료받은 사람의 ( )

시장·군수·구청장 귀하

297㎜× 210㎜[백상지 80g/㎡]

(뒤쪽)

첨부서류	1. 의사 처방전(당뇨병 관리기기 처방전) 1부 2. 세금계산서 1부	수수료 없음

작성방법

① 진료받은 사람: 진료받은 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호를 적습니다.

② 처방전 발행 의료급여기관: 의사 처방전에 기재된 의료급여기관명, 의료급여기관 기호를 적습니다.

③ 처방전 발행일: 의사가 처방전을 발행한 날을 연월일로 적습니다.

④ 요양비 청구기간(월 단위): 의사의 처방전에 따라 의료기기를 구입한 날부터 실제 사용한 날인 요양비 청구기간을 월 단위로 적습니다.

(예시: 2020년 1월 1일 구입하고 2021년 1월 1일까지 사용한 경우 → 2020.1. ~ 2021.1.)

⑤ 당뇨병 관리기기: 구입한 당뇨병 관리기기의 종류에 √ 표시하고, 영수증상의 구입금액을 적고 의료기기판매업소의 명칭을 적습니다.

⑥ 수령 계좌: 요양비를 받을 계좌를 선택하여 √ 표시 하고, 금융기관명, 계좌번호, 예금주 성명 및 예금주의 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호(의료기기 판매업소만 해당합니다)를 정확히 적습니다.

* 예금주는 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람이어야 합니다.

- 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
- 의료기기 판매업소 : 진료받은 사람 본인이나 가족 등 지급 청구자가 당뇨병 관리기기 판매업소에 요양비를 지급하도록 요청한 경우

* 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 예금계좌번호여야 합니다.

〈예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금, 가계당좌예금〉

⑦ 청구인: 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)이어야 합니다. 이 경우 청구인은 본인의 이름을 기재 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다. 다만 진료받은 사람이 제한능력자일 경우 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.

처리절차

청구서 작성	→	접수 및 확인	→	청구서 처리	→	요양비 지급	→	수령
청구인		시·군·구		시·군·구		시·군·구		수령인

[서식 26] 시행규칙 [별지 제12호의6서식] 〈개정 2019.9.27.〉

요양비 지급청구서([ ]인공호흡기 [ ]기침유발기)

※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 칸은 청구인이 적지 않습니다. (앞쪽)

접수번호			접수일			처리기간 15일	
진료받은 사람	성명:	주민(외국인)등록번호 :	보장기관명(기호) :	처방전 발행 의료급여기관	명칭:	의료급여기관 기호:	
상병	명칭:	상병코드:	대여업소명				

인공호흡기	① 진료구분	[ ]입원 [ ]외래	② 처방전발행일		③ 청구기간		
	④ 모델명		⑤ 관리번호	⑥ 환기타입: [ ]혼합형 [ ]압력형 [ ]볼륨형	⑦ 계약금액(기기 월 대여비)		원
	소모품 구입금액	⑧ 기본소모품(공통)			[ ] 1세트	[ ] 2세트	원
		⑨ 선택소모품 (㉮·㉯ 중 1개 선택)	㉮	[ ] 일반 일체형 커넥터(접속기)	[ ] 1개	[ ] 2개	원
				[ ] 일반·실리콘 튜브 연결형 커넥터	[ ] 1세트	[ ] 2세트	원
			㉯	[ ] 코마스크(Nasal, Pillow Mask)	[ ] 겔		원
				[ ] 코·입마스크(Facial Mask)	[ ] 실리콘		원
기침유발기	⑩ 진료구분	[ ]입원 [ ]외래	⑪ 처방전 발행일		⑫ 청구기간		
	⑬ 모델명		⑭ 관리번호		⑮ 계약금액		원

⑯ 수령인	금융기관명	계좌번호	예금주	주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호
[ ] 진료받은 사람 본인 [ ] 배우자, 부모 등 [ ] 인공호흡기 대여 업소				

「의료급여법」 제12조제1항 및 같은 법 시행규칙 제24조제3항에 따라 위와 같이 요양비 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑰ 청구인 (서명 또는 인) 전화번호 ( )

진료받은 사람과의 관계: 진료받은 사람의 ( )

시장·군수·구청장 귀하

297㎜×210㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(뒤쪽)

첨부 서류	1. 인공호흡기에 대하여 의료급여를 받으려는 경우: 다음의 서류 가. 인공호흡기 처방전(검사결과지 또는 검사결과소견서 포함), 세금계산서 각 1부 및 인공호흡기를 대여하였음을 증명할 수 있는 서류 1부 나. 기관절개 또는 기관봉합 증명서류(인공호흡기 선택소모품 종류를 변경할 경우에만 첨부) 1부 2. 기침유발기에 대하여 의료급여를 받으려는 경우: 기침유발기 처방전, 세금계산서 각 1부 및 기침유발기를 대여하였음을 증명할 수 있는 서류 1부	수수료 없음

작성방법

①~⑨: 인공호흡기 청구와 관련된 내용을 적습니다.
①·②: 처방전을 발급받은 월에 한정하여 해당 구분에 [√]표시를 하고, 그 처방전을 발급받은 날을 적습니다.
③: 인공호흡기의 청구기간은 다음 사항을 참고하여 적습니다.
- 의사의 처방전에 따라 인공호흡기를 대여하여 사용하기 시작한 날이 매월 1일이 아닌 경우에는 그 사용 시작일부터 그 시작일이 속한 달의 말일까지(사망 등으로 더 이상 인공호흡기를 더 이상 사용하지 아니하는 경우에는 그 사망 등의 사유 발생일까지)를 청구기간으로 적으며, 그 이후의 청구기간은 매월 1일부터 그 달 말일까지로 적습니다.
- 이와 같이 순차로 청구하다 마지막 청구 시에는 처방전의 처방기간이 끝나는 날까지를 청구기간으로 적습니다. 다만, 마지막 청구 시 새로운 처방전을 첨부하는 경우에는 기존 처방전의 처방기간이 끝나는 날이 속하는 달의 말일까지를 청구기간으로 적고, 이후 청구 시에는 위와 동일하게 적습니다.
- 전(前)달에 이어 인공호흡기를 사용하던 중 사망 등으로 더 이상 인공호흡기를 사용하지 아니하는 경우에 그 사망 등의 사유 발생일이 속한 달의 요양비를 청구할 때는 그 달 1일부터 실제 사용한 날까지를 청구기간으로 적습니다.

〈예시: 2016년 2월 21일부터 계약인 경우 → 1차 청구: 2016. 2. 21.~2016. 2. 28., 2차 청구: 2016. 3. 1.~2016. 3. 31., … 마지막 청구 시: 2016. 8. 1. ~ 2016. 8. 20.〉

④~⑥: 인공호흡기 대여업소와 계약한 해당 인공호흡기기의 모델명, 관리번호를 각 칸에 적고, 환기타입에 [√]표시를 합니다.
〈관리번호 예시: ⓐⓑⓒⓓⓔⓕⓖⓗⓘⓙⓚⓛⓜⓝⓞⓟⓠⓡⓢⓣⓤ → (ⓐ~ⓕ: 제조년·월 6자리, ⓖ~ⓤ: 기기 시리얼번호 15자리 이내) 〉
⑦: 인공호흡기의 월 계약금액을 적습니다.
⑧: 인공호흡기의 기본소모품은 튜브, 필터, 가습기물통으로 구성됩니다. 1세트(튜브 1개, 필터 4개, 가습기물통 1개), 2세트(튜브 2개, 필터 4개, 가습기물통 1개) 중. 해당 구분에 [√]표시를 하고 금액을 적습니다.
⑨: 인공호흡기의 선택소모품 ㉮와 ㉯ 중 하나를 선택하여 해당구분에 [√] 표시합니다. 기관절개술 또는 기관봉합술로 선택소모품을 변경하는 경우에는 관련 증명서류를 함께 제출해야 합니다.
㉮를 선택한 경우 기관절개환자용 커넥터의 종류(일반일체형, 일반·실리콘 튜브 연결형)와 수량을 선택하여 금액을 적습니다. 커넥터는 월 최대 2세트까지 선택가능하며 교차선택 가능합니다.
㉯를 선택한 경우 해당 종류(코마스크, 코·입마스크)와 재질(겔, 실리콘)을 하나씩만 선택하여 금액을 적습니다.

⑩~⑮: 기침유발기 청구와 관련된 내용을 적습니다.
⑩·⑪: 처방전을 발급받은 월에 한정하여 해당 구분에 [√]표시를 하고, 그 처방전을 발급받은 날을 적습니다.
⑫: 기침유발기의 청구기간은 인공호흡기의 청구기간과 관련한 ③의 작성방법을 참고하여 적습니다.
⑬·⑭: 기침유발기 대여업소와 계약한 해당 기침유발기의 모델명, 관리번호를 각 칸에 적습니다. 관리번호 예시는 인공호흡기 ④~⑥을 참고하시기 바랍니다.
⑮: 기침유발기의 월 계약금액을 적습니다.

⑯: 송금 받으려는 수령인, 금융기관명, 예금계좌번호, 예금주, 주민(외국인)등록번호를 정확히 적습니다.
* 예금주는 다음에 해당하는 사람이어야 합니다.
- 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
- 대여업소 계좌의 경우: 진료받은 사람 본인이나 그 가족 등 지급청구자가 인공호흡기 또는 기침유발기 치료서비스 제공업소에 직접 지급하도록 요청하는 경우 해당 업소

* 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 예금통장이어야 합니다.
〈예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금, 가계당좌예금〉

⑰: 청구인은 본인의 이름을 기재한 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다. 다만, 진료받은 사람이 제한능력자일 경우 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.
- 청구인: 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)이어야 합니다.

[서식 27] [의료급여법 시행규칙 별지 제12호의7서식] 〈신설 2018.8.1.〉

요양비 지급청구서(양압기)

※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 칸은 청구인이 적지 않습니다. (앞쪽)

접수번호		접수일		처리기간	10일
① 진료받은 사람	성명	주민(외국인)등록번호			
② 의료급여기관	명칭	의료급여기관 기호		③ 상병	명칭 / 상병코드
④ 진료구분	[ ]입원 [ ]외래	⑤ 처방전 발행일		⑥ 청구기간	~
⑦ 양압기	대여업소명	모델명		관리번호	
⑧ 기기종류 및 계약금액 (월 대여비)	[ ] 지속형(CPAP) [ ] 자동형(APAP) [ ] 이중형(BiPAP)	원	⑨ 소모품(마스크) 종류 및 구입금액	[ ] 코형(Nasal Mask) [ ] 콧구멍형(Pillow Mask) [ ] 안면형(Facial Mask)	원
⑩ 수령 계좌	가입자 또는 피부양자 계좌 [ ] 양압기 대여업소 계좌 [ ] 진료받은 사람 본인의 요양비등수급계좌 [ ]	금융기관명: 예금주 성명:		계좌번호: 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호:	

「의료급여법 시행규칙」 제24조에 따라 위와 같이 요양비 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑪ 청구인 (서명 또는 인) 전화번호 ( )

진료받은 사람과의 관계: 진료받은 사람의 ( )

시장·군수·구청장 귀하

297㎜× 210㎜[백상지 80g/㎡]

(뒤쪽)

첨부서류	1. 양압기 처방전(해당 검사결과지, 사용기록지 등 포함) 1부. 2. 양압기 대여를 증명할 수 있는 서류 및 세금계산서 각 1부. 3. 진료받은 사람 본인의 요양비등수급계좌(압류방지 계좌)로 신청시에는 행복지킴이 통장 사본 1부. ※ 계좌번호가 기록되어 있는 면의 사본을 첨부합니다.	수수료 없음

작 성 방 법

①: 진료받은 사람의 성명과 주민등록번호를 적습니다. 외국인의 경우는 외국인등록번호, 재외국민의 경우는 주민등록번호를 적습니다.

②: 의료급여기관 명칭과 의료급여기관 기호를 적습니다.

③: 상병명(주된 상병)을 정확히 적습니다.

④: 해당 구분에 [√]표시를 합니다.

⑤: 의사가 처방전을 발행한 날을 연.월.일로 적습니다.

⑥: 다음 사항을 참고하여 청구기간을 적습니다.

- 의사의 처방전에 따라 양압기를 대여하여 사용하기 시작한 날이 매월 1일이 아닌 경우에는 그 사용 시작일부터 그 시작일이 속한 달의 말일까지(사망 등으로 더 이상 양압기를 사용하지 아니하는 경우에는 그 사망 등의 사유 발생일까지)를 청구기간으로 적으며, 그 이후의 청구기간은 매월 1일부터 그 달 말일까지로 적습니다.
- 이와 같이 순차로 청구하다 마지막 청구 시에는 처방전의 처방기간이 끝나는 날까지를 청구기간으로 적습니다. 다만, 마지막 청구 시 새로운 처방전을 첨부하는 경우에는 기존 처방전의 처방기간이 끝나는 날이 속하는 달의 말일까지를 청구기간으로 적고, 이후 청구 시에는 위와 동일하게 적습니다.
- 전(前) 달에 이어 양압기를 사용하던 중 사망 등으로 더 이상 양압기를 사용하지 아니하는 경우에 그 사망 등의 사유 발생일이 속한 달의 요양비를 청구할 때는 그 달 1일부터 실제 사용한 날까지를 청구기간으로 적습니다.

<예시: 2018년 2월 21일부터 8월 31일까지 계약인 경우 → 1차 청구: 2018. 2. 21.~ 2018. 2. 28., 2차 청구: 2018. 3. 1.~ 2018. 3. 31. , … 마지막 청구 시 : 2018. 8. 1. ~ 2018. 8. 20.〉

⑦: 양압기의 대여업소 명칭, 해당 업소에서 대여한 양압기의 모델명 및 관리번호를 각 칸에 적습니다.

〈관리번호 예시: ⓐⓑⓒⓓⓔⓕⓖⓗⓘⓙⓚⓛⓜⓝⓞⓟⓠⓡⓢⓣⓤ → (ⓐ~ⓕ: 제조년·월 6자리, ⓖ~ⓤ: 기기 시리얼번호 15자리 이내) 〉

⑧: 양압기 대여업소와 계약한 해당 제품종류에 [√]표시를 하고 월 계약금액을 적습니다

⑨: 양압기의 소모품(마스크)종류 중 해당 구분에 [√] 표시하고 금액을 적습니다.

⑩ : 송금 받으려는 수령인, 금융기관명, 예금계좌번호, 예금주, 주민(외국인)등록번호를 정확히 적습니다.

* 예금주는 다음에 해당하는 사람이어야 합니다.
  - 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
  - 양압기 제공업소 계좌: 진료받은 사람 본인이나 가족 등 지급 청구자가 가정산소 치료서비스 제공업소에 직접 지급하도록 요청하는 경우 해당 업소
* 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 예금통장이어야 합니다.

〈예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금, 가계당좌예금〉

⑪ 청구인은 본인의 이름을 기재한 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다. 다만, 진료받은 사람이 제한능력자일 경우 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.
  - 청구인: 진료받은 사람(진료를 받은 자), 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)이어야 합니다.

[서식 28] 요양비의 의료급여 기준 및 방법 [별지 제1호서식]

자가도뇨 소모성재료 처방전

[ ] 재발급
보장기관명(기호)

진료받은 사 람	성 명	주민(외국인)등록번호
	전화번호	휴대전화번호
	주 소	

진료과목		진단확인일	
상병구분	[ ] ①선천성 ②후천성 척수손상([ ]2년경과 [ ]2년 미경과) [ ] ①,② 이외 상병 ※ 후천성 척수손상 진단 후 2년 미경과자 및 ①,② 이외 상병환자는 2년간 급여 적용 후 재확인 대상		
상병코드	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] ※ 세분류(소수점 한자리)까지는 반드시 정확히 입력	상병명	
확인사항	요류역학검사 시행일 (요류역학검사결과지를 반드시 첨부)	※ 처방전 발행일을 기준으로 3년 이내 시행한 검사만 유효	
	1) 요류역학검사 결과 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우 [ ] 무반사방광(Areflexic bladder) [ ] 배뇨근 저활동성(Detrusor underactivity) [ ] 기능이상성 배뇨(Dysfunctional voiding) [ ] 배뇨근-외조임근 협동장애(Detrusor external-sphincter dyssynergia) [ ] 배뇨근 과활동성 및 수축력 저하(Detrusor hyper-reflexia and impaired contractility)		
	2)[ ] 비뇨기계통의 선천기형으로 요류역학검사 불가능 (요류역학검사가 불가능 하다는 환자상태를 자세히 기재한 의사소견서 제출)		

처방 및 지시사항			
1일 처방개수	총 처방기간	총계	비고

처방전 사용기간	교부일로부터 처방기간까지	※ 사용기간 내에 구입·제출하여야 합니다.

년 월 일

의료급여기관기관명(기호) : ( ) (의료급여기관 직인)

담당의사성명(면허번호) : (제 호)

전문과목(전문의 자격번호) : (제 호) (서명 또는 인)

유 의 사 항

1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 의사의 처방 및 지시에 따라 사용해 주십시오.
3. 처방전은 반드시 비뇨기과, 재활의학과, 정형외과, 신경과 또는 신경외과 전문의가 발행하여야 하며, 최초급여·재확인 대상자는 요류역학검사결과지를 반드시 첨부합니다.(비뇨기계통의 선천기형으로 요류역학검사가 불가능한 경우에는 환자상태를 자세히 기재한 의사소견서 제출로 대체)
   ※ 최초 등록 시 등록 신청서의 담당의사의 사실확인일 기준 3년 이내 시행한 검사만 유효
   급여대상자 재등록의 경우에는 급여종료일 기준 6개월 이내 시행한 검사만 유효(다만, 급여종료일 이후에는 등록신청서 담당의사의 사실확인일 기준 6개월 이내 시행된 검사만 유효)
4. 총 처방일수는 최대 90일을 넘지 못합니다.
5. 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우 "재발급"에 [✔] 표시한 후 재발행하면 됩니다.
6. 처방전 발행의사는 환자의 배뇨일지 등 환자의 상태를 확인하여 자가도뇨 소모성 재료를 처방할 수 있습니다.
7. 처방전 사용기간은 교부일로부터 총 처방기간 이내입니다.
8. 주민(외국인)등록번호란에 외국인의 경우 외국인 등록번호를 적습니다.
9. 의료급여기관에 입원하여 의료급여와 요양비를 중복하여 받으시는 경우, 지급된 의료급여비는 환수될 수 있습니다.

210㎜ × 297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

[서식 29] 요양비의 의료급여 기준 및 방법 [별지 제2호서식]

의료급여 인공호흡기 처방전

[ ] 재발급

보장기관명(기호)

수진자	성 명	주민(외국인)등록번호
	전화번호	휴대전화번호
	주 소	

진료과목		상병명		상병코드		진단확인일	

상병별 검사방법 (해당사항에 √표시)	1. 인공호흡기 요양비 지급대상 상병(별표4의2) 해당 여부 [ ] 예 [ ] 아니오 2. 상병별 진단기준에 따른 검사 실시 (해당 번호에 √ 표시) ① 영상검사 [ ] Sono [ ] CT [ ] MRI [ ] 심초음파(심도자) [ ] 기타 ( ) ② 특수생화학 / 면역학적 검사, 도말 / 배양검사 ③ 유전학적 검사 ④ 조직학적 검사 ⑤ 임상 진단 [ ] 폐기능검사 [ ] 수면검사 [ ] 그 외 ( ) ⑥ 기타 특수검사 [ ] 근전도검사 [ ] 뇌파검사 [ ] 그 외 ( )
환자상태 및 진료소견 (해당사항에 √표시)	※ 아래기준을 모두 만족해야 함. ① 고이산화탄소혈증 2가지 이상의 임상증상 ([ ] 제외: 의식저하 등으로 의사표현이 불가능하여 고이산화탄소혈증 임상증상 파악이 어려움) [ ] 숨이 참 [ ] 피로감 [ ] 두통 [ ] 정신이 맑지 못하고 멍함 [ ] 밤에 자주 깨거나 낮에 졸리고 토막잠을 자주 잠, 혹은 악몽을 자주 꾸거나 가위에 눌림 [ ] 불안하여 안절부절 못함 [ ]빈맥 ② 이산화탄소 분압(최소 한 가지 이상) [ ] 동맥혈 가스 검사에서 이산화탄소 분압($PaCO_2$)이 45mmHg 이상 [ ] 호기말 이산화탄소 분압($ETCO_2$)이 40mmHg 이상 ※ 이산화탄소 분압은 2회 이상의 검사결과지 또는 검사결과를 명시한 소견서를 반드시 첨부
	③ [ ] 24시간 지속적인 인공호흡기 사용자로 호흡기를 이탈하여 ①,② 검사 불가능 (의사소견서로 대체)

처방 구분	[ ] 최초 처방 [ ] 재처방(2차 이상)	인공호흡기 환기타입	[ ]혼합형(압력+볼륨) [ ]압력형 [ ]볼륨형
처방 기간	20 . . ~ 20 . . . (개월)	다음 처방일	20 . .
처방전 사용기간	교부일로부터 처방기간까지	※ 사용기간 내에 대여· 제출하여야 합니다.	

년 월 일

의료급여기관기관명(기호) : ( ) (의료급여기관 직인)

담당의사성명(면허번호) : (제 호)

전문과목(전문의 자격번호) : (제 호) (서명 또는 인)

유 의 사 항

1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우 좌측 상단"재발급"에 [✔] 표시한 후 재발행할 수 있습니다.
3. 주민(외국인)등록번호란에 주민등록번호(외국인 등록번호)를 적습니다.
4. 진료소견 작성시 ①과 ②를 모두 체크하고, ②이산화탄소 분압은 2회 이상의 검사결과지 또는 검사결과를 명시한 소견서를 반드시 첨부합니다. 단, 24시간 지속적인 인공호흡기 사용자로 호흡기를 이탈하여 ①과 ②번의 검사가 불가능 한 경우 ③에 표시한 후 환자상태를 상세히 기재한 의사소견서로 대체 가능합니다.
5. 처방기간은 최초 처방 시 6개월의 범위에서, 재 처방부터는 2년의 범위에서 의사가 판단하여 기재합니다. 다만 처방 기간 내에 환기타입을 변경할 경우에는 기존 처방기간을 유지합니다.
6. 처방전은 반드시 신경과, 신경외과, 재활의학과, 내과, 흉부외과, 결핵과 전문의가 발행하여야 합니다. 소아의 경우 소아청소년과 전문의가 발행할 수 있습니다
7. 인공호흡치료 서비스 제공업소 현황, 인공호흡기 종류, 서비스 내용 등은 국민건강보험공단 홈페이지(www.nhis.or.kr)/정책센터에서 확인할 수 있습니다.
8. **의료급여기관에 입원하여 의료급여와 요양비를 중복하여 받으시는 경우, 지급된 요양비는 환수될 수 있습니다.**

210㎜ × 297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

[서식 30] 요양비의 의료급여 기준 및 방법 [별지 제3호서식]

의료급여 기침유발기 처방전

[ ] 재발급

보장기관명(기호)

진료받은 사 람	성 명	주민(외국인)등록번호
	전화번호	휴대전화번호
	주 소	

진료과목		진단확인일	
상병명		상병코드	
환자상태 및 진료소견 (해당사항에 √표시 및 기재)	1. [ ] 인공호흡기 사용자(의료급여 수급자) 2. [ ] 기침유발기 요양비 지급대상 상병(별표4의2제1호 및 제2호)에 해당 ※ 뇌간뇌졸중 증후군(G46.3) 및 중추성 수면무호흡(G47.31) 제외 3. 호흡기 질환 병력 [ ] 없음 [ ] 있음( ) ※ 폐기종, 기흉, 압력외상 등 호흡기 질환 병력이 있거나 있었던 환자는 개인사용에 주의를 요하므로 반드시 의사의 진단을 받은 후에 사용하여야 합니다. 4. 호흡기능검사 [ ] 최고호기유량측정 결과 최대기침유량이 250 L/min 이하(L/min) [ ] 아래 사유로 최고호기유량측정이 불가능한 경우 의사소견서로 대체 (해당사항에 √표시) [ ] 24시간 지속적인 인공호흡기 사용자로 호흡기 이탈 불가 [ ] 만 6세 이하의 소아 [ ] 의식 저하 [ ] 인지기능 저하 [ ] 기관절개		
	5. 기본 사용법 및 주의사항 교육(최초 처방 시에는 반드시 실시) [ ] 환자 및 보호자에게 기침유발기의 기본 사용법 및 주의사항 교육을 충분히 하였음		
처방 구분	[ ] 최초 처방 [ ] 재처방(2차 이상)		
처방 기간	(개월)	다음 처방일	
처방전 사용기간	교부일로부터 처방기간까지	※ 사용기간 내에 대여· 제출하여야 합니다.	

년 월 일

의료급여기관기관명(기호) : ( ) (의료급여기관 직인)

담당의사성명(면허번호) : (제 호)

전문과목(전문의 자격번호) : (제 호) (서명 또는 인)

유 의 사 항

1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우 좌측 상단“재발급”에 [✔] 표시한 후 재발행할 수 있습니다.
3. 진료소견 작성 시 해당기준에 모두 체크하여야 합니다.
4. 24시간 지속적인 인공호흡기 사용자로 인공호흡기를 이탈할 수 없는 경우, 만 6세 이하의 소아, 의식 저하, 인지기능 저하 또는 기관절개로 최고호기유량측정을 할 수 없는 사람의 경우에는 환자상태를 상세히 기재한 의사소견서를 반드시 첨부하여야 합니다.
5. 최초 처방전 발행 전에 반드시 환자 및 보호자에게 기침유발기의 기본 사용법 및 주의사항 교육을 충분히 실시하여야 합니다.
6. 처방전은 반드시 신경과, 신경외과, 재활의학과, 내과, 흉부외과 전문의가 발행하여야 합니다. 소아의 경우 소아청소년과 전문의가 발행할 수 있습니다.
7. 주민등록번호 등 란에는 주민등록번호를 적습니다. 다만, 수진자가 외국인인 경우에는 외국인등록번호를 적습니다.
8. 호흡기 질환 병력이 있는 경우 괄호 안에 질환명을 기재합니다.
9. 호흡기능검사에서 최고호기유량을 측정한 최대기침유량 결과를 기재합니다.
10. 처방기간은 최초 처방시 6개월의 범위에서, 재처방부터는 2년의 범위에서 의사가 판단하여 기재합니다.
11. 기침유발기 서비스 제공업소 현황, 기침유발기 종류, 서비스 내용 등은 국민건강보험공단 홈페이지(www.nhis.or.kr)의 정책센터에서 확인할 수 있습니다.
12. 의료급여기관에 입원하여 의료급여와 요양비를 중복하여 받으시는 경우, 지급된 의료급여비는 환수될 수 있습니다.

210㎜ × 297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

[서식 31] 요양비의 의료급여 기준 및 방법 [별지 제4호서식]

의료급여 양압기 처방전

[ ] 재발급 (앞 쪽)

보장기관명(기호)

진료받은 사람	성 명			주민(외국인)등록번호	
	전화번호 (자택)		(휴대전화)		
진료과목		상병명		상병코드	진단확인일

상병 및 검사방법 (해당사항에 √표시 및 기재)

1. [ ] 양압기 요양비 지급대상 상병(고시 별표1)에 해당
2. [ ] 제 I 형 수면다원검사(Level I)실시 일자: 년 월 일
   ※ 제 I 형 수면다원검사(Level I) 결과지를 반드시 첨부
   (처방전 발행일을 기준으로 1년 이내 시행한 검사만 유효)

환자상태 및 진료소견 (해당사항에 √표시)

1. 제 I 형 수면다원검사(Level I) 결과

① 일반
- [ ] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 15 이상 또는
- [ ] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 10 이상 이면서 아래의 어느 하나에 해당 (해당사항에 √표시)
  - [ ] 불면증 [ ] 주간졸음 [ ] 인지기능 감소
  - [ ] 기분장애
  - [ ] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 5 이상 이면서 아래의 어느 하나에 해당 (해당사항에 √표시)
    - [ ] 고혈압 [ ] 빈혈성 심장질환
    - [ ] 뇌졸중 기왕력 [ ] 산소포화도가 85% 미만

② 소아의 경우(12세 이하)
- [ ] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 5 이상 또는
- [ ] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 1 이상 이면서 아래의 어느 하나에 해당 (해당사항에√표시)
  - [ ] 불면증 [ ] 주간졸음 [ ] 부주의-과행동증
  - [ ] 아침두통 [ ] 행동장애 [ ] 학습장애
  - [ ] 산소포화도가 91% 미만

2. 제 I 형 수면다원검사(Level I)가 불가능한 경우(①,② 모두 충족) / (해당사항에 √표시)

① 환자 유형
- [ ] 2세 이하의 영유아 또는 [ ] 협조가 불가능한 질환자(선천이상 기형, 신경발달지연)

② 수면 중 이산화탄소 분압 검사 결과 아래의 어느 하나에 해당
- [ ] 호기말 또는 경피적 이산화탄소 분압(EtCO2 또는 TcCO2)이 수면시간의 25% 이상에서 50mmHg 이상
- [ ] 2회 이상 실시한 호기말 또는 경피적 이산화탄소 분압(EtCO2 또는 TcCO2) 결과가 모두 50mmHg 이상

※ 해당 이산화탄소 분압 검사 결과지(또는 해당 검사결과를 명시한 소견서)와 환자 상태에 대한 소견서를 반드시 첨부

압력 처방 및 순응도 평가 등 (해당사항에 기재 및 √표시)

1. 압력 처방
- [ ] 단일압력: (cmH2O) → 지속형 양압기(CPAP) 처방
- [ ] 구간압력: (~ cmH2O) → 자동형 양압기(APAP) 처방
- [ ] 호기압력(EPAP)(cmH2O) 및 흡기압력(IPAP)(cmH2O) → 이중형 양압기(BiPAP) 처방

2. 순응기간(최초 처방일부터 90일) 중 순응도 평가 (순응기간 후 최초 처방 시 기재)
① 연이은 30일 사용기간: 년 월 일 ~ 년 월 일
② 연이은 30일 사용기간 중 1일 4시간 이상 사용일수(소아의 경우는 3시간 이상): (일)
※ 사용기간 동안 기기 사용내역 반드시 첨부

3. 이중형(BiPAP) 처방기준 (이중형 처방 시 기재)

① 일반
- [ ] 지속형(CPAP) 또는 자동형(APAP) 기기로 15cmH2O 이상의 압력을 사용하였을 때 다음의 어느 하나에 해당하는 경우 (해당사항에 √표시)
  - [ ] 수면 과탄산혈증(nocturnal hypercapnia)을 보일 때: PaCO2 또는 TcCO2 또는 EtCO2가 50mmHg 초과
  - [ ] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 10 초과일 때

② 소아의 경우(12세 이하)
- [ ] 지속형(CPAP) 또는 자동형(APAP) 기기로 치료에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당하는 경우 (해당사항에 √표시)
  - [ ] 수면 과탄산혈증(nocturnal hypercapnia)을 보일 때: PaCO2 또는 TcCO2 또는 EtCO2가 50mmHg 초과
  - [ ] 무호흡·저호흡 지수(AHI)가 5 초과일 때

※ BiPAP 처방 시 양압기 압력적정 수면다원검사(Titration) 결과지를 반드시 첨부(BiPAP 최초 처방시)하고, 수면과탄산혈증에 해당하는 경우 이산화탄소 분압 검사 결과지 또는 검사결과를 명시한 소견서를 반드시 추가 첨부

처방 구분	[ ] 순응기간 중 처방 [ ] 순응기간 후 처방	양압기 종류	[ ] 지속형(CPAP)…단일압력처방 [ ] 자동형(APAP)…구간압력처방 [ ] 이중형(BiPAP)	
처방기간	. . . ~ . . .(개월)	하루 평균 사용시간 (직전 처방기간 총 사용시간 / 총 처방일수) ※ 순응기간 후 최초처방의 경우 (연이은 30일 간 총 사용시간/30일)		시간 (기기 사용내역 반드시 첨부)
처방전 사용기간	교부일로부터 처방기간까지	* 사용기간 내에 대여·제출 하여야 합니다.		

210㎜ × 297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(뒤 쪽)

년 월 일

의료급여기관: (명칭)	(의료급여기관 기호)	(의료급여기관 직인)
담당의사 성명:	(면허번호 제 호)	
전문과목:	(전문의 자격번호 제 호)	(서명 또는 인)

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우 좌측 상단 "재발급"에 [✔] 표시한 후 재발행할 수 있습니다.
3. 순응기간 중 처방은 최초 처방일부터 90일 이내 처방을 말하며, 순응기간 후 처방은 순응도 평가 결과 순응한 자*에 한하여 처방할 수 있습니다.
   * 순응기간(최초 처방일부터 90일까지) 중 연이은 30일 사용기간에서 1일 4시간 이상(12세 이하인 경우에는 3시간 이상) 사용한 날이 21일 이상인 경우에 해당하는 자를 말한다.
4. 순응기간 후 처방 시 직전 처방기간 동안 기기에 기록된 사용내역을 반드시 첨부하여야 하며, 하루 평균 사용시간이 2시간 이상일 경우(만 12세 이하 제외)에 한하여 순응기간 후 처방전 발급이 가능합니다.
   다만, 순응기간 후 최초 처방 시에는 순응기간 중 연이은 30일 사용기간 동안의 사용내역을 첨부합니다.
5. 처방전은 반드시 가정의학과, 내과, 소아청소년과, 신경과, 이비인후과, 정신건강의학과, 재활의학과 전문의 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 고시에 따라 수면다원검사 실시 자격기준을 충족한 의사가 발행하여야 합니다.
6. 양압기치료 서비스 제공업소 현황, 양압기 종류, 서비스 내용 등은 국민건강보험공단 요양기관 홈페이지(www.nhis.or.kr)의 정책센터에서 확인할 수 있습니다.
7. 의료급여기관에 입원하여 의료급여와 요양비를 중복하여 받으시는 경우, 지급된 의료급여비는 환수될 수 있습니다.

작성방법

1. 수진자의 성명(한글) 및 주민등록번호를 기재합니다.
   - 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다.(휴대전화가 있는 경우 우선적으로 기재)
2. 순응기간 중 순응도 평가는 평가 결과가 순응한 자에 해당 될 경우 관련 내역을 기재합니다.
3. 하루 평균 사용시간은 직전 처방기간 동안의 하루 평균 사용시간을 기재합니다. 다만, 순응기간 후 최초 처방 시에는 순응기간 중 연이은 30일 사용기간 동안 평균 사용시간을 기재합니다.
   - 하루 평균 사용시간이 2시간 이상(만 12세 이하의 소아는 제외)인 경우에 한하여 순응기간 후 처방 가능
4. 처방기간은 순응기간 중 처방의 경우에는 90일 이내, 순응기간 후 처방의 경우에는 3개월의 범위에서 의사가 판단하여 기재합니다. 다만, 처방기간 내에 양압기 종류를 변경할 경우에는 기존 처방기간을 유지합니다.

처리절차

신청서 작성	→	접수 및 확인	→	청구서 처리	→	양압기 급여대상자
신청인		시·군·구		시·군·구		수진자

[서식 32] 요양비의 의료급여 기준 및 방법 [별지 제5호서식]

당뇨병환자 소모성 재료 처방전(연속혈당측정용 전극용)

※ 그 밖의 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바랍니다. (앞 쪽)

① [ ] 재발급

보장기관명(기호)						
② 진료받은 사 람	성 명			주민(외국인)등록번호		
	전화번호			휴대전화번호		
	주 소					
진료과목		상병명		상병코드		진단확인일	

처방전 확인사항

당뇨병 구분	[ ] 제1형 당뇨병
제1형 당뇨병 * (1)(2) 동시 만족	(1) 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우 [ ] c-peptide 0.6ng/ml 이하 [ ] 경구포도당섭취자극(또는 글루카곤 주사, 식사 후 등) 후 1.8ng/ml 이하 [ ] 24시간 소변 시펩타이드(C-peptide) 수치가 30μg/24hr 미만 [ ] 최초 진단시 당뇨병성케톤산증(DKA)의 병력 [ ] 항글루타민산탈탄산효소항체(anti-GAD antibody) 등 췌도 또는 인슐린 등에 대한 자가항체 양성인 경우
	(2) [ ] 인슐린 투여
구 분	③ 확인사항
제1형 당뇨병	[ ] 연속혈당측정 시작일 ( ) ~ 종료일 ( ), 기간 동안 착용일수 ( )일 또는 착용비율 ( )% [ ] 당 평균값 ( ) mg/dl [ ] 변동계수 ( )% 혹은 표준편차 ( ) mg/dl [ ] 당화혈색소 검사내역 : 시행일 ( ), 검사수치 ( )%

처방 및 지시사항

④ 제품명	하단에 직접체크
⑤ 총 처방기간	일

[연속혈당측정용 전극 등록제품 및 제품별 사용가능 일수]

* 등록제품명 및 사용가능 일수를 고려하여 총 처방기간을 기재하며, 100일 이내로 처방가능 합니다.(다만, 최초 처방일은 30일 이내)

연 번	모델명 (제품 등록명)	제품처방 ☑	사용가능 일수 (일/1개)
1	Dexcom G5ⓡ Mobile/G4ⓡ PLATINUM Sensor	☐	7일/개
2	Guardian Sensor 3(MMT-7020C3)	☐	7일/개
3	Guardian Sensor 3(MMT-7020D3)		
4	Enlite Glucose Sensor (MMT-7008A)	☐	6일/개
5	Enlite Glucose Sensor (MMT-7008B)		
6	FreeStyle Libre	☐	14일/개
7	G6 sensor Applicator -STS-GS-012	☐	10일/개
8	G6 sensor Applicator -STS-GS-009		
9	Guardian Sensor 3(MMT-7020C7)	☐	7일/개
10	Guardian Sensor 3(MMT-7020D7)		

⑥ 처방개수		
처방전 사용기간	처방기간	※ 사용기간 내에 구입· 제출하여야 합니다.

년 월 일

의료급여기관기관명(기호) : ( ) (의료급여기관 직인)

담당의사 성명(면허번호) : (제 호)

전문과목(전문의 자격번호) : (제 호) (서명 또는 인)

210㎜ × 297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(뒤 쪽)

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 의사의 처방 및 지시에 따라 사용해 주십시오.
3. 처방전은 반드시 내과·소아청소년과·가정의학과 전문의가 발행하여야 합니다.
4. 총 처방기간은 해당 전문의의 판단에 따라 최대 100일 이내에서 처방이 가능합니다.(단, 최초처방은 30일 이내)
   - 등록제품별 '사용가능 일수(일/개)'를 고려하여 처방기간 기재
5. 처방전 발행의사는 환자의 효과적인 당뇨 자가관리를 위해 혈당검사 기록 등 환자의 상태를 확인하여 당뇨병 소모성 재료를 처방할 수 있습니다.
6. 연속혈당측정용 전극의 기준금액은 아래 표의 일당 기준금액에 구입제품의 총 사용가능 일수를 곱하여 산정합니다. 다만, 구입제품의 총 가능일수는 총 처방기간을 초과할 수 없습니다.
   * 구입 제품의 총 사용가능 일수 : 제품별 구입 개수와 사용가능 일수를 곱한 값의 합

지원대상자	일당 기준금액
제1형 당뇨병환자	10,000원

7. 의료급여기관에 입원하여 의료급여와 요양비를 중복하여 받으시는 경우, 지급된 의료급여비는 환수될 수 있습니다.

작성방법

① 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우"재발급"에 [✔] 표시한 후 재발행하면 됩니다.
② 진료받은 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호, 주소 및 전화번호를 적습니다.
- 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다(휴대전화가 있는 경우 우선적으로 기재)

③ 확인사항 중 해당되는 모든 항목에 [✔] 표시를 한 후 내용을 기재합니다.(직전 처방기간내 사용기록 기재)
- 날짜는 CCYYMMDD의 형식으로 표기하십시오. (예시) 20190101
- 변동계수 혹은 표준편차와 당화혈색소 검사수치는 소수 첫째자리까지 기재합니다.
- 가장 최근의 당화혈색소 검사 일자와 수치를 기재합니다.

④ 처방하고자 하는 연속혈당측정용 전극 제품을 처방전 하단'제품 처방란'에 [√]표시 합니다.
- 이외 제품은 당뇨 소모성재료(연속혈당 측정용 전극) 요양비 처방 불가합니다.

⑤ 총 처방기간은 일단위로 기재합니다.
- 제품별 제품 1개당 사용일수를 고려하여 총 처방기간을 기재합니다.
- 총 처방기간은 최대 100일 이내로 처방가능 합니다.(다만, 최초처방은 30일 이내)

⑥ 처방기간 동안 처방하는 연속혈당측정용 전극의 개수를 기재합니다.

[서식 33] 요양비의 의료급여 기준 및 방법 [별지 제6호서식]

산소치료처방전

[ ] 재발급

보장기관명(기호)

진료받은 사람	성 명		주민(외국인)등록번호
	전화번호		휴대전화번호
	주 소		
진료과목			
상 병	상병명		상병코드
산소처방 지시사항 (1일에)	안정 시	L/분	시간
	운동 시	L/분	시간
	취침 시	L/분	시간
동맥혈 가스검사 결과	[ ] 산소분압(PaO2)이 55㎜Hg 이하 [ ] 산소포화도(SaO2)가 88% 이하		
	[ ] 산소분압(PaO2)이 56~59㎜Hg [ ] 산소포화도(SaO2)가 89% 이상		[ ] 적혈구 증가증(헤마토크리트 55% 초과) [ ] 울혈성 심부전을 시사하는 말초부종 [ ] 폐동맥고혈압
산소포화도 검사결과	[ ] 산소포화도가 88% 이하		
	[ ] 산소포화도가 89% 이상		[ ] 적혈구 증가증(헤마토크리트 55% 초과) [ ] 울혈성 심부전을 시사하는 말초부종 [ ] 폐동맥고혈압
호흡기장애 정도	[ ] 심한 정도 [ ] 심하지 않은 정도 [ ] 2019.7.1.전 호흡기장애 1급 또는 2급으로 확인된 자(별도의 검사 없이 처방 가능) ※ 장애인복지법 상 장애정도 또는 장애등급을 의미함		
산소치료 처방기간	. . . ~ . . . 까지		
처방전 사용기간	※ 교부일로부터 처방기간까지		

년 월 일

의료급여기관 명칭 (의료급여기관 직인)

의료급여기관 기호

담당의사 (서명 또는 인) 면허번호 제 호

전문과목 전문의 자격번호

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 의사의 처방 및 지시에 따라 사용해 주십시오.
3. 처방전은 반드시 내과·결핵과·흉부외과의 전문의가 발행하여야 합니다. 다만, 소아의 경우에는 소아청소년과 전문의가 발행할 수 있습니다.
4. 처방기간은 1년 이내입니다.
5. 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우 "재발급"에 [✔] 표시한 후 재발행하면 됩니다.
6. 가정산소치료서비스 제공업소별로 산소발생기 종류, 서비스 내용, 서비스 가격 등에 차이가 있으므로 국민건강보험공단 홈페이지(www.nhic.or.kr) 정책센터에서 그 내용을 확인하시고 이용하십시오.
7. 2019년 7월 1일전 호흡기 장애 1급 또는 2급으로 확인되는 경우에는 별도의 검사 없이 처방전 발급이 가능합니다.
8. 의료급여기관에 입원하여 의료급여와 요양비를 중복하여 받으시는 경우, 지급된 의료급여비는 환수될 수 있습니다.

210㎜ × 297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

[서식 34] 요양비의 의료급여 기준 및 방법 [별지 제7호서식]

당뇨병환자 소모성 재료 처방전

※ 그 밖의 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바랍니다. (앞 쪽)

① [ ] 재발급

보장기관명(기호)

② 진료받은 사 람	성 명				주민(외국인)등록번호		
	전화번호				휴대전화번호		
	주 소						
진료과목		상병명		상병코드		진단확인일	

처방전 확인사항

당뇨병 구분	[ ] 제1형 당뇨병 [ ] 제2형 당뇨병 ※ 임신 중에 당뇨병으로 진단받은 경우는 별도 환자 등록신청 없이 지원합니다.
제1형 당뇨병 * (1)(2) 동시 만족	(1) 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우 [ ] c-peptide 0.6ng/ml 이하 [ ] 경구포도당섭취자극(또는 글루카곤 주사, 식사 후 등) 후 1.8ng/ml 이하 [ ] 24시간 소변 시펩타이드(C-peptide) 수치가 30㎍/24hr 미만 [ ] 최초 진단시 당뇨병성케톤산증(DKA)의 병력 [ ] 항글루타민산탈탄산효소항체(anti-GAD antibody) 등 췌도 또는 인슐린 등에 대한 자가항체 양성인 경우
	(2) [ ] 인슐린 투여
제2형 당뇨병 * (1)(2) 동시 만족	(1) 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우 [ ] 8시간 이상의 공복혈당 ≥ 126mg/dL [ ] 당뇨병의 전형적인 증상(다뇨, 다음, 설명되지 않는 체중감소)과 임의혈당 ≥ 200mg/dL [ ] 75g 경구당부하검사 후 2시간 혈장 혈당 ≥ 200mg/dL [ ] 당화혈색소 ≥ 6.5%
	(2) [ ] 인슐린 투여 [ ] 인슐린 미투여(만 19세 미만만 해당) ※ 만 19세 미만(처방전 발행일 기준)은 인슐린 투여 여부와 무관하게 등록 가능

③ 구분	④ 확인사항
[ ] 제1형 당뇨병	-
[ ] 제2형 당뇨병 ※ 나이는 처방일 기준	[ ] 만 19세 미만: [ ] 인슐린 투여 [ ] 인슐린 미투여 [ ] 만 19세 이상: [ ] 인슐린 투여 ※ 인슐린 미투여시 지원대상에서 제외
[ ] 임신 중 당뇨병 ※ 제2형 당뇨병 환자가 임신중인 경우 임신 중 당뇨병에 표시	[ ] 인슐린 투여 [ ] 인슐린 미투여 ※ 참고 : 분만 예정일 ( )

처방 및 지시사항

⑤ 처방품목		[ ] 혈당측정검사지 [ ] 채혈침 [ ] 인슐린주사기 [ ] 인슐린주사바늘 [ ] 인슐린펌프용 주사기 [ ] 인슐린펌프용 주사바늘
⑥ 총 처방기간		
⑦ 1일 평균 횟수	혈당검사	평균 [ ] 회 검사/일
	인슐린 주사	평균 [ ] 회 주사/일 ※ 인슐린 투여횟수에 따른 기준금액: 1회 투여 900원, 2회 투여 1,800원, 3회 이상 2,500원

처방전 사용기간	처방기간	※ 사용기간 내에 구입· 제출하여야 합니다.

년 월 일

의료급여기관기관명(기호) : ( ) (의료급여기관 직인)

담당의사 성명(면허번호) : (제 호)

전문과목(전문의 자격번호) : (제 호) (서명 또는 인)

210㎜ × 297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 의사의 처방 및 지시에 따라 사용해 주십시오.
3. 처방전은 반드시 다음과 같은 전문의가 발행해야 합니다.
   - 제1형 당뇨병 : 내과·소아청소년과·가정의학과 전문의
   - 제2형 당뇨병 : 의사(다만, 90일을 초과하여 처방할 경우 내과·소아청소년과·가정의학과전문의)
   - 임신중 당뇨병 : 내과·소아청소년과·가정의학과·산부인과 전문의
4. 총 처방기간은 90일 이내이나 해당 전문의의 판단에 따라 최대 180일 이내에서 처방이 가능합니다.
5. 처방전 발행의사는 환자의 효과적인 당뇨 자가관리를 위해 혈당검사 기록 등 환자의 상태를 확인하여 당뇨병 소모성 재료를 처방할 수 있습니다.
6. 당뇨병 소모성 재료의 기준금액은 아래와 같습니다. 이 경우 나이는 처방일을 기준으로 합니다.

지원대상자			기준금액	
			인슐린 투여자	인슐린 미투여자
제1형 당뇨병환자			2,500원/일	해당사항 없음
제2형 당뇨병환자	만 19세 미만		2,500원/일	1,300원/일
	만 19세 이상 1일 인슐린 투여횟수	1회 투여	900원/일	해당사항 없음
		2회 투여	1,800원/일	해당사항 없음
		3회이상 투여	2,500원/일	해당사항 없음
임신 중 당뇨병환자			2,500원/일	1,300원/일

7. 의료급여기관에 입원하여 의료급여와 요양비를 중복하여 받으시는 경우, 지급된 의료급여비는 환수될 수 있습니다.

작성방법

① 재발급: 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우 '재발급'에 [✔] 표시한 후 재발행합니다
② 진료받은 사람: 진료받은 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호, 주소 및 전화번호를 적습니다.
   - 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다(휴대전화가 있는 경우 우선적으로 기재)
③ 구분: 해당 당뇨병의 종류 중 하나에 [✔] 표시를 합니다.
   - 제2형 당뇨병 환자가 임신중인 경우 임신 중 당뇨병에 [✔] 표시를 합니다.
④ 확인사항: 당뇨병의 구분에 따른 확인사항 중 해당되는 모든 항목에 [✔] 표시를 합니다.
⑤ 처방품목: 처방하는 품목에 [✔] 표시를 합니다.
⑥ 총 처방기간은 해당 전문의의 판단에 따라 최대 180일 이내에서 처방이 가능합니다.
⑦ 1일 평균 횟수: 혈당검사 또는 인슐린주사 1일 평균 실시횟수를 기재합니다.

[서식 35] 요양비의 의료급여 기준 및 방법 [별지 제8호서식]

당뇨병 관리기기 처방전(연속혈당측정기, 인슐린자동주입기)

① [ ] 재발급

보장기관명(기호)

② 진료받은 사 람	성 명				주민(외국인)등록번호	
	전화번호				휴대전화번호	
	주 소					
진료과목		상병명		상병코드		진단확인일

처방전 확인사항

당뇨병 구분	[ ] 제1형 당뇨병
제1형 당뇨병 * (1)(2) 동시 만족	(1) 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우 [ ] c-peptide 0.6ng/ml 이하 [ ] 경구포도당섭취자극(또는 글루카곤 주사, 식사 후 등) 후 1.8ng/ml 이하 [ ] 24시간 소변 시펩타이드(C-peptide) 수치가 30μg/24hr 미만 [ ] 최초 진단시 당뇨병성케톤산증(DKA)의 병력 [ ] 항글루타민산탈탄산효소항체(anti-GAD antibody) 등 췌도 또는 인슐린 등에 대한 자가항체 양성인 경우
	(2) [ ] 인슐린 투여

처방 및 지시사항

③ 처방품목	[ ]연속혈당측정기 [ ] 인슐린자동주입기		
④ 총 처방기간	( ) 개월	⑤ 처방개수	( ) 개
⑥ 다음 처방일			
처방전 사용기간	30일	※ 사용기간 내에 구입· 제출하여야 합니다.	

년 월 일

의료급여기관기관명(기호) : ( ) (의료급여기관 직인)

담당의사 성명(면허번호) : (제 호)

전문과목(전문의 자격번호) : (제 호) (서명 또는 인)

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.
2. 의사의 처방 및 지시에 따라 사용해 주십시오.
3. 처방전은 반드시 내과·소아청소년과·가정의학과 전문의가 발행하여야 합니다.
4. 처방전 발행의사는 환자의 효과적인 당뇨 자가관리를 위해 혈당검사 기록 등 환자의 상태를 확인하여 당뇨병 관리기기를 처방할 수 있습니다.
5. **의료급여기관에 입원하여 의료급여와 요양비를 중복하여 받으시는 경우, 지급된 의료급여비는 환수될 수 있습니다.**

작성방법

① 교부일 이내에 환자가 처방전을 분실한 경우"재발급"에 [✔] 표시한 후 재발행하면 됩니다.
② 진료받은 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호, 주소 및 전화번호를 기재합니다.
- 외국인(재외국민)은 외국인 및 재외국민 등록번호를 기재합니다.
- 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다(휴대전화가 있는 경우 우선적으로 기재)

③ 처방품목 중 해당되는 모든 항목에 [✔] 표시합니다.
④ 총 처방기간은 개월 단위로 기재합니다.
- 연속혈당측정기는 3개월 ~ 12개월 이내에서 의사가 판단하여 기재합니다.
- 인슐린자동주입기는 60개월 이내에서 의사가 판단하여 기재합니다.

⑤ 처방기간동안 처방하는 당뇨병 관리기기의 개수를 기재합니다.
⑥ 날짜는 CCYYMMDD의 형식으로 표기하십시오. (예시) 20200101

210㎜ × 297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

[서식 36] 임신·출산 진료비 등의 의료급여기준 및 방법 [별지 제1호 서식]

※ 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바라며, 바탕색이 어두운 란은 신청인이 적지 않습니다. (앞쪽)

의료급여 임신·출산 진료비 지원(변경)신청서

처리기간
3일

☐ 신규(제공)신청 ☐ 변경(추가) 신청

① 임산부		성명	주민등록번호
		전화번호	전자우편주소
② 영아 (진료 대상자에 영아를 추가할 경우 작성)		성명	주민등록번호
③ 임신·출산확인서 발급기관 (의료급여기관기호)			
④ 임신확인일 (임신 중 신청자만 작성)		년 월 일	
⑤ 분만예정일/유산일/출산일		년 월 일	
⑥ 다태아구분		☐ 단태아 ☐ 다태아	
지자체 확 인	⑦ 주민등록지	☐ 임신·출산 진료비 추가금 지급 대상 지역 ☐ 그 밖의 지역	
	⑧ 최초 전입일	년 월 일	
	⑨ 지원기간	20 . . 부터 20 . . 까지	

「의료급여법 시행규칙」 제8조의2에 따라 임신·출산 진료비를 위와 같이 신청(변경)합니다.

년 월 일

⑩ 신청인: (서명 또는 인)

임산부와의 관계( ) 전화번호( )

시장·군수·구청장 귀하

첨부서류	임신·출산확인서(분만예정일, 출산일 또는 유산일이 기재된 소견서) 1부

유 의 사 항

- 진료 대상에 영아만 추가하여 변경 신청 시 담당 공무원이 기제출한 첨부 서류로 확인 가능한 경우 별도 서류를 제출하지 않아도 됩니다.
- 다태아가 서로 출산일이 다를 경우, 마지막 출생아를 기준으로 출산일을 적습니다.

(뒤쪽)

작 성 방 법

① : 지원대상자(임산부)의 성명을 한글로 기재하고, 주민등록번호, 전화번호(휴대전화가 있는 경우 우선 기재)를 적습니다.

※ 외국인은 외국인등록번호, 외국국적동포는 외국인등록번호 또는 국내거소신고번호를 기재합니다.

② : 진료 대상자를 영아로 변경(추가) 신청할 경우 기재합니다.

③ : 임신확인서를 발급받은 의료급여기관을 적습니다.

④~⑥ : 임신확인일, 분만예정일, 단태아·다태아 구분을 적습니다.

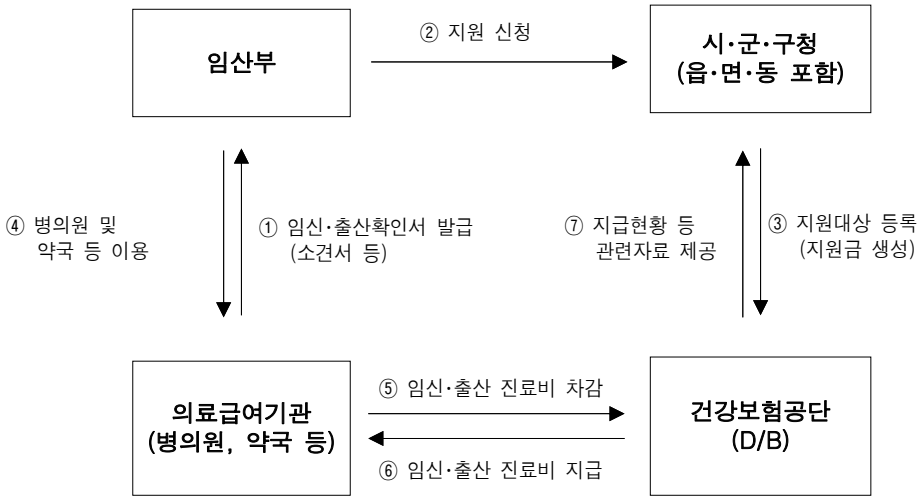
⑦~⑨ : 보장기관에서 확인하여 기재하는 항목입니다.

※ 최초 전입일은 임신·출산 진료비 추가금 지급 대상 지역인 경우만 작성합니다.

⑩ 신청인은 다음에 해당하는 사람이어야 합니다.

- 지원대상자(임산부)
- 가족 : 「민법」 제779조에 따른 가족으로 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계 혈족 및 배우자의 형제자매

처 리 절 차



[서식 37] 의료급여법 시행규칙 [별지 제13호서식] 〈개정 2019.10.24.〉

보조기기 급여 신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 적지 않으며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호	접수일	처리기간 10일

보장기관명 (기호)		의료급여 종별	[ ] 1종 [ ] 2종
급여를 받으려는 사람	성명	주민(외국인)등록번호	
	주소	신청 보조기기명	

종합장애정도	주장애유형	주장애정도	부장애유형	부장애정도
[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애		[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애		[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애

「의료급여법」 제13조 및 같은 법 시행규칙 제25조제2항에 따라 위와 같이 보조기기 급여를 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

급여를 받으려는 사람과의 관계

전화번호

시장·군수·구청장 귀하

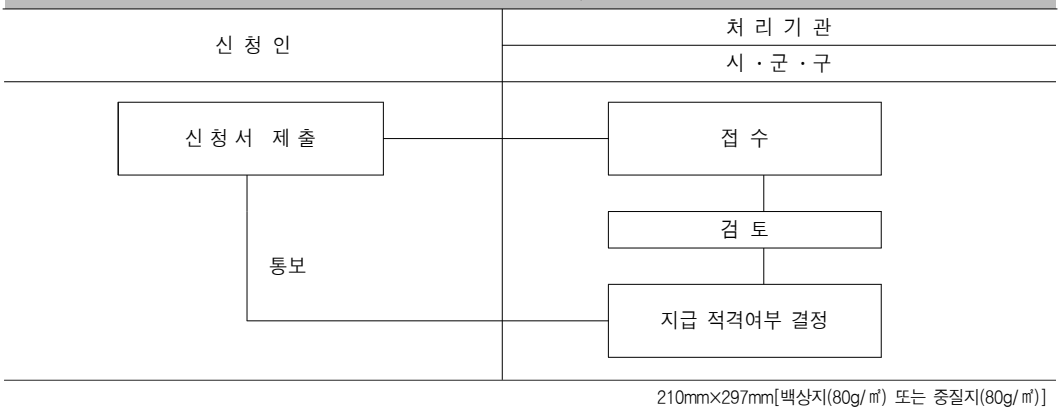
첨부서류	「의료급여법 시행규칙」 별지 제14호서식 및 별지 제14호의2서식부터 별지 제14호의4서식까지에 따른 해당 보조기기 처방전 1부	수수료 없음

정보 이용 동의서

본인은 위 보조기기 급여비의 지급 관련 정보(급여비 지급 여부·품목, 사용 가능 기간 등)를 「사회보장기본법」 제37조에 따라 사회보장정보시스템에 제공하는 것에 동의합니다.

신청인 (서명 또는 인)

처 리 절 차



210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

[서식 38] 의료급여법 시행규칙 [별지 제14호서식] 〈개정 2019.9.24.〉

보조기기(자세보조용구, 의지·보조기 등) 처방전

※ 뒤쪽의 유의사항을 읽고 작성해 주시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다. (앞쪽)

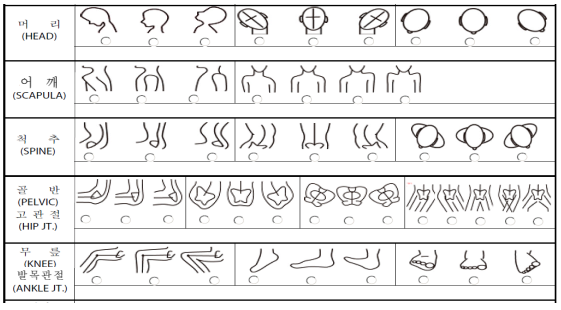
[ ] 장애인 등록 전

① 진료받은 사람	성명		주민(외국인)등록번호	
	보장기관명 (기호)		의료급여 종별	[ ] 1종 [ ] 2종
	집 전화번호		휴대전화번호	

② 장애 구분	장애유형(주장애)	세부유형		장애정도	[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애	
			척수손상 [ ]완전 [ ]불완전			
	중복장애유형(부장애)	세부유형			[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애	
			척수손상 [ ]완전 [ ]불완전			

③ 처방 보조기기	[ ] 자세보조용구	[ ] 몸통 및 골반 지지대 [ ] 머리 및 목 지지대 [ ] 팔 지지대 및 랩트레이(lap tray) [ ] 다리 및 발 지지대
	[ ] 이동식전동리프트 [ ] 욕창예방매트리스 [ ] 욕창예방방석	
	[ ] 맞춤형 교정신발류 [ ] 전방보행보조차 [ ] 후방보행보조차	
	[ ] 의지·보조기	유형: [ ]우 [ ]좌
	[ ] 다리 의지 소모품 ([ ] 우 / [ ]좌)	[ ] 넓적다리 의지 소켓 교체 ([ ] 일반형/[ ] 실리콘형) [ ] 넓적다리 의지 실리콘라이너 교체 [ ] 종아리 의지 소켓 교체 ([ ] 일반형/[ ] 실리콘형) [ ] 종아리 의지 실리콘라이너 교체 [ ] 발목 의지 실리콘라이너 교체

④ 검사 결과	자세 보조 용구	다리 맨손근력검사	우 ( )등급, 좌 ( )등급	
		큰동작기능 분류체계 (GMFCS)		
		영상의학 검사	코브각도 (Cobb's angle) (도)	
			척추앞굽음 (도)	
			척추뒤굽음 (도)	
			엉덩관절이동지수 (hip migration index) (%)	
	이동식전동리프트·욕창예방매트리스	일상생활동작검사 [수정바델지수(MBI)검사]	총 점	
			의자·침대 이동항목 점	
		다리 맨손근력검사	우 ( )등급, 좌 ( )등급	



⑤ 환자상태 및 진료소견(처방의견을 포함하여 구체적으로 적습니다)

위와 같이 보조기기를 처방합니다.

※ 처방전은 발행일부터 6개월 동안만 유효합니다.

년 월 일

의료급여기관 명칭(기호):

담당의사 성명: (서명 또는 인)

면허번호:

전문과목: 전문의 자격번호:

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(뒤쪽)

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.
2. 등록된 장애유형과 관련된 보조기기만 처방해야 합니다.
   ※ 자세보조용구, 이동식전동리프트, 욕창예방매트리스는 장애의 정도가 심한 사람에게만 처방할 수 있습니다.
   ※ 다리 의지는 일반형 소켓으로 처방하는 것이 원칙이고, 실리콘형 소켓은 절단 후 남아있는 신체부분이 불안정하여 실리콘형 소켓이 필요하다는 진료담당 의사의 의학적 소견이 있는 경우에만 처방할 수 있습니다.
3. 보조기기를 의료급여 받으려는 경우에는 반드시 보조기기 구입 전에 처방전을 시장·군수·구청장에게 제출하여 보조기기 지급 적격여부를 확인받아야 합니다.
4. 처방전에 따라 구입한 보조기기는 반드시 전문과목의 전문의로부터 보조기기 검수확인서를 받아야 합니다.
   ※ 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트 및 전·후방보행차에 대해서는 보조기기 검수확인을 받지 않습니다.
5. 장애인 등록 전인 사람에게 급여대상 보조기기를 처방하려는 경우에는 「장애인복지법」에 따라 해당 장애에 대한 장애 정도를 받을 것으로 예상되는 경우에만 처방전을 발급해야 하며, 발급 시 "[ ] 장애인 등록 전"의 [ ]에 √ 표시를 합니다.
   ※ 장애인 등록 전에 구입한 보조기기(장애인 등록 이전 6개월 이내에 구입한 보조기기만 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 장애인으로 등록한 경우에만 청구할 수 있습니다.
   ※ 자세보조용구 및 이동식전동리프트는 「장애인복지법」에 따라 등록한 장애인에게만 처방할 수 있습니다.

작성방법

① 진료받은 사람: 실제 급여를 받는 장애인에 대한 인적사항을 적습니다.

② 장애 구분: 보조기기별 의료급여 대상에 해당하는 장애유형 및 장애정도를 적고, 세부유형란에는 구체적인 장애부위(다리절단, 다리관절 등)를 적으며, 척수손상의 경우 해당란에 √ 표시를 합니다.
   ※ 중복장애가 있는 경우에는 추가로 적습니다.

③ 처방 보조기기: 해당 보조기기의 품목에 √ 표시를 합니다. 이 경우 손가락 의지를 장착하면 해당 손가락(오른쪽 1,2,3,4,5 및 왼쪽 1,2,3,4,5)을 적어야 합니다.

④ 검사결과: 해당 항목별 검사에 대한 결과를 적고, 해당 검사 결과 관련 서류를 반드시 첨부해야 합니다. 다만, 이동식전동리프트 처방 대상자가 2019. 6. 30. 이전에 지체·뇌병변 장애 1급 판정을 받았거나, 욕창예방매트리스 처방 대상자가 2019. 6. 30. 이전에 지체·뇌병변 장애 1급 또는 2급 판정을 받은 경우에는 MBI 검사 또는 다리 맨손근력검사를 생략할 수 있고, 큰동작기능분류체계(GMFCS)에 관한 검사 결과 관련 서류가 없는 경우에는 검사 내용이 표기된 경과 기록지 등으로 이를 대체할 수 있습니다.

⑤ 환자상태 및 진료소견: 보조기기 처방을 위한 장애상태 및 진료소견과 보조기기 제작 시 주의할 사항 및 처방품목 내역 등에 대한 소견을 적습니다.

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

[서식 39] 의료급여법 시행규칙 [별지 제14호의2서식] 〈신설 2019.10.24.〉

보조기기(수동·전동휠체어 및 전동스쿠터) 처방전

※ 뒤쪽의 유의사항을 읽고 작성해 주시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다. (앞쪽)

[ ] 장애인 등록 전(일반형 수동휠체어를 처방하는 경우에만 해당합니다)

① 진료받은 사람	성명			주민(외국인)등록번호		
	보장기관명 (기호)			의료급여 종별	[ ] 1종	[ ] 2종
	집 전화번호			휴대전화번호		
② 장애 구분	장애유형(주장애)	세부유형			장애 정도	[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애
			척수손상	[ ]완전 [ ]불완전		
	중복장애유형(부장애)	세부유형			장애 정도	[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애
			척수손상	[ ]완전 [ ]불완전		
③ 처방 보조기기	[ ] 수동휠체어	[ ] 일반형 [ ] 활동형 [ ] 틸팅형 [ ] 리클라이닝형				
	[ ] 전동보조기기	[ ] 전동휠체어 [ ] 전동스쿠터				

④ 일반상태						
수동휠체어	구분			일반상태		해당 여부
	공통사항			의지·보조기, 지팡이 등 다른 보조기기를 사용해도 실외 보행하기 어렵다.		[ ]
	활동형			양팔 및 자세균형 제어 기능이 양호하여 다른 사람의 도움 없이도 휠체어를 안전하게 작동할 수 있다.		[ ]
	틸팅형·리클라이닝형			스스로 앉기가 어렵고, 기대지 않고서는 독립적으로 앉은 자세를 유지하지 못하며 압박과 자세관리가 필요하다.		[ ]
전동휠체어·전동스쿠터	장애유형			일반상태		해당 여부
	지체장애·뇌병변장애	공통사항		팔에 기능장애가 있다.		[ ]
				내부기관 중복장애가 있다.		[ ]
		하지절단		절단장애가 발생한 날부터 1년이 경과했다.		[ ]
				의지를 장착한 상태로 평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.		[ ]
		관절·기능·변형 등		하지관절 장애, 하지기능·척추 장애에 따른 지체장애 및 변형 등의 장애로 평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.		[ ]
		척수	완전손상	척수신경 중 10번 가슴신경(T10)부터 목신경 사이에 손상이 있다.		[ ]
			불완전손상	평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.		[ ]
		뇌병변		평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.		[ ]
	심장 · 호흡기장애			전신기능 저하로 평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.		[ ]
				팔에 기능장애가 있다.		[ ]

⑤ 검사 결과 (전동휠체어 및 전동스쿠터만 해당합니다)	구분			검사 결과
	공통사항	일상생활동작 검사[수정바델 지수(MBI) 이용]		[ ] 적합 [ ] 부적합
		조작능력 평가		[ ] 적합 [ ] 부적합
		인지 기능	간이 인지 기능 검사(MMSE)	( ) 점
		팔 기능	맨손근력 검사	( ) 급
	심장 기능		운동부하 검사	( ) METs
	심폐 기능		비오디이 지수(BODE Index)	( ) 점
	※ 해당 검사 결과 관련 서류를 반드시 첨부해야 합니다.			

⑥ 환자상태 및 진료소견 (처방의견을 포함하여 구체적으로 적습니다).

위와 같이 보조기기를 처방합니다.

※ 처방전은 발행일부터 6개월 동안만 유효합니다.

년 월 일

의료급여기관 명칭(기호):

담당의사 성명: (서명 또는 인)

면허번호:

전문과목: 전문의 자격번호:

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(뒤쪽)

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.
2. 등록된 장애유형과 관련된 보조기기만 처방해야 합니다.
   ※ 팔에 기능장애가 있어 수동휠체어를 조작할 수 없다고 판단되는 경우 전동휠체어 또는 전동스쿠터를 처방할 수 있고, 팔에 기능장애가 없는 경우라도 내부기관 중복장애(간질장애를 제외한 신장장애, 심장장애, 간장애, 호흡기장애 및 요루·장루장애)가 있다고 판단되는 경우 전동스쿠터를 처방할 수 있습니다.
3. 보조기기를 의료급여 받으려는 경우에는 반드시 보조기기 구입 전에 처방전을 시장·군수·구청장에게 제출하여 보조기기 지급 적격여부를 확인받아야 합니다.
4. 장애인 등록 전인 사람에게 일반형 수동휠체어를 처방하려는 경우에는 「장애인복지법」에 따라 해당 장애에 대한 장애 정도를 받을 것으로 예상되는 경우에만 처방전을 발급해야 하며, 발급 시 "[ ] 장애인 등록 전"의 [ ]에 √ 표시를 합니다.
   ※ 장애인 등록 전에 구입한 보조기기(장애인 등록 이전 6개월 이내에 구입한 보조기기만 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 장애인으로 등록한 경우에만 청구할 수 있습니다.
   ※ 일반형 수동휠체어를 제외한 보조기기(활동형·틸팅형·리클라이닝형 수동휠체어, 전동휠체어 및 전동스쿠터)는 「장애인복지법」에 따라 등록한 장애인에게만 처방할 수 있습니다.

작성방법

① 진료받은 사람: 실제 급여를 받는 장애인에 대한 인적사항을 적습니다.
② 장애구분: 보조기기별 보험급여 대상에 해당하는 장애유형 및 장애 정도를 적고, 세부유형란에는 구체적인 장애부위(다리 절단, 다리관절 등)를 적으며, 척수손상의 경우에는 해당란에 √ 표시를 합니다.
   ※ 중복장애가 있는 경우에는 추가로 적습니다.
③ 처방 보조기기: 해당 보조기기의 품목에 √ 표시를 합니다.
④ 일반상태: 보조기기 세부 인정기준에 따른 내용을 확인하고 이에 해당하는 경우 √ 표시를 합니다.
⑤ 검사결과: 해당 항목별 검사에 대한 결과를 적고, 해당 검사에 대한 결과지를 반드시 첨부해야 합니다. 이 경우 팔에 대한 맨손 근력검사 결과 양쪽 최대근력 등급이 상이한 경우 낮은 쪽의 최대근력 등급을 기재합니다.
   ※ 팔에 대한 맨손근력 검사 결과 최대 근력이 4등급이라도 근육 노화 등 그 밖의 사유로 팔 기능을 유지하기 힘든 경우에는 전동휠체어를 처방할 수 있습니다.
⑥ 환자상태 및 진료소견: 보조기기 처방을 위한 장애상태 및 진료소견과 처방품목 내역 등에 대한 소견을 적습니다.

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

[서식 40] 의료급여법 시행규칙 [별지 제14호의3서식] 〈신설 2019.10.24.〉

보조기기(체외용 인공후두·보청기) 처방전

※ 뒤쪽의 유의사항을 읽고 작성해 주시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다. (앞쪽)

[ ] 장애인 등록 전

① 진료받은 사람	성명		주민(외국인)등록번호	
	보장기관명 (기호)		의료급여 종별	[ ] 1종 [ ] 2종
	집 전화번호		휴대전화번호	
② 장애 구분	장애유형(주장애)	장애 정도	[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애	
	중복장애유형(부장애)		[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애	
③ 처방 보조기기	[ ] 체외용 인공후두			
	[ ] 보청기	[ ] 우 [ ] 좌		

④ 확인사항	구분			해당 여부	
	체외용 인공후두		후두 전적출술 여부	[ ]	
	보청기		보청기 사용이 일상생활에 도움이 될 것으로 판단된다.	[ ]	
			고막 및 바깥귀길 상태 검사상 보청기 착용이 가능하다.	우[ ]	좌[ ]
		검사 결과	평균 순음청력역치 ※ 6분법[(a+2b+2c+d)/6]에 따라 계산합니다. 이 경우 a는 500Hz, b는 1000Hz, c는 2000Hz, d는 4000Hz입니다.	우[ ]dB	좌[ ]dB
			말소리 명료도(%)	우[ ]%	좌[ ]%
			※ 처방전 발행일 6개월 이전에 시행한 검사를 기준으로 모든 값을 적고, 검사결과지를 첨부해야 합니다.		
		양측 대상 여부	15세 이하로 양측 급여 대상자에 해당된다. ※ 양측 80dB 미만 난청환자 / 양측 간 순음청력역치 차이 15dB 이하 ※ 양측 말소리명료도 50% 이상 / 양측 간 말소리명료도 차이 20% 이하	[ ]	

⑤ 환자상태 및 진료소견 (처방의견을 포함하여 구체적으로 적습니다)

위와 같이 보조기기를 처방합니다.

※ 처방전은 발행일부터 6개월 동안만 유효합니다.

년 월 일

의료급여기관 명칭(기호):

담당의사 성명: (서명 또는 인)

면허번호:

전문과목: 전문의 자격번호:

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(뒤쪽)

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.
2. 등록된 장애유형과 관련된 보조기기만 처방해야 합니다.
3. 보조기기를 의료급여 받으려는 경우에는 반드시 보조기기 구입 전에 처방전을 시장·군수·구청장에게 제출하여 보조기기 지급 적격여부를 확인받아야 합니다.
4. 처방전에 따라 구입한 보조기기는 반드시 전문과목의 전문의로부터 보조기기 검수확인서를 받아야 합니다.
5. 장애인 등록 전인 사람에게 급여대상 보조기기를 처방하려는 경우에는 「장애인복지법」에 따른 장애유형으로 장애인 등록이 예상되는 경우에만 처방전을 발급해야 하며, 발급 시 "[ ] 장애인 등록 전"의 [ ]에 √ 표시를 합니다.

※ 장애인 등록 전에 구입한 보조기기(장애인 등록 이전 6개월 이내에 구입한 보조기기만 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 장애인으로 등록한 경우에만 청구할 수 있습니다.

작성방법

① 진료받은 사람: 실제 급여를 받는 장애인에 대한 인적사항을 적습니다.
② 장애구분: 보조기기별 보험급여 대상에 해당하는 장애유형 및 장애 정도를 적습니다.
③ 처방 보조기기: 해당 보조기기의 품목에 √ 표시를 합니다. 보청기의 경우 착용측을 반드시 표시합니다.
④ 확인사항: 보청기 검사의 경우 고막 및 바깥귀길 상태의 정상 여부 등 검사결과를 기재한 후 처방해야 하며, 만 4세 이하 영유아 등 말소리 명료도의 측정이 불가능한 경우에는 ⑤ 환자상태 및 진료소견란에 그 사유를 적습니다.
⑤ 환자상태 및 진료소견: 보조기기 처방을 위한 장애상태 및 진료소견과 처방품목 내역 등에 대한 소견을 적습니다.

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

[서식 41] 의료급여법 시행규칙 [별지 제14호의4서식] 〈신설 2019.10.24.〉

보조기기(저시력 보조안경 및 의안 등) 처방전

※ 뒤쪽의 유의사항을 읽고 작성해 주시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

[ ] 장애인 등록 전

① 진료받은 사람	성명		주민(외국인)등록번호	
	보장기관명 (기호)		의료급여 종별	[ ] 1종 [ ] 2종
	집 전화번호		휴대전화번호	
② 장애 구분	장애유형(주장애)		장애	[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애
	중복장애유형(부장애)		정도	[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애
③ 처방 보조기기	[ ] 저시력 보조안경		[ ] 콘택트렌즈	
	[ ] 의안	[ ] 우	[ ] 좌	
	[ ] 망원경(원거리 보조기구)		[ ] 돋보기(근거리 보조기구)	
④ 환자상태 및 진료소견(처방의견을 포함하여 구체적으로 적습니다)				

위와 같이 보조기기를 처방합니다.

※ 처방전은 발행일부터 6개월 동안만 유효합니다.

년 월 일

의료급여기관 명칭(기호):

담당의사 성명: (서명 또는 인)

면허번호:

전문과목: 전문의 자격번호:

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.
2. 등록된 장애유형과 관련된 보조기기만 처방해야 합니다.
3. 보조기기를 의료급여 받으려는 경우에는 반드시 보조기기 구입 전에 처방전을 시장·군수·구청장에게 제출하여 보조기기 지급 적격여부를 확인받아야 합니다.
4. 저시력 보조안경, 콘텍트렌즈 및 의안을 구입한 경우에는 안과전문의로부터 반드시 보조기기 검수확인서를 받아야 하며, 망원경 및 돋보기를 구입한 경우에는 보조기기 검수확인을 받지 않습니다.
5. 장애인 등록 전인 사람에게 급여대상 보조기기를 처방하려는 경우에는 「장애인복지법」에 따라 해당 장애에 대한 장애 정도를 받을 것으로 예상되는 경우에만 처방전을 발급해야 하며, 발급 시 "[ ] 장애인 등록 전"의 [ ]에 √ 표시를 합니다.

※ 장애인 등록 전에 구입한 보조기기(장애인 등록 이전 6개월 이내에 구입한 보조기기만 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 장애인으로 등록한 경우에만 청구할 수 있습니다.

작성방법

① 진료받은 사람: 실제 급여를 받는 장애인에 대한 인적사항을 적습니다.

② 장애구분: 보조기기별 보험급여 대상에 해당하는 장애유형 및 장애 정도를 적고, 세부유형란에는 해당란에 √ 표시를 합니다.

③ 처방 보조기기: 해당 보조기기의 품목에 √ 표시를 합니다.

④ 환자상태 및 진료소견: 보조기기 처방을 위한 장애상태 및 진료소견과 처방품목 내역 등에 대한 소견을 적습니다.

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

[서식 42]

맨손 근력 검사 - 상지(Manual Muscle Test)

MMT Examination

Unit No.	
Name	
Age	Sex
Dept	Room No.

Joint	Muscle		MMT	
			Right	Left
Shoulder	Flexors	180		
	Extensors	60		
	Abductor	180		
Elbow	Flexors	150		
	Extensors	0		
Wrist	Flexors	80		
	Extensors	70		

등급	등급	정의
0	Zero	관찰가능한 근 수축 없음
1	Trace	움직임은 없으나 관찰 혹은 근 수축이느껴짐
2-	Poor-	중력 제거한 상태에서 일부 rom가능
2	Poor	중력 제거한 상태에서 전체 rom가능
2+	Poor+	중력을 이기고 50% 이하의 rom가능
3-	Fair-	중력을 이기고 50% 이상의 rom가능
3	Fair	중력을 이기고 전체 rom가능
3+	Fair+	중력을 이기고 약간의 저항을 이기고 전체 rom가능
4	Good	중력을 이기고 중등도의 저항을 이기고 전체 rom가능
5	Narmal	중력을 이기고 최대 저항을 이기고 전체 rom가능

가장 낮은 등급 :

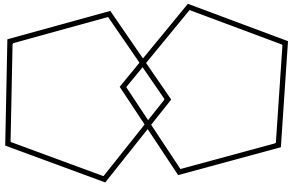
평 가 자 :

[서식 43]

치매 선별용 한국어판 간이정신상태검사

(Korean version of MMSE for Dementia Screening: MMSE-DS)

질 문		틀림	맞음
1.	올해는 몇 년도 입니까?	0	1
2.	지금은 무슨 계절입니까?	0	1
3.	오늘은 며칠입니까?	0	1
4.	오늘은 무슨 요일입니까?	0	1
5.	지금은 몇 월입니까?	0	1
6.	우리가 있는 이곳은 무슨 도/특별시/광역시입니까?	0	1
7.	여기는 무슨 시/군입니까?	0	1
8.	여기는 무슨 구/동/읍/면입니까?	0	1
9.	우리는 지금 이 건물의 몇 층에 있습니까?	0	1
10.	이 장소의 이름이 무엇입니까?	0	1
11.	제가 세 가지 물건의 이름을 말씀드리겠습니다. 끝까지 다 들으신 다음에 세 가지 물건의 이름을 모두 말씀해 보십시오. 그리고 몇 분 후에는 그 세 가지 물건의 이름들을 다시 물어볼 것이니 들으신 물건의 이름을 잘 기억하고 계십시오. 나무 자동차 모자 이제 000님께서 방금 들으신 3가지 물건 이름을 모두 말씀해 보세요.		
	나무	0	1
	자동차	0	1
	모자	0	1
12.	100에서 7일 빼면 얼마가 됩니까?	0	1
	거기에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?	0	1
	거기에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?	0	1
	거기에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?	0	1
	거기에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?	0	1

질 문	틀림	맞음
13. 조금 전에 제가 기억하라고 말씀드렸던 세 가지 물건의 이름이 무엇인지 말씀하여 주십시오.		
나무	0	1
자동차	0	1
모자	0	1
14. (실제 시계를 보여주며) 이것을 무엇이라고 합니까?	0	1
(실제 연필을 보여주며) 이것을 무엇이라고 합니까?	0	1
15. 제가 하는 말을 끝까지 듣고 따라해 보십시오. 한 번만 말씀드릴 것이니 잘 듣고 따라 하십시오.		
간장공장공장장	0	1
16. 지금부터 제가 말씀드리는 대로 해 보십시오. 한 번만 말씀드릴 것이니 잘 들으시고 그대로 해 보십시오. 제가 종이를 한 장 드릴 것입니다. 그러면 그 종이를 오른손으로 받아, 반으로 접은 다음, 무릎 위에 올려놓으십시오.		
오른손으로 받는다.	0	1
반으로 접는다.	0	1
무릎 위에 놓는다.	0	1
17. (겹친 오각형 그림을 가리키며) 여기에 오각형이 겹쳐져 있는 그림이 있습니다. 이 그림을 아래 빈 곳에 그대로 그려보십시오. 	0	1
18. 옷은 왜 빨아서 입습니까?	0	1
19. "티끌 모아 태산"은 무슨 뜻 입니까?	0	1
총 점		/30

[서식 44]

일상생활 동작검사(MBI이용)

* 점수는 환자가 매김
* 보행이 불가능하고 휠체어로의 이동 및 조작만 가능할 경우에 매김

항 목	수행불가	상당한 도움필요	중간정도의 도움필요	최소한의 도움필요	완전히 독립적
몸 치장하기	0	1	3	4	5
목욕하기	0	1	3	4	5
식사하기	0	2	5	8	10
화장실 이동과 사용	0	2	5	8	10
계단이동	0	2	5	8	10
옷입기	0	2	5	8	10
대변조절	0	2	5	8	10
소변조절	0	2	5	8	10
걷기	0	3	8	12	12
혹은 휠체어	0	1	3	4	5
의자/침대이동	0	3	8	12	15

MBI : 점

분류	MBI점수합계	독립수준	주당 필요로 하는 도움의 시간
1	0~24	Total(완전히)	27.0
2	25~49	Severe(심한)	23.5
3	50~74	Moderate(보통의,적절한)	20.0
4	75~90	Mild(보통의,가벼운)	13.0
5	91~99	Minimal(가장적은)	10.0

급여기준 : 점수에 관계없이 '적합여부'로 판정

담당의사 : 면허번호:

전문과목 : 전문의 자격번호 :

[서식 45] 의료급여법 시행규칙 [별지 제14호의5서식] 〈개정 2021.9.14.〉

보조기기 급여비 지급청구서

※ 색상이 어두운 난은 청구인이 적지 않으며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다. (앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간 10일

① 급여를 받기로 결정된 사람	성명	주민(외국인)등록번호	
	보장기관명(기호)	의료급여 종별	[ ]1종 [ ] 2종
	집 전화번호	휴대전화번호	
② 보조기기 명칭		③ 구입일	
④ 제품 정보	모델명	제조(수입)업소명	
	제조연월	제품일련번호	
⑤ 구입처	명칭	대표자	
	사업자등록번호	전화번호	
	주소(미등록 업소만 기록합니다)		

⑥ 기준액	⑦ 고시금액 (전동휠체어, 전동스쿠터 및 자세보조용구만 적습니다)	⑧ 실구입금액	⑨ 본인부담액	⑩ 청구금액
원	원	원	원	원
원	원	원	원	원
원	원	원	원	원
원	원	원	원	원

⑪ 수령인	⑫ 금융기관명	⑬ 계좌번호	⑭ 예금주	⑮ 주민등록번호
[ ]수급권자				
[ ]보조기기 제작·판매자				

「의료급여법」 제13조 및 같은 법 시행규칙 제25조제4항부터 제6항까지에 따라 위와 같이 보조기기 급여비의 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑯ 청구인 (서명 또는 인) 주민(외국인)등록번호

급여를 받기로 결정된 사람과의 관계 (휴대)전화번호

시장·군수·구청장 귀하

정보 이용 동의서

본인은 「사회보장기본법」 제37조에 따라 위 보조기기 급여비의 지급 관련 정보(급여비 지급 여부·품목, 사용 가능 기간 등)를 사회보장정보시스템에 제공하는 것에 동의합니다.

급여를 받기로 결정된 사람 (서명 또는 인)

297㎜×210㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(뒤쪽)

첨부서류	1. 의사가 발행한 별지 제14호의6서식의 보조기기 검수확인서 1부. 다만, 수동휠체어, 전동휠체어, 전동스쿠터, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트, 전·후방보행차, 지팡이, 목발, 시각장애인용 흰지팡이, 돋보기, 망원경 또는 보조기기의 소모품(전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지로 한정합니다)에 대한 의료급여를 받으려는 경우에는 보조기기검수확인서를 첨부하지 않습니다. 2. 의료급여기관 또는 보조기기 제작·판매자가 발행한 세금계산서 1부 3. 보조기기 급여비를 보조기기 제작·판매자에게 지급할 것을 신청하는 경우에는 해당 보조기기 제작·판매자가 「장애인복지법」에 따라 개설된 의지·보조기 제작·수리업자이거나 「의료기기법」에 따라 허가받은 수입·제조·판매업자(보조기기 소모품 중 전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지(電池)의 경우는 「의료기기법」에 따라 신고한 수리업자를 말한다)임을 증명하는 서류 1부. 다만, 「의료급여법 시행규칙」 별표 2 제1호다목에 따라 국민건강보험공단에 등록한 보조기기 업소에서 구입한 경우, 지체장애 및 뇌병변장애에 대한 보행보조를 위하여 지팡이 또는 목발을 구입하거나 시각장애에 대한 보행보조를 위하여 흰지팡이를 구입한 경우 또는 보조기기를 제조 또는 수입한 업소에서 해당 보조기기의 소모품 중 전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지를 구입한 경우에는 첨부하지 않습니다.	수수료 없음

유의사항

1. 의지·보조기(다리 의지 소모품 포함) 및 맞춤형 교정용 신발에 대해서는 국민건강보험공단에 등록된 업소에서 보조기기를 구입한 경우에만 의료급여를 실시하므로 보조기기를 구입하기 전에 해당 업소의 등록여부를 반드시 확인하시기 바랍니다.
2. 수동휠체어, 보청기, 전동휠체어, 전동스쿠터 및 자세보조용구, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트 및 전·후방보행차에 대해서는 국민건강보험공단에 등록된 업소에서 등록된 품목을 구입한 경우에만 의료급여를 실시하므로 보조기기를 구입하기 전에 해당 업소 및 품목의 등록 여부를 반드시 확인하시기 바랍니다.

작성방법

① 급여를 받기로 결정된 사람: 급여를 받기로 결정된 사람의 해당사항을 적습니다.
② 보조기기 명칭: 구입한 보조기기의 명칭을 적습니다.
③ 구입일: 보조기기를 구입한 연월일을 적습니다.
④ 제품 정보: 구입한 보조기기의 모델명, 제조(수입)업소명, 제조연월일 및 제품일련번호를 적습니다.
※ 전동휠체어 및 전동스쿠터는 제품일련번호란에 보건복지부장관이 고시한 제품별 제품코드번호도 함께 적고, 보청기, 수동휠체어, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트, 전·후방보행보조차는 제품일련번호만 적습니다.
⑤ 구입처: 보조기기를 구입한 업소의 명칭, 대표자, 사업자등록번호, 전화번호 및 주소(미등록 업소만 해당합니다)를 적습니다.
⑥ 기준액: 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 7 제2호의 보조기기 유형 및 구분 항목별 기준액을 적습니다. (예시: 자세보조용구 몸통 및 골반지지대/머리 및 목지지대를 동시에 장착한 경우에는 880,000원/210,000원을 각각 적습니다)
⑦ 고시금액: 전동휠체어, 전동스쿠터 및 자세보조용구만 보건복지부장관이 고시한 금액을 적습니다.
⑧ 실구입금액: 구입한 보조기기의 실제 구입금액(세금계산서의 금액을 말합니다)을 적고, 자세보조용구는 유형 및 구분 항목별로 실구입금액을 적습니다.
⑨ 본인부담액: 구입한 보조기기 중 본인이 직접 납부한 본인부담총액을 적습니다. 자세보조용구는 유형 및 구분 항목별로 부담액을 적습니다.
⑩ 청구금액: ⑥, ⑦ 및 ⑧ 중 가장 낮은 금액을 적습니다.
⑪ 수령인: 보조기기 급여비를 받을 사람의 해당란에 √ 표시를 합니다.
⑫ 금융기관명 ~ ⑮ 주민등록번호: ⑪에 따라 보조기기 급여비를 받을 사람의 인적사항을 적습니다.
⑭ 예금주: 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람이어야 합니다.
- 급여를 받기로 결정된 사람
- 급여를 받기로 결정된 사람의 세대주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
- 급여를 받기로 결정된 사람이 보조기기를 구입한 보조기기 제작·판매자

※ 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 예금통장이어야 합니다.
(예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금 및 기업자유예금 등)
⑯ 청구인: 급여를 받기로 결정된 사람의 세대주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)의 해당사항을 적습니다.

처리 절차

청구서 제출	→	접수	→	검토 및 지급결정	→	통보 및 지급	→	수령
청구인		시·군·구		시·군·구		시·군·구		청구인

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

[서식 46] 의료급여법 시행규칙 [별지 제14호의6서식] 〈개정 2021.9.14.〉

보조기기 검수확인서

※ 뒤쪽의 유의사항을 읽고 작성해 주시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다. (앞쪽)

[ ] 장애인 등록 전

① 진료받은 사람	성명				주민(외국인)등록번호		
	보장기관명(기호)				의료급여 종별	[ ] 1종 [ ] 2종	
	집 전화번호				휴대전화번호		
② 장애 구분	장애유형(주장애)	세부유형		장애정도	[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애		
			척수손상 [ ]완전 [ ]불완전				
	중복장애유형(부장애)	세부유형			[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애		
			척수손상 [ ]완전 [ ]불완전				

③ 보조기기	품목					
	구입일		구입처			
	구입가격		기타			
	의지·보조기 다리 의지 소모품 맞춤형교정용신발 자세보조용구	[ ]의지·보조기 기사	자격(면허)번호	성명 (서명 또는 인)		
		[ ]작업치료사	업소관리번호			
		[ ]자세보조용구 업소 대표자				
	보청기 ([ ]15세 이하 양측)	착용 측 우[ ] 좌[ ] 양쪽[ ]	보청기 형태			
		평균순음청력역치 * 6분법[(a+2b+2c+d)/6]에 따라 계산합니다. 이 경우 a는 500Hz, b는 1000Hz, c는 2000Hz, d는 4000Hz입니다.	보청기 착용 전 (처방전 결과)		보청기 착용 후 (음장검사 실시)	
			우	좌	우	좌
		말소리 명료도(%)	%	%	%	%
④ 검수 확인	(보조기기의 적합성 여부 등 검수한 내용을 구체적으로 적습니다)					

위와 같이 보조기기를 검수합니다.

년 월 일

의료급여기관 명칭(기호):

담당의사 성명: (서명 또는 인)

면허번호:

전문과목: 전문의 자격번호:

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(뒤쪽)

유의사항

1. 검수확인서 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.
2. 장애인 등록 전에 구입한 보조기기를 검수하는 때에는 "[ ] 장애인 등록 전"의 [ ]에 √ 표시를 합니다.
   ※ 장애인 등록 전에 구입한 보조기기(장애인 등록 이전 6개월 이내에 구입한 보조기기만 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 장애인으로 등록한 경우에만 청구할 수 있습니다.
3. 의지·보조기(다리 의지 소모품 포함) 및 맞춤형 교정용 신발의 경우 담당 의사의 최종 검수확인 전에 반드시 해당 의지·보조기 및 맞춤형 교정용 신발을 제조·수리한 의지·보조기기사의 검수 확인을 받아야 합니다. 다만, 팔 보조기는 의사의 지도하에 작업치료사가 제조한 경우에는 담당 의사의 최종 검수확인 전에 작업치료사의 검수 확인을 받으면 됩니다.
   ※ 의지·보조기 기사(작업치료사를 포함합니다)는 본인의 성명과 자격(면허)번호를 적은 후 서명을 하거나 도장을 찍습니다.
4. 자세보조용구의 경우 담당 의사의 최종 검수확인 전에 반드시 해당 보조기기를 제조한 사람의 검수확인을 받아야 합니다. 이 경우 검수확인은 제조한 사람이 소속된 보조기기 업소의 대표자가 하며 업소 대표자는 본인의 성명을 적은 후 서명을 하거나 도장을 찍습니다.
5. 보청기의 경우 본 서식의 보청기란의 청력변화 확인 항목에 해당하는 검사결과를 기재해야 하며 보청기 착용 상태에서 청력개선 효과가 있다고 확인되는 경우 검수확인을 합니다.
6. 자세보조용구의 경우 다음의 자세보조용구 검수확인 참고표를 참조하여 검수 확인한 후 해당 내용을 구체적으로 작성합니다.

자세보조용구 검수확인 참고표

1. 자세보조용구가 처방대로 잘 맞는지에 관하여 다음의 항목을 확인합니다.

가. 처방된 몸통 및 골반 지지대, 머리 및 목 지지대, 팔 지지대 및 랩트레이(lap tray), 다리 및 발 지지대 품목들이 제대로 지급되었는지
나. 쿠션에 몸통 및 골반 부위의 표면이 뜨는 부분 없이 잘 적용되는지
다. 머리받침, 팔받침, 발/하퇴받침 등의 장치가 대칭을 유지하며 안정적으로 놓이는지
라. 지지장치(벨트)가 몸통이나 골반, 발 등을 정확한 위치에서 잘 지지하고 있는지
마. 테이블의 높이가 적절한지, 다칠 위험성이 없는지, 표면 재질이나 사이즈가 적절한지
바. 패드가 적절한 위치에서 기능을 수행하고 있는지[특히 대퇴내전방지패드(넓적다리 모으기 방지 패드)의 크기와 기능]

2. 앉혔을 때 편안한지에 대하여 다음의 항목을 확인합니다.

가. 앉혀 놓았을 때 더 보채지 않는지
나. 근 긴장도가 증가되지 않는지
다. 비대칭이 증가되지 않는지
라. 호흡에 미치는 영향이 없는지
마. 머리와 몸통 조절이 용이해져 상지 움직임이 더 활발하게 나타나는지

3. 척추와 골반의 비대칭이나 변형 감소에 도움이 되는지에 대하여 다음의 항목을 확인합니다.

가. 어깨부위 및 위팔: 어깨가 너무 앞으로 기울거나 뒤로 쳐졌는지, 어깨 비대칭·어긋남, 위팔 움직임이 어떠한지
나. 척추: 척추옆굽음변형과 척추앞뒤굽음변형의 정도와 부위가 어떠한지, 자세보조용구에 의한 척추 및 등·허리부위의 지지가 적절한지
다. 골반: 전후 및 좌우 기울임, 좌우회전, 골반 변형, 넓적다리 모으기·벌리기, 경직 정도는 어떠한지

4. 머리가 똑바로 잘 놓여있는지에 대하여 다음의 항목을 확인합니다.

가. 머리받침이 머리를 편안하게 잘 받쳐주는지
나. 머리의 굽히기·펴기, 좌우측 굽히기, 좌우회전을 충분히 조절하고 있는지

5. 위팔, 다리 및 몸통의 근 긴장도 조절에 도움이 되는지에 대하여 다음의 항목을 확인합니다.

가. 앉혔을 때 근 긴장도가 증가하지 않는지
나. 근 긴장도의 비대칭적인 증가를 보이지 않는지
다. 머리·목 부위 및 몸통이 활궁자세를 보이거나 엉덩이가 착석쿠션으로부터 뜨지 않는지

6. 넓적다리 모으기 또는 벌리기의 조절이 가능한지에 대하여 다음의 항목을 확인합니다.

가. 넓적다리의 과도모으기 또는 가위자세를 적절히 막아주고 있는지
나. 넓적다리의 과도벌리기로 의자 밖으로 다리가 빠져나가지 않는지

7. 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절의 강직 또는 변형의 조절이 가능한지에 대하여 다음의 항목을 확인합니다.

가. 발받침에 발이 잘 놓여있는지
나. 무릎의 자세는 안정되어 있는지
다. 발목의 꿈치들린휜발(첨족) 변형 및 안굽음·밖굽음 변형은 어떠한지
라. 다리의 움직임은 어떠한지

[서식 47] 임신·출산 진료비 등의 의료급여기준 및 방법 [별지 제2호서식]

보청기 적합관리 급여 청구서

※ 유의사항 및 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 란은 청구인이 적지 않습니다. (앞 쪽)

접수번호	접수일	처리기간 7일

①급여를 받은 사람	성명	주민등록번호
	전화번호	
	장애명	장애정도
②보청기	모델명	구입일
	제품제조번호	착용 ☑ 우( ), 좌( )
③적합관리 제공업소	명칭 / 대표자	전화번호
	사업자등록번호	주소(우편번호)

구분	④방문기간		⑤적합관리 횟수	⑥청구금액
	시작일	종료일		
1차				
2차				
3차				
4차				

⑦ 수령 계좌	수급권자 등 계좌 [ ] 보청기판매업소 계좌 [ ]	금융기관명	계좌번호
		예금주 성명	주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호

「의료급여법 시행규칙」 제25조 및 「임신·출산 진료비 등의 의료급여기준 및 방법」 제4조에 따라 위와 같이 적합관리 급여비의 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑧청구인 (서명 또는 인)

주민등록번호

급여를 받은 사람과의 관계 (휴대) 전화번호

시장·군수·구청장 귀하

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(뒷 쪽)

첨부서류	1.「임신·출산 진료비 등의 의료급여기준 및 방법」 별지 제3호서식의 보청기 적합관리 확인서

유의사항

1. 적합관리비용 청구는 보청기 구입한 날부터 1년이 지나고 1년간의 적합관리 서비스 기간 종료 후 청구하여야 합니다.
2. 1년간의 적합관리 서비스 기간 동안 업소 변경 시 변경 전 적합관리 실시 업소에서 청구하여야 합니다.

작성방법

① : 보청기에 대한 의료급여를 받은 사람을 적습니다.

② : 급여비를 지급 받은 보청기에 대한 정보를 적습니다.

③ : 적합관리 서비스를 제공받은 업소를 적습니다.

④ : 구입 후 1년이 지난때부터 매 1년 단위로 적습니다. 1차: 1년 경과~2년, 2차: 2년 경과~3년, 3차: 3년 경과~4년, 4차: 4년경과~5년

⑤ : 방문기간(1년 단위) 중 적합관리 서비스를 받은 횟수를 적습니다.

⑥ : 1년 단위로 50,000원을 적습니다.

⑦ : 급여비를 수령할 계좌를 선택하여 "✔" 표시를 하고, 금융기관명, 예금계좌번호, 예금주, 주민등록번호(외국인인 경우에는 외국인등록번호)를 적습니다.

※ 예금주는 다음에 해당하는 사람이어야 합니다

- 수급권자 등 계좌: 급여를 받은 사람, 급여를 받은 사람의 세대주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
- 보청기 판매업소 계좌: 급여를 받은 사람이 보청기 판매업소에 지급하도록 요청하는 경우에는 해당 업소

⑧ : 급여를 받은 사람, 급여를 받은 사람의 세대주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)의 해당사항을 적습니다. 이 경우 청구인은 본인의 이름을 적은 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 하되, 청구인(급여받은 사람만 해당합니다)이 제한능력자일 경우 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.

[서식 48] 임신·출산 진료비 등의 의료급여기준 및 방법 [별지 제3호서식]

보청기 적합관리 확인서

※ 작성방법은 뒷면을 참고하시기 바랍니다. (앞 쪽)

①급여를 받은사람	성명		주민등록번호			
	연락처		주소	(우편번호)		
②적합관리 제공 업소	명칭		대표자		연락처	
	사업자 등록번호		업소관리번호			
③보청기	모델명		제품제조번호		착용	우( )
	구입처		구입일			좌( )

④적합관리 내용

방문일자	적합관리 서비스 내용	적합관리 제공자 성명	확인(서명)	
			제공자	급여를 받은사람

⑤적합관리 업소 변경 [ ]

명칭		대표자	
사업자등록번호		전화번호	

「의료급여법 시행규칙」 제25조 및 「임신·출산 진료비 등의 의료급여기준 및 방법」 제5조의2에 따라 위와 같이 보청기 적합관리 업소 변경을 신청합니다.

년 월 일

⑥신청인 (서명 또는 인)

⑦주민(외국인)등록번호

⑧급여를 받은 사람과의 관계 전화번호

⑨(변경 후)적합관리 제공 업소 대표자 (서명 또는 인)

시장·군수·구청장 귀하

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(뒷 쪽)

작성방법

① : 보청기에 대한 의료급여를 받은 사람을 적습니다.
② : 적합관리 서비스를 제공받은 업소를 적습니다.
③ : 급여비를 지급 받은 보청기에 대한 정보를 적습니다.
④ : 일자별 적합관리 서비스 내용을 기록하고, 제공자와 사용자가 각각 서명합니다.
⑤ : 적합관리 업소 변경 시, [ ] 에 "✔" 표시를 합니다
⑥ : 적합관리 업소 변경 신청한 사람을 적습니다.
⑦ : 적합관리업소 변경 신청한 사람의 주민번호를 적습니다.
⑧ : 적합관리업소 변경 신청한 사람의 급여를 받은 사람과의 관계를 적습니다.
⑨ : 변경된 적합관리 제공 업소 대표자를 적고 서명 또는 인장을 찍습니다.

[서식 49] 의료급여법 시행규칙 [별지 제16호서식] 〈개정 2014.11.19.〉

급여 제한 여부 조회서

보장기관명		보장기관기호	
세대주 성명		주민등록번호	
수급권자 성명		주민등록번호	
주 소			

진료구분	[ ]입원 [ ]외래	진료기간	. . . ~ . . .
상 병 명		상병분류기호	
통보내역 (해당란에 "O"표)	자신의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위 고의로 사고를 발생시켜 의료급여를 받고자 함 정당한 이유없이 의료급여법의 규정이나 의료급여기관의 진료에 관한 지시에 따르지 아니함		
발생원인	사고부상 [ ]근무중사고 [ ]폭행 [ ]자해 [ ]기타( )		
	교통사고 [ ]운전중 [ ]보행중 [ ]기타( )		
발생장소	[ ]가정 [ ]회사내 [ ]공사현장 [ ]학교 [ ]음식점 [ ]도로 [ ]기타( )		
내원일시	년 월 일 시 분(24시간제)		
내원방법	[ ]119 [ ]사설응급차량 [ ]기타( )		
의사진찰의견			
환자·보호자 등 관계인 진술내용			

「의료급여법」 제15조제1항 및 같은 법 시행규칙 제26조제1항에 따라 위와 같이 통보하오니 의료급여 제한여부를 지체 없이 회신하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

의료급여기관명 (인)
주 소

(시장·군수·구청장) 귀하

※ 이 조회서는 의료급여기관이 2부를 작성하여 1부는 보관하고, 1부는 시·군·구에 송부하여야 합니다.

210mm×297mm(백상지 80g/㎡(재활용품))

[서식 50] 의료급여법 시행규칙 [별지 제18호서식]

급여제한 여부 결정통보서

보장기관명		보장기관기호	
세대주성명		주민등록번호	
수급권자성명		주민등록번호	
주소			
결정사항	1. 급여적용 2. 급여제한		
제한근거	의료급여법 제15조제1항		
의료급여제한 개시일또는기간	년 월 일부터(년 월 일까지)		

의료급여법 제15조 및 동법시행규칙 제26조제2항의 규정에 의하여 위와 같이 결정통보하오니 조치하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

시장
군수 인
구청장

의료급여기관대표자 귀하

비고

1. 이 통보서는 시장·군수·구청장이 2부를 작성하여 1부는 보관하고, 1부는 해당의료급여기관에 지체없이 송부하여야 합니다.
2. 결정사항에 이의가 있는 경우 90일이내에 시장·군수·구청장에게 이의신청할 수 있습니다.

210mm×297mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

[서식 51] 의료급여법 시행규칙 [별지 제18호의2서식] 〈신설 2010.12.15.〉

발급번호

의료급여 자격득실 확인서

확인청구자	성 명	주민등록번호

자격득실 확인내용

보장기관	의료급여 종별	자격취득일	자격상실일

「의료급여법 시행규칙」 제26조의2에 따라 의료급여 자격득실 내용을 위와 같이 확인합니다.

년 월 일

시장·군수·구청장 (직인)

210㎜×297㎜[일반용지 60g/㎡(재활용품)]

[서식 52] 의료급여법 시행규칙 [별지 제19호서식] 〈개정 2013.12.13.〉

급여비용 대지급 신청서

접수번호	접수일자	처리기간 즉시

신청인	성명		주민등록번호
	주소		전화번호
세대주성명			주민등록번호
수급권자성명			주민등록번호
주 소			
진료기간	년 월 일부터 년 월 일까지(일간)		
의료급여기관명		주소	
급여비용	급여비용총액		
	본인부담금		
	현금납부액		
	대지급신청액		

「의료급여법」 제20조 및 같은 법 시행규칙 제27조제1항의 규정에 따라 대지급을 신청하며 대지급금은 보장기관에서 정하는 바에 따라 상환할 것을 약속합니다.

년 월 일

성 명 : (서명 또는 인)

의료급여기관명 :

대표자 : ㊞

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

유 의 사 항

이 신청서는 수급권자가 2부를 작성하여 진료를 한 의료급여기관의 확인을 받아 해당 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 제출하여야 하고, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 대지급 승인을 할 경우 대지급승인서 1부를 수급권자에게 발급하여야 하며, 수급권자는 대지급승인서를 의료급여기관에게 제출하여야 합니다.

급여비용대지급승인서

「의료급여법 시행규칙」 제27조제2항의 규정에 따라 위와 같이 대지급을 승인합니다.

년 월 일

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 직인

의료급여기관 대표자 귀하

210mm×297mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

[서식 53] 의료급여법 시행규칙 [별지 제20호서식] 〈개정 2019.10.24.〉

행 정 기 관 명

수신자 시·도지사

(경유)

제 목 **의료급여기금 교부신청서**

다음과 같이 사업을 시행하기 위하여 의료급여기금의 교부를 신청합니다.

<table>
<tr><td>사 업 명</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>사업기간</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>사업개요</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">신청금액</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">지원
내역</td><td>보조금
본인부담금환급금, 대지급금,
보조기기 급여비, 요양비 등</td><td>그 밖의 행정경비</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>산출기초</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

끝.

특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장 직인

기안자 직위(직급) 서명 검토자 직위(직급) 서명 결재권자 직위(직급) 서명

협조자

시행 처리과-일련번호(시행) 접수 처리과명-일련번호(접수)

우 주소 / 홈페이지 주소

전화번호( ) 팩스번호( ) / 기안자의 전자우편주소 / 공개구분

210mm×297mm[백상지 80g/㎡(재활용품)]

[서식 54] [의료급여법 시행규칙 별지 제21호서식] 〈개정 2019.10.24〉

의료급여기금 운용현황

<시·도명 : >

1. 기금조성현황

(단위: 천원)

구분	계	이월액	국고보조금	지방자치단체 출연금	대지급금 상환금	과징금	부당이득금·구상금*	기타
1/4분기								
2/4분기								
3/4분기								
4/4분기								
누계								

* **구상금**: 법 제19조에 따른 손해배상금

2. 기금운용실적(지출 현황)

(단위: 천원)

구분	계	예탁금*	위탁수수료	본인부담금 지원비 (건생비)	대지급금	본인부담 보상·상한제	본인부담 환급금	보조기기	요양비	행정경비	의료급여 관리사 인건비	기타
1/4분기												
2/4분기												
3/4분기												
4/4분기												
누계												

* **예탁금** : 진료비, 본인부담금 지원비(건생비), 임신·출산 진료비

3. 대지급금 운용현황

(단위: 천원)

구분	전년도 이월액	전분기 이월액	결정			징수				분기말 미상환 금액 *
			소계	대지급금	다른 시·도 전입금	소계	상환금	결손처분	다른 시·도 전출금	
1/4분기										
2/4분기										
3/4분기										
4/4분기										

* **분기말 미상환금액** : 전분기 이월액(1/4분기의 경우 전년도 이월액) + 결정 − 징수

297㎜× 210㎜[백상지 80g/㎡]

[서식 55]

발 급 비 용	무 상 교 부

의료급여일수 연장승인 신청서

일련번호 :

수급자 성명			생년월일		
종 별 구 분	1종 · 2종		주민(관리)번호	-	
전 화 번 호	(H.P)				
주 소					
병력 및 증상			연장 신청일수		
			연장승인대상년도		
수 급 권 자 상 병 사 항	상 병 명		상 병 명		
	질병분류기호		질병분류기호		
연 장 사 유	① 등록 희귀질환, 중증난치질환자( ) ② 등록 중증질환자( ) ③ 만성고시질환자( ) ④ 기타 질환( )				
연 장 사 유 및 목 적 상 세 설 명	<입원치료 또는 외래 통원 등의 연장 필요성을 구분해서 기술> 의료급여기관명 : (요양기관코드:) (직인) 주 소 : 담 당 의 사 : (서명 또는 인) 면 허 번 호 :				

의료급여법 시행규칙 제8조의3의 규정에 의하여 위와 같이 의료급여일수 연장승인을 신청합니다.

년 월 일

신 청 인 :

(시장·군수·구청장) 귀하

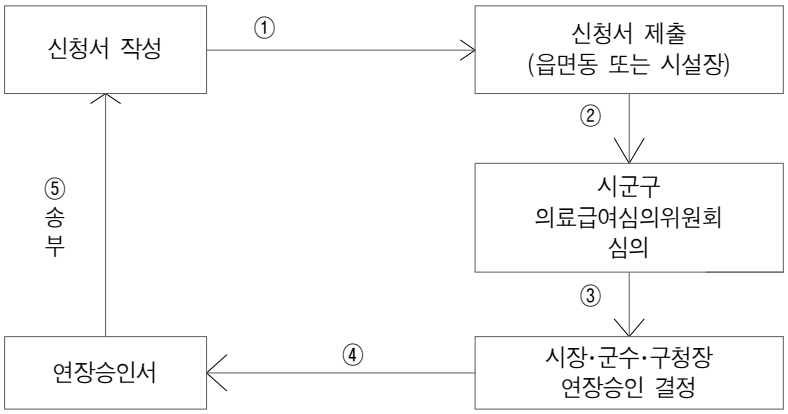
※ 천재지변, 응급환자 및 이에 준하는 경우에 해당하는 지 여부 ( )

시설장 의견서

시설장 (인)

※ 시설장 의견서에는 건강상태, 의료이용실태, 생활실태 등을 참고하여 필요시 기재 하시기 바랍니다.

의료급여 상한일수 연장신청·승인 절차



1. 연장승인 일수는 등록 중증질환, 희귀·중증난치질환(결핵 포함)의 경우 1회당 90일 이내, 만성고시질환의 경우 1회당 75일 이내, 기타 질환의 경우 1회 90일, 2회 55일 이내에서 시군구가 승인합니다.
2. 신청서는 자신의 주된 상병을 진료하고 있는 의료급여기관에서 연장사유 등을 기재한 신청서 1부를 보장기관에 방문 제출하여야 합니다.

*** 수급권자의 교통편의를 고려하여 '군'지역의 경우 관할군청에서도 연장승인신청서 접수 가능**

3. 급여상한일수 초과분에 대해서는 본인이 의료비를 부담하여야 합니다.
4. 급여연장승인신청 그 결과는 신청자에게 통지됩니다.
5. 만성고시질환(의료급여수가의 기준 및 일반기준 제22조)
   ① 정신 및 행동장애(F00-F99)
   ② 신경계질환(G00~G37, G43~G83)
   ③ 고혈압성 질환(I10-I15), ④ 간의 질환(만성바이러스간염포함)(B18, B19, K70~K77), ⑤ 당뇨병(E10-E14)
   ⑥ 기타 만성폐쇄성폐질환(J44), ⑦ 대뇌혈관질환(I60-I69), ⑧ 두 개내손상(S06), ⑨ 갑상선의 장애(E00~E07)
   ⑩ 심장질환(I05~I09, I20~I27, I30~I52)
   ⑪ 뇌전증(G40~G41)

[서식 56]

의료급여일수 연장승인 신청 검토의견서

신청자성명		주민(관리)번호	-
병력 및 증상			
연 장 사 유			
연 장 기 간			
심의위원의견			
연장승인여부			

년 월 일

○○시·군·구 의료급여심의위원회 위원 인

[서식 57] (앞면)

* 승인번호			

의료급여일수 연장 결과 통보서

수급자 성명			주민(관리)번호	-
수급자 주소				
수급권자 상병사항		상병명 (질병분류번호)		
연장 승인 심사 결과	연장승인	연장사유	① 등록 희귀질환, 중증난치질환자( ) ② 등록 중증질환자( ) ③ 등록 결핵질환자( ) ④ 만성고시질환자( ) ⑤ 기타 질환( )	
		회 차	1회 · 2회차	
		일 수	일	
	연장불승인	20 . . . ~ 20 . . . (3개월)		

시·군·구 의료급여심의위원회에서 의료급여일수 연장승인 심사결과 상기의 내용과 같이 결정되었음을 통보합니다.

년 월 일

(시장·군수·구청장)

(뒷면)

< 안 내 문 >

1. 연장승인

○ 상기 연장승인 일수는 등록 중증질환, 희귀·중증난치질환(결핵 포함)의 경우 1회당 90일 이내, 만성고시질환의 경우 1회당 75일 이내, 기타 질환의 경우 1회 90일, 2회 55일 이내에서 시장·군수·구청장이 승인한 것입니다.

○ 등록 희귀질환, 중증난치질환, 등록 중증질환, 만성고시질환 이외의 질환으로 의료급여일수 연장이 추가적으로 필요한 경우에는 시·군·구(읍·면·동)에 연장승인일수가 만료되기 60일 전부터 연장승인 신청을 하여야 합니다.

○ 추가적으로 연장승인을 받지 않은 경우에는 연장승인 미신청자로 건강보험 수준의 의료비를 부담하여야 합니다.(입원 20%, 외래·약국 30%)

2. 조건부 연장승인

○ 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환(결핵포함) 중 하나의 질환으로 각각 급여일수 455일(상한일수 365일+1차연장승인 90일)을 초과하거나 만성고시질환 중 하나의 질환으로 각각 455일(상환일수 380일+1차 연장승인 75일)을 초과하는 경우 또는 기타질환(들)로 545일(상한일수 400일+2차 연장승인 145일)을 초과하는 경우에는 시군구에서 선택의료급여기관 적용통보서를 받게 됩니다.

○ 조건부연장승인기간은 차기년도말까지이며, 선택의료급여기관 지정 미신청자의 경우에는 신청서 제출시까지 건강보험 수준의 의료비를 부담하여야 합니다.(입원 20%, 외래·약국 30%)

3. 연장 불승인

○ 연장승인이 되지 아니하는 경우에는 보건소 등 보건기관에서는 의료급여가 적용되지만, 보건기관 이외의 의료기관을 이용하고자 하는 경우에는 건강보험 수준의 의료비를 부담하여야 합니다.(입원 20%, 외래·약국 30%)

○ 타인의 의료급여증을 차용하여 의료급여를 받은 경우에는 수급자격 박탈은 물론 형사처벌을 받을 수 있습니다.(의료급여법 제15조, 제35조)

[서식 58]

20 . 월 연장승인 실적 보고

시도명 :

번호	시도	시군구	월	연장승인 결과(총계)			연장승인 종류별 세부 현황							사전(안내)통보 여부			연장승인 심의 개최 여부		
							연 장 승 인				조 건 부 연 장 승 인			연장승인 및 조건부 연장승인, 불승인					
				심의 건 총계 (A=c+d+f+g)	연장승인 건 (조건부 포함) 총계 (B=a+e)	불승인 건 총계 (C=d+g)	승인 건 소계 (a=b+c)	직권승인 (심의제외) (b)	승인 (심의) (c)	불승인 (심의) (d)	선택의료 급여기관 지정 승인 건 (e)	제 2 선택 신규 (변경) 지정 (심의) (f)	불승인 (심의) (g)	연장승인 건 (조건부 포함) 총계 (D=c+d+e+g=h+i)	사전(안내) 통보에 따른 연장승인 처리 건수 (h)	사후(안내) 통보에 따른 연장승인 처리 건수 (i)	총 심의 개최 횟수 (E=j+k)	서면 심의 횟수 (j)	출석 (대면) 심의 횟수 (k)
			계																
1			1 월	8	12	2	7	3	4	1	5	2	1	11	4	7	3	2	1
			2 월																
			3 월																
2			4 월																
			5 월																
			6 월																

※ **월별(월말 기준) 심의 및 승인 완료된 건을 기준**으로 작성

(a) : 선택의료급여기관 지정의무가 없는 질환군별 연장승인 신청자에 대하여 직권 또는 심의를 거쳐 연장승인한 건수

(b) : 중증질환, 희귀질환, 중증난치질환(결핵 포함), 타질환군으로 선택병의원 지정 사유로 직권승인(심의제외)한 건수와 사망, 자격상실, 에이즈질환자 사유로 직권등록한 건수

(e) : 연장승인 이후에도 급여일수가 초과될 것으로 예상되어(초과되어) 선택의료급여기관 지정을 조건으로 당해연도 급여일수를 연장하는 조건부 연장승인을 한 건수

(f) : 선택의료급여기관 지정 승인 이후에 제 2 선택기관을 추가 선택(신규지정) 또는 변경해주기 위해 심의를 거친 건수(조건부 연장승인 이후, 선택의료급여기관 지정하는 작업이므로, 선택의료급여기관 지정 승인 건에 넣지 않으나, 심의를 거쳤으므로, 심의 건수에는 넣음)

(h) : 의료급여담당자가 수급자의 급여일수 초과 전 인지하여 연장승인(조건부 연장승인), 신청에 대해 사전(안내) 통보한 경우 승인 및 불승인건 (한 명의 대상자에 대해 2 건의 승인건수(ex. 연장승인, 선택병의원 등)에 대해 통보한 경우 2 건으로 작성)

(i) : 의료급여담당자가 수급자의 급여일수 초과 후 인지하여 연장승인(조건부 연장승인) 신청에 대해 사후(안내) 통보한 경우 승인 및 불승인건

(j+k) : 해당 월 심의 개최 횟수

ex) 서면심의 30 건씩 2 회, 출석심의 25 건씩 1 회 총 85 건, 3 회 심의개최 → 서면=2 회, 출석=1 회 입력

연장승인 미신청자 건보부담적용 현황 보고

시도명 :

번호	시도	시군구	월	급여일수 초과자 중 연장승인 미신청 건수*			건보부담적용 여부								
				총 미신청 건 (a)	사전(안내) 통보한 경우** (b)	사후(안내) 통보한 경우*** (c)	총 미신청 건 (a)	O	X						
								건수 (d)	건수 (e)=(f+g+h+i+j+k)	독촉 중, 독촉 기한내 제출 (f)	병원예약일 관련 (g)	급여일수 정정요청 (h)	전입/ 전출 (i)	사망/ 자격상실 (j)	기타사유 입력**** (k)
			계	12	5	7	12	2	10						
1			1 월	12	5	7	12	2	10	4	1	2	1	1	1(연락두절)
			2 월	0	0	0	0	0	0						
			3 월	0	0	0	0	0	0						
2			4 월	0	0	0	0	0	0						
			5 월	0	0	0	0	0	0						
			6 월	0	0	0	0	0	0						

※ **월별(월말 기준) 급여일수 초과자 중 미신청건(a)를 기준**으로 작성 (예: 4 월 급여일수 초과 100 건 중 연장승인 미신청건이 10 건인 경우 (a)=10)
(a)=(b)+(c)=(d)+(e)
※ 음영처리된 셀은 입력 불필요

* *연장승인(조건부 포함) 신청에 대해 안내하였음에도 신청하지 않고 급여일수를 초과한 경우*
** *의료급여담당자가 수급자의 **급여일수초과전** 인지하여 연장승인신청에 대해 **사전(안내)통보**한 경우*
*** *의료급여담당자가 수급자의 **급여일수초과후** 인지하여 연장승인신청에 대해 **사후(안내)통보**한 경우*
**** *급여일수 초과자 중 연장승인(조건부 포함) 미신청자에 대해 건보부담적용하지 않은 경우 사유 상세 기재*

[서식 59] 선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용 절차 등에 관한 규정 [별지 제1호서식]

선택의료급여기관 (신규·변경) 신청서

<table>
<tr><td rowspan="1">보장기관</td><td>기관명</td><td></td><td>기 호</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">수급권자</td><td>성 명</td><td></td><td>주민등록번호</td><td>-</td></tr>
<tr><td>주 소</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>신청사유</td><td colspan="3">① 등록 중증질환, 희귀·중증난치질환(결핵포함) 중 하나의 질환으로 상한일수+90일을 초과하여 연장승인을 받으려는 경우( )
② 만성고시질환 중 하나의 질환으로 상한일수+75일을 초과하여 연장승인을 받으려는 경우( )
③ 상기 ①, ② 외의 기타 질환(들)으로 상한일수+145일을 초과하여 연장승인을 받으려는 경우( )
④ 자발적으로 신청하는 경우( )</td></tr>
<tr><td rowspan="5">신규신청</td><td>①선택의료급여기관명</td><td colspan="3">(기관기호:)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">②추가 선택의료급여기관명</td><td colspan="3">(기관기호:)</td></tr>
<tr><td>추가사유</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>③선택 한의원명</td><td colspan="3">(기관기호:)</td></tr>
<tr><td>④선택 치과의원명</td><td colspan="3">(기관기호:)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">변경(탈퇴)신청</td><td>기존 선택의료급여기관명</td><td colspan="3">(기관기호:)</td></tr>
<tr><td>변경 선택의료급여기관명</td><td colspan="3">(기관기호:)</td></tr>
<tr><td>변경(탈퇴)사유</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

위 의료급여기관을 선택의료급여기관으로 신청(변경)합니다.

년 월 일

신청인 **(서명 또는 인)**

(시장·군수·구청장) 귀하

비고 1. 선택의료급여기관에서 외래 진료시 1종수급권자는 본인부담이 없으며, 수급권자가(2종포함) 의료급여 의뢰서 없이 다른 의료급여기관을 이용하는 경우에는 의료비 전액을 본인이 부담하여야 합니다.

2. 추가 선택의료급여기관(②)은 선택의료급여기관(①) 외의 다른 의료급여기관에서 6개월 이상의 진료가 필요한 복합질환자인 경우에 한하여 신청합니다.

3. 선택의료급여기관(①) 또는 추가선택의료급여기관(②)으로 한의원·치과의원을 선택하지 않은 경우 선택한의원(③) 또는 선택치과의원(④)을 지정하여 진료의뢰서 없이 한의원 및 치과의원을 이용할 수 있으며, 이 경우 영 별표에 따른 본인부담금이 부과됩니다.

4. 조건부 연장승인 기간은 급여상한일수를 초과한 연도의 다음연도 말까지입니다.

5. 자발적으로 선택의료급여기관에 참여했다가 탈퇴한 수급권자의 경우 당해연도에 다시 선택의료급여기관 이용을 신청할 수 없으나, 해당 수급권자가 급여상한일수를 초과한 경우에는 선택의료급여기관 당연 적용대상자가 됩니다.

[서식 60]

* 승인번호	

선택의료급여기관 적용 통보서

수급자 성명		주민등록번호	-
수급권자 주소			
선택의료급여기관 이용기간	20 . . . ~ 20 . . .		
선택의료급여기관명(기호)	①선택의료급여기관	( )	
	②추가 선택의료급여기관	( )	
	③선택 한의원	( )	
	④선택 치과의원	( )	

「의료급여법 시행규칙」 제8조의3제3항에 따라 선택의료급여기관 적용 대상자가 되었음을 통보합니다.

년 월 일

(시장·군수·구청장)

비고 1. 선택의료급여기관 적용대상자로 통보받은 수급권자는 선택의료급여기관 이용기간 동안에는 상기 선택의료급여기관을 이용하여야 합니다.

2. ①선택의료급여기관과 ②추가 선택의료급여기관에서 외래진료를 받거나, 그 선택의료급여기관에서 교부한 처방전으로 의약품을 조제받는 경우에는 본인부담금이 면제됩니다. 다만, ③선택 한의원 및 ④선택 치과의원에서 외래진료를 받거나 그 선택의료급여기관에서 교부한 처방전으로 의약품을 조제받는 경우에는 본인부담금을 지급하여야 합니다.

3. 선택의료급여기관에서 치료하기 어려운 경우, 선택의료급여기관의 주치의의 진료의뢰서를 발부받아 다른 의료급여기관에서 진료를 받을 수 있으나, 진료비의 일부는 본인이 부담을 해야 하고, 의뢰서 없이 다른 병의원을 이용하는 경우에는 의료비 전액을 본인이 부담해야 합니다.

[서식 61] 의료급여법 시행규칙 [별지 제4호의2서식] 〈개정 2016.12.30.〉

발급번호	

의료급여기관 선택사실 통보서

보장기관	기호		기관명	
수급권자	성명		주민등록번호	-
	주소		전화번호	
선택의료 급여기관	기관명		기관기호	
	주소		전화번호	

위 수급권자가 「의료급여법 시행규칙」 별표 1에 따라 귀 의료급여기관을 선택의료급여기관으로 선택하였음을 통보합니다.

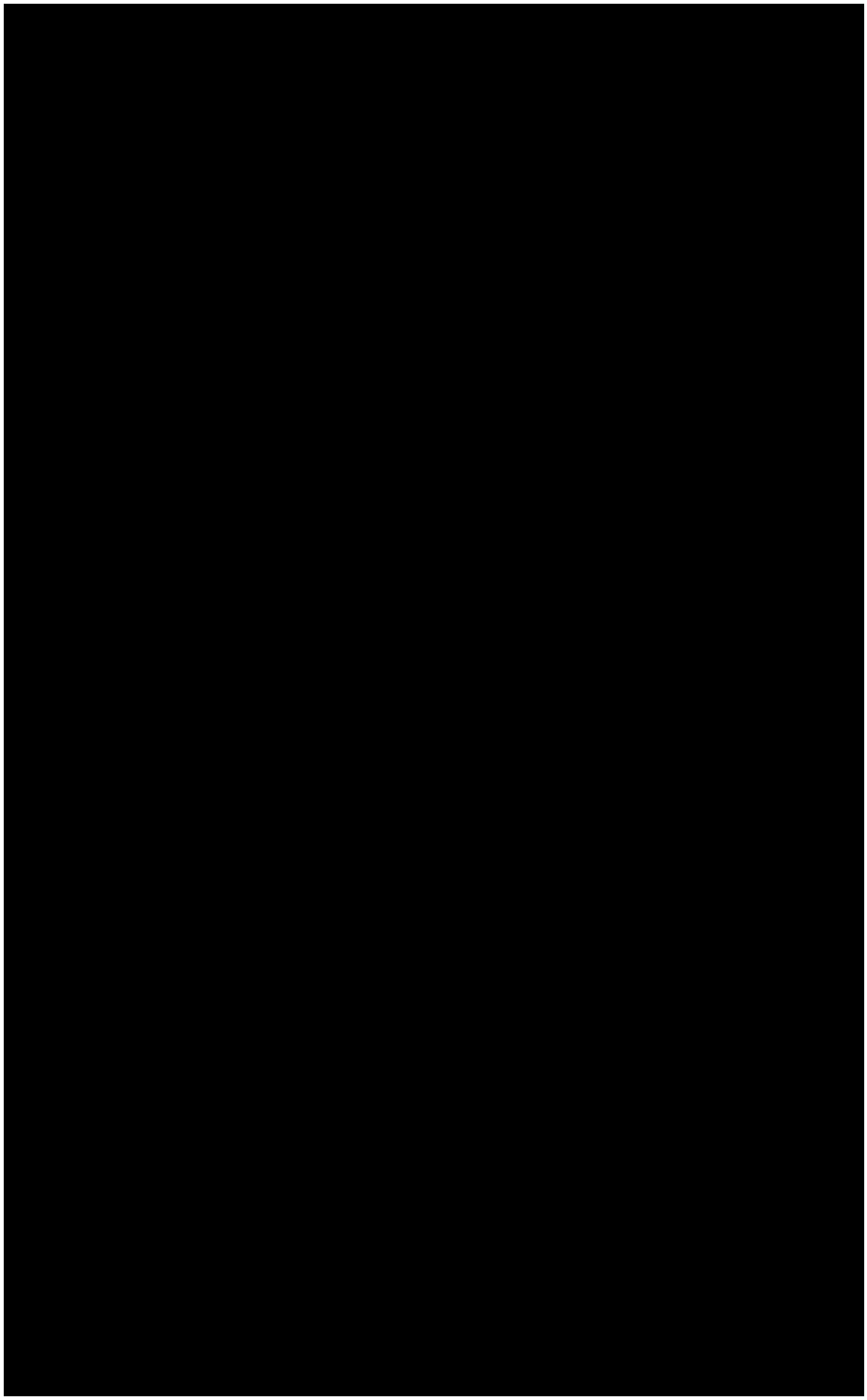
200 . . .

의료급여기관장 귀하

(시장·군수·구청장) 인

※ 참고사항

1. 선택의료급여기관에서는 수급권자의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활 등을 위한 의료급여를 실시함에 있어 수급권자의 건강증진을 위해 최선을 다해야 합니다.
2. 「의료급여법 시행규칙」 별표 1에 따라 다른 의료급여기관으로 의뢰할 수 있습니다. 다만, 다른 의료급여기관으로 의료급여 의뢰시에는 의뢰사실을 7일 이내에 보장기관에 통보해야 합니다.
3. 선택의료급여기관에서는 다른 제1차의료급여기관으로의 의뢰 및 보장기관에 대한 통보시 진찰료를 지급받으실 수 있습니다.



[서식 62]

[서식 63] 의료급여수가의 기준 및 일반기준 [별지 제20호 서식]

의료급여 (암) 산정특례 등록 신청서

※ 뒷면의 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다. ※ 해당란에 ☑표기 (앞면)

산정특례등록 번호 *보장기관기재사항		접수일자 *보장기관기재사항
진료받은 사람	① 보장기관명	② 세대주 성명
	③ 성명	④ 주민(외국인)등록번호
	⑤ 휴대전화번호	⑥ 자택전화번호
	⑦ 이메일주소	⑧ 등록결과 통보방법 ☐ SMS ☐ 이메일
	⑨ 주소	

【의료급여기관 확인란】

① 신청구분 ☐ 신규암 ☐ 재등록암 ☐ 중복암

② 진료과목	③ 구분 ☐ 입원 ☐ 외래	④ 진단확진일*입원초일이 있는 경우 함께 기재
⑤ 상병명 (☐ 원발 ☐ 전이)	⑥ 상병코드	⑦ 특정기호 V193

⑧ 최종확진방법 ※중복체크가능

☐ 1. 조직학적 검사
☐ 2. 세포학적 검사
☐ 3. 영상검사 ☐ MRI ☐ CT (소견 :)
☐ Sono ☐ 기타 ( )
☐ 4. ☐ 특수 생화학적 검사 ☐ 면역학적 검사 ☐ 혈액학적 검사
☐ 5. 조직검사 없는 진단적 수술
☐ 6. 기타( )

⑨ 조직학적·세포학적 검사 필수인 상병에서 조직학적·세포학적 검사 불가하여 등록기준 미충족한 경우에만 작성*
* 상병별 등록기준을 미충족한 경우에는 전문의가 환자상태 및 진료소견을 구체적으로 기재 후 신청서를 발행하여야 함

⑨-1 조직학적·세포학적 검사 미실시 사유 ※중복체크가능

☐ 1. 전신상태가 ECOG performance status 3 이상인 경우
☐ 2. 출혈 위험성이 큰 경우
☐ 3. 검사를 위한 전신마취 및 수술을 견딜 수 없는 경우
☐ 4. 감염 위험성이 높은 경우
☐ 5. 기타( )

⑨-2 환자상태 및 진료소견(확진의견을 포함하여 구체적으로 기재)

위의 기록한 사항이 사실임을 확인합니다.

년 월 일

의료급여기관명(기호) : ( ) (직 인)

담당의사(면허번호/전문의 자격번호) : (/) (서명 또는 인)

담당의사 전문과목 :

상기와 같이 의료급여 산정특례 등록을 신청합니다. 신청일 년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

진료받은 사람과의 관계 ( )

시장·군수·구청장 귀하

(뒷면)

개인정보 수집 및 제공 안내

1.「의료급여법」 제10조(급여비용의 부담)
2.「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담), 제21조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
3.「의료급여수가의 기준 및 일반기준」(보건복지부 고시)
- 보장기관은 위 법령 등에서 정하는 소관 업무수행을 위하여 세대주 성명, 진료받은 사람 성명, 주민등록번호, 외국인등록번호, 전화번호, 이메일주소, 주소, 신청인 성명, 진료받은 사람과의 관계, [의료급여기관 확인란]에 기록된 신청구분, 진료과목, 진료구분, 진단확진일, 상병명, 상병코드, 특정기호, 최종확진방법, 조직학적·세포학적 검사 미실시 사유, 환자상태 및 진료소견을 수집·이용할 수 있습니다.
- 보장기관이 수집·이용하고 있는 개인정보는 **「개인정보보호법」**에 따른 경우에만 제3자에게 제공됩니다.
- 본인일부부담률 인하 적용을 위해 의료급여기관에 등록자료 제공 및 암환자의료비지원사업 수행시 활용됩니다.

유 의 사 항

1.「의료급여법」 제23조(부당이득의 징수)
- 산정특례 등록신청서에 기재된 **[의료급여기관 확인란]**이 허위로 기재된 경우 위 법령 및 의료관계법령(의료법 제66조 등)에 의거, 제1항 및 제3항에 의해 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여를 받은 사람이나 급여비용을 받은 의료급여기관에 대하여 해당 의료급여비용을 부당한 것으로 확인·결정하여 의료급여 비용의 전부 또는 일부를 징수할 수 있습니다.

2.「의료급여수가의 기준 및 일반기준」(보건복지부 고시)
- 고시 제17조의2 제6항 및 제7항에 의해 보장기관에서 산정특례 등록 자료의 확인이 필요하다고 인정되는 경우 산정특례 등록자 및 의료급여기관에 검사내역 등 자료를 제공하도록 요청할 수 있습니다.

3. 산정특례 등록신청서 발급에 대한 비용은 등록신청인 또는 보장기관에 별도로 청구할 수 없습니다.
4. 의료급여기관 확인란은 반드시 해당 상병으로 확진한 의료급여기관 및 담당의사가 작성 후 자필서명·확인하여야 합니다.
5. 산정특례는 진단확진일로부터 30일 이내 신청 시 확진일로부터 소급하여 적용하고, 30일 이후에 신청 시 신청일부터 적용됩니다. 다만, 고시 제17조의2제8항 각호의 경우는 그러하지 않습니다.

6. 산정특례 등록신청서의 기재사항이 사실과 상이할 경우, 산정특례 등록내역이 원천 취소될 수 있습니다.
7. 등록신청은 의료급여기관 수급권자 조회 시 [산정특례 대상자 조회]와 연관되므로 본인서명이 필수로 요구됩니다.
※ 단, 진료받은 사람이 미성년인 경우 또는 중증치매·정신질환·의식불명 등으로 진료받은 사람 본인의 인지능력이 저하되거나 의사판단이 어려워 위임이 불가한 경우 대리인의 동의가 필요하므로 신분증과 보장기관 전산 또는 가족관계서류를 확인(징구) 후 등록함
- 미성년자 : 부모(법정대리인) - 인지능력과 의사판단이 어려워 위임이 불가한 경우 : 배우자 또는 성년인 직계존비속

8. 산정특례 등록 이후 모든 의료급여기관에서 수급권자 자격조회를 통해 수급권자의 산정특례 등록정보를 확인할 수 있습니다.

작 성 방 법

【진료받은 사람】
①,② : 산정특례 등록 신청자의 보장기관명과 세대주 성명을 각각 기재합니다.
③,④ : 산정특례 신청인의 성명을 한글로, 주민(외국인)등록번호를 아라비아숫자로 기재합니다.
⑤ : 등록결과 통보 등을 위해 진료받은 사람 또는 그 대리인의 연락 가능한 휴대전화번호를 기재합니다.
⑥ : 진료받은 사람 또는 그 대리인의 연락 가능한 자택전화번호를 기재합니다.(부재시 생략 가능)
⑦ : 등록결과 통보 등을 위해 진료받은 사람 또는 그 대리인의 연락 가능한 이메일 주소를 기재합니다.
⑧ : 등록결과를 통보 받을 방법(휴대전화번호-SMS 또는 이메일)을 선택하여 필수적으로 "✔" 표시합니다.
⑨ : 신청 시점에서의 진료받은 사람의 주소를 기재합니다.

【의료급여기관 확인란】
① : 신규암, 재등록암, 중복암 신청 여부를 해당란에 "✔" 표시합니다.
② : 진료과목을 기재합니다.
③ : 입원 또는 외래 여부를 해당란에 "✔" 표시합니다.
④ : 최종 진단방법에 의하여 의사가 해당질환으로 판정한 날을 아라비아숫자로 기재합니다.(입원초일이 있는 경우 함께 기재)
⑤,⑥,⑦ : 확진한 질환의 상병명, 상병코드, 특정기호를 기재합니다.
⑧ : 최종확진방법 작성 시, 해당 상병의 등록기준(검사기준 및 필수검사항목)을 확인하여 기재합니다.
- (검사항목) 1~6에 해당하는 내역을 "✔" 표시 또는 텍스트 형태로 기재합니다.

⑨ : 해당 상병의 등록기준을 확인하여 조직학적·세포학적 검사가 필수인 상병에서 조직학적·세포학적 검사 불가하여 암 산정특례 등록기준을 미충족한 경우에만 작성합니다. 이 경우에는 전문의가 의료급여(암) 산정특례 등록신청서를 작성 및 발행해야 합니다.
⑨-1 : 조직학적·세포학적 검사가 불가한 사유를 한 가지 이상 "✔" 표시 또는 텍스트 형태로 기재합니다.
⑨-2 : 확진 의견을 포함하여 진료내역에 대한 의학적 소견을 구체적으로 기재합니다.

[서식 64] 의료급여수가의 기준 및 일반기준 [별지 제20-1호 서식]

의료급여 (희귀, 중증난치) 산정특례 등록 신청서

※ 뒷면의 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다. (앞면)

☐ 희귀질환 ☐ 중증난치질환 ※ 해당란에 ☑표기

산정특례번호 *보장기관기재사항		접수일자 *보장기관기재사항
진료받은 사람	① 보장기관명	② 세대주 성명
	③ 성명	④ 주민(외국인)등록번호
	⑤ 휴대전화번호	⑥ 자택전화번호
	⑦ 이메일주소	⑧ 등록결과 통보방법 ☐ SMS ☐ 이메일
	⑨ 주소	

【의료급여기관 확인란】

① 신청구분 ☐ 신규등록 ☐ 재등록		
② 진료과목	③ 구분 ☐ 입원 ☐ 외래	④ 진단확진일 *입원초일이 있는 경우 함께 기재
⑤ 상병명	⑥ 상병코드	⑦ 특정기호

⑧ 최종확진방법 ※ 중복 체크 가능

☐ 1. 영상검사 ☐ X-ray ☐ CT ☐ Sono ☐ MRI ☐ 기타 ( )
☐ 2. 특수생화학/면역학, 도말/배양검사 등
☐ 3. 유전학적 검사
☐ 4. 조직학적 검사
☐ 5. 임상적 소견
☐ 6. 기타 (검사)

⑨ 질병정보 - 가족력 ※ 희귀질환(극희귀·상세불명 희귀·기타염색체 이상질환 포함) 필수

☐ 없음 ☐ 있음 (☐ 조부 ☐ 조모 ☐ 외조부 ☐ 외조모 ☐ 부 ☐ 모 ☐ 동성형제 ☐ 이성형제 ☐ 자 ☐ 녀)

위의 기록한 사항이 사실임을 확인합니다.

년 월 일

의료급여기관명 (기호) : ( ) (직 인)
담당의사 (면허번호/전문의 자격번호) : (/) (서명 또는 인)
담당의사 전문과목 :

상기와 같이 의료급여 산정특례 등록을 신청합니다.

신청일 년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

진료받은 사람과의 관계 ( )

시장·군수·구청장 귀하

1. 「의료급여법」 제10조(급여비용의 부담)
2. 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담), 제21조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
3. 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」(보건복지부 고시)

- 보장기관은 위 법령 등에서 정하는 소관 업무수행을 위하여 세대주 성명, 진료받은 사람 성명, 전화번호, 주민등록번호, 외국인등록번호, 주소, 이메일주소, [의료급여기관 확인란]에 기록된 신청구분, 진료과목, 진료구분, 진단확진일, 상병명, 상병코드, 특정기호, 최종확진방법, 환자상태 및 진료소견, 등록기준 미충족 사유 및 임상소견을 수집·이용할 수 있습니다.
- 보장기관이 수집·이용하고 있는 개인정보는 **「개인정보보호법」**에 따른 경우에만 제3자에게 제공됩니다.
- 본인일부부담률 인하 적용을 위해 의료급여기관에 등록자료 제공 및 암환자의료비지원사업 수행시 활용됩니다.

(뒷면)

유 의 사 항

1. 「의료급여법」 제23조(부당이득의 징수)
- 산정특례 등록신청서에 기재된 **[의료급여기관 확인란]**이 허위로 기재된 경우 위 법령 및 의료관계법령(의료법 제66조 등)에 의거, 제1항 및 제3항에 의해 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여를 받은 사람이나 급여비용을 받은 의료급여기관에 대하여 해당 의료급여비용을 부당한 것으로 확인·결정하여 의료급여 비용의 전부 또는 일부를 징수할 수 있습니다.

2. 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」(보건복지부 고시)
- 고시 제17조의2 제6항 및 제7항에 의해 보장기관에서 산정특례 등록 자료의 확인이 필요하다고 인정되는 경우 산정특례 등록자 및 의료급여기관에 검사내역 등 자료를 제공하도록 요청할 수 있습니다.

3. 산정특례 등록신청서 발급에 대한 비용은 등록신청인 또는 보장기관에 별도로 청구할 수 없습니다.
4. 의료급여기관 확인란은 반드시 해당 상병으로 확진한 의료급여기관 및 담당의사가 작성 후 자필서명·확인하여야 합니다.
5. 산정특례는 진단확진일로부터 30일 이내 신청 시 확진일로부터 소급하여 적용하고, 30일 이후에 신청 시 신청일부터 적용됩니다. 다만, 고시 제17조의2제8항 각호의 경우는 그러하지 않습니다.

6. 산정특례 등록신청서의 기재사항이 사실과 상이할 경우, 산정특례 등록내역이 원천취소될 수 있습니다.

7. 등록신청은 의료급여기관 수급권자 조회 시 [산정특례 대상자 조회]와 연관되므로 본인서명이 필수로 요구됩니다.
- ※ 단, 진료받은 사람이 미성년인 경우 또는 중증치매·정신질환·의식불명 등으로 진료받은 사람 본인의 인지능력이 저하되거나 의사판단이 어려워 위임이 불가한 경우 대리인의 동의가 필요하므로 신분증과 보장기관 전산 또는 가족관계서류를 확인(징구) 후 등록함
  - 미성년자 : 부모(법정대리인) - 인지능력과 의사판단이 어려워 위임이 불가한 경우 : 배우자 또는 성년인 직계존비속

8. 산정특례 등록 이후 모든 의료급여기관에서 수급권자 자격조회를 통해 수급권자의 산정특례 등록정보를 확인할 수 있습니다.

작 성 방 법

【진료받은 사람】

①,② : 산정특례 등록 신청자의 보장기관명과 세대주 성명을 각각 기재합니다.
③,④ : 산정특례 신청인의 성명을 한글로, 주민(외국인)등록번호를 아라비아숫자로 기재합니다.
⑤ : 등록결과 통보 등을 위해 진료받은 사람 또는 그 대리인의 연락 가능한 휴대전화번호를 기재합니다.
⑥ : 진료받은 사람 또는 그 대리인의 연락 가능한 자택전화번호를 기재합니다.(부재시 생략 가능)
⑦ : 등록결과 통보 등을 위해 진료받은 사람 또는 그 대리인의 연락 가능한 이메일 주소를 기재합니다.
⑧ : 등록결과를 통보 받을 방법(SMS 또는 이메일)을 선택하여 필수적으로 "✔" 표시합니다.
⑨ : 신청 시점에서의 진료받은 사람의 주소를 기재합니다.

【의료급여기관 확인란】

① : 신규등록 또는 재등록 신청 여부를 해당란에 "✔" 표시 합니다.
② : 질환의 확진을 실시한 진료과목을 기재합니다.
③ : 의료급여기관 확진 시 입원 또는 외래 구분을 해당란에 "✔" 표시 합니다.
④ : 최종확진방법에 의하여 의사가 해당질환으로 판정한 날을 아라비아 숫자로 기재합니다.(입원초일이 있는 경우 함께 기재)
⑤,⑥,⑦ : 확진한 질환의 상병명, 상병코드, 특정기호를 기재합니다.
⑧ : 최종확진방법 작성 시, 해당 상병의 등록기준(검사기준 및 필수검사항목)을 확인하여 기재합니다.
- (검사항목) 1~6에 해당하는 내역을 "✔" 표시 또는 텍스트 형태로 기재합니다.

⑨ : 가족력 여부를 해당란에 "✔" 표시 합니다.
- 가족력이 없는 경우 '없음'에 표시하고, 있는 경우 '있음'에 표시 후 해당 사항을 체크합니다.

의료급여 희귀질환 및 중증난치질환 산정특례 제도 안내

1. 제도 목적 : 희귀질환 및 중증난치질환의 치료에 소요되는 고액 진료비 부담 완화

2. 희귀질환 및 중증난치질환 산정특례 등록대상
- 희귀질환 : 보건복지부 고시 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」[별표4]의 해당상병 중 산정특례 검사기준 및 필수검사항목을 충족하는 것으로 확진된 희귀질환 환자
- 중증난치질환 : 보건복지부 고시 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」[별표4의2]의 해당상병 중 산정특례 검사기준 및 필수검사항목을 충족하는 것으로 확진된 중증난치질환 환자

※ 신생아의 호흡곤란(상병코드 P22.0) 상병은 생후 24개월 이내 신청 가능, 최초 등록 후 재등록 불가
인체면역바이러스질환(상병코드 B20~B24)는 등록하지 않고 산정특례 적용

3. 해당 희귀질환 및 중증난치질환으로 산정특례 등록한 사람은 등록기간 중 모든 상병 진료에 대한 급여대상 본인부담금 면제
※ 비급여, 100분의100본인부담항목, 선별급여 등은 산정특례 적용대상에서 제외

4. 적용기간 : 산정특례 적용시작일로부터 5년째 되는 날의 전날(상세불명희귀질환의 경우 적용시작일로부터 1년째 되는 날의 전날)

[서식 65] 의료급여수가의 기준 및 일반기준 [별지 제20-2호 서식]

의료급여 (결핵, 중증화상) 산정특례 등록 신청서

※ 뒷면의 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다.

(앞면)

☐ 결핵 ☐ 중증화상 ※ 해당란에 ☑표기

산정특례번호 *보장기관기재사항		접수일자 *보장기관기재사항
진료받은 사람	① 보장기관명	② 세대주 성명
	③ 성명	④ 주민(외국인)등록번호
	⑤ 휴대전화번호	⑥ 자택전화번호
	⑦ 이메일주소	⑧ 등록결과 통보방법 ☐ SMS ☐ 이메일
	⑨ 주소	

【의료급여기관 확인란】

① 진료과목	② 구분 ☐ 입원 ☐ 외래	③ 진단확진일 *입원초일이 있는 경우 함께 기재
④ 상병명	⑤ 상병코드	⑥ 특정기호

⑦ 최종확진방법 ※ 중복 체크 가능

☐ 1. 영상검사 ☐ X-ray ☐ CT ☐ Sono ☐ MRI ☐ 기타 ( )
☐ 2. 도말/배양검사 ☐ 도말 ☐ 배양
☐ 3. 조직학적 검사
☐ 4. 임상적 소견 ( )
☐ 5. 기타 (검사)

⑧ **(결핵만 해당)** 타 요양기관의 검사결과로 확진한 경우, 해당사항 체크 ※ 중복 체크 가능

☐ 없음 ☐ 있음 (☐ 1.영상검사 ☐ 2.도말/배양검사 ☐ 3.조직학적 검사 ☐ 5.기타)

위의 기록한 사항이 사실임을 확인합니다.

년 월 일

의료급여기관명 (기호) : ( ) (직 인)

담당의사 (면허번호/전문의 자격번호) : (/) (서명 또는 인)

담당의사 전문과목 :

상기와 같이 의료급여 산정특례 등록을 신청합니다.

신청일 년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

진료받은 사람과의 관계 ( )

시장·군수·구청장 귀하

1. 「의료급여법」 제10조(급여비용의 부담)
2. 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담), 제21조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
3. 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」(보건복지부 고시)

- 보장기관은 위 법령 등에서 정하는 소관 업무수행을 위하여 세대주 성명, 진료받은 사람 성명, 전화번호, 주민등록번호, 외국인등록번호, 주소, 이메일주소, [의료급여기관 확인란]에 기록된 신청구분, 진료과목, 진료구분, 진단확진일, 상병명, 상병코드, 특정기호, 최종확진방법, 환자상태 및 진료소견, 등록기준 미충족 사유 및 임상소견을 수집·이용할 수 있습니다.
- 보장기관이 수집·이용하고 있는 개인정보는 **「개인정보보호법」**에 따른 경우에만 제3자에게 제공됩니다.
- 본인일부부담률 인하 적용을 위해 의료급여기관에 등록자료 제공 및 암환자의료비지원사업 수행시 활용됩니다.

(뒷면)

유 의 사 항

1. 「의료급여법」 제23조(부당이득의 징수)
- 산정특례 등록신청서에 기재된 **[의료급여기관 확인란]**이 허위로 기재된 경우 위 법령 및 의료관계법령(의료법 제66조 등)에 의거, 제1항 및 제3항에 의해 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여를 받은 사람이나 급여비용을 받은 의료급여기관에 대하여 해당 의료급여비용을 부당한 것으로 확인·결정하여 의료급여 비용의 전부 또는 일부를 징수할 수 있습니다.

2. 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」(보건복지부 고시)
- 고시 제17조의2 제6항 및 제7항에 의해 보장기관에서 산정특례 등록 자료의 확인이 필요하다고 인정되는 경우 산정특례 등록자 및 의료급여기관에 검사내역 등 자료를 제공하도록 요청할 수 있습니다.

3. 산정특례 등록신청서 발급에 대한 비용은 등록신청인 또는 보장기관에 별도로 청구할 수 없습니다.
4. 의료급여기관 확인란은 반드시 해당 상병으로 확진한 의료급여기관 및 담당의사가 작성 후 자필서명·확인하여야 합니다.
5. 산정특례는 진단확진일로부터 30일 이내 신청 시 확진일로부터 소급하여 적용하고, 30일 이후에 신청 시 신청일부터 적용됩니다. 다만, 고시 제17조의2제8항 각호의 경우는 그러하지 않습니다.

6. 산정특례 등록신청서의 기재사항이 사실과 상이할 경우, 산정특례 등록내역이 원천취소될 수 있습니다.

7. 등록신청은 의료급여기관 수급권자 조회 시 [산정특례 대상자 조회]와 연관되므로 본인서명이 필수로 요구됩니다.
- ※ 단, 진료받은 사람이 미성년인 경우 또는 중증치매·정신질환·의식불명 등으로 진료받은 사람 본인의 인지능력이 저하되거나 의사판단이 어려워 위임이 불가한 경우 대리인의 동의가 필요하므로 신분증과 보장기관 전산 또는 가족관계서류를 확인(징구) 후 등록함
  - 미성년자 : 부모(법정대리인) - 인지능력과 의사판단이 어려워 위임이 불가한 경우 : 배우자 또는 성년인 직계존비속

8. 산정특례 등록 이후 모든 의료급여기관에서 수급권자 자격조회를 통해 수급권자의 산정특례 등록정보를 확인할 수 있습니다.

※ 결핵치료를 위하여 수급권자가 여러 의료급여기관에서 의료급여를 받는 경우에는 의료급여기관마다 산정특례 등록 신청서를 수급권자의 보장기관에 제출하여야 합니다.

※ 결핵 산정특례 등록은 결핵예방법 시행규칙 제3조에 따라 질병관리청에 신고여부 확인 후 승인처리 됩니다.
(결핵 산정특례 등록 신청 시, '결핵환자 등 신고·보고서' 제출 필수)

작 성 방 법

【진료받은 사람】
①,② : 산정특례 등록 신청자의 보장기관명과 세대주 성명을 각각 기재합니다.
③,④ : 산정특례 신청인의 성명을 한글로, 주민(외국인)등록번호를 아라비아숫자로 기재합니다.
⑤ : 등록결과 통보 등을 위해 진료받은 사람 또는 그 대리인의 연락 가능한 휴대전화번호를 기재합니다.
⑥ : 진료받은 사람 또는 그 대리인의 연락 가능한 자택전화번호를 기재합니다.(부재시 생략 가능)
⑦ : 등록결과 통보 등을 위해 진료받은 사람 또는 그 대리인의 연락 가능한 이메일 주소를 기재합니다.
⑧ : 등록결과를 통보 받을 방법(휴대전화번호-SMS 또는 이메일)을 선택하여 필수적으로 "✔" 표시합니다.
⑨ : 신청 시점에서의 진료받은 사람의 주소를 기재합니다.

【의료급여기관 확인란】
① : 질환의 확진을 실시한 진료과목을 기재합니다.
② : 의료급여기관 확진 시 입원 또는 외래 여부를 해당란에 "✔" 표시 합니다.
③ : 최종 진단방법에 의하여 의사가 해당질환으로 판정한 날을 아라비아숫자로 기재합니다.(입원초일이 있는 경우 함께 기재)
④,⑤,⑥ : 확진한 질환의 상병명, 상병코드, 특정기호를 기재합니다.
⑦ : 최종확진방법 작성 시, 해당 상병의 등록기준(검사기준 및 필수검사항목)을 확인하여 기재하시기 바랍니다.
- (검사항목) 1~5에 해당하는 내역을 "✔" 표시 또는 텍스트 형태로 기재합니다.

⑧ : (결핵만 해당) 타 요양기관의 검사결과로 확진한 경우에 한하여 기재하며, 해당 검사내역에 "✔" 표시 합니다.

의료급여 결핵 및 중증화상 산정특례 제도 안내

1. 제도 목적 : 결핵 및 중증화상 치료에 소요되는 고액의 진료비 부담 완화

2. 결핵/중증화상 산정특례 등록대상
- 결핵 : 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」[별표5]의 해당 상병(A15~A19,U84.3)으로 확진된 결핵 환자
- 중증화상 : 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」[별표3]의 체표면적 및 깊이기준을 충족하거나 특정부위의 화상 환자

3. 해당 결핵 및 중증화상으로 산정특례 등록한 사람은 등록기간 중 모든 상병 진료에 대한 급여대상 본인부담금 면제
※ 비급여, 100분의100본인부담 항목, 선별급여 등은 산정특례 적용대상에서 제외

4. 적용기간
- 결핵 : 산정특례 적용시작일부터 결핵예방법 시행규칙 제3조 및 별지서식의 치료결과보고에 따른 산정특례 종료일까지
- 중증화상 : 등록일로부터 1년

※ 단, 중증화상의 경우 등록기간 종료 후 진료담당의사의 의학적 판단하에 등록기간을 6개월 연장할 수 있음

[서식 66]

건강보험 산정특례 등록 확인 요청 공문 서식 예시

< 지방자치단체에서 요청하는 서식 >

연 번	성 명	주민등록번호	비 고
1	홍길동		
2			
3			
4			
5	성춘향		

< 공단에서 회신하는 서식 >

연 번	성 명	상병코드	상병명	적용시작일
1	홍길동	V001	인공신장투석실시당일	2009.7.1
2				
3				
4	김희귀	P220	신생아 호흡곤란 증후군	2009.10.1
5	성춘향			미등록자

※ 지방자치단체에서 공단에 확인 요청하는 방법

○ 문서형태로 공단지사에 확인 요청하되 전자결재 활용함(오류 발생 시 팩스 사용가능, E-mail 활용 금지)

○ 환자에 대한 정보는 성명과 주민등록번호만 공단에 제공(반드시 개인별 연번 부여하되 별첨 서식 활용)

○ 의료급여 희귀질환, 중증난치질환자 등록제 이외의 사항에 대한 제공 불가능

□ 공단에서 확인 요청서에 대해 제공하는 방법

○ 지자체에 제공하는 희귀질환, 중증난치질환자의 등록정보는 성명과 상병코드, 상병명, 적용시작일에 한함(요청문서와 동일하게 반드시 개인별 연번 부여하되 별첨 서식 활용)

– 마이오피스로 결재(부장 전결)를 득하여 전자 발송(오류 발생 시 팩스 사용가능, E-mail 활용 금지)

[서식 67] 의료급여수가의 기준 및 일반기준 [별지 제21호 서식]

의료급여 틀니 대상자 등록 신청서

①(□ 신규 □ 재등록)

※ 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바라며, 색상이 어두운 란은 신청인이 적지 않습니다. (앞면)

등록번호	상악		접수일자	
	하악			

② 수급권자	성명	주민등록번호	종별
	주소( )		휴대전화
	자택전화	등록결과 통보방법	■ 문자서비스(SMS) ※ 의료급여기관에서 등록 결과 확인 가능

③ 의료급여기관 확인란				
	상병명	사고, 발치 또는 국한성 치주병에 의한 치아상실	상병기호	K08.1
	시술시작일 (신청서발급일)			
	확인사항	(1) 시술 부위	□ 상악 □ 하악	
		(2) 틀니 종류	□ 완전틀니 (레진상) □ 완전틀니 (금속상)	□ 부분틀니
		(3) 임시틀니 여부	□ 제작 □ 미제작	
	위에 기록한 사항이 사실임을 확인함 년 월 일 의료급여기관기호, 명칭 : , (의료급여기관 직인) 담당의사 면허번호, 성명 : , (서명 또는 인)			

의료급여법 제10조 및 같은 법 시행령 제13조제1항에 따라 의료급여 틀니대상자 등록을 신청합니다.

년 월 일

④신청인 (서명 또는 인)

수급권자와의 관계 ( ) 전화번호 ( )

시장·군수·구청장 귀하

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

(뒷면)

노인틀니 급여 서비스 안내

■ 만 65세 이상으로
- 완전틀니(레진상,금속상)는 상악 또는 하악에 치아가 전혀 없는 어르신 이
- 부분틀니는 상악 또는 하악에 부분 치아결손으로 남은 치아를 이용하여 부분틀니 제작이 가능한 어르신에게 의료급여가 적용됩니다.

■ 의료급여가 적용되는 틀니는 레진상 및 금속상 완전틀니(귀금속이 포함된 틀니는 제외)와 클라스프(고리) 유지형 부분틀니입니다.

■ 의료급여 대상자 본인부담금은 1종수급권자 급여비용총액의 5%, 2종수급권자 15%로, 각 단계별 비율로 부담합니다.

단계	완전틀니			부분틀니	
	진료내용	비율(%)(누적)		진료내용	비율(%)(누적)
		레진상	금속상		
1	진단·치료계획	15	13	진단·치료계획	12.28
2	인상 채득	25 (40)	27 (40)	지대치 형성 및 인상 채득	13.86 (26)
3	악간 관계 채득	15 (55)	21 (61)	금속구조물 시적	29.50 (55)
4	납의치 시적	20 (75)	17 (78)	최종 악간 관계 채득	8.51 (65)
5	의치장착·조정	25(100)	22(100)	납의치 시적	8.42 (73)
6				의치장착·조정	27.43(100)

■ 틀니 장착 후, 무상 수리는 3개월 이내 6회(진찰료만 부담)까지 가능 합니다.
- 무상 수리기간 종료 후 첨상(Relining) 및 개상(Rebasing) 등 필수 유지관리행위는 보험적용되며, 기존 레진상 및 금속상 완전틀니 또는 클라스프 부분틀니가 있는 분도 유지관리행위가 보험 적용 됩니다.

■ 틀니 급여주기는 7년(악당)에 1회입니다.
- 틀니 제작 도중 병원을 옮기거나, 7년 이내에 환자 부주의로 새로 틀니를 제작 할 경우는 비급여로 적용됩니다.

■ 임시틀니(완전)는 완전틀니(레진상,금속상) 제작 전 치아를 새로이 발치한 무치악 환자가 희망하는 경우, 임시틀니(부분)는 클라스프 부분틀니 제작을 전제로 음식섭취 또는 대외활동이 어려워 제작을 원하는 경우 의료급여가 적용됩니다.(본인부담률 1종 5%, 2종 15%)

유의사항 및 작성방법

유의사항

1. '재등록'은 구강상태가 심각하게 변화되어 새로운 틀니가 필요한 경우, 7년 이내에 재제작할 수 있으며, 신청서 및 증빙자료를 첨부하여 시·군·구청으로 제출하여야 합니다.
2. ② 의료급여기관 확인란 확인사항의 (1)~(2)번이 모두 확인되어야 의료급여 틀니 대상자로 등록이 가능합니다.
3. 의료급여기관 확인란은 반드시 치과의사가 확인하여야 합니다.
4. 틀니 대상자 등록신청서 발급 비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.

작성방법

① : 처음 의료급여 틀니 대상자로 등록하는 경우에 '신규'에 √ 표시하고, 의료급여 틀니를 7년 이내에 재제작하고자 할 경우 '재등록'에 √ 표시합니다.

② : 수급권자의 성명을 한글로 기재하고, 의료급여증에 기재된 주민등록번호를 기재합니다.
- 외국인(재외국민)은 외국인 및 재외국민 등록번호를 기재합니다.
- 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다. 기재한 휴대전화번호로 틀니대상자 등록 결과가 통보됩니다.

③ : 의료급여기관에서 기재하는 항목입니다.
- 시술시작일은 1단계 진료일이나 임시틀니 시작일을 정확히 기재하여야 합니다.

④ : 신청인은 다음에 해당하는 사람이어야 합니다.
- 수급권자 : 만65세 이상 의료급여수급권자
- 가족 : 「민법」 제779조에 따른 가족으로 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계 혈족 및 배우자의 형제자매

10mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

[서식 68] 의료급여수가의 기준 및 일반기준 [별지 제22호 서식]

의료급여 틀니 대상자 변경/해지/취소 신청서

※ 아래 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다.

① 등록내역	등록번호	□ 상악 □ 하악		틀니 종류		시술 시작일	
	수급권자 정보	성명			종별		
		주민번호			전화번호		
	의료급여기관 정보	의료급여기관기호		의료급여기관명		전화	

□ ②**변경**	변경신청	신청구분	□ **수급권자 요청** □ **의료급여기관 요청** □ 기타	
		사유기재		
	변경내용	항목	변경 전	변경 후
		(변경항목기재)		
□ ③**해지**	해지신청	신청구분	□ 수급권자 요청	
		사유기재		
	※ 시술시작일로부터 7년간 급여가 제한됩니다.			
□ ④**취소**	취소신청	신청구분	□ **의료급여기관 요청**	
		시술시작여부	□ 시술시작하지 않음 □ 시술 진행 중(취소처리불가)	
		사유기재		

위와 같이 의료급여 노인틀니 대상자 변경/해지/취소를(을) 신청합니다.

년 월 일

신청기관 또는 신청인	□의료급여기관	의료급여기관명(기호) :	( ) (직인)
		담당의사(면허번호) :	( ) (서명 또는 인)
	□수급권자	⑤ 신청인 :	(서명 또는 인)
		수급권자와의 관계 ( ) 전화번호 ( )	

시장·군수·구청장 귀하

유의사항

1. 의료급여기관 요청에 의한 **변경/취소**는 반드시 의료급여기관 **직인** 및 치과의사의 **서명**이 있어야 합니다.
2. 신청한 내용에 대한 변경사항이 있을 경우, 변경 항목을 기재하여 신청합니다.
   ※ **시술부위, 틀니종류**에 대한 변경 : 시군구에 **취소신청** 후 의료급여기관에서 다시 **등록**합니다.
3. ③**'해지'**는 수급권자 요청에 의해서만 가능하며, **7년간 급여가 제한**되므로 신중히 결정하셔야 합니다.
4. ④**'취소'**는 의료급여기관 요청에 의해서만 가능하며, **시술이 시작되지 않았을 경우** 가능합니다.

작성방법

① : 의료급여 틀니 대상자로 **등록된 내역을 정확히** 기재합니다.
- 수급권자의 성명을 한글로 기재하고, 의료급여증에 기재된 주민등록번호를 기재합니다.
- 외국인(재외국민)은 외국인 및 재외국민 등록번호를 기재합니다.

②, ③, ④ : 등록된 내용을 변경, 해지, 취소하고자 할 경우, 해당 항목에 √ 표시하고 관련내용을 기재합니다.

⑤ : 신청인은 다음에 해당하는 사람이어야 합니다.
- 수급권자 본인
- 가족 : 「민법」 제779조에 따른 가족으로 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

[서식 69] 의료급여수가의 기준 및 일반기준 [별지 제24호 서식]

의료급여 틀니 유지관리 행위 등록내역 취소 신청서

※ 아래 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다.

① **등록 내역**	시술부위	□상악 □하악	시술행위 항목		시술 등록일자	
	수급권자 정보	성명		주민등록번호		
	의료급여기관 정보	의료급여기관기호		의료급여기관명		
②**취소**	취소사유					

위와 같이 의료급여 틀니 유지관리행위 등록내역 취소를 신청합니다.

년 월 일

신청기관	의료급여기관명(기호) : ( ) 전화 : ( )	(직인)
	담당의사(면허번호) : ( )	(서명 또는 인)

시장·군수·구청장 귀하

유의사항

1. 틀니 유지관리 행위를 등록한 의료급여기관에서만 신청이 가능합니다.
2. 반드시 의료급여기관 직인 및 치과의사의 서명이 있어야 합니다.

작성방법

① : 등록된 '틀니 유지관리 행위' 내용을 기재합니다.
- 수급권자의 성명을 한글로 기재하고, 의료급여증에 기재된 주민등록번호를 기재합니다.
- 외국인(재외국민)은 외국인 및 재외국민 등록번호를 기재합니다.

② : 등록내역을 취소하고자 하는 사유를 구체적으로 기재합니다.

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

[서식 70] 의료급여수가의 기준 및 일반기준 [별지 제27호 서식]

의료급여 치과임플란트 대상자 등록 신청서

①(□ 신규 □ 재등록)

※ 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바라며, 색상이 어두운 란은 신청인이 적지 않습니다. (앞면)

등록번호		접수일자	

②수급권자	성명	주민등록번호	종별	
	주소 ( )		전화번호	

③ 의료급여기관 확인란	상병명	사고, 발치 또는 국한성 치주병에 의한 치아상실	상병기호	K08.1
	시술시작일			
	치식번호	* 치식번호: 우상(11~18), 좌상(21~28), 좌하(31~38), 우하(41~48)		
	재등록 **※ 재등록시에만 작성합니다.**	재등록 구분	의료급여기관 구분	재등록 시술 시작 단계
			□ 동일 의료급여기관 재등록	□ 2단계
			□ 타 의료급여기관 재등록	□ 1단계 □ 2단계 □ 3단계
		재등록 사유 □ 2단계 시술 실패(골유착실패) □ 의료급여기관 폐업 등 불가피한 사유로 진료진행이 불가한 경우		
	위에 기록한 사항이 사실임을 확인함 년 월 일 의료급여기관 기호, 명칭 : , (의료급여기관 직인) 담당의사 면허번호, 성명 : , (서명 또는 인)			

의료급여법 제10조 및 같은 법 시행령 제13조제1항에 따라 의료급여 치과임플란트 대상자 등록을 신청합니다.

년 월 일

④신청인 (서명 또는 인)

수급권자와의 관계 ( ) 전화번호 ( )

시장·군수·구청장 귀하

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

(뒷면)

의료급여 치과임플란트 급여 서비스 안내

- 만 65세 이상 부분무치악 어르신(완전무치악 제외)에게 분리형 식립재료와 비귀금속도재관(PFM crown) 보철수복으로 시술된 치과임플란트에 한하여 의료급여 적용이 됩니다.
- 상·하악 구분 없이 1인당 평생 2개 이내에서 급여가 가능합니다.
  (2015.6.30.이전 : 구치부에 제한 적용)
- 의료급여 대상자의 본인부담금은 의료급여비용 총액의 1종 수급권자는 10%, 2종 수급권자는 20%입니다.
- 분리형 식립재료의 고정체(Fixture), 지대주(Abutment)는 별도 산정하고, 그 외 재료(Cover screw, Healing abutment 등) 및 보철수복재료는 찬11 치과임플란트 소정 점수에 포함되어 별도 산정할 수 없습니다.
- 치과임플란트의 사후점검기간은 보철 장착 후 3개월(진찰료만 부담)까지 입니다.
- 치과임플란트 시술 시 필요에 따라 시행하는 부가수술(골이식술 등)은 비급여입니다.

유의사항 및 작성방법

유의사항

1. 재등록은 같은 치식번호에 한해서 가능합니다. 동일 의료급여기관 재등록은 '2단계 시술 실패(골유착 실패)'인 경우에만 가능합니다.
2. 의료급여기관 확인란은 반드시 치과의사가 확인하여야 합니다.
3. 치과임플란트 대상자 등록신청서 발급 비용은 진찰료에 포함되어 별도 부담하지 않습니다.

작성방법

① 처음 의료급여 치과임플란트 대상자로 등록하는 경우에 '신규'에 √ 표시하고, 치과 임플란트를 재시술하고자 할 경우 '재등록'에 √ 표시합니다.
② 수급권자의 성명을 한글로 기재하고, 의료급여증에 기재된 주민등록번호를 기재합니다.
- 외국인(재외국민)은 외국인 및 재외국민 등록번호를 기재합니다.
- 자택 및 휴대전화 중 하나를 반드시 기재합니다.(휴대전화가 있는 경우 우선적으로 기재).

③ 의료급여기관에서 기재하는 항목입니다.
- 시술시작일은 1단계 진료일을 정확히 기재하여야 합니다. 재등록 건은 재등록 시술시작단계의 시술 시작일을 기재합니다.
- 치식번호는 변경할 수 없으므로 신중히 기재합니다.

④ 보장기관에 대상자 등록 신청은 본인 또는 가족이 하실수 있습니다.
- 임플란트 대상자 본인 : 만65세 이상 의료급여수급권자
- 가족 : 「민법」 제779조에 따른 가족으로 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

[서식 71] 의료급여수가의 기준 및 일반기준 [별지 제28호 서식]

의료급여 치과임플란트 대상자 시술중지/변경/해지/취소 신청서

※ 아래 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다.

① 등록내역	등록번호		치식번호		시술시작일	
	수급권자 정보	성명		종별		
		주민번호		전화번호		
	의료급여 기관 정보	의료급여기관기호	의료급여기관명		전화	

□ ②**시술중지**	중지신청	시술중지일		
		사유	□ 2단계 시술 실패(골유착 실패)	
□ ③**변경**	변경신청	신청구분	□ 수급권자 요청 □ 의료급여기관 요청 □ 기타	
		사유기재		
	변경내용	항목	변경 전	변경 후
		(변경항목기재)		
□ ④**해지**	해지신청	사유기재		
	※ 해지신청건도 치과임플란트 보험인정 개수에 포함됩니다.			
□ ⑤**취소**	취소신청	사유기재		

위와 같이 의료급여 치과임플란트 대상자 시술중지/변경/해지/취소를(을) 신청합니다.

년 월 일

신청기관 또는 신청인	□의료급여기관	의료급여기관명(기호) :	( ) (직인)
		담당의사(면허번호) :	( ) (서명 또는 인)
	□수급권자	⑥ 신청인 :	(서명 또는 인)
		수급권자와의 관계	( )

시장·군수·구청장 귀하

유의사항

1. 의료급여기관 요청에 의한 **시술중지/변경/취소**는 반드시 의료급여기관 **직인** 및 치과의사의 **서명**이 있어야 합니다.
2. ②**시술중지**는 등록한 의료급여기관 요청에 의해서만 가능하며, 3단계 시술 후에는 '시술중지'를 하실 수 없습니다.
3. ③ **변경**은 신청한 내용에 대한 변경사항이 있을 경우, 변경 항목을 기재하여 신청합니다.
   ※ **치식번호**에 대한 변경 : 보장기관에 **취소신청** 후 보장기관에서 다시 **등록**합니다.
4. ④ **해지**는 수급권자 요청에 의해서만 가능하며, 치과임플란트 평생 인정개수에 포함되므로, 신중히 결정하셔야 합니다.
5. ⑤ **취소**는 요양기관 요청에 의해서만 가능합니다.

작성방법

① 의료급여 치과임플란트 대상자로 **등록된 내역을 정확히** 기재합니다.
- 수급권자의 성명을 한글로 기재하고, 의료급여증에 기재된 주민등록번호를 기재합니다.
- 외국인(재외국민)은 외국인 및 재외국민 등록번호를 기재합니다.

②, ③, ④, ⑤ 등록된 내용을 시술중지, 변경, 해지, 취소하고자 할 경우, 해당 항목에 √ 표시하고 관련내용을 기재합니다.

⑥ 보장기관에 신청은 본인 또는 가족이 하실 수 있습니다.
- 임플란트 대상자 본인 : 만75세 이상 의료급여 수급권자
- 가족 : 「민법」 제779조에 따른 가족으로 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

[서식 72]

의료급여 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 대상자 등록 신청서

※ 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바랍니다. (앞면)

<table>
<tr><td rowspan="4">①수급권자</td><td colspan="2">증번호</td><td>성명</td><td colspan="3">주민등록번호</td></tr>
<tr><td colspan="2">전화번호</td><td>휴대전화번호</td><td colspan="3" rowspan="2">☐ 주민등록번호 없음
• 생년월일: 년 월 일
• 성 별: ☐남자 ☐여자
• 쌍태아인 경우: ☐첫째 ☐둘째 ☐셋째</td></tr>
<tr><td colspan="2">등록결과 SMS통보여부 ☐ 동의 ☐ 미동의</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">주소 ( )</td></tr>
<tr><td rowspan="4">②보호자
* 수급권자 주민등록번호 없음에 체크한 경우만 보호자란 작성</td><td colspan="2">증번호</td><td>성명</td><td colspan="3">주민등록번호</td></tr>
<tr><td colspan="2">전화번호</td><td colspan="4">수급권자와의 관계</td></tr>
<tr><td colspan="2">증번호</td><td>성명</td><td colspan="3">주민등록번호</td></tr>
<tr><td colspan="2">전화번호</td><td colspan="4">수급권자와의 관계</td></tr>
<tr><td rowspan="8">③의료급여기관 확 인 란</td><td rowspan="4">☐ 구순구개열 대상자</td><td>상병기호</td><td></td><td>상병명</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>확인사항</td><td>☐ 편측성 ☐ 양측성</td><td>진단일자</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>진단내용</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">☐ 희귀질환 대상자*</td><td colspan="5">* 선천성악안면기형 환자로서 희귀질환 산정특례대상(등록이력 포함)으로 등록된 자</td></tr>
<tr><td>상병기호</td><td></td><td>상병명</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>확인사항</td><td>☐ 편측성 ☐ 양측성</td><td>진단일자</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>진단내용</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="6">위에 기록한 사항이 사실임을 확인함.
년 월 일
의료급여기관명(기호): ( ) (의료급여기관 직인)
전화번호:
담당의사(면허번호/전문의자격번호): (/) (서명 또는 인)
담당의사 전문과목:</td></tr>
</table>

위와 같이 의료급여 선천성 악안면 기형 치과교정 및 악정형치료 대상자 등록을 신청합니다.

년 월 일

④신청인 (서명 또는 인)

수급권자와의 관계:

1. 의료급여법 제10조(급여비용의 부담)
2. 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담), 제21조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
3. 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(보건복지부 고시)
- 보장기관은 위 법령 등에서 정하는 소관 업무수행을 위하여 증번호, 수급권자 성명, 주민등록번호(외국인등록번호), 전화번호, 주소, 신청인 성명, 수급권자와의 관계, **【의료급여기관 확인란】**에 기록된 구순구개열 대상자 여부, 희귀질환 대상자 여부, 상병기호, 상병명, 확인사항, 진단일자, 진단내용을 수집·이용할 수 있습니다.
- 보장기관이 수집·이용하고 있는 개인정보는 **개인정보 보호법**에 따른 경우에만 제3자에게 제공됩니다.

시장·군수·구청장 귀하

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

(뒷면)

의료급여 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 제도 안내

1. 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 급여대상
   - 구개열, 구순열을 동반한 치조열, 구순열을 동반한 구개열 환자
   - 선천성악안면기형자로서 희귀질환 산정특례대상(등록이력 포함)으로 등록된 자
     ※ 희귀질환 산정특례 대상자가 기간 내 재등록을 완료해야 계속해서 산정특례 혜택을 적용받을 수 있습니다.
2. 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 본인부담률
   - 「의료급여법 시행령」[별표1] 의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 범위
   - 산정특례 등록 후 해당 희귀질환으로 진료받는 경우 본인부담률 : 없음
     ※ 비급여, 100분의100본인부담항목, 선별급여 등은 산정특례 적용대상에서 제외

유 의 사 항

1. 「의료급여법」 제23조(부당이득의 징수)
- 등록신청서에 기재된 **[의료급여기관 확인란]**이 허위로 기재된 경우 위 법령 및 의료관계법령(의료법 제66조 등) 제1항 및 제3항에 의거, 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여 비용을 받은 의료급여기관에 대하여 해당 의료급여비용을 부당한 것으로 확인·결정하여 의료급여 비용의 전부 또는 일부를 징수할 수 있습니다.

2. 의료급여기관은 신청서 작성에 대한 비용을 등록신청인 또는 보장기관에 별도로 청구할 수 없습니다.
3. 의료급여기관 확인란은 반드시 해당 상병으로 확진한 의료급여기관 및 **실시인력*으로 등록된 치과의사**가 작성하여야 합니다.

* 실시인력: 아래의 조건 중 하나에 해당하는 치과의사
1) 치과교정과 전문의
2) 고시 시행일 이전부터 구 순구개열의 치과교정 및 악정형 치료의 진료 실적이 있는 경우
3) 최근 5년간 교정치료 진료 실적이 「치과 전공의의 연차별 수련 교과과정」의 치과교정과 치료교정학에서 정하는 최소 환자 취급수를 충족한 경우

4. 신청서의 기재사항이 사실과 다를 경우 치료등록이 원천 취소될 수 있습니다.
5. 대상자 등록 이후 등록한 기관이 아닌 다른 의료급여기관에서 수급권자 자격조회를 통해 수급권자의 등록정보를 확인할 수 있습니다.

작 성 방 법

① 수급권자
- 수급권자의 의료급여증 번호와 성명, 주민등록번호(외국인등록번호)를 각각 기재합니다.
- 주민등록번호가 없는 신생아의 경우 **☑주민등록번호 없음** 으로 표시하고, 해당사항을 기입·체크합니다. 추후 '**의료급여 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 대상자 등록내역 변경/취소 신청서**'로 수급권자 주민등록번호를 변경 신청해야 합니다.
- 등록결과 통보 등을 위해 수급권자 또는 보호자(대리인)의 연락 가능한 자택전화번호, 휴대전화 번호 중 하나를 반드시 기재합니다.
- 신청 시점에서의 수급권자 주소를 기재합니다.

② 보호자
- 수급권자 주민등록번호가 없는 경우 보호자 1인 이상의 인적사항을 기재합니다.

③ 의료급여기관 확인란
- **상병기호와 상병명, 확인사항에 따라 세부 시술 행위의 신청 가능 횟수가 달라지므로 정확하게 기재합니다.**
- **구순구개열 대상자와 희귀질환 대상자 중 한 가지만 선택하여 내용을 기재합니다.**

④ 신청인
- 신청인은 본인 또는 수급권자의 가족만 해당됩니다.
- 「민법」 제779조에 따른 가족의 범위
  (1) 배우자, 직계혈족 및 형제자매
  (2) 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매(생계를 같이 하는 경우만 해당)

[서식 73]

의료급여 술전유아악정형장치치료 등록 신청서
(□ 신규 □ 전 의료급여기관 폐업으로 재등록)

※ 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바랍니다. (앞면)

<table>
<tr><td>등록번호</td><td colspan="2"></td><td>접수일자</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">①수급권자</td><td colspan="2">증번호</td><td colspan="2">성명</td><td>주민등록번호</td></tr>
<tr><td colspan="2">전화번호</td><td colspan="2">휴대전화번호</td><td rowspan="2">□ 주민등록번호 없음
• 생년월일: 년 월 일
• 성 별: □남자 □여자
• 쌍태아인 경우: □첫째 □둘째 □셋째</td></tr>
<tr><td colspan="4">주소 ( )</td></tr>
<tr><td rowspan="4">②보호자
* 수급권자 주민등록번호 없음에 체크한 경우만 보호자란 작성</td><td colspan="2">증번호</td><td colspan="2">성명</td><td>주민등록번호</td></tr>
<tr><td colspan="2">전화번호</td><td colspan="3">수급권자와의 관계</td></tr>
<tr><td colspan="2">증번호</td><td colspan="2">성명</td><td>주민등록번호</td></tr>
<tr><td colspan="2">전화번호</td><td colspan="3">수급권자와의 관계</td></tr>
<tr><td rowspan="7">③의료급여 기관 확 인 란</td><td>상병기호</td><td></td><td>상병명</td><td></td><td>시술시작일</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">진료단계</td><td colspan="5">□ 임상검사, 진단 및 치료계획 수립</td></tr>
<tr><td colspan="5">□ 예비인상, 주인상채득 및 장치제작</td></tr>
<tr><td colspan="5">□ Nasal Stent 제작 (□ 편측 Stent □ 양측 Stent)</td></tr>
<tr><td colspan="5">□ PIOA or PNAM 치료</td></tr>
<tr><td colspan="5">□ 구순봉합수술 전 최종결과 검사</td></tr>
<tr><td colspan="6">위에 기록한 사항이 사실임을 확인함.
년 월 일
의료급여기관명(기호): ( ) (의료급여기관 직인)
전화번호:
담당의사(면허번호/전문의자격번호): (/) (서명 또는 인)
담당의사 전문과목:</td></tr>
</table>

위와 같이 의료급여 술전유아악정형장치치료 등록을 신청합니다.

년 월 일

④신청인 (서명 또는 인)

수급권자와의 관계:

1. 의료급여법 제10조(급여비용의 부담)
2. 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담), 제21조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
3. 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(보건복지부 고시)
- 보장기관은 위 법령 등에서 정하는 소관 업무수행을 위하여 증번호, 수급권자 성명, 주민등록번호(외국인등록번호), 전화번호, 주소, 신청인 성명, 수급권자와의 관계, **【의료급여기관 확인란】**에 기록된 상병기호, 상병명을 수집·이용할 수 있습니다.
- 보장기관이 수집·이용하고 있는 개인정보는 **개인정보 보호법**에 따른 경우에만 제3자에게 제공됩니다.

시장·군수·구청장 귀하

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

(뒷면)

유 의 사 항

1.「의료급여법」 제23조(부당이득의 징수)

- 등록신청서에 기재된 **[의료급여기관 확인란]**이 허위로 기재된 경우 위 법령 및 의료관계법령(의료법 제66조 등) 제1항 및 제3항에 의거, 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여 비용을 받은 의료급여기관에 대하여 해당 의료급여비용을 부당한 것으로 확인·결정하여 의료급여 비용의 전부 또는 일부를 징수할 수 있습니다.

2. 의료급여기관은 신청서 작성에 대한 비용을 등록신청인 또는 보장기관에 별도로 청구할 수 없습니다.
3. 의료급여기관 확인란은 반드시 해당 상병으로 확진한 의료급여기관 및 실시인력*으로 등록된 치과의사가 작성하여야 합니다.

* 실시인력: 아래의 조건 중 하나에 해당하는 치과의사
1) 치과교정과 전문의
2) 고시 시행일 이전부터 구순구개열의 치과교정 및 악정형 치료의 진료 실적이 있는 경우
3) 최근 5년간 교정치료 진료 실적이 「치과 전공의의 연차별 수련 교과과정」의 치과교정과 치료교정학에서 정하는 최소 환자 취급수를 충족한 경우

4. 신청서의 기재사항이 사실과 다를 경우 치료등록이 원천 취소될 수 있습니다.

5. 대상자 등록 이후 등록한 기관이 아닌 다른 의료급여기관에서 수급권자 자격조회를 통해 수급권자의 등록정보를 확인할 수 있습니다.

작 성 방 법

*등록번호와 접수일자는 보장기관에서 기재합니다.

① 수급권자

- 수급권자의 의료급여증 번호와 성명, 주민등록번호(외국인등록번호)를 각각 기재합니다.
- 주민등록번호가 없는 신생아의 경우 **☑주민등록번호 없음** 으로 표시하고, 해당사항을 기입·체크합니다.
- 등록결과 통보 등을 위해 수급권자 또는 보호자의 연락 가능한 자택전화번호, 휴대전화번호 중 하나를 반드시 기재합니다.
- 신청 시점에서의 수급권자의 주소를 기재합니다.

② 보호자

- 대상자 등록 시에 수급권자의 주민등록번호 없이 보호자의 정보로 등록한 경우, 등록한 보호자의 인적사항을 정확하게 기재합니다.

③ 의료급여기관 확인란

- 상병기호와 상병명을 정확하게 기재합니다.
- 장치의 재제작은 환자 상태에 따라 필요한 경우에만 신청합니다.
- **예비인상, 주인상채득 및 장치제작은 편측성 환자는 2회, 양측성 환자는 3회까지** 신청 가능합니다.
- **Nasal stent 제작은 편측성 환자는 2회, 양측성 환자는 3회까지** 신청 가능합니다.

④ 신청인

- 신청인은 본인 또는 수급권자의 가족만 해당됩니다.
- 「민법」 제779조에 따른 가족의 범위
  (1) 배우자, 직계혈족 및 형제자매
  (2) 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매(생계를 같이 하는 경우만 해당)

[서식 74]

의료급여 악궁확장 교정치료 등록 신청서
(□ 신규 □ 전 의료급여기관 폐업으로 재등록)

※ 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바랍니다. (앞면)

<table>
<tr><td>등록번호</td><td colspan="2"></td><td>접수일자</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">①수급권자</td><td>증번호</td><td>성명</td><td colspan="2">주민등록번호</td></tr>
<tr><td>전화번호</td><td colspan="3">휴대전화</td></tr>
<tr><td colspan="4">주소 ( )</td></tr>
<tr><td rowspan="10">②의료급여
기관
확 인 란</td><td>상병기호</td><td></td><td>상병명</td><td></td></tr>
<tr><td>시술시작일</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="7">진료단계</td><td colspan="3">□ 임상검사, 진단 및 치료계획 수립</td></tr>
<tr><td colspan="3">□ 인상채득 및 장치제작 (□ 고정식 □ 가철식)</td></tr>
<tr><td colspan="3">□ 악궁확장 치료 (□ 고정식 □ 가철식)</td></tr>
<tr><td colspan="3">□ 재평가 및 확장장치 재제작 (□ 고정식 □ 가철식)</td></tr>
<tr><td colspan="3">□ 악궁확장 치료 종료 및 보정</td></tr>
<tr><td colspan="3">□ 고정식 설측호선 유지장치 제작</td></tr>
<tr><td colspan="3">□ 가철식 유지장치 제작</td></tr>
<tr><td colspan="4">위에 기록한 사항이 사실임을 확인함.

년 월 일

의료급여기관명(기호): ( )
전화번호: (의료급여기관 직인)

담당의사
(면허번호/전문의자격번호): (/)
담당의사 전문과목: (서명 또는 인)</td></tr>
</table>

위와 같이 의료급여 악궁확장 교정치료 등록을 신청합니다.

년 월 일

③신청인 (서명 또는 인)

수급권자와의 관계:

1. 의료급여법 제10조(급여비용의 부담)
2. 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담), 제21조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
3. 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(보건복지부 고시)
- 보장기관은 위 법령 등에서 정하는 소관 업무수행을 위하여 증번호, 수급권자 성명, 주민등록번호(외국인등록번호), 전화번호, 주소, 신청인 성명, 수급권자와의 관계, **【의료급여기관 확인란】**에 기록된 상병기호, 상병명을 수집·이용할 수 있습니다.
- 보장기관이 수집·이용하고 있는 개인정보는 **개인정보 보호법**에 따른 경우에만 제3자에게 제공됩니다.

시장·군수·구청장 귀하

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

(뒷면)

유 의 사 항

1. 「의료급여법」 제23조(부당이득의 징수)

- 등록신청서에 기재된 **[의료급여기관 확인란]**이 허위로 기재된 경우 위 법령 및 의료관계법령(의료법 제66조 등) 제1항 및 제3항에 의거, 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여 비용을 받은 의료급여기관에 대하여 해당 의료급여비용을 부당한 것으로 확인·결정하여 의료급여 비용의 전부 또는 일부를 징수할 수 있습니다.

2. 의료급여기관은 신청서 작성에 대한 비용을 등록신청인 또는 보장기관에 별도로 청구할 수 없습니다.
3. 의료급여기관 확인란은 반드시 해당 상병으로 확진한 의료급여기관 및 실시인력*으로 등록된 치과의사가 작성하여야 합니다.

* 실시인력: 아래의 조건 중 하나에 해당하는 치과의사
1) 치과교정과 전문의
2) 고시 시행일 이전부터 구순구개열의 치과교정 및 악정형 치료의 진료 실적이 있는 경우
3) 최근 5년간 교정치료 진료 실적이 「치과 전공의의 연차별 수련 교과과정」의 치과교정과 치료교정학에서 정하는 최소 환자 취급수를 충족한 경우

4. 신청서의 기재사항이 사실과 다를 경우 치료등록이 원천 취소될 수 있습니다.

5. 대상자 등록 이후 등록한 기관이 아닌 다른 의료급여기관에서 수급권자 자격조회를 통해 수급권자의 등록정보를 확인할 수 있습니다.

작 성 방 법

*등록번호와 접수일자는 보장기관에서 기재합니다.

① 수급권자

- 수급권자의 의료급여증 번호와 성명, 주민등록번호(외국인등록번호)를 각각 기재합니다.
- 등록결과 통보 등을 위해 수습권자 또는 보호자의 연락 가능한 자택번호, 휴대전화번호 중 하나를 반드시 기재합니다.
- 신청 시점에서의 수급권자의 주소를 기재합니다.

② 의료급여기관 확인란

- 상병기호와 상병명을 정확하게 기재합니다.
- 장치의 재제작은 환자 상태에 따라 필요한 경우에만 신청합니다.
- **인상채득 및 장치제작, 악궁확장치료는 확장장치 종류에 구분 없이 각 1회만** 신청 가능합니다.
- **재평가 및 확장장치 재제작은 확장장치 종류에 구분 없이 최대 5회까지** 신청 가능합니다.
- **고정식 설측호선 유지장치 제작, 가철식 유지장치 제작은 각 1회** 신청 가능하며, **재제작은 유지장치 종류에 구분 없이 1회만** 가능합니다.

③ 신청인

- 신청인은 본인 또는 수급권자의 가족만 해당됩니다.
- 「민법」 제779조에 따른 가족의 범위

(1) 배우자, 직계혈족 및 형제자매

(2) 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매(생계를 같이 하는 경우만 해당)

[서식 75]

의료급여 상악전치부 배열을 위한 고정식 교정치료 등록 신청서

① (□ 신규 □ 전 의료급여기관 폐업으로 재등록 □ 재시술)

※ 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바랍니다. (앞면)

등록번호			접수일자	
②수급권자	증번호	성명		주민등록번호
	전화번호	휴대전화		
	주소 ( )			
③의료급여기관 확 인 란	상병기호		상병명	
	시술시작일			
	진료단계	□ 임상검사, 진단 및 치료계획 수립		
		□ 교정장치 부착		
		□ 치아배열		
		□ 마무리조절		
		□ 교정치료 종료 및 보정		
		□ 고정식 유지장치 재제작		
		□ 가철식 유지장치 재제작		
	위에 기록한 사항이 사실임을 확인함. 년 월 일 의료급여기관명(기호): ( ) (의료급여기관 직인) 전화번호: 담당의사(면허번호/전문의자격번호) : (/) (서명 또는 인) 담당의사 전문과목:			

위와 같이 의료급여 상악전치부 배열을 위한 고정식 교정치료 등록을 신청합니다.

년 월 일

④신청인 (서명 또는 인)

수급권자와의 관계:

1. 의료급여법 제10조(급여비용의 부담)
2. 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담), 제21조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
3. 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(보건복지부 고시)
- 보장기관은 위 법령 등에서 정하는 소관 업무수행을 위하여 증번호, 수급권자 성명, 주민등록번호(외국인등록번호), 전화번호, 주소, 신청인 성명, 수급권자와의 관계, **【의료급여기관 확인란】**에 기록된 상병기호, 상병명을 수집·이용할 수 있습니다.
- 보장기관이 수집·이용하고 있는 개인정보는 **개인정보 보호법**에 따른 경우에만 제3자에게 제공됩니다.

시장·군수·구청장 귀하

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

(뒷면)

유 의 사 항

1. 「의료급여법」 제23조(부당이득의 징수)

- 등록신청서에 기재된 **[의료급여기관 확인란]**이 허위로 기재된 경우 위 법령 및 의료관계법령(의료법 제66조 등) 제1항 및 제3항에 의거, 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여 비용을 받은 의료급여기관에 대하여 해당 의료급여비용을 부당한 것으로 확인·결정하여 의료급여 비용의 전부 또는 일부를 징수할 수 있습니다.

2. 의료급여기관은 신청서 작성에 대한 비용을 등록신청인 또는 보장기관에 별도로 청구할 수 없습니다.
3. 의료급여기관 확인란은 반드시 해당 상병으로 확진한 의료급여기관 및 실시인력*으로 등록된 치과의사가 작성하여야 합니다.

* 실시인력: 아래의 조건 중 하나에 해당하는 치과의사
1) 치과교정과 전문의
2) 고시 시행일 이전부터 구순구개열의 치과교정 및 악정형 치료의 진료 실적이 있는 경우
3) 최근 5년간 교정치료 진료 실적이 「치과 전공의의 연차별 수련 교과과정」의 치과교정과 치료교정학에서 정하는 최소 환자 취급수를 충족한 경우

4. 신청서의 기재사항이 사실과 다를 경우 치료등록이 원천 취소될 수 있습니다.

5. 대상자 등록 이후 등록한 기관이 아닌 다른 의료급여기관에서 수급권자 자격조회를 통해 수급권자의 등록정보를 확인할 수 있습니다.

작 성 방 법

*등록번호와 접수일자는 보장기관에서 기재합니다.

① 등록유형

- 재시술 등록은 교정치료 결과가 적절하게 유지되지 못할 경우에 신청 가능하며, 신청서와 의사소견서를 보장기관에 제출하여야 합니다.

② 수급권자

- 수급권자의 의료급여증 번호와 성명, 주민등록번호(외국인등록번호)를 각각 기재합니다.
- 등록결과 통보 등을 위해 수급권자 또는 보호자의 연락 가능한 자택번호, 휴대전화번호 중 하나를 반드시 기재합니다.
- 신청 시점에서의 수급권자의 주소를 기재합니다.

③ 의료급여기관 확인란

- 상병기호와 상병명을 정확하게 기재합니다.
- 장치의 재제작은 환자 상태에 따라 필요한 경우에만 신청합니다.
- **임상검사, 진단 및 치료계획 수립, 교정장치 부착, 치아배열, 마무리조절, 교정치료 종료 및 보정은 환자의 상황에 따라 1회에 한하여 재시술 가능**합니다.
- **유지장치 재제작은 신규, 재시술 과정 통틀어 유지장치 종류에 구분 없이 3회까지** 신청 가능합니다.

④ 신청인

- 신청인은 본인 또는 수급권자의 가족만 해당됩니다.
- 「민법」 제779조에 따른 가족의 범위
  (1) 배우자, 직계혈족 및 형제자매
  (2) 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매(생계를 같이 하는 경우만 해당)

[서식 76]

의료급여 악정형 교정치료 등록 신청서

(□ 신규　　□ 전 의료급여기관 폐업으로 재등록)

※ 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바랍니다. (앞면)

등록번호			접수일자	
①수급권자	증번호	성명		주민등록번호
	전화번호	휴대전화		
	주소 ( )			
②의료급여기관 확 인 란	상병기호		상병명	
	시술시작일			
	진료단계	□ 임상검사, 진단 및 치료계획 수립		
		□ 인상채득 및 구강 내 장치 제작		
		□ 악정형 치료		
		□ 재평가 및 구강 내 장치 재제작		
		□ 악정형 치료 종료 및 보정		
		□ 구외장치 교체		
		□ 고정식 설측호선 유지장치 재제작		
		□ 가철식 유지장치 재제작		
	위에 기록한 사항이 사실임을 확인함. 년 월 일 의료급여기관명(기호): ( ) 전화번호: (의료급여기관 직인) 담당의사(면허번호/전문의자격번호): (/) 담당의사 전문과목: (서명 또는 인)			

위와 같이 의료급여 악정형 교정치료 등록을 신청합니다.

년 월 일

③신청인 (서명 또는 인)

수급권자와의 관계:

1. 의료급여법 제10조(급여비용의 부담)
2. 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담), 제21조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
3. 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(보건복지부 고시)
- 보장기관은 위 법령 등에서 정하는 소관 업무수행을 위하여 증번호, 수급권자 성명, 주민등록번호(외국인등록번호), 전화번호, 주소, 신청인 성명, 수급권자와의 관계, **【의료급여기관 확인란】**에 기록된 상병기호, 상병명을 수집·이용할 수 있습니다.
- 보장기관이 수집·이용하고 있는 개인정보는 **개인정보 보호법**에 따른 경우에만 제3자에게 제공됩니다.

시장·군수·구청장 귀하

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

[서식 77]

의료급여 성장관찰 등록 신청서

※ 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바랍니다. (앞면)

등록번호			접수일자	
①수급권자	증번호	성명		주민등록번호
	전화번호	휴대전화		
	주소 ( )			
②의료급여기관 확 인 란	상병기호		상병명	
	시술시작일			
	진료단계	□ 임상검사, 진단 및 치료계획 수립		
	위에 기록한 사항이 사실임을 확인함. 년 월 일 의료급여기관명(기호): ( ) (의료급여기관 직인) 전화번호: 담당의사 (면허번호/전문의자격번호): (/) (서명 또는 인) 담당의사 전문과목:			

위와 같이 의료급여 성장관찰 등록을 신청합니다.

년 월 일

③신청인 (서명 또는 인)

수급권자와의 관계:

1. 의료급여법 제10조(급여비용의 부담)
2. 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담), 제21조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
3. 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(보건복지부 고시)
- 보장기관은 위 법령 등에서 정하는 소관 업무수행을 위하여 증번호, 수급권자 성명, 주민등록번호(외국인등록번호), 전화번호, 주소, 신청인 성명, 수급권자와의 관계, **【의료급여기관 확인란】**에 기록된 상병기호, 상병명을 수집·이용할 수 있습니다.
- 보장기관이 수집·이용하고 있는 개인정보는 **개인정보 보호법**에 따른 경우에만 제3자에게 제공됩니다.

시장·군수·구청장 귀하

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

(뒷면)

유 의 사 항

1.「의료급여법」 제23조(부당이득의 징수)

- 등록신청서에 기재된 **[의료급여기관 확인란]**이 허위로 기재된 경우 위 법령 및 의료관계법령(의료법 제66조 등) 제1항 및 제3항에 의거, 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여 비용을 받은 의료급여기관에 대하여 해당 의료급여비용을 부당한 것으로 확인·결정하여 의료급여 비용의 전부 또는 일부를 징수할 수 있습니다.

2. 의료급여기관은 신청서 작성에 대한 비용을 등록신청인 또는 보장기관에 별도로 청구할 수 없습니다.

3. 의료급여기관 확인란은 반드시 해당 상병으로 확진한 의료급여기관 및 실시인력*으로 등록된 치과의사가 작성하여야 합니다.

* 실시인력: 아래의 조건 중 하나에 해당하는 치과의사
1) 치과교정과 전문의
2) 고시 시행일 이전부터 구순구개열의 치과교정 및 악정형 치료의 진료 실적이 있는 경우
3) 최근 5년간 교정치료 진료 실적이 「치과 전공의의 연차별 수련 교과과정」의 치과교정과 치료교정학에서 정하는 최소 환자 취급수를 충족한 경우

4. 신청서의 기재사항이 사실과 다를 경우 치료등록이 원천 취소될 수 있습니다.

5. 대상자 등록 이후 등록한 기관이 아닌 다른 의료급여기관에서 수급권자 자격조회를 통해 수급권자의 등록정보를 확인할 수 있습니다.

작 성 방 법

*등록번호와 접수일자는 보장기관에서 기재합니다.

① 수급권자

- 수급권자의 의료급여증 번호와 성명, 주민등록번호(외국인등록번호)를 각각 기재합니다.
- 등록결과 통보 등을 위해 수급권자 또는 보호자의 연락 가능한 자택번호, 휴대전화번호 중 하나를 반드시 기재합니다.
- 신청 시점에서의 수급권자의 주소를 기재합니다.

② 의료급여기관 확인란

- 상병기호와 상병명을 정확하게 기재합니다.
- **성장관찰은 최대 3회까지** 신청 가능합니다.

③ 신청인

- 신청인은 본인 또는 수급권자의 가족만 해당됩니다.
- 「민법」 제779조에 따른 가족의 범위
  (1) 배우자, 직계혈족 및 형제자매
  (2) 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매(생계를 같이 하는 경우만 해당)

[서식 78]

의료급여 고정식 교정장치를 이용한 교정치료 등록 신청서

① (□ 신규 □ 전 의료급여기관 폐업으로 재등록 □ 재시술 □ 의료급여기관 이동)

※ 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바랍니다. (앞면)

등록번호			접수일자	
②수급권자	증번호	성명		주민등록번호
	전화번호	휴대전화		
	주소 ( )			
③의료급여 기관 확인란	상병기호		상병명	
	시술시작일			
	진료단계	□ 임상검사, 진단 및 치료계획 수립		
		□ 교정장치 부착		
		□ 치아배열		
		□ 마무리조절		
		□ 발치 공간 폐쇄 및 재평가		
		□ 교정치료 종료 및 보정		
		□ 골신장술을 동반한 교정치료		
		□ 악교정수술을 동반한 교정치료		
		□ 고정식 유지장치 재제작		
		□ 가철식 유지장치 재제작		
	의사소견			
		□ '의료급여기관 이동' 또는 □ '발치 공간 폐쇄 및 재평가'에 체크한 경우만 작성		
	위에 기록한 사항이 사실임을 확인함. 년 월 일 의료급여기관명(기호): ( ) 전화번호: (의료급여기관 직인) 담당의사(면허번호/전문의자격번호): (/) 담당의사 전문과목: (서명 또는 인)			

위와 같이 의료급여 고정식 교정장치를 이용한 교정치료 등록을 신청합니다.

년 월 일

④신청인 (서명 또는 인)

수급권자와의 관계:

1. 의료급여법 제10조(급여비용의 부담)
2. 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담), 제21조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
3. 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(보건복지부 고시)
- 보장기관은 위 법령 등에서 정하는 소관 업무수행을 위하여 증번호, 수급권자 성명, 주민등록번호(외국인등록번호), 전화번호, 주소, 신청인 성명, 수급권자와의 관계, **【의료급여기관 확인란】**에 기록된 상병기호, 상병명을 수집·이용할 수 있습니다.
- 보장기관이 수집·이용하고 있는 개인정보는 **개인정보 보호법**에 따른 경우에만 제3자에게 제공됩니다.

시장·군수·구청장 귀하

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

(뒷면)

유 의 사 항

1. 「의료급여법」 제23조(부당이득의 징수)

- 등록신청서에 기재된 **[의료급여기관 확인란]**이 허위로 기재된 경우 위 법령 및 의료관계법령(의료법 제66조 등) 제1항 및 제3항에 의거, 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여 비용을 받은 의료급여기관에 대하여 해당 의료급여비용을 부당한 것으로 확인·결정하여 의료급여 비용의 전부 또는 일부를 징수할 수 있습니다.

2. 의료급여기관은 신청서 작성에 대한 비용을 등록신청인 또는 보장기관에 별도로 청구할 수 없습니다.

3. 의료급여기관 확인란은 반드시 해당 상병으로 확진한 의료급여기관 및 실시인력*으로 등록된 치과의사가 작성하여야 합니다.

> * 실시인력: 아래의 조건 중 하나에 해당하는 치과의사
> 1) 치과교정과 전문의
> 2) 고시 시행일 이전부터 구순구개열의 치과교정 및 악정형 치료의 진료 실적이 있는 경우
> 3) 최근 5년간 교정치료 진료 실적이 「치과 전공의의 연차별 수련 교과과정」의 치과교정과 치료교정학에서 정하는 최소 환자 취급수를 충족한 경우

4. 신청서의 기재사항이 사실과 다를 경우 치료등록이 원천 취소될 수 있습니다.

5. 대상자 등록 이후 등록한 기관이 아닌 다른 의료급여기관에서 수급권자 자격조회를 통해 수급권자의 등록정보를 확인할 수 있습니다.

작 성 방 법

*등록번호와 접수일자는 보장기관에서 기재합니다.

① 등록 유형

- 재시술 등록은 수술을 동반하지 않은 고정식 교정장치를 이용한 교정치료 종료 후 골신장술 또는 악교정수술을 동반한 교정치료를 하는 경우 1회에 한하여 추가로 신청 가능하며, 신청서와 의사소견서를 보장기관에 제출하여야 합니다.
- **의료급여기관 이동은 '참6 고정식 교정장치를 이용한 교정치료' 중 불가피한 사유(이사, 학업 등)로 의료급여기관을 변경하여 치료하는 경우로 의료급여기관 등록 신청이 불가하므로 '등록신청서'를 작성하여 보장기관에 제출·등록 신청하여야 합니다.**

② 수급권자

- 수급권자의 의료급여증 번호와 성명, 주민등록번호(외국인등록번호)를 각각 기재합니다.
- 등록결과 통보 등을 위해 수급권자 또는 보호자의 연락 가능한 자택번호, 휴대전화번호 중 하나를 반드시 기재합니다.
- 신청 시점에서의 수급권자의 주소를 기재합니다.

③ 의료급여기관 확인란

- 상병기호와 상병명을 정확하게 기재하고, 장치의 재제작은 환자 상태에 따라 필요한 경우에만 신청합니다.
- **'의료급여기관 이동' 또는 '발치 공간 폐쇄 및 재평가'에 체크한 경우에는 의사소견을 반드시 기재합니다.**
- **임상검사, 진단 및 치료계획 수립, 고정식 교정장치를 이용한 교정치료, 교정치료 종료 및 보정은 환자의 상황에 따라 1회에 한하여 재시술 등록 가능**합니다.
- **유지장치 재제작은 신규, 재시술 과정 통틀어 유지장치 종류에 구분 없이 최대 3회까지** 신청 가능합니다.
- 교정장치 부착, 치아배열, 마무리조절의 경우 한 악당 2개 이상 치아(사랑니, 과잉치 제외)의 발치 또는 선천적 결손치 공간에 발치 공간 폐쇄 및 재평가를 한 경우에 1회에 한하여 별도 산정하되, 상악과 하악 동시에 실시하여도 1회만 산정합니다.

④ 신청인

- 신청인은 본인 또는 수급권자의 가족만 해당됩니다.
- 「민법」 제779조에 따른 가족의 범위
  (1) 배우자, 직계혈족 및 형제자매
  (2) 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매(생계를 같이 하는 경우만 해당)

[서식 79]

의료급여 치조골 이식술을 위한 구개측 호선 등록 신청서

(□ 신규 □ 전 의료급여기관 폐업으로 재등록 □ 치조골 이식술 실패 시 추가)

※ 유의사항 및 작성방법은 뒷면을 참고하여 주시기 바랍니다. (앞면)

등록번호			접수일자	
①수급권자	증번호	성명		주민등록번호
	전화번호	휴대전화		
	주소 ( )			
②의료급여기관 확인란	상병기호		상병명	
	시술시작일			
	확인사항	□ 편측성 □ 양측성		
	진료단계	□ 치조골 이식술을 위한 구개측 호선 제작		
	위에 기록한 사항이 사실임을 확인함. 년 월 일 의료급여기관명(기호): ( ) 전화번호: (의료급여기관 직인) 담당의사(면허번호/전문의자격번호): (/) 담당의사 전문과목: (서명 또는 인)			

위와 같이 의료급여 치조골 이식술을 위한 구개측 호선 등록을 신청합니다.

년 월 일

③신청인 (서명 또는 인)

수급권자와의 관계:

1. 의료급여법 제10조(급여비용의 부담)
2. 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담), 제21조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
3. 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(보건복지부 고시)
- 보장기관은 위 법령 등에서 정하는 소관 업무수행을 위하여 증번호, 수급권자 성명, 주민등록번호(외국인등록번호), 전화번호, 주소, 신청인 성명, 수급권자와의 관계, **【의료급여기관 확인란】**에 기록된 상병기호, 상병명을 수집·이용할 수 있습니다.
- 보장기관이 수집·이용하고 있는 개인정보는 **개인정보 보호법**에 따른 경우에만 제3자에게 제공됩니다.

시장·군수·구청장 귀하

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

(뒷면)

유 의 사 항

1. 「의료급여법」 제23조(부당이득의 징수)
   - 등록신청서에 기재된 **[의료급여기관 확인란]**이 허위로 기재된 경우 위 법령 및 의료관계법령(의료법 제66조 등) 제1항 및 제3항에 의거, 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여 비용을 받은 의료급여기관에 대하여 해당 의료급여비용을 부당한 것으로 확인·결정하여 의료급여 비용의 전부 또는 일부를 징수할 수 있습니다.
2. 의료급여기관은 신청서 작성에 대한 비용을 등록신청인 또는 보장기관에 별도로 청구할 수 없습니다.
3. 의료급여기관 확인란은 반드시 해당 상병으로 확진한 의료급여기관 및 실시인력*으로 등록된 치과의사가 작성하여야 합니다.

* 실시인력: 아래의 조건 중 하나에 해당하는 치과의사
1) 치과교정과 전문의
2) 고시 시행일 이전부터 구순구개열의 치과교정 및 악정형 치료의 진료 실적이 있는 경우
3) 최근 5년간 교정치료 진료 실적이 「치과 전공의의 연차별 수련 교과과정」의 치과교정과 치료교정학에서 정하는 최소 환자 취급수를 충족한 경우

4. **신청서의 기재사항이 사실과 다를 경우 치료등록이 원천 취소될 수 있습니다.**
5. **대상자 등록 이후 등록한 기관이 아닌 다른 의료급여기관에서 수급권자 자격조회를 통해 수급권자의 등록정보를 확인할 수 있습니다.**
6. **치료계획서는 의료급여기관 폐업 등으로 선천성 악안면 기형 치과교정 및 악정형치료 진행이 불가능한 경우, 새로운 의료급여기관에서 해당 교정치료* 등록신청서와 함께 제출합니다.**

* 교정치료: 술전유아악정형장치치료, 악궁확장 교정치료, 상악 전치부 배열을 위한 고정식 교정치료. 악정형 교정치료, 성장관찰, 고정식 교정장치를 이용한 교정치료, 치조골 이식술을 위한 구개측 호선

작 성 방 법

① 치료계획서 유형
- 대상자 등록내역 변경 : 진단에 의해 상병명이 변경되는 경우 등
- 교정치료 재등록 : 요양기관 폐업 등으로 새로운 요양기관에서 재등록하는 경우

② 수급권자
- 수급권자의 의료급여증 번호와 성명, 주민등록번호(외국인등록번호)를 각각 기재합니다.

③ 구분
- 대상자 등록내역 변경 시에는 **"의료급여 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 대상자 등록내역 변경/취소 신청서" 및 증빙서류**를 필수로 첨부합니다.
- 교정치료 재등록 시에는 치료 단계(참1~참7)를 1개 이상 표시합니다.

④ 향후 치료계획
- 대상자 등록내역 변경 시에는 치과교정 및 악정형치료의 전반적인 계획을 작성합니다.
- 교정치료 재등록 시에는 해당 교정치료에 대한 계획을 작성합니다.

[서식 80]

의료급여 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 대상자 등록내역 변경/취소 신청서

※ 뒷면의 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다. (앞면)

① 등록내역	수급권자	성명		증번호	
		주민(외국인)등록번호		전화번호	
	보호자 * 등록시 수급권자의 주민등록번호 없음으로 신청한 경우만 작성	성명		증번호	
		주민등록번호		전화번호	
	의료급여기관 정보	의료급여기관기호	의료급여기관명		전화번호

□ ②변경	변경신청	□ 수급권자 요청 □ 의료급여기관 요청	변경사유	
	변경내용	항목	변경 전	변경 후
□ ③취소	취소신청 (의료급여기관 요청)	취소사유		

위와 같이 의료급여 선천성 악악면 기형의 치과교정 및 악정형치료 대상자 등록내역 변경/취소를(을) 신청합니다.

년 월 일

신청기관 또는 신청인	□의료급여기관	의료급여기관명(기호): ( )	(기관 직인)
		담당의사(면허번호): ( )	(서명 또는 인)
	□수급권자	④신청인:	(서명 또는 인)
		수급권자와의 관계:	

1. 의료급여법 제10조(급여비용의 부담)
2. 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담), 제21조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
3. 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(보건복지부 고시)
- 보장기관은 위 법령 등에서 정하는 소관 업무수행을 위하여 증번호, 수급권자 성명, 주민등록번호(외국인등록번호), 전화번호, 주소, 신청인 성명, 수급권자와의 관계를 수집·이용할 수 있습니다.
- 보장기관이 수집·이용하고 있는 개인정보는 **개인정보 보호법**에 따른 경우에만 제3자에게 제공됩니다.

시장·군수·구청장 귀하

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

(뒷면)

유 의 사 항

1. 의료급여기관 요청에 의한 변경/취소는 반드시 의료급여기관 직인 및 실시인력*으로 등록된 치과의사의 서명이 있어야 합니다.

* 실시인력: 아래의 조건 중 하나에 해당하는 치과의사
  1) 치과교정과 전문의
  2) 고시 시행일 이전부터 구순구개열의 치과교정 및 악정형 치료의 진료 실적이 있는 경우
  3) 최근 5년간 교정치료 진료 실적이 「치과 전공의의 연차별 수련 교과과정」의 치과교정과 치료교정학에서 정하는 최소 환자 취급수를 충족한 경우

2. 변경/취소가 필요한 항목을 정확하게 기재하여야 합니다.
3. 주민등록번호 없이 보호자 정보로 등록한 경우 출생신고 후 부여받은 주민등록번호로 변경 신청해야 합니다. (전산에서 확인이 가능한 경우에는 증빙서류 제출 불필요)
4. 등록신청서 상 **[의료급여기관 확인란]**의 내용 변경 시 신청서 및 진료기록부 등 확인가능한 서류를 제출하여야 합니다.
5. **교정치료 별 진료단계가 등록되어 있는 경우에는 취소신청이 불가능합니다.**

작 성 방 법

① 등록내역

- 등록된 수급권자 및 보호자 정보를 정확하게 기재합니다.

② 변경 / ③ 취소

- 해당하는 항목에 ☑ 표시하고 변경/취소 내역을 정확하게 기재합니다.

④ 신청인

- 신청인은 본인 또는 수급권자의 가족만 해당됩니다.
- 「민법」 제779조에 따른 가족의 범위
  (1) 배우자, 직계혈족 및 형제자매
  (2) 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매(생계를 같이 하는 경우만 해당)

[서식 81]

의료급여 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 교정치료 시술중지/변경/취소 신청서

※ 뒷면의 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다. (앞면)

① 등록내역	등록번호		교정치료		시술 시작일	
	수급권자	성명		증번호		
		주민(외국인)등록번호		전화번호		
	보호자 * 등록시 수급권자의 주민등록번호 없음으로 신청한 경우만 작성	성명		증번호		
		주민등록번호		전화번호		
	의료급여기관 정보	의료급여기관기호	의료급여기관명		전화번호	

② 시술중지	중지신청	시술중지일			
		사유			
③ 변경	변경신청	□ 수급권자 요청 □ 의료급여기관 요청		변경사유	
	변경내용	변경 전		변경 후	
④ 취소	취소신청 (의료급여기관 요청)	취소내역		취소사유	
	청구여부	□ 청구안함 □ 청구함(자진환수내역 첨부)			

위와 같이 의료급여 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 교정치료 시술중지/변경/취소를(을) 신청합니다.

년 월 일

신청기관 또는 신청인	□의료급여기관	의료급여기관명(기호): ( )	(기관 직인)
		담당의사(면허번호): ( )	(서명 또는 인)
	□수급권자	④신청인:	(서명 또는 인)
		수급권자와의 관계:	

1. 의료급여법 제10조(급여비용의 부담)

2. 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담), 제21조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)

3. 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(보건복지부 고시)

- 보장기관은 위 법령 등에서 정하는 소관 업무수행을 위하여 증번호, 수급권자 성명, 주민등록번호(외국인등록번호), 전화번호, 신청인 성명, 수급권자와의 관계를 수집·이용할 수 있습니다.
- 보장기관이 수집·이용하고 있는 개인정보는 **개인정보 보호법**에 따른 경우에만 제3자에게 제공됩니다.

시장·군수·구청장 귀하

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

(뒷면)

유 의 사 항

1. **의료급여기관 요청에 의한 시술중지/변경/취소는 반드시 의료급여기관 직인 및 실시인력*으로 등록된 치과의사의 서명이 있어야 합니다.**

* 실시인력: 아래의 조건 중 하나에 해당하는 치과의사
1) 치과교정과 전문의
2) 고시 시행일 이전부터 구순구개열의 치과교정 및 악정형 치료의 진료 실적이 있는 경우
3) 최근 5년간 교정치료 진료 실적이 「치과 전공의의 연차별 수련 교과과정」의 치과교정과 치료교정학에서 정하는 최소 환자 취급수를 충족한 경우

2. 시술중지/변경/취소가 필요한 교정치료 별 진료단계 행위를 정확하게 기재하여야 합니다.
3. ② **시술중지****는 대상자 등록한 의료급여기관 요청에 의해서만 가능합니다.

** 시술중지 유형
❶ 교정치료 결과가 적절하게 유지되지 못하여 재시술이 필요한 경우 (해당 교정치료:3개)
- 상악 전치부 배열을 위한 고정식 교정치료 / 고정식 교정장치를 이용한 교정치료 / 치조골 이식술을 위한 구개측 호선

❷ 요양기관의 폐업 등으로 진료 진행이 불가능한 경우

4. ③ **변경**은 신청한 내용에 대한 변경사항이 있을 경우, 변경 항목을 기재하여 신청합니다. **'시술시작일 변경'의 경우** 진료기록지 등 증빙자료를 첨부하여야 합니다.
5. **취소**는 의료급여기관의 요청에 의해서만 가능하며, 이미 의료급여비용을 청구한 경우 건강보험심사평가원에 의료급여비용 자진환수 후 환수내역을 첨부하여야 합니다.

작 성 방 법

* 등록번호는 의료급여 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 등록 신청에 따라 부여받은 번호로 의료급여기관에서 기재합니다.

① 등록내역

- 등록된 수급권자 및 보호자 정보를 정확하게 기재합니다.

② 시술정지 / ③ 변경 / ④ 취소

- 해당하는 항목에 ☑ 표시하고 시술정지/변경/취소 내역을 정확하게 기재합니다.

④ 신청인

- 신청인은 본인 또는 수급권자의 가족만 해당됩니다.
- 「민법」 제779조에 따른 가족의 범위
  (1) 배우자, 직계혈족 및 형제자매
  (2) 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매(생계를 같이 하는 경우만 해당)

(첨부 서식 1)

의료급여 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 치료계획서

①(□ 대상자 등록내역 변경 □ 교정치료 재등록)

※ 뒷면의 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다. (앞면)

<table>
<tr><td>②수급권자</td><td colspan="2">증번호</td><td>성명</td><td colspan="2">주민등록번호</td></tr>
<tr><td rowspan="10">의료급여
기관
확인란</td><td>상병기호</td><td></td><td>상병명</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="8">③구분</td><td>대상자</td><td colspan="2">□ 대상자 등록내역 변경
※ 대상자 등록내역 변경시에만 뒷면 '작성방법 ③구분에 따라 작성하여 첨부</td><td>시술시작일</td></tr>
<tr><td rowspan="7">교정치료</td><td colspan="2">□ 참1. 술전유아악정형장치치료</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">□ 참2. 악궁확장 교정치료</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">□ 참3. 상악전치부 배열을 위한 고정식 교정치료</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">□ 참4. 악정형 교정치료</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">□ 참5. 성장관찰</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">□ 참6. 고정식 교정장치를 이용한 교정치료</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">□ 참7. 치조골 이식술을 위한 구개측 호선</td><td></td></tr>
<tr><td>④향후
치료계획</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="5">위에 기록한 사항이 사실임을 확인함.
년 월 일
의료급여기관명(기호): ( )
(의료급여기관 직인)
전화번호:
담당의사(면허번호/전문의자격번호): (/) (서명 또는 인)</td></tr>
</table>

위와 같이 의료급여 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료에 대한 치료계획서를 제출합니다.

1. 의료급여법 제10조(급여비용의 부담)
2. 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담), 제21조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
3. 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(보건복지부 고시)
- 보장기관은 위 법령 등에서 정하는 소관 업무수행을 위하여 증번호, 수급권자 성명, 주민등록번호(외국인등록번호), **【의료급여기관 확인란】** 에 기록된 상병기호, 상병명을 수집·이용할 수 있습니다.
- 보장기관이 수집·이용하고 있는 개인정보는 **개인정보 보호법**에 따른 경우에만 제3자에게 제공됩니다.

시장·군수·구청장 귀하

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

(뒷면)

유 의 사 항

1. 「의료급여법」 제23조(부당이득의 징수)

- 등록신청서에 기재된 **[의료급여기관 확인란]**이 허위로 기재된 경우 위 법령 및 의료관계법령(의료법 제66조 등) 제1항 및 제3항에 의거, 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여 비용을 받은 의료급여기관에 대하여 해당 의료급여비용을 부당한 것으로 확인·결정하여 의료급여 비용의 전부 또는 일부를 징수할 수 있습니다.

2. 의료급여기관은 신청서 작성에 대한 비용을 등록신청인 또는 보장기관에 별도로 청구할 수 없습니다.
3. 의료급여기관 확인란은 반드시 해당 상병으로 확진한 의료급여기관 및 실시인력*으로 등록된 치과의사가 작성하여야 합니다.

* 실시인력: 아래의 조건 중 하나에 해당하는 치과의사
1) 치과교정과 전문의
2) 고시 시행일 이전부터 구순구개열의 치과교정 및 악정형 치료의 진료 실적이 있는 경우
3) 최근 5년간 교정치료 진료 실적이 「치과 전공의의 연차별 수련 교과과정」의 치과교정과 치료교정학에서 정하는 최소 환자 취급수를 충족한 경우

4. 신청서의 기재사항이 사실과 다를 경우 치료등록이 원천 취소될 수 있습니다.

5. 대상자 등록 이후 등록한 기관이 아닌 다른 의료급여기관에서 수급권자 자격조회를 통해 수급권자의 등록정보를 확인할 수 있습니다.

6. 치료계획서는 의료급여기관 폐업 등으로 선천성 악안면 기형 치과교정 및 악정형치료 진행이 불가능한 경우, 새로운 의료급여기관에서 해당 교정치료* 등록신청서와 함께 제출합니다.

* 교정치료: 술전유아악정형장치치료, 악궁확장 교정치료, 상악 전치부 배열을 위한 고정식 교정치료. 악정형 교정치료, 성장관찰, 고정식 교정장치를 이용한 교정치료, 치조골 이식술을 위한 구개측 호선

작 성 방 법

① 치료계획서 유형

- 대상자 등록내역 변경 : 진단에 의해 상병명이 변경되는 경우 등
- 교정치료 재등록 : 요양기관 폐업 등으로 새로운 요양기관에서 재등록하는 경우

② 수급권자

- 수급권자의 의료급여증 번호와 성명, 주민등록번호(외국인등록번호)를 각각 기재합니다.

③ 구분

- 대상자 등록내역 변경 시에는 **"의료급여 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 대상자 등록내역 변경/취소 신청서" 및 증빙서류**를 필수로 첨부합니다.
- 교정치료 재등록 시에는 치료 단계(참1~참7)를 1개 이상 표시합니다.

④ 향후 치료계획

- 대상자 등록내역 변경 시에는 치과교정 및 악정형치료의 전반적인 계획을 작성합니다.
- 교정치료 재등록 시에는 해당 교정치료에 대한 계획을 작성합니다.

[서식 82] 의료급여수가의 기준 및 일반기준 [별지 제26호 서식]

의료급여 치석제거 등록내역 취소 신청서

※ 아래 유의사항 및 작성방법을 참고하여 작성해 주시기 바랍니다.

① 등록내역	시술정보	급여항목 치석제거	시술일자
	수급권자 정보	성명	주민등록번호
	의료급여기관 정보	의료급여기관기호	의료급여기관명
②취소	취소사유		

위와 같이 의료급여 치석제거 등록내역 취소를 신청합니다.

년 월 일

신청기관	의료급여기관명(기호) : ( )	(직인)
	전화 : ( )	
	담당의사(면허번호) : ( )	(서명 또는 인)

시장·군수·구청장 귀하

유의사항

1. 치석제거를 등록한 의료급여기관에서만 신청이 가능합니다.
2. 반드시 의료급여기관 직인 및 치과의사의 서명이 있어야 합니다.

작성방법

① : 등록된 '치석제거' 내용을 기재합니다.
- 수급권자의 성명을 한글로 기재하고, 의료급여증에 기재된 주민등록번호를 기재합니다.
- 외국인(재외국민)은 외국인 및 재외국민 등록번호를 기재합니다.

② : 등록내역을 취소하고자 하는 사유를 구체적으로 기재합니다.

210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

[서식 83]

상해요인조사 처리실적 보고서
(0000년 ○○분기)

(단위 : 천원)

구 분		통 보		조 사 처 리 결 과							
				정 당 급 여		부당이득 환 수 액		구상권		결 정 유 예	
		건수	금액	건수	금액	건수	금액	건수	금액	건수	금액
총 계											
계	소 계										
보장기관 조사대상	1/4분기										
	2/4분기										
	3/4분기										
	4/4분기										
공단 조사대상	소 계										
	1/4분기										
	2/4분기										
	3/4분기										
	4/4분기										

[서식 84]

기 관 명

우 주소 /전화( ) /전송( )
과 과장 사무관 담당자

문서번호
수 신 국민건강보험공단○ ○○지사장
참 조
제 목 정산진료비 지급 청구

건강보험(의료급여) 대상자가 의료급여증(건강보험증)을 부당하게 사용하여 발생된 진료비에 대하여 아래와 같이 청구하니 정산지급하여 주시기 바랍니다.

< 정산진료비 지급 청구 내역 >

청구금액			금융기관명	계좌번호	예금주	비 고
계	지역분	직장분				
						※ 붙임자료 참고

첨부 : 정산진료비 청구 세부내역○ 부. 끝

20 . .

○○○ 시·군·구청장 (인)

[서식 85]

기 관 명

우 주소 /전화( ) /전송( )
과 과장 사무관 담당자

문서번호
수 신 국민건강보험공단○ ○○지사장
참 조
제 목 중복청구·사망상실자 등 의료급여비 환수의뢰

중복청구 및 사망상실자에 대한 의료급여비를 확인한 결과 의료급여기관에서 부당·허위청구하였음을 확인하였기에 아래와 같이 그 처리결과를 통보하니 해당 의료급여기관에 지급할 의료급여비용에서 상계환수하여 주시기 바랍니다.

< 의료급여비용 처리내역 >

일련번호	전산관리번호		수진자	처리결과						유형
	전산관리번호	보조번호		결정일자	처리구분	처리사유	적용개시일	적용일수	결정금액	

끝.

20 . .

○○○ 시·군·구청장 (인)

[서식 86]

기 관 명

우 주소 /전화( ) /전송( )			
과	과장	사무관	담당자

문서번호
수 신 국민건강보험공단 이사장
참 조 의료급여부장
제 목 현지조사 등에 의한 의료급여비용 환수 의뢰

의료급여기관 현지조사 등에 의해 부당한 방법으로 지급받은 의료급여비용에 대하여 해당 의료급여기관에 급여비용지급시 이를 상계한 후 지급하시기 바랍니다.

< 현지조사 등에 의한 의료급여비 환수의뢰 내역 >

대표자 (주민번호)	의료급여기관명(기호)	환수의뢰 금액
	○○○병원외○ ○개 의료급여기관	의료급여기관별 환수금액은 심사평가원에서 통보한 기관부담금 및 본인부담환급금

끝.

20 . .

○○○ 시·군·구청장 (인)

[서식 87]

본 인 부 담 금 환 급 신 청 서

세 대 주 성 명			주민등록번호	
수 급 권 자 성 명			주민등록번호	
주 소				
진 료 기 간	년 월 일부터 년 월 일까지(일간)			
의 료 급 여 기 관 명			주 소	
건강보험 급여비용	급여비용총액			
	본 인 부 담 금			
	진 료 구 분	입원 ( ) 외래( )		

거래 금융기관	계좌번호	예금주

의료급여 수급기간 중 건강보험을 사용하여 발생한 본인부담금 환급을 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신 청 인 : (서명 또는 인)

주 소 :

주민등록번호 :

수급권자와의 관계 :

연락처 :

(시장·군수·구청장) 귀하

[서식 88] 의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행규칙 [별지 제11호서식] 〈개정 2016.12.30.〉

의료비 반환 신청서

(앞 쪽)

접수번호	접수일자	처리일자	처리기간 **14일**

신 청 인	성명	주민등록번호 (외국인등록번호)
	전화번호	의사상자와의 관계
	주소	
	계좌번호	
의 사 상 자	성명	주민등록번호 (외국인등록번호)
	전화번호	직업
	주소	
의사상행위 일자		
의사상자 인정결정일		
진료기관		
진료기간		

「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제11조제2항 및 같은 법 시행규칙 제7조제1항에 따라 의사상자 인정결정 전에 지급한 의료비의 반환을 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

시장·군수·구청장 귀하

신청인 제출서류	1. 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행규칙」 제4조에 따른 의사상자 인정결과 통보서 또는 의사상자 증서 사본 1부 2. 의료기관이 발행한 진료비 영수증 사본 1부 3. 신청인과 의사상자의 관계를 증명할 수 있는 가족관계증명서 또는 사실혼관계·친생자관계 존재확인의 소 판결문 등의 서류 1부(주민등록표 등본으로 그 관계를 확인할 수 없는 경우에만 해당합니다)	수수료 없 음
담당 공무원 확인사항	주민등록표 등본	

210㎜×297㎜[신문용지 54g/㎡(재활용품)]

(뒤 쪽)

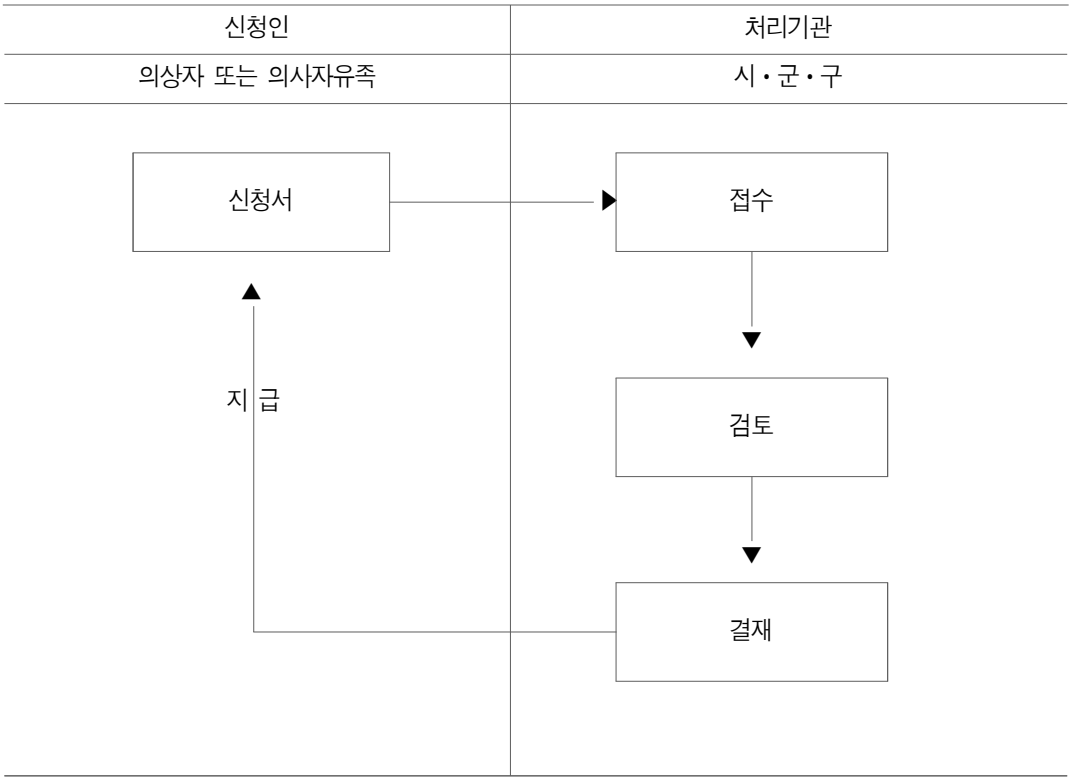
행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 담당 공무원이 위의 담당 공무원 확인 사항을 확인하는 것에 동의합니다. * 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

신청인 (서명 또는 인)

처리절차

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.



[서식 89]

부당이득금 및 구상금 관리현황

(단위 : 천원)

구분	계				부당이득금				구상금 (손해배상청구금)			
	고지액	징수액	결손처분	체납액	고지액	징수액	결손처분	체납액	고지액	징수액	결손처분	체납액
당분기												
누 계												

* 국민건강보험공단에서 전산상계 방식으로 환수한 부당이득금은 제외

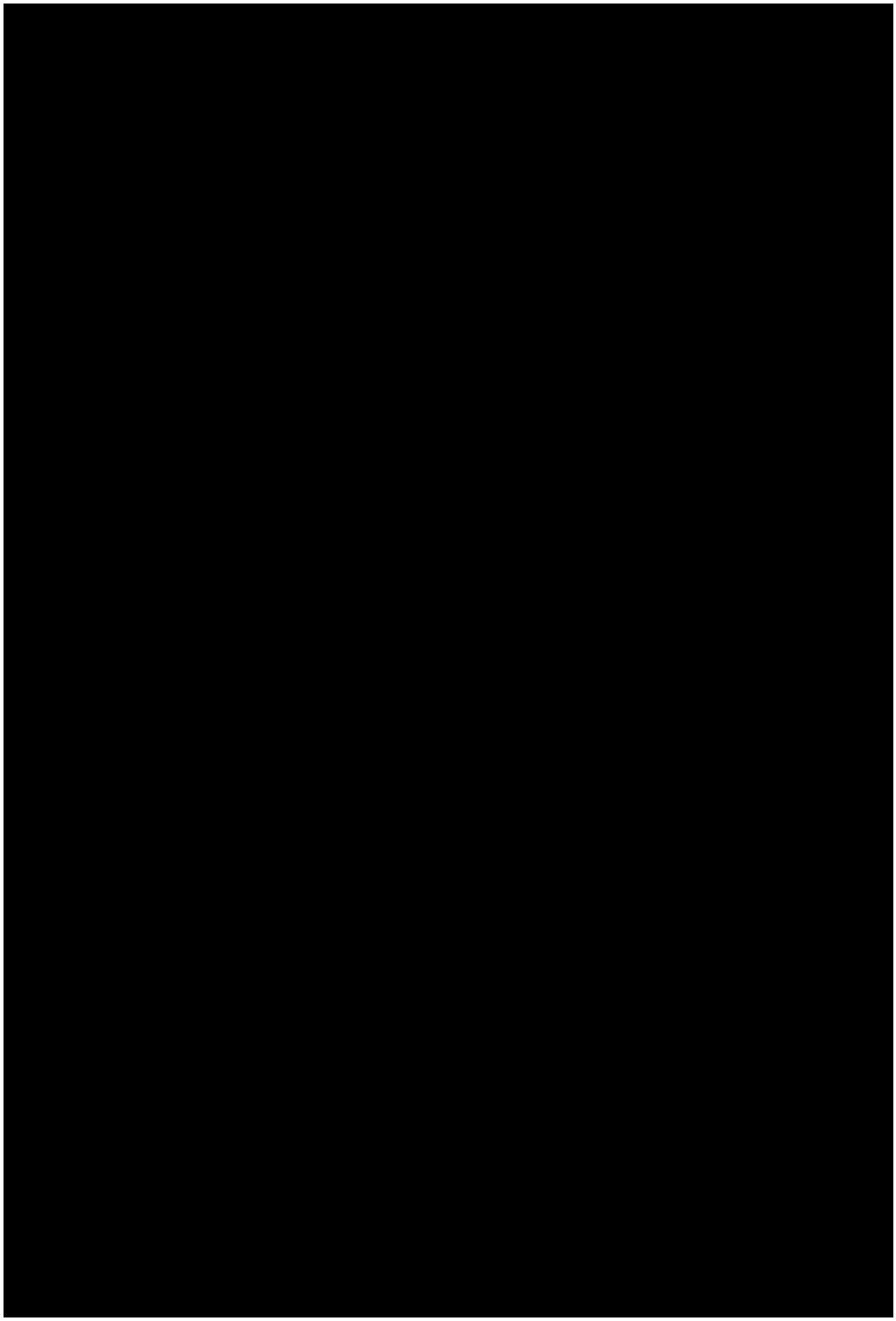
[서식 90]

부당이득금 전산상계 현황

(단위 : 천원)

구분	계		부당이득금				
	고지액	상계액	결손처분액	체납액	결손처분	발생월	환수월
당년도							
누 계							

* 국민건강보험공단에서 전산상계 방식으로 환수한 부당이득금만 기재



[서식 91]

[서식 92]

신청번호 :

결 손 처 리 조 서

고 지 번 호			전 화 번 호				
체납자 성명			주민등록번호				
주 소							
체납내역	체 납 유 형	체 납 기 간	체 납 개 월	계	원 금	이 자	비 용
결손처분 사 유							
징수추진 내 역							
검토 의견							
첨부 서류							

20 . . .

조사자 : 급 (인)

○○○ 시장·군수·구청장

규격 : A4 종서식

[서식 93]

결손처분 대상자 징수독려 및 처리내역

고 지 번 호		체납자 성 명		전 화 번 호	
일 시	징수독려 및 처리내역			담 당	
				직급	성 명

첨 부 :	년 월 일 작성자 : (인) 확인자 : (인)

규격 : A4 종서식

[서식 94]

의료급여 신고 포상금 신청 접수대장

(단위 : 원)

연번	접수일	신고인			주소 (연락처)	의료급여기관 (기호)	확인내용	징수금	포상금 지급액	포상금 송금		
		성명	주민번호	※신고인 구분						은행명	계좌번호	예금주
								원	원			
								원	원			
								원	원			
								원	원			

※ 신고인 구분 : 1. 의료급여기관 관련자, 2. 의료급여기관 이용자, 3. 그 밖의 신고인

[서식 95]

건강생활유지비지급신청서

세대주성명		주민등록번호	
수급권자성명		주민등록번호	
주 소	(전화 : 000-0000)		
지급기간	년 월 ~ 년 월 (개월)		
지급금액			
금융기관	예금계좌		예금주

의료급여법 시행규칙 제28조제7항의 규정에 따라 건강생활유지비 지급을 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인 : (서명 또는 인)

주 소 :

주민등록번호 :

수급권자와의 관계 :

연락처 :

(시장·군수·구청장) 귀하

[서식 96]

건강생활유지비용 환수대상 내역 통보서

(0000년 ○○분기)

보장기관명칭 :　　보장기관기호 :

연번	성 명	주민등록번호	환 수 결정액	환 수　유 형	비고

주) 환수 유형 : ① 자격 상실, ② 2종 변경, ③ 기재변경, ④ 착오 지급

20　.　.　.

국민건강보험공단 이사장　직인생략

[서식 97]

동일성분의약품 중복투약 사실통지서

(1차 위반 : 계도용)

문서번호 :　　담당자 :　　전화번호 :

1. 귀하의 건강과 가정의 행복을 기원합니다.

2. 보건복지부와 보장기관(시·군·구)에서는 환자가 동일한 성분의 의약품을 과다하게 복용하여 건강을 해치고 약물중독의 위험에 노출되는 것을 방지하기 위해 아래와 같이 중복투약 관리를 실시하고 있습니다.

○ 관련근거
가. 의료급여법 시행규칙 제8조의 6
나. 의료급여기관 간 동일성분의약품 중복투약 관리에 관한 기준
[보건복지가족부 고시 제 2010-38호, (2010.2.26)]
○ 2010.3.1 진료분부터 둘 이상의 의료급여기관을 방문하여 동일한 상병으로 동일성분의 약품을 6개월 동안 215일 이상 처방·조제 받은 경우(이하 "중복투약"이라 함) 일정기간 동안 조제료 등을 포함한 약제비 전액을 본인이 부담해야 합니다.

3.　　님은 0000.00.00.부터 0000.00.00까지 6개월 동안 둘 이상의 의료급여기관을 방문하여 동일한 상병으로 동일성분의약품을　　일을 중복 투약한 사실이 확인되어 안내하오니 귀하의 건강을 생각하여 붙임의 동일성분의약품을 중복하여 투약하지 않도록 주의하시기 바랍니다.

4. 아울러, 1차 위반에 대한 사전 안내에도 불구하고 계속 중복투약을 하는 경우(2차 위반)에는 3개월 간 약제비 전액을 본인이 부담해야 하고, 3개월간 약제비 전액을 본인 부담한 수급권자가 다시 연속하여 중복 투약하는 경우에는 6개월간 약제비 전액을 본인 부담하여야 합니다.

붙임　동일성분의약품 중복투약 내역서 1부.　끝.

년　　월　　일

○○○(시·군·구청장)

보내는사람

주소

우편번호

받는사람

[서식 98]

동일성분의약품 중복투약 내역서

(1차 위반 : 계도용)

진료받은 사람 성명 :　　생년월일 :

순번	의료급여 기관명	중복투약 약제명	중복투약 성분코드	투약일수
1	○○○*****등　개	○○*****등　개	○○○○*****	○○○
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
계				

[서식 99]

동일성분의약품 중복투약 사실통지서
(전액본인부담 대상자에 대한 안내)

문서번호 :　　담당자 :　　전화번호 :

1. 귀하의 건강과 가정의 행복을 기원합니다.

2. 보건복지부와 보장기관(시·군·구)에서는 환자가 동일한 성분의 의약품을 과다하게 복용하여 건강을 해치고 약물중독의 위험에 노출되는 것을 방지하기 위해 아래와 같이 중복투약 관리를 실시하고 있습니다.

○ 관련근거
가. 의료급여법 시행규칙 제8조의 6
나. 의료급여기관 간 동일성분의약품 중복투약 관리에 관한 기준
[보건복지가족부 고시 제 2010-38호, (2010.2.26)]
○ 2010.3.1 진료분부터 둘 이상의 의료급여기관을 방문하여 동일한 상병으로 동일성분의 약품을 6개월 동안 215일 이상 처방·조제 받은 경우(이하 "중복투약"이라 함) 일정기간 동안 조제료 등을 포함한 약제비 전액을 본인이 부담해야 합니다.

3.　　님은 사전안내(1차 위반)에도 불구하고 0000.00.00.부터 0000.00.00.까지 6개월 동안 둘 이상의 의료급여기관을 방문하여 동일한 상병으로 동일성분의약품을　　일을 중복 투약한 사실이 확인되어 0000.00.00.부터 0000.00.00.까지 3개월간(또는 6개월간) 약제비 전액을 본인 부담하여야 함을 알려드립니다.

4. 참고사항
○ 1차 위반 : 계도
○ 2차 위반 : 3개월간 약제비 전액본인부담
○ 2차 위반자가 연속하여 위반 시 : 6개월간 약제비 전액 본인부담

붙임　동일성분의약품 중복투약 내역서 1부.　끝.

년　　월　　일

○○○(시·군·구청장)

보내는사람
주소
우편번호

받는사람

[서식 100]

동일성분의약품 중복투약 내역서

(전액본인부담 대상자)

진료받은 사람 성명 :　　생년월일 :

순번	의료급여 기관명	중복투약 약제명	중복투약 성분코드	투약일수	약제비 전액본인 부담기간
1	○○○*****등　개	○○*****등　개	○○○○*****	○○○	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
계					

[서식 101] 의료급여법 시행규칙 [별지 제22호 서식]

행정처분통보서

연번	의료급여기관명 (대표자)	소재지	부당 이득금	행정처분내역		비고
				업무정지	과징금	

비고 : 업무정지란에는 업무정지일수 및 해당기간을 기재합니다.

210mm×297mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

[서식 102] 처분사전통지서(대표자용)

(전 면)

처분사전 통지서

문서번호 ○○시 - 호

시 행 일 20○○. . .

수 신 ○○ 의원 대표자 ○○○

귀하가 개설한 의료급여기관에 대한 수사기관 조사 결과 의료법 제33조를 위반하여 급여비용을 청구하고 지급받은 것으로 확인된 부당금액에 대하여 시장·군수·구청장이 하고자 하는 처분의 내용을 「행정절차법」 제21조제1항의 규정에 의하여 통지합니다.

1. 조사결과 확인된 부당금액		○○,○○○,○○○원 (부당금액 내역: 별첨)			
2. 예정된 처분의 제목		부당금액의 징수(시장·군수·구청장)			
3. 당사자	기관명 및 대표자	○○의원 ○○○(○○○○○○-1******)			
	주 소				
4. 처분의 원인된 사실		의료법 제33조(개설) 제2항 개설기준을 위반하여 의료기관을 개설한 자에게 고용되어 의료급여비용을 청구함			
5. 처분하고자 하는 내용		부당금액의 징수 ○○,○○○,○○○원			
6. 법적 근거		「의료급여법」 제23조 「민법」 제413조, 제414조, 제741조, 제750조 「의료법」 제33조			
7. 연락처		기관명	○○시	담당부서명	○○과
		주 소	○○시 ○○구 ○○로 ○○번지 [☏ (02) 000-0000)]		
		기 한	20 년 월 일까지		

○○○ 시·군·구청장

(후면참조)

(후 면)

<처분관련 참고사항>

조사결과 의료법을 위반한 것으로 확인된 부당금액은 의견청취를 거쳐 확정된 후 「의료급여법」 제23조 등에 의거 시장·군수·구청장이 징수하게 됩니다.

<의견제출시 유의사항>

1. 귀하는 시군구가 예정하고 있는 의료급여기관 부당이득금 환수처분에 대하여 의견제출서 서식에 의하여 서면·컴퓨터통신 또는 구술로 의견제출을 할 수 있으며, 주장을 입증할 증거자료를 함께 제출 할 수 있습니다. 다만, 컴퓨터통신을 이용하여 의견을 제출하고자 하는 경우에는 미리 의견제출기관으로 알려주시고, 의견을 제출한 후에 의견의 도달여부를 담당자에게 확인하여 주시기 바랍니다.

2. 의견제출 기한 내에 의견을 제출하지 아니한 경우에는 의견이 없는 것으로 간주합니다.

3. 귀하께서 직접 출석하여 의견진술을 하고자 하는 경우에는 시군구에 미리 그 사실을 알려 주십시오.

4. 기타 궁금한 사항이 있으시면 의견제출기관으로 문의하시기 바랍니다. 끝.

"별첨"

부당금액 내역

1. 의료급여기관 현황
   ○ 의료급여기관명(기호) : ○○의원(○○○○○○○○)
   ○ 대표자(주민등록번호) : ○○○(○○○○○○-1******)
   ○ 소재지 :

2. 조사결과
   가. 의료기관을 개설할 수 있는 자는 의료법에 의사, 치과의사, 한의사, 조산사, 의료법인, 특별법에 의한 비영리 법인, 국가 및 지방자치단체로 엄격히 제한(의료법 제33조 ②항)하고 있음에도 불구하고 20○○년 ○월○○일부터 20○○년 ○월 ○○일까지 의료기관의 개설자가 될 수 없는 비의료인인 ○○○(주민번호)에게 고용되어 의료기관을 개설하여 의료행위를 하고 의료급여비용을 청구·지급받음.

   나. 부당내역

고용된 기간	환수예정 금액	비고
20○○년 ○월 ○○일 ~ 20○○년 ○월 ○○일	○○,○○○,○○○원	폐업 20○○.○.○○

※ 부당금액은 보장기관인 시·군·구청장이 징수예정임
※ 상기 부당금액에 대한 자세한 사항은 시·군·구(000-1234)로 문의하시기 바랍니다.

의 견 제 출 서

1. 예정된 처분의 제목		부당금액의 징수 ○○,○○○,○○○원 - 관련문서번호(일자) : - 시·군·구 -호(20 . . .)
2. 당사자	기관명 및 대표자	○○의원 ○○○(○○○○○○-1******)
	주 소	
3. 의 견		
4. 기 타		

「행정절차법」 제27조제1항(제31조제3항)의 규정에 의하여 위와 같이 의견을 제출합니다.

20○○년 월 일

의견제출인 주소

(전화 :)

성명 (서명 또는 인)

○○○ 시·군·구청장 귀하

비고	1. 기재 란 이 부족한 경우에는 별지를 사용하실 수 있습니다. 2. 이의가 없을 경우에는 【3. 의견】 란에 “이의 없음”으로 기록하시고, 이의가 있을 경우에는 구체적인 이의내용을 기록(기재란 부족 시 별지사용)하고 증거자료 등을 첨부하실 수 있습니다. 3. 위 의견 제출과 관련하여 문서를 받으신 경우에는 문서번호와 받으신 날짜를 1번 란에 함께 기재해 주시기 바랍니다.

[서식 103] 처분사전통지서(사무장용)

(전 면)

처분사전 통지서

문서번호 ○○시 - 호

시 행 일 20○○. . .

수 신 귀하

귀하가 개설한 의료급여기관에 대한 수사기관 조사 결과 의료법 제33조를 위반하여 급여비용을 청구하고 지급받은 것으로 확인된 부당금액에 대하여 시장·군수·구청장이 하고자 하는 처분의 내용을 「행정절차법」 제21조제1항의 규정에 의하여 통지합니다.

1. 조사결과 확인된 부당금액		○○,○○○,○○○원 (부당금액 내역: 별첨)			
2. 예정된 처분의 제목		부당금액의 징수(시장·군수·구청장)			
3. 당사자	성 명 (명 칭)	이름 또는 법인명 (주민등록번호, 법인번호) ○○○(○○○○○○-1******)			
	주 소				
4. 처분의 원인된 사실		의료법 제33조(개설) 제2항에 따라 의료기관을 개설할 수 없는 자임에도 불구하고 의료기관을 개설하여 의료급여비용을 부당하게 수령			
5. 처분하고자 하는 내용		부당금액의 징수 ○○,○○○,○○○원			
6. 법적 근거		「의료급여법」 제23조 「민법」 제35조, 제413조, 제414조, 제741조, 제750조 「의료법」 제33조			
7. 연락처		기관명	○○시	담당부서명	○○과
		주 소	○○시 ○○구 ○○로 ○○번지 [☎ (02) 000-0000)]		
		기 한	20 년 월 일까지		

○○○ 시·군·구청장

(후 면)

<처분관련 참고사항>

조사결과 의료법을 위반한 것으로 확인된 부당금액은 의견청취를 거쳐 확정된 후 「의료급여법」 제23조 등에 의거 시장·군수·구청장이 징수하게 됩니다.

<의견제출시 유의사항>

1. 귀하는 시군구가 예정하고 있는 의료급여기관 부당이득금 환수처분에 대하여 의견제출서 서식에 의하여 서면·컴퓨터통신 또는 구술로 의견제출을 할 수 있으며, 주장을 입증할 증거자료를 함께 제출 할 수 있습니다. 다만, 컴퓨터통신을 이용하여 의견을 제출하고자 하는 경우에는 미리 의견제출기관으로 알려주시고, 의견을 제출한 후에 의견의 도달여부를 담당자에게 확인하여 주시기 바랍니다.

2. 의견제출 기한 내에 의견을 제출하지 아니한 경우에는 의견이 없는 것으로 간주합니다.

3. 귀하께서 직접 출석하여 의견진술을 하고자 하는 경우에는 시군구에 미리 그 사실을 알려 주십시오.

4. 기타 궁금한 사항이 있으시면 의견제출기관으로 문의하시기 바랍니다. 끝.

"별첨"

부당금액 내역

1. 의료급여기관 현황
   ○ 의료급여기관명(기호) : ○○의원(○○○○○○○○)
   ○ 대표자(주민등록번호) : ○○○(○○○○○○-1******)
   ○ 소재지 :

2. 조사결과
   가. 의료기관을 개설할 수 있는 자는 의료법에 의사, 치과의사, 한의사, 조산사, 의료법인, 특별법에 의한 비영리 법인, 국가 및 지방자치단체로 엄격히 제한(의료법 제33조 ②항)하고 있음에도 불구하고 귀하는 의료인○○○(○○○○○○-1******)의 명의를 대여하여 20○○년 ○월○○일부터 20○○년 ○월 ○○일까지 의료기관을 개설·운영하여 부당하게 의료급여비용을 청구·지급 받음.

   나. 부당내역

부당 기간	환수예정 금액	비고
20○○년 ○월 ○○일 ~ 20○○년 ○월 ○○일	○○,○○○,○○○원	폐업 20○○.○.○○

※ 부당금액은 보장기관인 시·군·구청장이 징수예정임
※ 상기 부당금액에 대한 자세한 사항은 시·군·구(000-1234)로 문의하시기 바랍니다.

의 견 제 출 서

1. 예정된 처분의 제목		부당금액의 징수 ○○,○○○,○○○원 - 관련문서번호(일자) : - 시·군·구 -호(20 . . .)
2. 당사자	성 명 (명 칭)	이름 또는 법인명 (주민등록번호, 법인번호) ○○○(○○○○○○-1******)
	주 소	
3. 의 견		
4. 기 타		

「행정절차법」 제27조제1항(제31조제3항)의 규정에 의하여 위와 같이 의견을 제출합니다.

20○○년 월 일

의견제출인 주소

(전화 :)

성명 (서명 또는 인)

○○○ 시·군·구청장 귀하

비고	1. 기재 란 이 부족한 경우에는 별지를 사용하실 수 있습니다. 2. 이의가 없을 경우에는 【3. 의견】 란에 “이의 없음”으로 기록하시고, 이의가 있을 경우에는 구체적인 이의내용을 기록(기재란 부족 시 별지사용)하고 증거자료 등을 첨부하실 수 있습니다. 3. 위 의견 제출과 관련하여 문서를 받으신 경우에는 문서번호와 받으신 날짜를 1번 란에 함께 기재해 주시기 바랍니다.

[서식 104]

의료급여 정산자료 요구 서식

순번	요양기관 명칭	요양기관 기호	현지확인조사자①			조사기간 ②	조사내용				비고
			소속	성명	전화번호		부당기간 ③	확인내역 ④	조정내역 (건강보험) ⑤	환수금액 (건강보험) ⑥	
1	00병원	11200001	조사부	홍길동	02-333-4444	2012. 10.8~ 10.12	2011. 2/4~ 3/4	간호조무사 000은…	2분기3등급 → 4등급 3분기3등급 → 5등급	9,382,000원 21,076,800원	
2											
3											
4											
5											

<작성요령>

- 각각의 현지확인 나간 기관명칭과 기호를 작성ㄹ한 후
  ① '현지확인조사자' 는 조장의 소속과 성명, 전화번호 기재
  ② '조사기간' 은 요양기관에 현지확인을 나간 실제 출장일을 기재
  ③ '조사내용의 부당기간' 은 해당 년도와 분기를 정확히 기재
  ④ '확인내역' 은 각각의 관련자에 대하여 직종, 부당기간, 부당사유 명확히 기재
  예) 간호사 ○○○가 ○○부터 ○○까지 행정업무 겸임
  ⑤ '조정내역' 은 확인결과 간호등급, 의사등급 변경 전·후를 명확히 기재
  ⑥ '환수금액' 은 각각의 분기별 환수금액을 기재
  - 조정내역과 환수금액은 건강보험의 등급과 금액을 기재

[서식 105] 의료급여법 시행규칙 [별지 제23호서식] 〈개정 2014.11.19.〉 (앞쪽)

이 의 신 청 서

처리기간
60일

※ 작성방법은 뒤쪽을 참조하십시오.

① 처분을 받은 자	성명		주민등록번호	
	주소			
② 처분의 내용	(처분기관 :) (여백 부족시 별지 사용)			
③ 처분이 있은(도달한) 날	년 월 일			
④ 이의신청의 취지와 이유	(여백 부족시 별지 사용)			

「의료급여법」 제30조제1항 및 같은 법 시행규칙 제35조제1항에 따라 위와 같이 시장·군수·구청장의 처분에 대하여 이의신청합니다.

. . .

신청인 (서명 또는 인) 전화번호( )
주민등록번호 :
주소 :
처분을 받은 자와의 관계 :

시장·군수·구청장 귀하

210mm×297mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

(뒤쪽)

이의신청서 작성방법

1. 수급권자의 자격 및 부당이득 징수금, 의료급여, 의료급여비용에 관하여 시장·군수·구청장으로부터 처분을 받은 사람의 성명·주민등록번호 및 주소를 기재합니다.

2. 수급권자의 자격 및 부당이득 징수금, 의료급여, 의료급여비용등 이의신청의 대상이 되는 시·군·구의 구체적 처분내용을 기재합니다.
※ (처분기관 :) → 해당처분을 한 시·군·구를 기재합니다.

3. 시·군·구의 처분통지를 받은 연·월·일을 기재합니다.

4. 시·군·구에 대하여 결정을 요구하는 사항과 이의신청을 하게 된 법률상 및 사실상의 근거가 되는 내용을 기재합니다.

5. 신청인은 주장하는 사실을 입증할 수 있는 서류를 제출할 수 있습니다.

[서식 106] 의료급여법 시행규칙 [별지 제24호 서식]

이의신청결정서

제 호

신청인 성 명 :
주민등록번호 :
주 소 :

주 문 :

원처분 요지 :

이의신청취지 :

결정이유 :

. . .

시장·군수·구청장 인

※ 알림
이 결정에 대하여 불복이 있는 때에는 이 결정서를 받은 날부터 90일이내에 행정소송법이 정하는 바에 의하여 행정소송을 제기할 수 있습니다.

210mm×297mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

[서식 107] 의료급여법 시행규칙 [별지 제25호서식] 〈개정 2014.11.19.〉

이 의 신 청 서

※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다. (앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간 60일

문서번호			진료분야	
의료급여기관	명칭		기호	
급여비용 심사결과 통보서	접수번호	묶음번호	심사차수	통보서 도달일
이의신청	건수 총계		비용 총액	
관련 처분	고지 유무		고지 내용	

번호	명세서 일련번호	보장기관기호 (보장기관명)	수진자 (진료받은 사람)	진료구분 (입원·외래)	이의신청 금액		이의신청 사유 및 내용 (상세히 기술)	첨부 서류
					Ⅰ항	Ⅱ항		

「의료급여법」 제30조제2항 및 같은 법 시행규칙 제35조제2항에 따라 위와 같이 심사평가원의 처분에 대하여 이의신청합니다.

년 월 일

신청인 성명 (서명 또는 인)

주소

전화번호

건강보험심사평가원 원장 귀하

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡]

(뒤쪽)

작성방법

※ 신청인은 다음 각 호 중 해당하는 서류를 자신의 주장을 입증하기 위하여 제출할 수 있습니다.

1. 심사결과 통보서
2. 진료기록부
3. X-ray 필름 등 영상자료
4. 검사 결과지
5. 그 밖에 주장하는 사실을 입증하는 서류

처리 절차

신청서 작성	→	접수	→	이의신청위원회 심의·의결	→	심의결과 통보	→	수 령
신청인		건강보험심사평가원		건강보험심사평가원		건강보험심사평가원		신청인

[서식 108] 의료급여법 시행규칙 [별지 제26호서식] 〈개정 2014.11.19.〉

이의신청결정서

문서번호		수진자 성명 (진료받은 사람)	
관련 근거			

귀 원에서 이의신청한 사항에 대한 처리 결과를 아래와 같이 알려 드리며, 이 결정에 대하여 불복할 때에는 이 결정서를 받은 날부터 90일 이내에 보건복지부에 설치되어 있는 건강보험분쟁조정위원회에 심판청구하거나, 관할 법원에 행정소송을 제기할 수 있습니다.

년 월 일

건강보험심사평가원 원장

접수번호 (일련번호)	심사 차수	명 일 련	수 진 자	심사결정금액		결정 내용
				Ⅰ항	Ⅱ항	

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡]

[서식 109] 의료급여 포상금 및 장려금의 지급 등에 관한 기준 [별지 제1호서식] 〈개정 2019.1.1.〉

의료급여 부당청구 신고서

※ 바탕색이 어두운 난은 신청인이 적지 않으며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다. (앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간 1개월

신고인	성명	주민등록번호
	연락처(휴대전화번호)	
	주소	
신고인 구분	1. [ ] 의료급여기관 관련자(의료급여기관 종사자, 약제·치료재료의 제조·판매업체 종사자) 2. [ ] 의료급여기관 이용자(수급권자 또는 그 배우자 및 직계존비속) 3. [ ] 그 밖의 신고인(제1번 및 제2번에 해당하지 않는 사람)	
의료급여기관명	기관명	의료급여기관기호
	소재지	전화번호
타 기관 신고여부	1. 해당 [ ] 2. 미해당 [ ]	
신고 경위 및 내용	* 신고경위(사유, 목적 등)와 신고내용(구체적인 부당청구 행위 등)을 가능한 한 자세하게 기재합니다. 신고내용이 긴 경우에는 신고내용을 요약하여 기재하고 자세한 내용은 별지로 작성합니다.	

위와 같이 의료급여기관의 부당청구행위를 신고하며, 제출한 증거자료가 신고내용을 확인하기 위한 목적에 활용되는 것에 동의합니다.

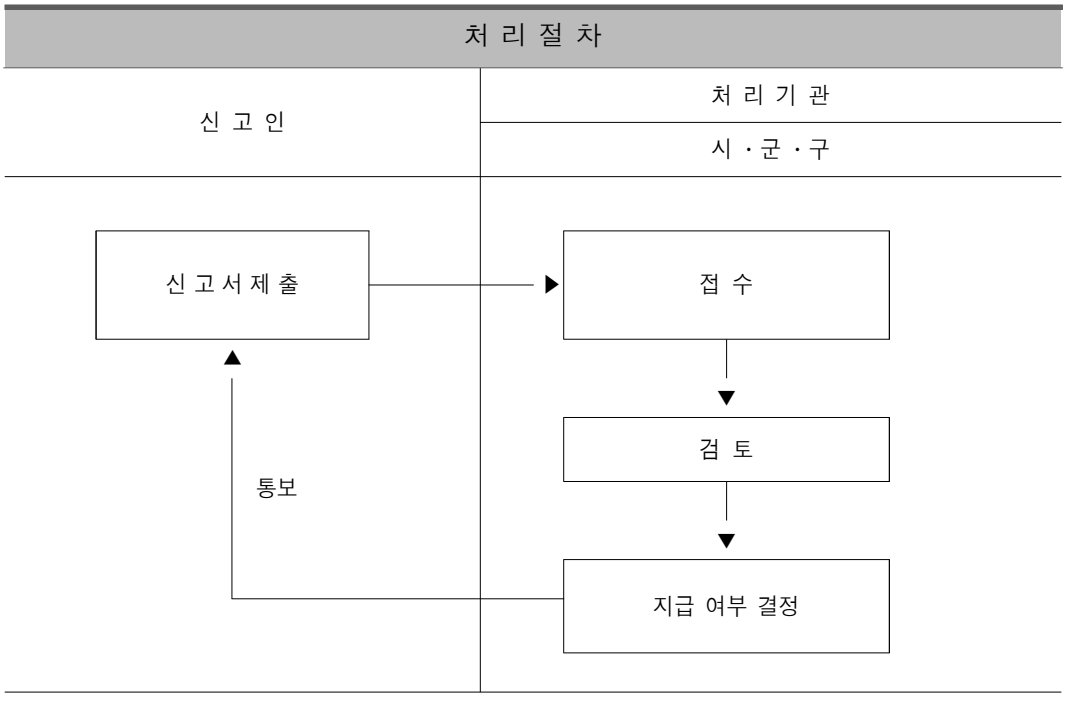
년 월 일

신고인 성명 (서명 또는 인)

시장·군수·구청장 귀하

첨부서류	1. 급여일수통보서 사본(해당되는 경우에 한함) 2. 진료비영수증 사본(해당되는 경우에 한함) 3. 기타 부당청구 입증서류	수수료 없음

(뒤쪽)



부당청구 의료급여기관 신고 시 유의·안내 사항

- 포상금 산정대상 금액은 현지조사 등에 의해 확인된 신고관련 징수금 중 보장기관에서 의료급여기관에 지급한 금액만 해당하고 수급자(본인)가 지급한 금액은 제외됩니다.

- 징수금이 변경되는 경우에는 수령한 포상금의 일부 또는 전부를 환불하셔야 합니다.
  ☞ 의료급여기관의 이의제기(행정소송 등)가 받아들여져 원래의 조사결과 변경 또는 무효처리 될 수 있기 때문입니다.
- 신고 후 포상금을 지급받기까지는 상당한 기간(1년 이상)이 소요될 수 있습니다.
  ☞ 사실관계 확인, 현지조사 등을 거쳐 부당이득 징수금 부과처분이 확정되고, 확정금액에 대한 징수가 이루어져야 포상금이 지급되기 때문입니다.

- 신고내용의 구체성·정확성 및 현지조사 등의 확인결과에 따라 '자체종결', '포상금 지급', '포상금 미발생'으로 구분하여 처리 됩니다.
  ☞ 신고내용 부정확 및 구체적 증거자료 미흡 등은 자체종결 사유가 되고, 현지조사 등이 이뤄졌어도 포상금이 발생 또는 미발생 할 수 있습니다.

- 무고 또는 허위신고인 경우에는 신고인에게 책임을 물을 수 있습니다.

[서식 110] 의료급여 포상금 및 장려금의 지급에 관한 기준 [별지 제2호서식] 〈개정 2019.1.1.〉

의료급여 신고포상금 지급신청서

※ 바탕색이 어두운 난은 신청인이 적지 않으며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호		접수일	
신고인	성명		주민등록번호
	연락처(휴대전화번호)		
	주소		
신고인 구분	1. [ ] 의료급여기관 관련자(의료급여기관 종사자, 약제·치료재료의 제조·판매업체 종사자) 2. [ ] 의료급여기관 이용자(수급권자 또는 그 배우자 및 직계존비속) 3. [ ] 그 밖의 신고인(제1번 및 제2번에 해당하지 않는 사람)		
포상금 신청금액			

입금계좌	은행명	계좌번호	예금주	신고인과의 관계

「의료급여 포상금의 지급에 관한 규정」 제5조의 규정에 따라 위와 같이 의료급여 포상금의 지급을 신청합니다.

년 월 일

신청인 성명 (서명 또는 인)

시장·군수·구청장 귀하

처리 절차

지급신청서 제출	→	접수	→	검토 및 지급	→	수령
신청인		시 · 군 · 구		시 · 군 · 구		신청인

[서식 111] (앞면)

고지서 번호		과징금 (분할)납부 신청서			
신청자	요양기관명		요양기관기호		
	대표자		주민등록번호	-	
	요양기관 소재지			전화번호	
	주소 또는 거소			전화번호	
	E-mail주소				
과징금 금액					
과징금 신청사유					
분할납부사유				희망분할 납부회수	회

의료급여법 제29조(과징금 등)의 규정에 의하여 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인 서명 또는 인

보건복지부 장관 또는 시·도지사 귀하

※ 구비서류 : 분할납부사유를 증빙할 수 있는 자료
(재해 또는 도난사실증명서, 재무제표, 질병 또는 상해증명서 등)

주) 굵은선 안의 내용에 대해서는 분할납부를 신청할 경우에만 작성

(뒷면)

< 업무정지에 갈음하여 과징금을 부과·징수할 수 있는 경우 >

1. 요양기관(의료급여기관을 포함한다. 이하 같다)을 이용하는 자에게 심한 불편을 주는 경우

가. 입원실, 응급실, 집중치료실, 수술실, 인공신장투석실, 장애인재활치료센터, 방사선치료실과 같은 특수진료시설 중 하나 이상의 시설을 갖추고 해당 진료를 실시하고 있는 요양기관

나. 한센병, 결핵, 정신질환(입원환자), 만성신부전, 혈우병, 화상 등과 같이 장기간 동안 지속적인 진료를 요하는 특수질환의 환자를 주 진료대상으로 하는 요양기관

다. 처분을 받게 될 요양기관이 소재하고 있는 시·군·구에 당해 요양기관과 동일 종별의 타 요양기관이 없는 경우. 다만, 의원급의 요양기관은 동, 읍, 면, 도서지역의 동일 섬에 의료법 제77조제2항에 의한 동일표시 전문과목의 타 요양기관이 1개 이하인 경우(전문과목 미표시 의원은 타 의원이 1개 이하인 경우로 함)로 하고, 약국의 경우는 타 약국이 1개 이하인 경우

라. 기타 요양기관을 이용하는 자에게 위 가~다 에 준하는 불편을 준다고 인정되는 경우

2. 기타 특별한 사유가 있다고 인정되는 경우

가. 국·공립 요양기관

나. 업무정지기간이 100일 이하인 요양기관

다. 요양기관이 행정처분 절차 중에 폐업하였거나, 법인이 개설한 요양기관이 대표자의 인격이 변경되어 처분대상기관이 없는 등으로 인하여 업무정지처분이 제재수단으로서 실효성이 없어 과징금 처분이 타당하다고 판단되는 경우

라. 여러 명이 공동으로 개설한 요양기관 중에서 조사 대상기간 동안에 개설자 및 개설기간을 달리함으로 인하여 각 개설자별 및 각 개설기간별로 부당금액이나 업무정지기간을 구분하여 산출하기 어려운 경우

마. 업무정지처분을 받고자하는 요양기관의 요구가 사회통념상 현저히 부당하여 과징금으로 처분하는 것이 타당하다고 보건복지부장관이 인정하는 경우

< 과징금 분할납부 산정기준 >

유 형 별	과징금 규모	분할납부기간(횟수)
과징금 부과일 현재 개설중인 요양기관	1억원 이상	2~12개월(12회 이하)
	5천만원 이상 ~ 1억원 미만	2~9개월(9회 이하)
	3천만원 이상 ~ 5천만원 미만	2~6개월(6회 이하)
	3천만원 미만	2~3개월(3회 이하)
과징금 부과일 현재 요양기관 개설 없이 고용근무 등의 경우	5천만원 이상 ~	2~12개월(12회 이하)
	3천만원 이상~ 5천만원 미만	2~9개월(9회 이하)
	1천만원 이상~ 3천만원 미만	2~6개월(6회 이하)
	1천만원 미만	2~3개월(3회 이하)

주) 해당기관의 재정상태를 감안하여 분할납부기간을 결정할 수 있으며, 재정상태가 현저하게 적자일 경우에는 적자규모를 감안하여 분할납부기간을 100% 이내에서 가산 할 수 있다.

[서식 112]

보장기관 현지조사 의뢰서

<연번 : >　　보장기관명 :

의료급여기관기호		명 칭	
대표자 성명		주민번호	
의료급여기관 소재지		전화번호	( )
조사의뢰기간(진료월)*		년 월 ~ 년 월까지(개월간)	
긴급여부			
인지경위	◎ 예시) 공단 급여일수 통보서를 보고 사실과 다름을 수급자가 신고해서		
수급권자조회및 부당(혐의) 확인결과	◎ 예시) 12.7일자에 진료하였다고 청구되었으나 진료하지 않은 미실시 내역을 확인하였음 ◎		
현지조사 의뢰 사유	◎ 예시) 다른 건 허위청구가 의심되어서		
최근 3년 이내 점검 이력	◎ 자체환수 이력		
첨부자료			

[서식 113]

과징금 미납자에 대한 업무정지 처분변경 요청서

대상자	기관명		기관기호	
	대표자		생년월일	-
	의료급여기관 소재지		전화번호	
	주소 또는 거소		전화번호	
	폐업 여부		(유선)연락 가능 여부	
과징금 처분	보건복지부 문서 번호 및 시행일자	기초의료보장과 - 호 (2016. . .)	과징금 납부 현황	(과징금 총액) 원 (납부금액) 원 (미납부금액) 원
	처분 경과	<예시> - 2016.00.00 과징금 고지 (대상자 등기 확인 일자:) - 2016.00.00 유선 안내 (대상자 의견:) - 2016.00.00 독촉장 고지 (대상자 등기 확인 일자:) - 2016.00.00 유선 안내 (대상자 의견:) - 2016.00.00 현재 과징금 미납		
업무정지 처분변경 검토	과징금 미납사유			
	업무정지 필요성			
	업무정지 실효성			
	종합의견			

의료급여법시행령 제16조의3제2항에 따라 위와 같이 행정처분 변경을 요청합니다.

년 월 일

00시도지사

※ 자료첨부 : 업무정지 처분변경 검토를 위해 참고자료가 있는 경우 첨부할 것

[서식 114] 의료급여수가의 기준 및 일반기준 [별지 제29호 서식]

의료급여 2종 조산아 및 저체중 출생아 등록 신청서

(□ 조산아 □ 저체중 출생아)

① 신청인	성명	주민등록번호	
	주소	전화번호	
② 조산아 및 저체중출생아	성명	주민등록번호	
③ 출생증명서 발급기관 (의료급여기관기호)			
④ 출생일자		⑤ 출생장소	
⑥ 임신기간 (임신주수)	( ) 주	⑦ 몸무게	Kg

위와 같이 의료급여(2종) 조산아 및 저체중 출생아 등록을 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

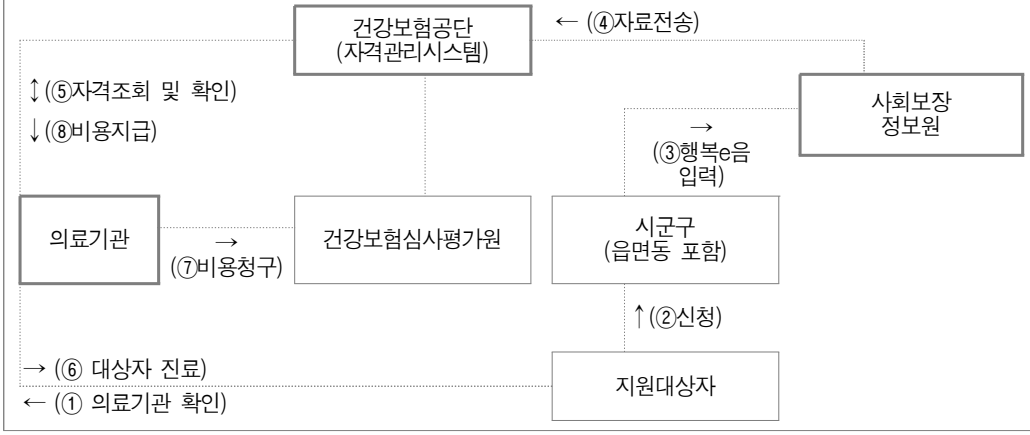
(조산아 또는 저체중 출생아와의 관계:)

시장·군수·구청장 귀하

시군구 기재사항	지원기간	20 . . 부터 20 . . 까지

<첨부서류>
- 출생증명서(임신기간과 몸무게가 기재된 출생증명서) 1부
- 주민등록등본 1부

<조산아 및 저체중 출생아 등록절차>



210mm×297mm[일반용지(재활용품) 60g/㎡]

[서식 115]

선택의료급여기관 지정 제외자 급여일수 관리 대장

보장기관명 : **(20○○년도)**

연번	성명	주민번호	주소 (연락처)	질환군	질환명 (상병코드)	총 급여일수	당해연도 해당 급여일수	차년도 이월 급여일수
1				만성고시	당뇨병(E10)	470	455	15
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
계								

[서식 116]

선순위자 선정서

선순위자	성명(한자)	( )	주민등록번호	-
	주 소			
	관련자의 관계	의	전화번호	

본인들은「의료급여법」제3조제1항제8호에 따른 5·18민주화운동 유공자의 의료급여 수급자격 일체의 권한을 선순위자에게 위임합니다.

* 선순위자 이외의 유족은 의료급여 선정이 불가합니다.

년 월 일

위임자

1	성명	㊞	주민등록번호	-
	주소		대표자와의관계	의
2	성명	㊞	주민등록번호	-
	주소		대표자와의관계	의
3	성명	㊞	주민등록번호	-
	주소		대표자와의관계	의
4	성명	㊞	주민등록번호	-
	주소		대표자와의관계	의
5	성명	㊞	주민등록번호	-
	주소		대표자와의관계	의
6	성명	㊞	주민등록번호	-
	주소		대표자와의관계	의

첨부서류 : 위임자 본인(미성년자인 경우 법정대리인)의 주민등록증 등 공공기관이 발행한 본인 확인이 가능한 신분증 사본 각 1부

210mm×297mm(인쇄용지(특급) 70g/㎡)

[서식 117]

의료급여사례관리 다빈도 외래이용자 기초조사서

□ 대상자 기본정보

대상자 성명					
대상자 주민등록번호		대상자 성별		대상자 나이	
대상자 주소		관할 행정동			
대상자 전화번호		대상자 휴대전화번호			
긴급연락처		긴급연락처(관계)			
의사소통능력	□ 가능 □ 불가능	대상자 학력			
대상자 직업	□ 있다 □ 없다	대상자 근로능력		□ 있다 □ 없다	
주거점유형태					
월평균소득		종교			
장애유형		장애정도			
대상자 가족 수		대상자 결혼상태			
대상자 동거 (관계)		대상자 동거 (동거인 수)			

<table>
<tr><td colspan="4">Ⅰ. 의료급여제도 이해</td></tr>
<tr><td colspan="4">① 전혀 모른다 ② 잘 모른다 ③ 보통이다 ④ 잘 아는 편이다 ⑤ 매우 잘 알고 있다</td></tr>
<tr><td colspan="4">Ⅱ.합리적 의료이용</td></tr>
<tr><td>1) 전반적
의료이용 상태</td><td colspan="3">☐ 적정 ☐ 과다 ☐ 과소 ☐ 혼재</td></tr>
<tr><td>2) 문제영역</td><td colspan="2">☐ 외 래</td><td>☐ 약 물</td></tr>
<tr><td rowspan="5">3) 세부문제</td><td colspan="2">☐ 동일질병 의료쇼핑</td><td>☐ 중복 처방</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐ 다수 의료기관 이용(기관 수 개)</td><td>☐ 부 적정 복용</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐ 필요보다 전문기관 이용</td><td>☐ 잉여 약물</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐ 필요보다 일차기관 이용</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">☐ 과소 이용(비활성화)</td></tr>
<tr><td>1. 의료쇼핑</td><td colspan="3">① 매우 심하다 ② 조금 심하다 ③ 보통이다
④ 거의 문제가 없다 ⑤ 전혀 문제가 없다</td></tr>
<tr><td>2. 이용 의료기관
전문 수준</td><td colspan="3">① 매우 심하다 ② 조금 심하다 ③ 보통이다
④ 거의 문제가 없다 ⑤ 전혀 문제가 없다</td></tr>
<tr><td>3. 이용 의료기관 수</td><td colspan="3">① 매우 심하다 ② 조금 심하다 ③ 보통이다
④ 거의 문제가 없다 ⑤ 전혀 문제가 없다</td></tr>
<tr><td>4. 중복처방 정도</td><td colspan="3">① 매우 심하다 ② 조금 심하다 ③ 보통이다
④ 거의 문제가 없다 ⑤ 전혀 문제가 없다</td></tr>
<tr><td>5. 전반적
의료이용의 합리성</td><td colspan="3">① 매우 불합리적 ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ 매우 합리적</td></tr>
<tr><td colspan="4">Ⅲ. 건강 삶의 질</td></tr>
<tr><td rowspan="5">1. 질병명 및 심각도</td><td colspan="3">1) 질병 현황</td></tr>
<tr><td>건강 여부</td><td>질병코드</td><td>질병명</td></tr>
<tr><td rowspan="3">☐ 건강</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">2) 기타 주요 증상</td></tr>
<tr><td>2. 건강 상태</td><td colspan="3">① 매우 나쁘다 ② 나쁘다 ③ 보통이다
④ 좋다 ⑤ 매우 좋다</td></tr>
</table>

3. 일상수행능력	① 완전히 무력하다. 자기 자신을 전혀 돌볼 수 없고, 전적으로 침대나 의자에 누워있어야 한다. ② 단지 제한적으로만 자신을 돌볼 수 있다. 깨어있는 시간의 50% 이상을 누워있거나 앉아 있다. ③ 보행이 가능하고 자신을 돌보는 모든 일은 가능하지만 깨어있는 시간의 50% 이상의 일을 할 수 없다. ④ 신체적으로 격렬한 활동은 제한 받으나 보행은 가능하고 가벼운 일을 할 수 있다. ⑤ 제한 없이 모든 정상적인 활동을 수행할 수 있다.				
4. 통증 정도	① 매우 심한 통증이 있다	② 심한 통증이 있다	③ 가벼운 통증이 있다	④ 아주 가벼운 통증이 있다	⑤ 전혀 없다
5. 우울 정도	① 자살을 자주 생각하고 무력감에 빠져있다. ② 삶의 의미가 없다고 생각하고 별로 희망이 없다. ③ 때때로 지루하다고 생각하나 그런대로 삶에 만족한다. ④ 희망적이며 주위에 관심이 많은 편이다. ⑤ 매사에 활력이 있으며 삶에 만족하고 있다.				
6. 신체증상관리/ 상태 조절	① 전혀 관리하지 않는다	② 가끔 관리한다	③ 보통이다	④ 잘 관리한다	⑤ 스스로 매우 잘 관리한다
7. 약물 복용	① 전혀 처방을 따르지 못 한다	② 가끔 처방을 따르지 못 한다	③ 보통이다	④ 잘 복용한다	⑤ 처방대로 매우 잘 복용한다
IV. 자가 건강관리 수준					
1. 전반적 질병 이해 정도	① 전혀 모른다	② 잘 모른다	③ 보통이다	④ 잘 아는 편이다	⑤ 매우 잘 안다
2. 건강 관심도	① 매우 낮다	② 낮다	③ 보통이다	④ 높다	⑤ 매우 높다
3. 현 생활습관	1) 흡연	① 1갑/일 이상	② 1갑/일 이하	③ 금연	
	2) 음주	① 폭력 등 문제	② 보통	③ 절주	
	3) 운동	① 안함	② 불규칙적	③ 규칙적	
	4) 식이	① 불균형	② 보통	③ 균형	
4. 생활습관관리	① 전혀 관리하지 않는다	② 가끔 관리한다	③ 보통이다	④ 잘 관리한다	⑤ 스스로 매우 잘 관리한다
5. 위생 및 예방	1) 개인위생 청결 정도	① 불결	② 보통	③ 청결	
	2) 예방접종 유무	① 유	② 무		
	3) 정기 건강검진 유무	① 유	② 무		
6. 위생 및 예방에 대한 관리 정도	① 전혀 관리하지 않는다	② 가끔 관리한다	③ 보통이다	④ 잘 관리한다	⑤ 스스로 매우 잘 관리한다

Ⅴ. 지지체계 구축	
1. 사회적 고립도	① 무슨 일이 일어났을 때 도와줄 사람이 있다. ② 문제가 생겼을 때 의논할 사람이 있다. ③ 금전적인 문제에 대해 도와줄 사람이 있다. ④ 밖에 나가 함께 어울릴 수 있는 사람이 있다. ⑤ 아플 때 돌봐 줄 사람이 있다. ⑥ 해당사항 없음
2. 자원연계 정도	① 매우 부족 ② 약간 부족 ③ 보통 ④ 양호 ⑤ 매우 양호
Ⅵ. 생활환경	
1. 주거환경 (양호한 경우 체크)	□ 채광·환기 □ 냉난방 □ 부엌 상태 □ 안전 상태 □ 화장실/목욕시설
Ⅶ. 수행계획	
1. 예상관리 기간	□ 1개월 □ 2개월 □ 3개월
2. 서신 횟수	□ 0회 □ 1회(/) □ 2회(/) □ 3회(/) □ 4회(/) □ 5회(/) □ 6회(/)
3. 전화 횟수	□ 0회 □ 1회(/) □ 2회(/) □ 3회(/) □ 4회(/) □ 5회(/) □ 6회(/)
4. 방문 횟수	□ 0회 □ 1회(/) □ 2회(/) □ 3회(/) □ 4회(/) □ 5회(/) □ 6회(/)
5. 기타	

[서식 118]

의료급여사례관리 장기입원자 기초조사서

□ 대상자 기본정보

대상자 성명					
대상자 주민등록번호		대상자 성별		대상자 나이	
대상자 주소		관할 행정동			
대상자 전화번호		대상자 휴대전화번호			
긴급연락처		긴급연락처(관계)			
의사소통능력	□ 가능 □ 불가능	대상자 학력			
대상자 직업	□ 있다 □ 없다	대상자 근로능력	□ 있다 □ 없다		
월평균소득		종교			
장애유형		장애정도			
대상자 가족 수		대상자 결혼상태			
대상자 동거 (관계)		대상자 동거 (동거인 수)			

□ 입원관련 정보

의료기관명 및 코드		입원일		재원일수	
의료기관 사례관리 협조도	□ 매우 협조적 □ 부분적 협조 □ 보통이다 □ 별로 협조적이지 않다 □ 전혀 협조적이지 않다				
의료기관 담당자		의료기관 연락처			
입원 경로	□ 응급실 □ 외래 □ 타병원에서 전원 □ 시설에서 의뢰 □ 보호자 의뢰 □ 자발적 입원 □ 기타				
입원 전 14일 이내 타 기관 입원여부	□ 있다 □ 없다	면담자	□ 수급권자 □ 보호자 □ 기관 관계자 □ 의료인 □ 기타( )		

<table>
<tr><td>1.
제도이해</td><td>장기입원사례관리 이해</td><td colspan="2">① 전혀 모른다 ② 잘 모른다 ③ 보통 ④ 잘 안다 ⑤ 매우 잘 안다</td></tr>
<tr><td rowspan="4">2.
합리적
의료
이용</td><td>입원분류</td><td colspan="2">□ 장기입원 □ 다빈도입원 □ 불필요입원 □ 과소이용</td></tr>
<tr><td>반복적 입·퇴원 정도</td><td colspan="2">① 매우 문제있다 ② 문제있다 ③ 보통 ④ 적정하다 ⑤ 문제없다</td></tr>
<tr><td>입원기간의 적정성</td><td colspan="2">① 매우 문제있다 ② 문제있다 ③ 보통 ④ 적정하다 ⑤ 매우 적정하다</td></tr>
<tr><td>입원 의료이용의 합리성</td><td colspan="2">① 매우 문제있다 ② 문제있다 ③ 보통 ④ 적정하다 ⑤ 매우 적정하다</td></tr>
<tr><td rowspan="9">3.
건강
삶의
질</td><td rowspan="4">질병 현황</td><td>질병코드</td><td>질병명</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>주관적 건강상태</td><td colspan="2">① 무의식으로 소통 불가능 ② 매우 나쁘다 ③ 나쁘다
④ 보통이다 ⑤ 좋다 ⑥ 매우 좋다</td></tr>
<tr><td>우울 정도</td><td colspan="2">① 무의식으로 소통 불가능
② 자살을 자주 생각하고 무력감에 빠져있다
③ 삶의 의미가 없다고 생각하고 별로 희망이 없다
④ 때때로 지루하다고 생각하나 그런대로 삶에 만족한다
⑤ 희망적이며 주위에 관심이 많은 편이다
⑥ 매사에 활력이 있으며 삶에 만족하고 있다</td></tr>
<tr><td>통증 정도</td><td colspan="2">① 무의식으로 소통 불가능 ② 매우 심한 통증 ③ 심한 통증
④ 보통 ⑤ 가벼운 통증 ⑥ 전혀 없다</td></tr>
<tr><td>일상생활수행 정도</td><td colspan="2">① 완전히 무력하다. 자기 자신을 전혀 돌볼 수 없고 전적으로 침대나 의자에 누워있어야 한다
② 단지 제한적으로만 자신을 돌볼 수 있다. 깨어있는 시간의 50% 이상을 누워있거나 앉아 있다
③ 보행이 가능하고 자신을 돌보는 모든 일은 가능하지만 깨어 있는 시간의 50% 이상의 일을 할 수 없다
④ 신체적으로 격렬한 활동은 제한 받으나 보행은 가능하고 가벼운 일을 할 수 있다
⑤ 제한 없이 모든 정상적인 활동을 수행할 수 있다</td></tr>
<tr><td>튜브 관리 정도</td><td colspan="2">① 전혀 못함 ② 부분적 가능 ③ 보통 ④ 잘함 ⑤ 튜브 없음</td></tr>
<tr><td>상처 관리 정도</td><td colspan="2">① 전혀 못함 ② 부분적 가능 ③ 보통 ④ 잘함 ⑤ 상처 없음</td></tr>
</table>

4. 자가 건강 관리 능력	신체변화를 관찰하고 확인할 수 있다	① 전혀 못함 ② 부분적 가능 ③ 보통 ④ 잘함 ⑤ 매우 잘함
	하루 세끼 규칙적으로 식사할 수 있다	① 전혀 못함 ② 부분적 가능 ③ 보통 ④ 잘함 ⑤ 매우 잘함
	운동이나 신체활동을 정기적으로 할 수 있다	① 전혀 못함 ② 부분적 가능 ③ 보통 ④ 잘함 ⑤ 매우 잘함
	의사가 처방한 약을 규칙적으로 복용할 수 있다	① 전혀 못함 ② 부분적 가능 ③ 보통 ④ 잘함 ⑤ 매우 잘함
	외래방문 약속일을 지킬 수 있다	① 전혀 못함 ② 부분적 가능 ③ 보통 ④ 잘함 ⑤ 매우 잘함
5. 지지 체계 구축	자원연계 정도	① 매우 부족 ② 약간 부족 ③ 보통 ④ 양호 ⑤ 매우 양호
	사회적 고립도	□ 무슨 일이 일어났을 때 도와줄 사람이 있다 □ 문제가 생겼을 때 의논할 사람이 있다 □ 금전적인 문제에 대해 도와줄 사람이 있다 □ 밖에 나가 함께 어울릴 수 있는 사람이 있다 □ 아플 때 돌봐줄 사람이 있다
6. 수행 계획	예상 관리기간	□ 6개월
	서신 횟수	□ 0회 □ 1회(/) □ 2회(/) □ 3회(/) □ 4회(/) □ 5회(/) □ 6회(/)
	전화 횟수	□ 0회 □ 1회(/) □ 2회(/) □ 3회(/) □ 4회(/) □ 5회(/) □ 6회(/)
	방문 횟수	□ 0회 □ 1회(/) □ 2회(/) □ 3회(/) □ 4회(/) □ 5회(/) □ 6회(/)
	기타	

[서식 119]

의료급여사례관리 장기입원자 퇴원사정도구

퇴원 사정 대상자	성명		생년월일		성별	

질병 특성

진 단 명(현재)	
입원 시 주 호소	
입 원 경 로	□ ① 응급실 □ ② 외래 □ ③ 타병원 □ ④ 시설 □ ⑤ 기타
입 원 기 간	개월 일
입원 전 14일 이내 타 기관 퇴원여부	□ ① 종합병원 □ ② 재활병원/일반병원 □ ③ 요양병원 □ ④ 전문요양시설 □ ⑤ 없음

간호요구도

1) 의식수준은 어느 정도입니까?

□ ① 명료(alert) □ ② 기면(drowsy) □ ③ 혼미(stupor)
□ ④ 반혼수(semicoma) □ ⑤ 혼수(coma) □ ⑥ 혼돈(confusion)

2) 상처간호

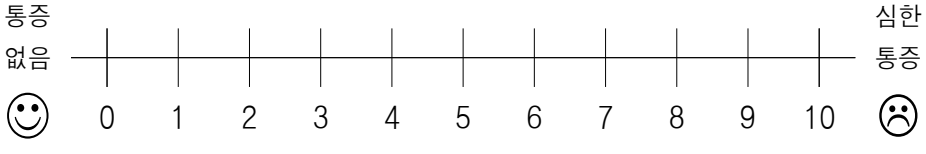
2-1) 상처간호가 필요한 부위가 있습니까 ?

□ ① 유 (2-2 문항으로 이동) □ ② 무

2-2) 있다면 조직손상의 정도는 ?

□ ① I 단계 □ ② II 단계 □ ③ III 단계 □ ④ IV 단계

3) 지난 1주일 간 통증의 정도는?



4) 일상생활에서 다음과 같은 동작을 할 때 다른 사람의 도움을 받는 정도에 ✔표로 표시하시오.

항 목	기능자립 정도		
	완전 자립	부분 도움	완전 도움
① 옷 벗고 입기			
② 세수하기			
③ 양치질하기			
④ 목욕하기			
⑤ 식사하기			
⑥ 체위 변경하기			
⑦ 일어나 앉기			
⑧ 옮겨 앉기			
⑨ 방 밖으로 나오기			
⑩ 화장실 사용하기			
⑪ 대변 조절하기			
⑫ 소변 조절하기			
⑬ 머리감기			

5) 영양공급경로는 어느 것입니까?

☐ ① 경구 ☐ ② 위관영양(L-tube, Gastrostomy 등) ☐ ③ 총 비경구영양(TPN)

6) 튜브(tube) 관리

구 분	유	무
인공호흡기(Ventilator)		
산소 공급(O_2)		
기관절개관(Tracheostomy)		
중심정맥관(C-line, port 등)		
유치도뇨관(Foley catheter)		
동정맥루관(Shunt)		
장루(Stoma)		
기타(자세하게 기술하세요)		

7) 규칙적으로 투여하는 약물의 투입경로는 어디입니까?

☐ ① 정맥(IV) ☐ ② 근육(IM) ☐ ③ 피하(SC) ☐ ④ 경구(oral) ☐ ⑤ 없음

개인적 특성

8) 자가 관리에 대한 자기효능감은 어느 정도입니까? 대상자의 응답에 따라 ✔표 하시오.

문 항	전혀 자신없다	거의 자신없다	보통이다	어느 정도 자신있다	매우 자신있다
① 신체의 변화를 관찰하고 확인 할 수 있다					
② 하루 세끼 규칙적으로 식사할 수 있다					
③ 운동이나 신체활동을 정기적으로 할 수 있다					
④ 의사가 처방한 대로 약을 규칙적으로 복용할 수 있다					
⑤ 외래방문 약속일을 지킬 수 있다					

9) 퇴원하실 생각이 있습니까?

☐ ① 없다 ☐ ② 있다

10) 퇴원의사와 상관없이 퇴원을 하지 못하는 이유는 무엇입니까?

☐ ① 주관적 건강/질병 인식
☐ ② 거주지 없음
☐ ③ 생계유지 곤란/경제적 어려움
☐ ④ 돌봄 제공자가 없음
☐ ⑤ 병원 통원치료의 어려움(교통문제 등)
☐ ⑥ 이유 없음

환경

11) 퇴원을 한다면 누구와 함께 살 예정입니까? (모두 선택)

☐ ① 환자 혼자/아무도 없음 ☐ ② 배우자 ☐ ③ 미혼 자녀 ☐ ④ 아들 부부
☐ ⑤ 딸 부부 ☐ ⑥ 부모 ☐ ⑦ 손자녀 ☐ ⑧ 친인척/친구
☐ ⑨ 간병인 ☐ ⑩ 기타( )

12) 퇴원을 한다면 환자를 주로 돌보아 주는 사람은 누구입니까? (모두 선택)

□ ① 환자 혼자/아무도 없음 □ ② 배우자 □ ③ 미혼 자녀 □ ④ 아들 부부
□ ⑤ 딸 부부 □ ⑥ 부 □ ⑦ 손자녀 □ ⑧ 친인척/친구
□ ⑨ 간병인 □ ⑩ 필요 없음 □ ⑪ 기타( )

13) 퇴원을 한다면 거주할 곳은 어디입니까?

□ ① 환자 소유/전·월세(주택/아파트/빌라/다세대주택)
□ ② 가족 소유/전·월세(주택/아파트/빌라/다세대주택)
□ ③ 일반생활시설(양로시설/장애인시설/노숙인시설/아동·청소년 양육시설)
□ ④ 전문요양시설(노인요양시설/중증장애인시설)
□ ⑤ 요양병원/재활병원/일반병원
□ ⑥ 기타( )
□ ⑦ 없음

의료급여관리사 종합의견

항 목	구 분
14) 퇴원사정 결과	□ ① 퇴원 불가 □ ② 퇴원 가능 □ ③ 퇴원 필수
15) 자원연계	□ ① 전문요양시설(노인요양시설, 중증장애인요양시설 등) □ ② 일반생활시설(양로시설, 장애인시설, 노숙인시설, 아동·청소년양육시설 등) □ ③ 재가서비스(가정간호, 방문건강관리[보건(지)소/보건진료소], 재가복지, 노인장기요양방문 등)
16) 종합 의견 (기술하시오)	

[서식 120]

의료급여수급자 장기입원내역 요청 서식 : 의료급여기관용

의료급여수급자 장기입원내역(의료급여기관용)

<table>
<tr><td>보장기관</td><td></td><td>수급자</td><td></td><td>생년월일</td><td></td></tr>
<tr><td>의료기관명</td><td colspan="3">의료기관 주소지</td><td colspan="2">환자평가군(최근)</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="7">입원내역</td><td>입원일자</td><td>입원일수</td><td>주상병코드</td><td>부상병코드</td><td>경유 병(의)원</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5">1. 상기 대상자가 귀 의료급여기관에 입원한 주 사유는 무엇입니까?
(일상생활능력정도, 의식정도, 각종 튜브 유무 등 구체적으로 작성)</td></tr>
<tr><td colspan="5">2. 상기 대상자는 계속 입원이 필요하다고 판단하십니까?
① 예( ) – 3번 문항으로 ② 아니오( ) – 5번 문항으로</td></tr>
<tr><td colspan="5">3. 계속 입원이 필요하다고 판단하는 사유는 무엇입니까?
(현 증상 및 요구되는 처치 또는 치료 방법 등)</td></tr>
<tr><td colspan="5">4. 계속 입원이 필요하다면 얼마나 더 입원을 해야 한다고 판단하십니까?</td></tr>
<tr><td colspan="5">5. 질환 외 기타 외부적인 요인 및 복합적인 문제가 해결이 된다면 퇴원이 가능하다고 생각하십니까?
(※ 외부요인 – 통원치료의 어려움, 거동 불가 및 돌봄 제공자 없음 등)</td></tr>
<tr><td>담당의사</td><td colspan="5">6. 진료과 :
면허번호 : 의사명 : (서명 또는 인)</td></tr>
</table>

우리 의료기관에 입원 중인 의료급여수급자의 입원내역을 제출합니다.

년 월 일

□□ 병원장

[서식 121]

의료급여수급자 장기입원내역 요청 서식 : 사회복지시설용

의료급여수급자 장기입원내역(사회복지시설용)

<table>
<tr><td>보장기관명</td><td></td><td>수급자명</td><td></td><td>생년월일</td><td></td></tr>
<tr><td>시설명</td><td colspan="5">시설 주소</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">입원내역</td><td>의료기관명</td><td>진료과</td><td>입원개시일</td><td>입원일수</td><td>상병명</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>입원경위</td><td colspan="5">※ 입원경위를 구체적으로 기재

연락처 :

작성자 직위 :　　작성자 :　　(서명 또는 인)</td></tr>
<tr><td colspan="6">우리 시설에 입소한 의료급여수급자의 입원내역을 제출합니다.

년　　월　　일

□□시설장</td></tr>
</table>

[서식 122]

의료급여사례관리 연중관리 대상자 기초조사서(외래)

□ 대상자 기본정보

대상자 성명					
대상자 주민등록번호		대상자 성별		대상자 나이	
대상자 주소		관할 행정동			
대상자 전화번호		대상자 휴대전화번호			
긴급연락처		긴급연락처(관계)			
의사소통능력	□ 가능 □ 불가능	대상자 학력			
주거점유형태		종교			
장애유형		장애정도			
대상자 동거 (여부)	□ 있다 □ 없다	대상자 동거 (돌봄가능여부)	□ 가능 □ 불가능		

1. 선정 기준	□ 대상자 통보명단 우선순위 상위 30% 이내 대상자 중 질병대비 다빈도 의료이용자 □ 대상자 통보명단 우선순위 상위 30% 초과 대상자 중 질병대비 다빈도 의료이용자 □ 대상자 통보명단 외 대상자 중 질병대비 다빈도 의료이용자	
2. 질병 현황	질병코드	질병명
3. 주관적 건강상태	① 매우 나쁘다 ② 나쁘다 ③ 보통 ④ 좋다 ⑤ 매우 좋다	
4. 건강 관심도	① 매우 낮다 ② 낮다 ③ 보통 ④ 높다 ⑤ 매우 높다	

5. 건강 삶의 질	운동능력	① 나는 걷는데 지장이 없다. ② 나는 걷는데 다소 지장이 있다. ③ 나는 종일 누워있어야 한다.
	자기관리	① 나는 목욕을 하거나 옷을 입는데 지장이 없다. ② 나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입는데 다소 지장이 있다. ③ 나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입을 수 없다.
	일상활동	① 나는 일상 활동을 하는데 지장이 없다. ② 나는 일상 활동을 하는데 다소 지장이 있다. ③ 나는 일상 활동을 할 수 없다.
	통증/불편감	① 나는 통증이나 불편감이 없다. ② 나는 다소 통증이나 불편감이 있다. ③ 나는 매우 심한 통증이나 불편감이 있다.
	불안/우울	① 나는 불안하거나 우울하지 않다. ② 나는 다소 불안하거나 우울하다. ③ 나는 매우 심하게 불안하거나 우울하다.
6. 의료 이용	이용 의료기관 전문수준	
	이용 의료기관 수	
	의약품 처방정도	
	물리치료 이용정도	
	입원 이용정도	
	제도 이해정도	

7. 자가 건강관리	질병관리	
	약물복용상태	
	생활습관관리	
8. 지지 체계관리	가족 내 지지체계	
	사회적 지지체계	
	자원연계	
9. 환경 관리	주거환경	
10. 수행 계획	서신 횟수	☐ 1회(/) ☐ 2회(/) ☐ 3회(/) ☐ 4회(/) ☐ 5회(/) ☐ 6회(/) ☐ 7회(/) ☐ 8회(/) ☐ 9회(/) ☐ 10회(/)
	전화 횟수	☐ 1회(/) ☐ 2회(/) ☐ 3회(/) ☐ 4회(/) ☐ 5회(/) ☐ 6회(/) ☐ 7회(/) ☐ 8회(/) ☐ 9회(/) ☐ 10회(/)
	방문 횟수	☐ 1회(/) ☐ 2회(/) ☐ 3회(/) ☐ 4회(/) ☐ 5회(/) ☐ 6회(/) ☐ 7회(/) ☐ 8회(/) ☐ 9회(/) ☐ 10회(/)
	기타	

[서식 123]

의료급여사례관리 연중관리 대상자 기초조사서(입원)

□ 대상자 기본정보

대상자 성명					
대상자 주민등록번호		대상자 성별		대상자 나이	
대상자 주소		관할 행정동			
대상자 전화번호		대상자 휴대전화번호			
긴급연락처		긴급연락처(관계)			
의사소통능력	□ 가능 □ 불가능	대상자 학력			
주거점유형태		종교			
장애유형		장애정도			
대상자 동거 (여부)	□ 있다 □ 없다	대상자 동거 (돌봄가능여부)	□ 가능 □ 불가능		

□ 입원관련 정보

의료기관명 및 코드		입원일		재원일수	
의료기관 사례관리 협조도	□ 매우 협조적 □ 부분적 협조 □ 보통이다 □ 별로 협조적이지 않다 □ 전혀 협조적이지 않다				
퇴원 후 거주지 여부	□ 있다 □ 없다				
의료기관 담당자		의료기관 연락처			
입원 전 14일 이내 타 기관 입원여부	□ 있다 □ 없다	면담자	□ 본인 □ 보호자 □ 기타( )		

1. 선정 기준	□ 전산시스템을 통해 발췌한 장기입원자 또는 입원관리 대상자 □ 의료기관 현황조사, 의뢰 등을 통해 발췌한 장기입원자 또는 입원관리 대상자	
2. 질병현황	질병코드	질병명
3. 주관적 건강상태	① 매우 나쁘다 ② 나쁘다 ③ 보통 ④ 좋다 ⑤ 매우 좋다	
4. 건강관심도	① 매우 낮다 ② 낮다 ③ 보통 ④ 높다 ⑤ 매우 높다	
5. 건강 삶의 질	운동능력	① 나는 걷는데 지장이 없다. ② 나는 걷는데 다소 지장이 있다. ③ 나는 종일 누워있어야 한다.
	자기관리	① 나는 목욕을 하거나 옷을 입는데 지장이 없다. ② 나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입는데 다소 지장이 있다. ③ 나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입을 수 없다.
	일상활동	① 나는 일상 활동을 하는데 지장이 없다. ② 나는 일상 활동을 하는데 다소 지장이 있다. ③ 나는 일상 활동을 할 수 없다.
	통증/불편감	① 나는 통증이나 불편감이 없다. ② 나는 다소 통증이나 불편감이 있다. ③ 나는 매우 심한 통증이나 불편감이 있다.
	불안/우울	① 나는 불안하거나 우울하지 않다. ② 나는 다소 불안하거나 우울하다. ③ 나는 매우 심하게 불안하거나 우울하다.

6. 의료이용	이용 의료기관 전문수준	
	이용 의료기관 수	
	의약품 처방정도	
	물리치료 이용정도	
	입원 이용정도	
	제도 이해정도	
7. 자가 건강 관리	질병관리	
	약물복용상태	
	생활습관관리	
8. 지지체계 관리	가족 내 지지체계	
	사회적 지지체계	
	자원연계	
9. 환경관리	주거환경	
10. 수행 계획	서신 횟수	□ 1회(/) □2회(/) □3회(/) □4회(/) □5회(/) □ 1회(/) □2회(/) □3회(/) □4회(/) □5회(/)
	전화 횟수	□ 1회(/) □2회(/) □3회(/) □4회(/) □5회(/) □ 1회(/) □2회(/) □3회(/) □4회(/) □5회(/)
	방문 횟수	□ 1회(/) □2회(/) □3회(/) □4회(/) □5회(/) □ 1회(/) □2회(/) □3회(/) □4회(/) □5회(/)
	기타	

[서식 124]

의료급여사례관리 자원연계 의뢰서

<table>
<tr><td rowspan="3">서비스
대상자</td><td>성 명</td><td colspan="2"></td><td>나 이</td><td></td></tr>
<tr><td>주 소</td><td colspan="2"></td><td>전화번호</td><td></td></tr>
<tr><td>신청사유</td><td>주요문제
및 욕구</td><td></td><td>필요
서비스</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">연계의뢰
사항</td><td rowspan="2">의뢰
대상기관</td><td>명 칭</td><td></td><td>담당자</td><td></td></tr>
<tr><td>주 소</td><td></td><td>전화번호</td><td></td></tr>
<tr><td>의뢰
서비스</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

1. 본 기관의 대상자에게 전문적 서비스 제공을 통해 효과적인 문제해결을 지원하고자 상기 서비스에 대하여 귀 기관·단체로 서비스 실시를 의뢰하오니,
2. 서비스 제공가능 여부 및 서비스 계획(서비스 내용 또는 제공방법, 담당자, 기타 필요한 사항)을 회신(서면, 전화 등)하여 주시기 바랍니다.
3. 개인정보보호법 제19조에 의거, 상기 신청인의 정보가 요청한 서비스 제공 목적 외에 사용되지 않도록 개인정보보호에 만전을 기하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

담 당 자 : (직) 성명
문의 전화번호 :
담 당 기 관 :

○○시장·군수·구청장 (인)

[서식 125]

공공 및 민간 서비스 연계를 위한 개인정보 제3자 제공 동의서

의료급여사례관리사업은 개인정보보호법 제17조 제1항제1호에 의하여 본 사업 외 공공 및 민간 서비스 연계를 위한 본인의 동의가 필요합니다. 개인정보 항목의 제3자 제공 목적, 제공 항목 및 보유기간을 안내 드리오니 자세히 읽어 보신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

■ 개인정보 제3자 제공(목적·항목·제공처) 내용

제공받는 자	제공목적	제공 항목	보유기간
공공부문 사례관리사업 (방문건강관리사업, 중증정신질환관리사업, 중독관리사업, 통합사례관리사업, 노인맞춤돌봄서비스, 자활사례관리, 드림스타트) 수행기관 및 관련 민간기관	공공 및 민간 서비스 연계	- 대상자 정보 (성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호) - 사례관리 정보 (의료급여사례관리 이력)	서비스 연계 동의서 작성 후 5년 (의료급여수급 유지 조건)

※ 개인정보 수집·이용에 따른 관련 근거

- 성명, 주소, 전화번호, 의료급여사례관리 이력 :「개인정보보호법」 제15조,「의료급여법」 제5조의2 「국민기초생활보장법」 제21조,「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제5조
- 주민등록번호 :「의료급여법」 시행령 제21조

■ 동의를 거부할 권리 안내

○ 귀하는 상기 개인정보를 제3자에게 제공하는데 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 공공 및 민간 서비스 연계에 제한을 받을 수 있습니다.

■ 제3자 제공에 관한 동의

○ 위와 같이 제3자 제공에 동의하십니까? [ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음

20 년 월 일

본인 성명 (서명 또는 인)

※ 만 14세 미만 아동인 경우 반드시 법정대리인의 동의가 필요함.

20 년 월 일

본인 성명 (서명 또는 인)

법정대리인 성명 (서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

[서식 126]

시·도 관외 입원자 사례관리 의뢰서

성명		생년월일		주상병명	
전화번호		주소			
입원 의료기관명		입원 의료 기관 기호		입원 의료기관 재원일수	일
보장기관 간 거리*	Km (소속 시군구↔의료기관 시군구)	요양병원 환자평가군		평가시기	20 년 월
		입원 의료 기관 주소			
의뢰사유					
기타 특이사항					
보장기관명		관리사명		담당전화번호	

* 보장기관 간 거리 : 포털사이트 > 지도 > 길찾기 > 자동차 최단거리

제 8 편

부 록

1. 의료급여 연혁
2. 의료급여 수급자 현황
3. 양육·간병 또는 보호로 인한 근로가 곤란한 수급권자 인정 기준
4. 수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목과 부담률
5. 경증질환 약제비 본인부담 차등적용 질환 목록
6. 의료급여 희귀질환자 및 중증난치질환자 산정특례 대상
7. 중증질환자 산정특례 대상
8. 의료급여일수 연장승인 안내
9. 행정처분의 기준
10. 과징금의 부과 기준
11. 의료급여와 건강보험 제도 비교

1 의료급여 연혁

연 도	내 용
1961	• 생활보호법 제정(12월) ※ 의료보호에 관한 규정 최초 제정 : 시행령 미비로 미실시
1976	• 생활보호자를 대상으로 주로 국공립 의료기관에서 무료 의료구호 사업으로 실시(10월)
1977	• 의료보호에관한규칙 제정(1월) - 생활보호의 일부분으로 의료보호사업 시작
	• 의료보호법 제정(12.31) - 생활보호대상자, 사회복지시설 수용자, 이재자, 국가유공자, 중요무형문화재 등을 대상으로 의료보호사업을 독자적으로 실시 - 1종 거택보호자 황색카드, 2종 자활보호자 녹색카드로 구분
1978	• 의료보호법시행령 제정(5.23)
	• 의료보호법시행규칙 제정(9.1) - 1종은 보호비용 전부, 2종은 1차 진료시 보호비용 전부, 2차 진료시 보호비용의 30%를 의료보호기금에서 지원
	• 의료보호법 개정(12.6) : 월남귀순용사에 대하여 의료보호 실시
	• 의료보호법시행령 개정(12.30) - 2종 대상자의 2차 진료 본인부담율 70→50% 하향 조정
1979	• 개정 의료보호법에 의한 의료보호사업 본격 실시 - 의료보호법에 의한 의료보호 내용 확충·강화, 1차 진료와 2차 진료 구분, 진료권 설정, 의료보호기금 설치, 2차 진료시 비용대불제 도입
1980	• 의료보호법시행령 개정(11.5), 동법 시행규칙 개정(12.12) - 1981년부터 2종 자활보호자와 유사한 자를 3종(백색카드)으로 신설
1981	• 의료보호법시행령 개정(12.31) : 의료기관에 보건지소·보건진료소 추가
1982	• 의료보호법시행규칙 개정(4.13) : 의료보호 진료비 심사를 전문심사기관에 위탁, 1977~1982. 5 시군구에서 심사
	• 의료보호법시행령 개정(6.30) : 2차 진료 본인부담율을 50~80% 범위 내에서 지역별로 장관이 정하도록 함
	• 의료보호법시행규칙 개정(6.30) : 3종대상자를 2종대상자로 흡수 통합
1985	• 의료보호법시행령 개정(12.31) : 의료부조 신설하여 1차진료시 진료비의 1/3, 2차진료시 진료비의 40~60% 지원하도록 함

연 도	내 용
1986	• 의료보호법시행규칙 개정(1.6) - 진료비청구를 전문심사기관에 직접 의뢰(시·군·구 경유 폐지) - 입원수술이 필요한 환자는 제2차진료기관에 의료보호를 신청
1987	• 대도시 2종대상자 입원진료비 본인부담률 완화(50 → 40%) • 의료부조대상자 입원진료비 본인부담률 완화(60 → 50%)
1988	• 심사기구 통폐합 : 의료보험관리공단 업무를 의료보험연합회로 이관
1989	• 정신과 입원 수가에 정액제 도입(1월)
	• 전국민 의료보험 시대 개막(7월)
1990	• 의료보호수가를 의료보험과 일치(정신과, 가산료 제외) - 외래진료비 수가가 방문당 수가에서 행위별 수가로 전환 - 의료보험대상자의 자격관리를 의료보험관리공단에 위탁하여 전산관리
	• 의료보호법시행령 개정(12.31) : 2종대상자, 의료부조 대상자 본인부담률을 각각 30%, 40%로 인하 조정
1991	• 보건기관에 대한 외래정액비용은 시군구에서 직접 지급하고 관리공단에서 전산 처리(1월)
	• 의료보호법 전면 개정(3.8) - 보호기간을 무제한에서 연간 180일로 제한, 시·군·구 의료보호 심의위원회에서 연장할 수 있도록 함 - 부당이득의 징수 규정 도입 및 자료제출 요구권 강화 - 보건사회부장관의 권한을 대통령령이 정하는 바에 따라 시·도지사 또는 전문 기관에 위임할 수 있도록 함
	• 의료보호법시행령 전면 개정(9.6) - 분만비 지급 규정 동비, 진료지구별 진료, 타지역진료승인제 - 2종, 의료부조대상자의 2차진료 본인부담율 20%로 통합 - 대상자 전산관리, 의료보호증 발급, 개인별 진료내역 관리를 공무원 및 사립 학교교직원 의료보험관리공단에 위탁 - 진료비 심사를 의료보험연합회에 위탁
1993	• 의료보호법시행령 개정(1992.12.31) : 한방의료보호 실시
	• 의료보호법 개정(6.11) - 귀순북한동포보호법의 적용을 받는 자 및 가족에 대한 의료 보호 실시
1994	• 의료보호법시행령 개정(1993.12.31) - 전국민의료보험 실시로 의료부조제도 폐지 - 의료보호 2종 대상자 1차 진료시, 방문당 1천원씩 본인부담금(보건기관 제외/ 종전 무료) 적용하여 남수진 방지

연 도	내 용
1995	• 의료보호법시행령 개정(3.4) - 2종 대상자 1차 진료시 본인 부담금 1,000 → 1,500원으로 조정
	• 의료보호법 개정(8.4) - 의료보호기간 연간 180일 이내 → 210일 이상 - 65세 이상 노인, 등록장애인, 국가유공자 중 상이자 등은 보호기간의 제한을 없앰(1996.1.1시행) - 제1차진료기관 지정을 시·도지사 → 시장·군수·구청장이 행함
1996	• 의료보호법시행령 개정(1995.12.29), 1996. 1.1 시행 - 보호기간을 210 → 240일로 연장 - 의료보호진료기관이 행한 진료·약제의 지급 등 의료보호의 내용에 대한 검사 권한을 시도지사에게 위임
	• 백납, CT촬영 및 판독, 레이저 또는 초음파에 의한 체외충격쇄석술 보호대상으로 인정(1월)
	• 의료보호법 개정(12.30) : 의사상자에 대한 의료보호 적용 시점을 행위를 한 날로 소급할 수 있도록 함
1997	• 의료보호 수가에 의료기관 종별 가산율 적용 시작(1월, 의료보호 가산율 : 3차 진료기관 10%, 종합병원급 7%, 병원급 5%, 의원급 3%) • 장애인보장구 : 지팡이, 저시력보조기(안경, 돋보기 또는 망원경), 보청기(체외용), 전기후두를 보호 대상에 포함(1월)
	• 의료보호법시행령 개정(2.19) - 의료보호기간 240 → 270일로 확대 - 보호기관의 타진료지구 진료승인제 폐지
	• 의료보호법시행규칙 개정(9.1) - 의료보호증 외관을 의료보험증과 동일하게 통일 - 의료보호를 받기 위한 사전절차 및 관련서식을 간소화
1998	• 의료보호법시행령 개정(2.24) - 시군구 의료보호심의위원회의 심의사항 중 입원기간연장승인사항 삭제 - 의료보호기간 270 → 300일로 확대 • 장애인 보장구 급여범위 확대, 분만보호시 입원기간 제한규정을 삭제, 분만비 지급기준을 의료보험과 통일
	• 의료보호 종별 가산율을 의료보험의 1/2 수준으로 확대(6.1) - 3차 진료기관 15%, 종합병원급 11%, 병원 7%, 의원 5%

연 도	내 용
	• 의료보호법시행규칙 개정(6.30) : 입원기간 연장승인제도 폐지 • 장애인 보장구(지팡이, 목발, 흰지팡이) 급여절차 간소화 • 한시적 생계보호자 98년 31만명, 99년 57만명으로 확대 결정
	• 의료보호환자에 대한 진료지구 폐지(의료보호법 개정안 협의 시작, 9.4.)
1999	• 의료급여법 개정(2.8) - 시군구 의료보호심의위원회의 입원진료의 적정성여부 심의 폐지 - 의료보호진료지구제도 폐지, 제1차 및 제2차진료기관 지정제도 폐지
	• 의료보호법시행령 개정(6.30) : 의료보호기간 300 → 330일로 확대
	• 국민기초생활보장법 제정(9.7)
	• 의료보호법시행규칙 개정(10.2) - 제3차기관 제외한 모든 진료기관을 의료보호진료기관으로 당연지정 - 의료보호증 미제출시 사유신고서 제출의무를 면제하고, 진료개시일 7일 이내 진료기관에 의료보호증 제시하면 의료보호 인정 • 의료보호의 기준 개정(10.10시행) - 등록장애인에 대하여 의료보장구 보호범위를 확대 - 의료보호 정신과 입원수가 17.5%와 급식비 8.4% 인상(11.15.)
2000	• 정신과수가 차등 진료수가 제도 시행(1.1) - 외래진료수가 구조개선 및 낮병동 수가 신설 등 제도 개선 • 국민기초생활보장법 시행(10.1시행) • 의료보호법시행령 개정(6.27) - 의료보호기간 330 → 365일로 확대(7.1시행) - 의약분업시행(7.1)에 따라 의료기관, 약국에 대한 기금부담비율 조정 • 인간문화재 지원 제한 철폐, 연령하한도 철폐
2001	• 의료급여법 전면 개정(5.24, 의료보호법 폐지) - 중앙의료급여심의위원회 설치, 의료급여수급기간 폐지, 요양비 신설, 건강검진 규정, 의료급여 제한 범위 축소 등
	• 의료급여법시행규칙 개정(10.9) - 의료급여기관간의 역할분담을 위해 단계별 진료절차를 규정 - 의료급여관련 서류보존기간을 2 → 5년으로 연장 - 요양비 지급(의료급여기관 외의 장소에서 출산, 만선신부전증 환자가 복막관류액을 의약품판매업소에서 구입한 경우) - 의료급여기관의 부당청구 방지를 위하여 서류제출명령 위반, 관련 공무원의 질문·검사 거부·방해·기피시 업무정지처분기간 : 90일 → 1년, 과징금부과기준 : 총부

연 도	내 용
	당금액의 4배 또는 5배로 강화 - 진료비 지급업무를 시·군·구에서 건강보험공단으로 위탁
2002	• 의료급여법시행규칙 개정(2001.12.31), 2002. 1.1시행 - 급여일수를 365일로 제한, 정신질환 등 11개 질환군에 대해 30일 추가 인정하고, 계속급여 필요시 연장승인제 도입 - 1종수급권자 입원시 식대 중 일부 본인부담(1식 중 680원) (3.1시행)
	• 보건복지부에 의료급여과 신설(5월) • 심사평가원에 의료급여실을 신설(4월)
	• 의료급여비 청구경향 통보 실시(7월)
	• 혈액투석수가 정액제로 전환(10월) : 방문일당 136,000원
2003	• 의료급여법시행령 개정(1.2) : 1종수급권자 범위 조정 - 18세 미만자, 65세 이상자, 중증장애인, 3월이상 치료 또는 요양이 필요한 자, 임산부, 병역의무 이행자 만으로 구성된 경우 - 본인부담보상금제 실시 : 매 30일간 30만원 이상시 1/2 보상 • 의료급여법시행규칙 개정(1.24) : 본인부담 보상금제 절차 규정, 요양비 지급 절차를 공단에서 시장·군수·구청장에서 지급토록 함 • 정신과 수가 인상(1월) : 입원수가(식대포함) 10.04%, 외래수가 10.6% • 식대는 5.3%인상(1월) • 의료급여관리요원 배치(1월)
	• 의료급여법 개정(5.15) - 중요무형문화재 명예보유자에 대한 의료급여 실시
2004	• 의료급여법시행령 개정(2003.12.30), 2004. 1.1시행 - 차상위 희귀/만성질환자에 대한의료급여 실시 - 2종 본인부담율 인하 : 20% → 15% - 본인부담보상금 기준 완화 : 30 → 20만원 • 의료급여법시행규칙 개정(2003.12.31), 1.1시행 - 한센병자 또는 장애인 등에 대한 의료급여 절차 완화 - 장애인보장구 급여시 행정기관에서 확인가능한 서류 제출 생략
	• 정신과 수가 입원수가 인상(1월) : 7.7% • 급여일수 사후 승인제 실시(1월) • 행려환자의 연고자 기준을 부양의무자로 축소(1월) • 의료급여관리요원 확대 배치(1월, 80개 시군구)

연 도	내 용
	• 의료급여법 개정(3.5) : 입양촉진 및 절차에 관한 특례법에 의하여 국내 입양된 18세 미만 아동에 대해 의료급여 실시
	• 의료급여 대상 현역사병 의료급여 실시(4.28)
	• 의료급여법시행령 개정(6.29), 7.1시행 - 의료급여 본인부담상한제(6개월 120만원) 실시 ※ 시행규칙 개정(7.6) : 본인부담상한제 절차 마련 - 의사상자의 경우 의사상 행위시로 소급하여 의료급여 실시
2005	• 의료급여법시행령 개정(2004.12.30), 2005. 1.1시행 - 차상위계층 12세 미만 아동에 대한 2종 의료급여 실시 - 자연분만 및 신생아에 대한 입원진료시 본인부담금 면제 - 국내에 입양된 18세 미만 아동에 대한 1종 의료급여 실시 • 희귀난치성 질환 확대(1.1) : 74개 → 98개
	• 의료급여법 시행규칙 개정(6.29) - 의료급여비용심사청구서 및 의료급여비용명세서의 제출은 전산기록장치에 의한 자기매체 또는 전자문서교환방식에 의함 - 전동휠체어, 전동스쿠터, 정형외과용 구두 등 장애인보장구 급여범위 확대 (4.22부터 적용)
	• 의료급여법 시행령 개정(11.11) - 등록된 중증질환자에 대한 본인부담률 경감 : 15 → 10%(9.1부터 적용)
	• 의료급여법 개정(12.23) - 급여비용의 청구에 관한 서류보존(5년) - 약국 등 보건복지부장관이 정하는 의료기관의 처방전의 보존기간(3년) - 서류보존 의무위반 : 100만원 이하의 과태료
2006	• 희귀난치성 질환 확대(1월) : 98개 → 107개
	• 의료급여법 시행령 개정(2006.2.2) - 차상위계층 의료급여 지원대상을 12 → 18세 미만으로 확대 - 6세 미만 아동의 입원진료시 본인부담금 면제(2006.1.1부터 적용)
	• 의료급여법 시행규칙 개정(2006.4.13) : 서류보존의무를 위반한 의료급여기관에 대한 과태료 부과·징수절차 규정 • 의료급여관리사 전국 시군구에 확대 배치(234명)
	• 사회복지법인 개설 의료급여기관 외래수가 행위별수가로 전환(5.1)
	• 의료급여식대 추가급여 실시(6.1) (건강보험에서 비급여로 적용되던 식대가 급여로 전환됨)

연 도	내 용
	⇒ 일반식 : 3,390원, 치료식 : 4,030원, 멸균식 : 9,950원 • 본인부담면제대상자(행려자, 6세 미만 아동, 자연분만 산모) 식대 본인부담금 면제 • 등록된 중증질환자 식대본인부담금 10%로 경감
	• 의료급여혁신종합대책 수립(7.28) - 의료급여혁신기획단(단장 : 사회복지정책본부장), 의료급여제도혁신위원회 (위원장 : 문옥륜 서울대 교수) 운영
	• 급여일수 연장승인제도를 사전승인제로 변경(8.16) • 차상위수급권자 선정기준 개정(9.1) - 부양의무자 범위조정(사위, 며느리 포함), 자동차 기준 변경, 부양능력 판정기준 조정, 진단서 첨부 • 장애인보장구 지급절차 개정(9.15) : 보장구 처방전 발급 대상을 장애 등급 판정의사로 제한, 보장구 지급 전에 보장기관의 승인을 받도록 하고, 보장구 제작·판매업자의 대행 신청 금지 • 의료급여일수 365일 초과자에 대한 사회복지전담공무원 전수조사 실시(8~9월)
	• 의료급여법 개정(10.4) : 난민에 대한 의료급여 실시 근거 마련
2007	• 의료급여법 개정(2006. 12.28), 시행 2007. 3.29 - 부양의무자를 “1촌의 직계혈족 및 그 배우자”로 축소 - 진료비의 급여대상 여부 확인 - 수급권자 입원진료시 보증금 청구금지 - 제3자의 고의, 과실로 인한 상해에 대해 의료급여 우선 실시
	• 의료급여법 시행령 개정(2.28, 시행 7. 1) - 1종수급권자 외래진료시 일부 본인부담제 도입 ※ 1종수급권자 외래 진료시 1차(의원) : 1천원, 2차(병원, 종합병원) : 1.5천원, 3차(지정기관) : 2천원, 약국 : 500원, CT, MRI, PET 등은 급여비용의 5% - 1종수급권자 본인부담 상한제 도입 ※ 매 30일간 2만원 초과시 50%, 5만원 초과시 100% 환급
	• 의료급여법 시행규칙 개정(3.27) - 인체면역결핍증바이러스 질환자 의료급여 상한일수 제외(시행 3.27) - 파스 등 진통·진양·수렴·소염제인 외용제제 본인부담 부과기준 마련, 가정산소치료 요양비 지급(시행 4.28) - 선택의료급여기관제 도입(시행 7. 1) - 1종수급권자 건강생활유지비(1인당 월6천원) 지원근거 마련(시행 7.1)

연 도	내 용
	• 의료급여관리사 205명 증원(4월) : 234 → 439명
	• 의료급여 사례관리사업지원단 설치·운영(5월, 훈령 제189호)
	• 11개 시군구에 의료급여 텔레케어센터 시범사업 실시(6월)
	• 의료급여 자격관리 시스템 구축·운영(시행 7.1)
2008	• 의료급여법 시행규칙 개정(2007.12.28), 시행 2008. 1. 1 - 요양병원형 일당 정액수가제 도입 - 의료급여기관 과징금 부과기준 세분화 ※ 업무정지 10일 : 2배, 10~30일 : 3배, 30~50일 : 4배, 50일 이상 : 5배
	• 의료급여관리사 60명 증원(439 → 499명)
	• 의료급여법 시행령 개정(2.19, 시행 4.1) - 차상위 수급권자 중 희귀질환, 중증난치질환자 건강보험가입자로 전환
	• 의료급여 정신과 수가제도 개선(7월, 시행 10.1) - 의료인 등 인력확보 수준에 따른 수가차등제 도입
	• 의료급여법 시행규칙 개정(11.26) - 의료급여증 제시의무 완화(신분증 + 전산시스템 확인) - 자동복막투석시 소요되는 소모성재료 요양비 지급 - 임신·출산 진료비 20만원 지원(12.15) : 임신·출산 진료비에 대하여 20만원 범위내에서 본인이 부담하는 비용을 지원, 1일 4만원 한도 내에서 출산 예정일에서 15일이 지난 날까지 사용
2009	• 의료급여 정신질환 정액수가 청구방법 변경(1.1) - 서면청구 폐지, 전산청구로 변경 - 정신질환 정액수가 청구시 행위별 진료내역을 명세서에 기재
	• 의료급여법 시행령 개정(2.6, 시행 4.1) - 차상위수급권자 중 만성질환자, 18세 미만 아동 건강보험 가입자로 전환
	• 의료급여법 시행령 개정(3.31) : 2종 본인부담금 상한제 적용기준 매6월에 120만원 → 60만원으로 인하('09.1.1로 소급적용)
	• 의료급여법 시행령 개정(2.6, 시행 4.1) - 의료급여 차상위 2종(만성질환자, 18세 미만 아동) 건강보험으로 전환
	• 의료급여법 시행령 개정(5.23, 시행 6.1) - 의료급여 2종 수급권자의 입원 본인부담율 15% → 10%인하 • 사회복지시설 내에서의 촉탁의 처방 허용('09.6.1시행) - 장기요양기관에서 사회복지시설 전체로 확대

연 도	내 용
	• 의료급여법 시행규칙 개정(10월) : 전염병 등 긴급한 사유가 있는 경우 의료급여 진료절차 예외 인정할 수 있는 근거 규정 마련 • 의료급여법 시행령 개정(12월) - 근로능력 판정제도 개선 및 중증환자 본인부담률 10% → 5% 인하(2010.1.1. 시행, 단, 등록 암환자 본인부담 인하는 2009.12.1. 시행)
2010	• 의료급여법 시행규칙 개정(2.26, 시행 3.1) - 임신·출산 진료비의 지원범위 확대 : 출산 전후 산모의 건강 관리와 관련된 진료비도 지원, 출산예정일에서 60일이 지난 날까지 사용 - 수급권자가 둘 이상의 의료급여기관을 방문하여 동일상병으로 동일 성분 의약품을 6개월 동안 215일 이상 처방·조제 받을 수 없도록 제한 - 의료급여기관에 대한 행정처분 감경 근거 신설 등
	• 의료급여법 시행규칙 개정(9.7) - 임신·출산진료비 지원액 30만원으로 인상
	• 의료급여법 시행령 개정(9.17, 시행 10.1) - 의약품 거래 투명성을 높이기 위해 약제 급여비용 산정시 저가 구매에 인센티브를 부여하는 시장형 실거래가 제도를 도입하되, 수급권자의 본인 부담금은 약제의 실제 구입금액(인센티브 제외) 기준으로 부과할 수 있도록 약제에 대한 본인부담비율 규정 정비
	• 의료급여 희귀질환, 중증난치질환자 등록제 실시(12.1)
	• 의료급여법 시행규칙 개정(12.15) - 양질의 장애인 보장구를 제공하기 위하여 국민건강보험공단에 등록한 업소에서 등록된 품목을 구입한 경우에만 의료급여를 지원 - 전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지에 대하여 의료급여 실시 등
2011	• 의료급여법 시행규칙 개정(3.29, 4.1 시행) - 임신·출산진료비 지원액 40만원으로 인상 - 임신·출산진료비 1일 사용가능한 범위 6만원으로 확대 - 분만을 위한 입원진료시 1일 사용범위 제한 없음
	• 의료급여법 개정(3.30, 7.1 시행) - 보장기관을 시·군·구에서 시·도까지 확대 - 사례관리사업 근거 마련
	• 의료급여법 시행규칙 개정(7.4) - 제1형 당뇨병 소모성재료 요양비 지급(300원/개, 1일 4개까지)

연 도	내 용
2012	• 의료급여 시행규칙 개정(3.30, 시행 4.1) - 임신·출산진료비 지원액 50만원으로 인상
	• 의료급여법 시행령 개정(6.7) - 노숙인 의료급여 1종 부여(시행 6.8) - 75세 이상 수급자의 완전틀니에 대한 의료급여 적용(시행 7.1) (1종 본인부담금 20%, 2종 30%)
	• 의료급여수가의 기준 및 일반기준(고시) 개정(시행 6.11) - 에이즈질환자 희귀질환, 중증난치질환자 선택등록제 시행 - 노숙인 유형의 진료비 청구코드 신설
	• 의료급여법 시행규칙 개정(6.27) - 다태아 임신·출산진료비 70만원 지급(시행 7.1) - 보장구 급여지급청구 처리기간 단축(20일 → 10일)
	• 의료급여법 시행규칙 개정(11.21) - 의료급여사례관리사 자격·배치기준 등 규정 - 의료급여기금으로 사례관리사업 수행 근거 마련 - 급여비용 심사청구 방식 및 심사결과 통보방식 개선
	• 의료급여 제도개선 T/F 활동 보고(11.29) - '12.1월~'12.7월까지 의료급여 전문가 T/F 운영(학계, 연구소, 공무원 등) - 정책토론회, 공청회 등을 통해 각계·각층 의견수렴 - 희귀질환, 중증난치질환 추가 등으로 촘촘한 의료안전망 구축, 반면 중복투약· 정상적인 장기입원 등 불합리한 의료급여 남용에 대한 개선대책 마련 발표
2013	• 타법수급권자(국가유공자, 북한이탈주민, 중요무형문화재) 자격요건 개선 및 행복e음을 통한 소득재산 조사 실시(3.4)
	• 임신·출산 진료비 등의 의료급여기준 및 방법(고시) 개정(시행 4.22) - 임신·출산 진료비 이용기관을 한방의료기관으로 확대하고, 이용권의 1일 6만원 사용 한도를 폐지함
	• 의료급여법 개정(2013.6.12), 시행 2013.6.12 - 의료급여 수급권자 범위 규정 보완(이재민, 노숙인 등) - 의료급여비용 심사청구 대행 근거 마련 - 임신·출산진료비 지원 근거 마련 - 의료급여기관과 연대하여 '명의를 대여하여 의료급여기관을 개설한 자'에게 부당이득을 징수할 수 있는 근거 마련 - 의료급여 사업을 위한 자료요청 근거 마련

연 도	내 용
	- 징수(또는 지급, 반환)하여야 할 금액이 2천원 미만인 경우 이를 징수(또는 지급, 반환) 하지 않음 • 의료급여법 개정(2013.6.12), 시행 2013.12.13 - 타법수급권자의 인정절차 마련 - 의료급여증 유효기간 규정 삭제, 자격 증명서 범위 확대 및 제시의무 완화 - 업무정지처분의 효과 승계 근거 마련 - 포상금 지급제도 근거 마련 및 장려금 제도 시행
	• 의료급여법 시행령 개정(2013.6.11), 시행 2013.7.1 - 의료급여 틀니 급여범위 확대(완전틀니 → 부분틀니 추가)
	• 의료급여법 시행규칙 개정(2013.7.1) - 선천성 신경인성 방광환자의 자가도뇨 소모성재료 요양비 지급(1일 6개 까지)
	• 의료급여기관 간 동일성분의약품 중복투약 관리에 관한 기준(고시) 개정(8.1) - 중복투약 약제비 전액 본인부담 부과대상에 선택의료급여기관 이용자를 포함하고, 암환자 등 중증질환자는 제외함
	• 의료급여법 시행령 개정(2013.9.3), 시행 2013.10.1 - 암환자 등 중증질환을 가진 사람을 희귀질환, 중증난치질환을 가진 사람과 동일하게 의료급여 1종수급권자에 포함시켜 급여비용의 부담을 면제하고, 본인 외의 세대 구성원은 근로능력평가 결과에 따라 자격을 부여함 • 의료급여법 시행규칙 개정(2013.9.3), 시행 2013.10.1 - 암환자 등 중증질환을 가진 사람의 단계별 의료급여절차 적용을 제외하고 의료급여일수 산정을 기존 기타 질환군 합산에서 각 질환별 연간 365일로 별도 산정함
	• 의료급여법 시행규칙 개정(2013.10.1) - 자세보조용구 장애인보장구 구입비 지급
	• 의료급여법 시행령 개정(2013.9.3), 시행 2013.10.1 - 암환자 등 중증질환을 가진 사람을 희귀질환, 중증난치질환을 가진 사람과 동일 하게 의료급여 1종수급권자에 포함시켜 급여비용의 부담을 면제하고, 본인 외의 세대 구성원은 근로능력평가 결과에 따라 자격을 부여함
2014	• 의료급여법 개정(2014.1.28), 시행 2014.7.29 - 급여비용 심사기관의 이의신청 결정에 대한 행정심판을 중앙행정심판 위원회 에서 복지부의 건강보험분쟁조정위원회로 이관
	• 의료급여법 시행령 개정 (2014.7.16), 시행 2014.7.29 - 건강보험분쟁조정위원회에 행정심판을 청구하는 절차·방법 및 결정 등에 관한 사항을 정함

연 도	내 용
	- 75세 이상 노인의 치과임플란트를 의료급여에 포함 - 수급권자의 의료비 경감을 위하여 의학적 필요성이 낮았던 치료방법이나 비용 대비 효과가 확실하지 아니한 최신 의료기술 등을 의료급여 대상에 포함
	• 의료급여법 시행규칙 개정 (2014.11.19), 시행 2014.11.19 - 수급권자가 본인부담금 또는 기금부담분의 초과금액의 지급을 청구할 때 제출하여야 하는 본인부담금의 영수증 사본을 제출하지 아니하도록 함
	• 의료급여수가의 기준 및 일반기준(고시) 개정 (2014.11.19) - 의료급여 본인일부부담금 산정특례 재등록 신청 관련 사항 명시
2015	• 중증질환 중 뇌혈관질환·심장질환 지원대상 확대(건보고시 개정 2015.1.8) 시행 2015.2.1 - 고시에서 정한 수술(입원) 받은 경우 → 수술, 약제투여, 입원 받은 경우
	• 의료급여법 시행령 개정(2015.7.1), 시행 2015.7.1. - 70세 이상 노인틀니(금속상 및 레진상완전틀니, 클라스프형 부분틀니) 및 치과 임플란트 급여 확대 적용 - 2종 수급권자인 고위험 임신부 입원진료비 본인부담 경감(10 → 5%) • 의료급여법 시행규칙 개정(2015.7.1), 시행 2015.7.1. - 의료급여 2종 수급자의 장애인보장구 구입비 본인부담 완화
	• 의료급여수가의 기준 및 일반기준(고시) 개정(2015.8.28.), 시행 2015.9.1. - '의료질평가지원금'은 의료급여비용의 산정에 적용하지 않기로 함
	• 의료급여법 시행령, 시행규칙, 고시 개정(2015.10.30.), 시행 2015.11.1. - 고시에서 정하는 경증질환으로 종합병원 이상급 기관을 이용하는 경우 약국 약제비 본인부담을 500원(정액) → 3%(정률) 로 변경 • 의료급여법 시행규칙 개정 (2015.11.1.), 시행 2015.11.1. - 8세 미만 소아의 야간 및 공휴일 의료급여절차 완화(제2차의료급여기관에 우선 신청 가능)
	• 희귀질환, 중증난치질환 산정특례 지원대상 확대(건보고시 개정 2015.11.17.) 시행 2015.12.1. - 선천성심장질환 12종 추가 • 의료급여법 시행규칙, 고시 개정(2015.12.31.), 시행(2016.1.1.) - 당뇨병 소모성재료 요양비 확대 및 인공호흡기 요양비 신설 - 장애인 보장구 급여 확대(지원품목 확대 및 기준액 인상 등)
2016	• 의료급여 요양비(당뇨소모성재료 급여 확대 및 재가 인공호흡기 신설 등) 및 장애인보장구 급여 확대(의료급여법 시행규칙 개정, 1월 시행)

연 도	내 용
	• 의료취약지에 소재한 지역응급의료기관에 내원하는 수급자에 대한 부담 완화(응급의료 관리료 전부 부담→본인일부부담금만 부담, 의료급여법 시행 규칙 개정, 1월 시행) • 의료법 등 위반사실 있는 의료급여기관의 급여비용 청구에 대한 지급보류 근거 및 지급보류 전 절차 마련(의료급여법 및 같은 법 시행령 개정, 6월 시행) • 65세 이상 노인틀니 및 치과임플란트 급여 확대 적용 및 2종 수급권자 제왕 절개분만 입원진료에 대한 본인부담금 면제(의료급여법 시행령 개정, 7월 시행) • 의료급여법 시행규칙, 고시 개정 (2016.7.1.), 시행 2016.7.1. - 분만취약지 의료급여 임신·출산진료비 추가 지원 - '16.1월 신규 확대된 보장구 중 욕창예방매트리스 및 이동식전동리프트에 대한 검수 생략 • 과징금 미납기관에 대하여 원처분인 업무정지 환원 처분함으로써 과징금 징수율 제고(의료급여법 및 같은 법 시행령 개정, 8월 시행) • 의료급여법 시행령」(대통령령 제27730호, '16.12.30일 공포, '17.1.1일 시행) - 의료급여 2종수급자 중 임신부의 병원급 이상 외래 본인부담률 인하 (별표1제2호자목 신설) - 의료급여 2종수급자 중 조산아 및 저체중 출생아는 만3세까지 병원급 이상 외래 본인부담률 인하(별표1제2호차목 신설) • 의료급여법 시행규칙」(보건복지부령 제459호, '16.12.30일 공포, '17.1.1일 시행) - 다태아 임산부 의료급여 임신·출산 진료비 지원액 인상(제8조의2) - 희귀난치 및 중증 질환 급여일수 연장승인 제외 근거 마련(제8조의3제2항) - 제3차의료급여기관을 의료법상 상급종합병원으로 지정(제17조제1항) * - 산소치료에 대한 요양비 지급 범위 확대(제24조제1항제3호 등) - 자가도뇨 소모성 재료 지급대상 추가(제24조제1항제5호 등) - 기침유발기 요양비 신설(안 제24조제1항제6호 등) * 다만, 제17조제1항의 개정규정은 '17.4.1일 시행(단, 기존 종합병원은 6.30까지 유예) •「의료급여수가의 기준 및 일반기준」(고시 제2016-272호, '17.1.1일 시행) - 제1차의료급여기관 입원범위를 '분만 및 수술을 동반하는 경우'로 확대(제5조) - 제3차의료급여기관과 상급종합병원간 불일치하는 경우를 대비하여 별도로 규정하고 있던 제3차의료급여기관의 입원료 별도규정 삭제(제4조)* - 의료급여법 시행령 개정으로 의료급여2종 수급자 중 임신부와 조산아 및 저체중 출생아(만 3세까지) 외래 본인부담률이 15%에서 5%로 인하됨에 따라 의료급여비용명세서 작성요령 등 규정 * 다만, 제4조의 개정규정은 '17.4.1일 시행 •「요양비의 의료급여기준 및 방법」(고시 제2016-245호, '17.1.1일 시행) - 의료급여법 시행규칙이 개정됨에 따라 휴대용 산소발생기, 후천성 신경인성

연 도	내 용
	방광환자의 자가도뇨 소모성 재료, 기침유발기에 대한 요양비 지급에 필요한 사항 구체화(제3조 등) ● 「임신·출산 진료비등의 의료급여기준 및 방법」(고시 제2016-246호, '17.1.1일 시행) - 다태아 임산부의 의료급여 임신·출산 진료비 지원 확대(제2조)
2017	● 「의료급여법 시행령」(대통령령 제27934호, '17.3.8일 공포, '17.3.13일 시행) - 의료급여 정신과 외래 수가체계 개선(정액 → 행위별수가), 정신과 입원 및 낮병동 수가 인상 - 의료급여 1,2종 수급권자의 정신질환에 대한 항정신병 장기지속형주사제 투여 시 본인부담률 10% 적용 - 의료급여 2종 수급권자의 정신질환에 대한 병원급 이상 외래진료 시 본인부담률을 15%에서 5%~10%로 인하 ● 「의료급여법」 일부개정(법률 제14497호, '17.3.21일 공포, '17.9.22일 시행) - 중앙의료급여심의위원회 위원수를 15명으로 확대 - 의료급여를 거부한 수급권자 및 그 가구원에 대해서는 해당 연도에 의료 급여를 다시 지급하지 아니하도록 하던 제도 폐지 - 급여비용 이의신청의 주체 및 대상을 확대하여 의료급여기관뿐만 아니라 수급권자도 이의신청 가능 - 국민권익위원회의 권고안 및 국회사무처 법제예규의 기준인 징역 1년당 1천만원에 따라 벌금형 정비 - 의료급여의 적정성 평가 결과 공개 근거 마련 ● 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 (고시 제2017-85호, '17.6.1일 시행) - 산정특례 대상 희귀질환, 중증난치질환 확대(6.1) 및 중복암 추가 산정특례 인정(7.1) ● 「의료급여법 시행규칙」 일부개정(부령 제520호, '17.9.25일 시행 - 임신·출산 진료비의 지원 대상 확대(임신 중인 수급권자→ 임신 중이거나 출산, 유산 또는 사산한 수급권자 포함) ● 「의료급여법 시행령」(대통령령 제28349호, '17.9.29일 공포, '17.10.1일 시행) - 6세 이상 15세 이하 2종 수급권자의 입원시 본인부담률 10%에서 3%로 경감('17.10월) - 18세 이하에 실시하는 치아홈메우기에 대하여 병원급 이상 외래 본인부담률 15%, 입원 10%에서 5%로 경감('17.10월) - 2종수급자의 치매로 입원시 본인부담률 10%, 병원급 이상 외래 본인부담률 15%에서 5%로 경감('17.10월) - 65세 이상 노인 틀니 본인부담률 인하(1종 5%, 2종 15%, '17.11.1일 시행)

연 도	내 용
	• 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 (고시 제2017-181호, '17.10.1일 시행) - 노인 틀니, 치매질환 및 6세 이상 15세 이하 아동 입원진료에 대한 본인부담률 변경, 난임시술에 대한 의료급여 적용 등에 따른 의료급여비용 청구방법 및 명세서서식 작성요령 규정 등 • 「의료급여법 시행령」(대통령령 제28550호, '17.12.29일 공포·시행) - 2종 수급권자 본인부담금 상한제 기준금액 인하(연간120 → 80만원), 다만 요양병원 연간 240일 이상 입원한 자에 대하여는 인하 대상에서 제외
2018	• 「의료급여법 시행령」(대통령령 제28603호, '18.1.23일 공포·시행) - 의료급여 수급권자의 국가건강검진 후 신속한 치료 및 저소득층 의료비 부담 완화를 위해 확진검사 및 검진결과 상담을 자신이 선택한 의료급여기관에서 받을 수 있도록 하고, 그 검사 비용에 대한 본인부담 면제 • 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 (고시 제2018-99호, '18.6.1일 시행) - 상급종합병원에 설치된 한의과대학 부속 한방병원의 종별가산율을 22%로 개선·적용 • 「의료급여법 시행령」(대통령령 제29003호, '18.7.1일시행) - 65세 이상 노인 치과임플란트 본인부담률 인하 * (1종 수급권자) 20 → 10%, (2종 수급권자) 30 → 20% - 종합병원급 이상 의료기관의 상급병실(2·3인실) 입원료를 종전 비급여에서 급여화하고, 본인부담률 신설 • 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 (고시 제2018-143호, '18.8.1일 시행) - 의료급여 외래 혈액투석 정액수가 이외로 별도산정 기준 확대 - 정신질환 외래진료 시 약제 직접조제로 한정하는 문구 삭제 - 정신질환 입원(낮병동, 외박 수가 포함) 수가 인상 및 1일당 정액수가 기준을 금액제에서 점수제로 변경 등 • 「의료급여법 시행규칙」(부령 제586호, '18.8.1일 시행) , 「임신·출산 진료비 등의 의료급여 기준 및 방법」(고시 제2018-153호, '18.8.1일 시행), 「요양비의 의료급여 기준 및 방법」(고시 제2018-152호, '18.8.1일 시행) - 수면무호흡증 환자 대상 양압기 대여료 및 소모품 지원 - 의료급여 장애인보장구에 수동휠체어 추가 • 「의료급여법 시행령」(대통령령 제29265호, '18.11.1일 시행) - 행정처분 대상이 되는 월평균 최저부당금액을 상향(15만→ 20만)하고, 부당구간을 세분화하여 구간 내 최고/최저금액 비율을 축소, 처분의 형평성 제고 - 본인부담금 등 급여비용에 포함되지 않은 부당금액을 모수에 포함시켜 부당비율 산식을 합리적으로 개선 등 • 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 (고시 제2018-261호, '19.1.1일 시행)

연 도	내 용
	- 종전 산정특례 대상인 '희귀질환, 중증난치질환'을 '희귀질환'과 '중증난치질환'으로 분리하여 등록·관리, '희귀질환' 산정특례 확대 및 신청서 서식 개정 ● 「의료급여법 시행령」(대통령령 제29410호, '19.1.1일 시행) - 연장승인 미신청자(불승인자)에 대한 제재로서 본인부담수준을 종전 의료급여 제한에서 건강보험 수준으로 변경 - 의료급여 신고포상금 지급액 상향 및 지급대상 확대 - 1세 미만 아동 외래 본인부담 경감 ● 「의료급여법 시행규칙」(부령 제605호, '19.1.1일 시행) - 임신·출산 진료비 확대 및 보청기 급여 기준 정비 - 장애인보장구 급여 신청 시 민원처리기간 단축 - 의료급여 상한일수 초과자 중 불승인자의 본인부담률 규정 삭제
2019	● 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 고시 개정(고시 제2018-203호, '19.1.1. 시행) - 희귀난치성 산정특례 분리 등록 및 관리, 대상 확대 ● 「의료급여법」시행령 개정(대통령령 제29676호, '19.4.2. 시행) - 추나요법 의료급여 적용에 따른 의료급여기금 부담비율 신설 ● 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」일부 개정(고시 제2019-61호, '19.6.1. 시행) - 의료급여 정신과 입원 정액수가 중 약제비 별도 청구 가능 ● 「의료급여법」시행규칙 개정(보건복지부 제649호, '19.7.1. 시행) - 의료급여관리사 교육시간 확대 - 장애인·15세 이하 아동에 대한 이용 절차 개선 - 요양병원 입원 중 수급권자가 의료급여의뢰 없이 다른 의료급여기관의 외래 진료시 전액 본인부담('19.11.1) - 요양비·보장구 관련 서식 개선 ● 「요양비의 의료급여기준 및 방법」(고시 제2019-141호, '19.7.1. 시행) - 장애인등급제 폐지에 따른 기준 정비 ● 「의료급여법」시행령 개정(대통령령 제29945호, '19.7.2. 시행) - 병원과 한방병원의 2인실·3인실 입원료 의료급여 적용에 따른 의료급여기금 부담비율 신설 ● 「의료급여법」시행령 개정(대통령령 제30061호, '19.8.27. 시행) - 의료급여 건강검진 지원업무 등에 대한 건강보험공단 위탁근거 마련 ● 「의료급여법」시행규칙 개정(보건복지부 제672호, '19.9.27. 시행) - '보장구' 용어를 쉬운 표현인 '보조기기' 용어로 변경 ● 「임신·출산 진료비 등의 의료급여기준 및 방법」 (고시 제2019-225호, '19.10.24. 시행) - 장애인보조기기 용어 변경 및 처방전 세분화

연 도	내 용
	• 「의료급여법」시행령 개정(대통령령 제30144호, '19.11.1. 시행) - 요양병원 중 정신병원, 장애인의료재활시설의 2·3인실 입원료 의료급여기금 부담비율 신설 - 의료급여 2종 조산아 및 저체중 출생아의 외래진료 시 본인부담률 특례 적용대상 확대(만3세->만5세) ('20.1.1) • 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」일부 개정(고시 제2019-227호, '19.11.1. 시행) - 법 제13조 개정에 따라 "보장구"를 "보조기기"로 용어 변경 • 「의료급여법」 시행규칙 개정(보건복지부 제686호, '19.11.19. 시행) - 요양병원 입원진료 현황 고지 • 「의료급여법」시행규칙 개정(보건복지부 제693호, '20.1.1. 시행) 「요양비의 의료급여기준 및 방법」개정(고시 제2019-320호, '20.1.1 시행) - 당뇨병 관리기기 신설 • 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 (고시 제2019-281호, '20.1.1. 시행) - 산정특례 대상질환 확대((극 희귀질환) 다소뇌회증 등 59개 질환, (희귀질환) 한랭글로불린혈증성 혈관염 등 10개 질환) • 「의료급여기관 간 동일성분 의약품 중복투약 관리에 관한 기준」 (고시 제2019-308호, '20.1.1. 시행) - 의료급여기관을 방문하여 처방·조제받는 행위의 기준을 건강보험과 동일하게 개선 • 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」일부 개정(고시 제2019-215호, '20.7.1. 시행) - 의료인(간호인력) 등 인력 확보수준에 따른 정신건강의학과 입원료 차등제 적용기준 개선
2020	• 「코로나바이러스감염증-19의료급여 절차 예외 인정기준」(고시 제2020-156호, '20. 7. 23. 시행) - 코로나바이러스감염증-19 감염 또는 의심환자에 대하여 의료급여 절차 예외 인정 기준으로 규정 • 「의료급여법」시행령 일부 개정(대통령령 제30748호, '20. 6. 2. 공포, '20. 7. 1. 시행) - 원격협의진찰료-자문료에 대한 본인부담 면제, 행정처분 감경 상한 설정, 신고포상금 상향 조정(10→20억 원) • 「의료급여법」시행령 일부 개정(대통령령 31097호, '20. 10. 7. 공포, '20. 10. 7. 시행) - 상급종합병원이 환자 회송 시 환자 본인일부부담금 면제 • 「의료급여법」시행규칙 개정(제739호, '20. 6. 29. 공포, '20. 7. 1. 시행) - 의뢰 및 회송 시 수급권자의 동의를 받아 진료정보의 제공, 진료 의뢰·회송 중계시스템 설치·운영(제3조) ('20. 10. 1. 시행) - 재가 의료급여 사업에 대한 근거 마련(제8조)

연 도	내 용
	- 임신·출산 진료비의 사용범위 확대(진료 외에 처방 약제 및 치료재료의 구입까지 허용) (제8조의2) - 보청기에 대한 의료급여 기준 정비 - 의료급여증 서식 개정 ('21. 1. 1. 시행) ● 「임신·출산 진료비 등의 의료급여기준 및 방법」(고시 제2020-149호, '20. 7. 14. 발령, 시행) - 보청기 적합관리급여의 기준 및 방법 등을 규정(제5조의2) ● 「요양비의 의료급여기준 및 방법」(고시 제 2020-275 호, '20. 12. 2. 발령, 시행) - 양압기, 복막관류액 및 자동복막투석 소모성재료 요양비 지급 대상자 기준 정비 - 당뇨병소모성 재료(제1형 당뇨병), 연속혈당용 전극 지급 기준 개정 ● 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」고시 일부 개정(고시 제2020-101호, '20. 5. 25. 시행) - 정신과 정액 입원수가 중 감염병의 확산 등 긴급한 사유로 부득이하게 보건복지부장관이 정하는 급여비용 별도 산정 가능토록 개정 ● 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」고시 일부 개정(고시 제2020-223호, '20. 10. 5. 시행) - 가정형 호스피스 수가 신설, 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 가정간호 등 가정에서 의료급여를 실시하는 경우 청구 가능토록 문구 개정 - 의료급여 2종 만성질환자 중 미등록 암환자(V027) 코드 삭제 - 3차 의료급여기관 -〉 2차·1차 의료급여기관 회송시 회송료 신설('20.10.8. 시행) ● 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」고시 일부 개정(고시 제2020-239호, '20.11.1. 시행) - 정신과 정액 입원수가 중 입원환자안전관리료 별도 산정 가능토록 개정 ● 「의료급여법」시행규칙 개정(보건복지부 제775호, '21.1.1. 시행) - 국가건강검진 결과 결핵 의심 시 확전검사를 의료급여 절차 예외 인정기준으로 규정 - 수급권자의 건강 유지 및 증진을 위해 필요한 사업을 의료급여 기금으로 지원할 수 있는 근거 마련 - 만성질환 및 기타 질환 의료급여 상한일수 조정 및 '정신 및 행동장애'와 '뇌전증'을 분리하여 상한일수를 각각 산정토록 조정
2021	● 「의료급여법 시행규칙」일부개정(제775호, '20. 12. 31. 공포, '21. 1. 1. 시행) - 국가건강검진 후 결핵질환을 확진하기 위한 추가 검사를 받는 경우 제1차 의료급여기관 외에 제2차 또는 제3차 의료급여기관에 의료급여 신청 가능 - 정신 및 행동장애 등 연간 의료급여 상한일수 확대, 정신 및 행동장애와 뇌전증을 분리하여 각 질환별로 연간 의료급여일수 산정

연 도	내 용
	• 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」일부 개정 (고시 제2021-64호, 2021. 4. 1. 시행) - 정신과 입원 정액수가에서 식대와 정신요법료를 분리하여 별도 산정할 수 있도록 수가 개선 - 틀니 및 치과임플란트 의료급여 적용을 위한 사전등록 절차 개선(틀니 및 임플란트 사전등록 절차 개정관련은 발령일 '21. 2. 26. 시행) • 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」일부 개정 (고시 제2021-85호, 2021. 4. 1. 시행) - 정신과 입원 및 혈액투석 외래 정액수가 청구시 청구방법 등 관련 내용 개정 • 「의료급여법 시행령」일부 개정(대통령령 제31633호, '21. 4. 20. 공포, '21. 4. 20. 시행) - 정신질환의 외래 진료 시 항정신병장기지속형 주사제의 의료급여 기금의 부담률을 100분의 90에서 100분의 95로 상향 - 의료급여법 위반 행위자에 대해 과태료 가중기준 세분화 • 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」일부 개정 (고시 제2021-120호, 2021. 4. 20. 시행) - 항정신병 장기지속형주사제에 대한 의료급여 수급권자의 외래 본인부담률이 인하(10%→5%)됨에 따른 사항 정비 • 「수급권자의 건강유지 및 증진 등을 위한 사업의 지원에 관한 기준」고시 제정 (고시 제2021-142호, 2021.5.10.시행) - 사업의 유형을 정함(제3조) - 사업의 서비스 제공에 대한 사항을 정함(제4조) - 사업의 수행 및 관리에 대한 사항을 정함(제5조) - 사업의 취소에 대한 사항을 정함(제6조) • 「요양비의 의료급여 기준 및 방법」고시 제정 (고시 제2021-143호, 2021.5.14.시행) - 「별지」 제1~8호 서식 유의사항의 환수 문구 정비 • 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」일부 개정 (고시 제2021-181호, 2021.7.1.시행) - "보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환"에 "잠복결핵"을 제외하도록 규정 정비 • 만성고시질환 연간급여일수 차감제('21.7.1.시행) - 차년도 복용약을 미리 당겨 처방받을 경우 차년도 급여일수에서 차감하고 현행 급여일수에는 산입하지 않도록 개선 • 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」일부 개정 (고시 제2021-210호, 2021.10.1.시행)

연 도	내 용
	- 법적 시설기준 미준수 정신의료기관에 대해 의료급여 정신건강의학과 입원료 정액수가를 차등 적용 ●「의료급여법 시행규칙」일부개정(제828호, '21. 9. 14. 공포, '21. 9. 14시행 단, 임신·출산 진료비 지원의 경우 '21. 1. 1. 시행) - 요양병원 범주에서 제외된 정신병원 변경사항 반영(제4조제1항) - 임신·출산진료비 지원금액 및 사용기간·범위 확대(제8조2제1항) - 장애인보조기기 급여개선(제25조제4항 및 제5항)
2022	●「의료급여법 시행령」일부개정 (대통령령 제32551호, '22. 3. 22. 공포, '22. 3. 22시행 단, 행정처분 기준 개선의 경우 '22. 4. 1. 시행) - 잠복결핵감염자의 잠복결핵 치료를 위한 의료급여비용을 전액 의료급여기금에서 부담 - 보건복지부 장관이 고시하는 건강관리 사업은 국민건강보험공단에 위탁하여 실시할 수 있도록 법적 근거 마련 - 월평균 최저부당금액 완화, 최저부당비율 강화 등 의료급여기관 행정처분 기준 개선 ●「의료급여수가의 기준 및 일반기준」일부 개정 (고시 제2022-66호, 2022. 3. 22.) - 의료급여 잠복결핵 치료에 대한 본인부담 면제 관련 특정기호 및 본인부담구분코드 신설 ●「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서 서식 및 작성 요령」일부 개정 (고시 제2022-67호, 2022. 3. 22.) - 잠복결핵 치료 중 타 상병 동시 진료시 명세서 분리 작성을 위한 유형코드 신설 ●「노숙인진료시설지정 등에 관한 고시」 (고시 제2022-68호, 2022. 3. 22.) -「의료급여법」 제9조제2항제1호,2호에 따른 제1차 또는 2차 의료급여기관(요양병원제외)을 노숙인 진료시설로 지정 (~2023.3.21.까지) ●「의료급여수가의 기준 및 일반기준」일부 개정 (고시 제2022-139호, 2022. 6. 7.) - 의료급여 식대수가(치료식 제외) 건강보험 의원급 수준으로 인상 및 식대 인력 기준 신설 (2022.7.1.시행) - 정신건강전문요원 인력기준에 정신건강작업치료사 추가(2022.6.7.) ●「의료급여법 시행령」일부개정 (대통령령 제32865호, '22. 8. 9. 공포, '23. 1. 1시행) - 타법에 의한 의료급여수급권자의 자격구분을 현행 전부 1종에서「국민기초생활보장법」상 의료급여수급권자와 동일하게 근로능력 유무 등을 고려하여 1, 2종 자격을 구분하도록 규정

2 의료급여 수급자 현황(2022. 11월 말 기준, 단위: 명)

시도	계	1종													2종		
		소계	국민기초 1종	시설 기초	군입대 1종	이재민	의사 상자	입양 아동	국가 유공자	무형 문화재	북한 이탈자	5.18 민주화	행려 환자	노숙인	소계	국민기초 2종	군입대 2종
전국	1,520,327	1,161,218	994,398	80,616	2,204	-	1,258	10,059	50,623	43	12,831	8,481	506	199	359,109	354,097	5,012
서울	258,858	190,383	169,138	9,118	312	-	168	1,248	6,134	4	2,975	972	136	178	68,475	67,608	867
부산	146,304	107,901	98,852	4,034	163	-	62	477	3,658	3	335	108	192	17	38,403	37,904	499
대구	96,717	72,243	63,101	4,380	179	-	52	335	3,781	-	304	102	8	1	24,474	24,114	360
인천	100,959	73,281	63,345	4,994	121	-	70	599	2,370	-	1,581	184	17	-	27,678	27,243	435
광주	61,725	41,682	32,670	2,248	88	-	32	284	1,947	-	279	4,134	-	-	20,043	19,700	343
대전	49,245	35,006	29,854	2,837	70	-	31	221	1,570	-	358	64	-	1	14,239	14,031	208
울산	22,811	17,988	15,794	963	27	-	34	171	862	-	113	23	1	-	4,823	4,779	44
세종	4,394	3,407	2,566	456	13	-	6	134	173	-	28	31	-	-	987	976	11
경기	254,653	204,310	170,298	16,164	379	-	299	3,076	8,670	6	4,438	884	95	1	50,343	49,676	667
강원	55,307	44,124	36,741	3,867	71	-	48	380	2,641	-	308	66	2	-	11,183	11,058	125
충북	48,045	38,826	30,965	4,832	64	-	45	308	2,078	-	457	68	9	-	9,219	9,112	107
충남	56,740	46,696	39,018	4,481	100	-	51	527	1,926	1	513	67	11	1	10,044	9,883	161
전북	82,124	60,436	51,749	4,505	136	-	76	512	3,048	6	177	227	-	-	21,688	21,347	341
전남	67,385	55,316	44,519	4,815	120	-	63	425	3,893	11	113	1,356	1	-	12,069	11,886	183
경북	95,009	76,259	65,251	6,397	155	-	113	543	3,361	5	348	73	13	-	18,750	18,468	282
경남	99,423	78,814	68,595	4,921	164	-	73	644	3,917	6	393	80	21	-	20,609	20,315	294
제주	20,628	14,546	11,942	1,604	42	-	35	175	594	1	111	42	0	-	6,082	5,997	85

3 양육·간병 또는 보호로 인한 근로가 곤란한 수급권자 인정 기준

가. 미취학 자녀(초중등교육법 제13조에 따라 취학의무기간이 도래하지 않은 자녀)를 양육하는 다음 조건을 모두 충족하는 수급(권)자

① 판정대상 가구원이 미취학 자녀 양육
② 양육할 수 있는 다른 가구원이 없음
③ 보육료(양육수당은 제외), 유아학비를 지원받지 않음
④ 하루 8시간 이상의 아이돌보미 서비스를 이용하고 있지 않음

나. 질병·부상 또는 장애 등으로 거동이 곤란한 가구원이나 치매 등으로 특히 보호가 필요한 가구원을 간병*·보호**해야 하므로 근로가 곤란한 수급(권)자중 다음 요건을 모두 충족하는 자

① 간병. 보호대상자가 다음 중 어느 하나에 해당

- 스스로 식사가 불가능하다.
- 스스로 용변이 불가능하다.
- 실내에서의 이동이 불가능하다.
- 치매, 정신질환 등 인지능력 결함으로 인하여 상시보호가 필요하다.
- 질병·부상 등으로 스스로 일상생활을 수행하기 어려워 타인의 돌봄이 필요하다.

② 간병 또는 보호할 수 있는 다른 가구원이 없음
③ 월 평균 20일 이상, 1일 4시간 이상의 사회복지서비스(돌봄서비스, 노인장기요양보험, 시군구 자체사업 등 포함)를 제공 받지 않음

* 간병대상자 : 질병·부상 등으로 인하여 스스로 일상생활을 수행하기 어려워 타인의 돌봄을 필요로 하는 자
** 보호대상자 : 스스로 식사나 용변이 불가능하거나 보조기기가 있어도 실내에서의 이동이 불가능한 경우 또는 치매, 정신질환 등 인지능력 결함으로 종일 보호가 필요한 경우

4 수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목과 부담률

*「의료급여법 시행규칙」[별표1의2](제19조 관련)

가. 수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목의 비용

(1) 수급권자가 제3조의 규정에 의한 의료급여의 절차에 의하지 아니하고 의료 급여기관을 이용한 경우에 소요된 비용의 총액

(2) 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기금이 부담하는 급여비용의 상한금액을 초과하는 비용

1) 의료급여의 필요성이 의학적으로 인정되는 약제·치료재료로서 그 약제·치료재료의 상한금액이 대체 가능한 약제·치료재료의 상한금액의 2배 이상인 경우

2)「국민건강보험법 시행규칙」별표 5 제1호 나목(2)에 해당하는 약제·치료재료의 경우

(3)「국민건강보험법 시행규칙」별표 5 제1호다목부터 아목까지의 규정에 해당하는 경우 또는 항목의 비용

(4) 수급권자(영 제6조 단서에 따른 무연고자를 제외한다)가 입원시 발생하는 식대중 보건복지부장관이 정하는 비용

(5) 경구투여가 가능함에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진통·진양·수렴·소염제인 외용제제를 처방·조제받은 경우 그 외용제제 비용

(6) 수급권자가 제8조의6의 기준을 초과하여 처방·조제 받은 경우에는 급여 제한의 기준 및 그 예외 등에 관하여 보건복지부장관이 고시하여 정하는 바에 따른 급여 비용

(7)「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」제28조에 따라 호스피스전문기관으로 지정된 의료급여기관에서 호스피스·완화의료의 입원진료를 받는 경우에는 가목에 해당하는 비용 및 다목 중「응급의료에 관한 법률」에 따라 의료급여기관의 구급차를 이용하여 이송되었을 경우의 이송처치료에 해당하는 비용

(8) 「의료법」 제3조제2항제3호라목의 요양병원 중 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호가목에 따른 정신병원과 「장애인복지법」 제58조제1항제4호의 장애인 의료재활시설을 제외한 요양병원에서 입원진료를 받는 수급권자가 제3조제3항에 따른 의료급여의뢰서 없이 다른 의료급여기관에서 진료를 받는 경우에 소요된 비용의 총액

나. 본인부담률 : 제1호에 해당하는 비용의 100분의 100

5 경증질환 약제비 본인부담 차등적용 질환 목록

- 건강보험『본인일부부담금 산정특례에 관한 기준』[별표6] 약국 요양급여비용 총액의 본인부담률 산정특례 대상(2018.11.1. 개정 시행)

- 다음의 경우에는 약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상에서 제외한다. (약국약제비 본인부담이 기존과 동일한 500원을 부담하는 경우)

  가. 특정기호가 V252인 대상 중 E11.9, E12.9, E13.9, E14.9 상병에 해당하는 경우로서 인슐린을 처방(인슐린 단독요법 또는 인슐린과 경구용 치료제의 병용 요법)받거나 투여 중인 경우

  나. 특정기호가 V352인 대상 중 다음의 어느 하나에 해당하는 경우

  1) A04.4, B00.8, G53.8, J41 상병으로서 6세 미만의 소아인 경우

  2) 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관에서 같은 법 같은 조 같은 항 제3호 마목의 종합병원(단, 같은 법 제3조의4에 따라 상급종합병원으로 지정된 종합병원 제외)으로 의료급여를 의뢰한 경우. 이 경우 의료급여 의뢰는 의료인의 의학적 판단에 따라 「의료급여법 시행규칙」 제3조 규정에 의한 것으로, 산정특례 대상에서 제외하는 기간은 의료급여의뢰서가 해당 종합병원에 접수된 날로부터 90일까지로 한다.

구분	대 상	특정기호
1	감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염(A09.0~A09.9)	V252
2	수염 및 두피 백선(B35.0)	V352
	손발톱백선(B35.1)	
	손백선 (B35.2)	V252
	발백선 (B35.3)	
	체부백선 (B35.4)	
	와상백선 (B35.5)	
	사타구니백선증 (B35.6)	
	기타 피부백선증 (B35.8)	
	상세불명의 백선증 (B35.9)	

구분	대 상	특정기호
3	합병증을 동반하지 않은 2형 당뇨병 (E11.9)	V252
	합병증을 동반하지 않은 영양실조-관련 당뇨병 (E12.9)	
	합병증을 동반하지 않은 기타 명시된 당뇨병 (E13.9)	
	합병증을 동반하지 않은 상세불명의 당뇨병 (E14.9)	
4	지질단백질대사장애 및 기타 지질증(E78.0~E78.9)	V252
5	맥립종 및 콩다래끼(H00.0~H00.1)	V252
6	눈물계통의 장애(H04.0~H04.9)	V252
7	결막염(H10.0~H10.9)	V252
8	노년백내장(H25.0~H25.9)	V252
9	굴절 및 조절의 장애(H52.0~H52.7)	V252
10	외이의 농양(H60.0)	V352
	외이의 연조직염(H60.1)	V252
	기타 감염성 외이도염(H60.3)	
	급성 비감염성 외이도염(H60.5)	
	기타 외이도염(H60.8)	
	상세불명의 외이도염(H60.9)	
11	악성이 아닌 고혈압 (I10.0)	V252
	상세불명의 원발성 고혈압 (I10.9)	
12	급성 비인두염[감기](J00)	V252
13	급성 부비동염(J01.0~J01.9)	V252
14	급성 인두염(J02.0~J02.9)	V252
15	급성 편도염(J03.0~J03.9)	V252
16	급성 후두염 및 기관염(J04.0~J04.2)	V252
17	다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도감염 (J06.0~J06.9)	V252
18	폐렴마이코플라스마에 의한 급성 기관지염(J20.0)	V352
	인플루엔자균에 의한 급성 기관지염(J20.1)	
	연쇄구균에 의한 급성 기관지염(J20.2)	
	상세불명의 급성 기관지염(J20.9)	V252
19	혈관운동성 및 앨러지성 비염(J30.0~J30.4)	V252
20	만성 비염(J31.0)	V352
	만성 비인두염(J31.1)	V252
	만성 인두염(J31.2)	
21	만성 부비동염(J32.0~J32.9)	V252

구분	대 상	특정기호
22	기타 앨러지천식, 간헐성 및 경증 지속성 (J45.01)	V252
	상세불명의 주로 앨러지성 천식 (J45.09)	
	기타 비앨러지천식, 간헐성 및 경증 지속성 (J45.11)	
	상세불명의 비앨러지천식 (J45.19)	
	기타 혼합형 천식 (J45.88)	
23	위-식도역류병(K21.0~K21.9)	V252
24	출혈 또는 천공이 없는 급성 위궤양(K25.3)	V252
	출혈 또는 천공이 없는 만성 위궤양(K25.7)	
	출혈 또는 천공이 없는 급성인지 만성인지 상세불명인 위궤양(K25.9)	
25	출혈 또는 천공이 없는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양(K27.3)	V252
	출혈 또는 천공이 없는 만성 상세불명 부위의 소화성 궤양(K27.7)	
	출혈 또는 천공이 없는 급성인지 만성인지 상세불명인 상세불명 부위의 소화성 궤양(K27.9)	
26	위염 및 십이지장염(K29.0~K29.9)	V252
27	기능성 소화불량 (K30)	V252
28	독성 위장염 및 결장염(K52.1)	V352
	앨러지성 또는 식사성의 위장염 및 결장염(K52.2)	V252
	불확정 결장염(K52.3)	
	기타 명시된 비감염성 위장염 및 결장염(K52.8)	
	상세불명의 비감염성 위장염 및 결장염(K52.9)	
29	과민대장증후군 (K58.0~K58.9)	V252
30	변비(K59.0)	V252
	기능성 설사(K59.1)	
	달리 분류되지 않은 신경성 장(K59.2)	
	항문연축(K59.4)	
	기타 명시된 기능성 장장애(K59.8)	
	상세불명의 기능성 장장애(K59.9)	
31	달리 분류되지 않은 지방(변화성)간(K76.0)	V252
	상세불명의 간질환(K76.9)	
32	베스니에가려움 발진(L20.0)	V352
	기타 아토피성 피부염(L20.8)	V252
	상세불명의 아토피성 피부염(L20.9)	
33	금속에 의한 앨러지성 접촉피부염(L23.0)	V352
	접착제에 의한 앨러지성 접촉피부염(L23.1)	
	화장품에 의한 앨러지성 접촉피부염(L23.2)	

구분	대 상	특정기호
	피부에 묻은 약물에 의한 앨러지성 접촉피부염(L23.3)	
	색소에 의한 앨러지성 접촉피부염(L23.4)	
	기타 화학물질에 의한 앨러지성 접촉피부염(L23.5)	
	피부에 묻은 음식물에 의한 앨러지성 접촉피부염(L23.6)	
	음식물을 제외한 식물에 의한 앨러지성 접촉피부염(L23.7)	
	기타 요인에 의한 앨러지성 접촉피부염(L23.8)	V252
	상세불명 원인의 앨러지성 접촉피부염(L23.9)	
34	두드러기(L50.0~L50.9)	V252
35	기타 관절염(M13.0~M13.9)	V252
36	기타 척추증(M47.8)	V252
	상세불명의 척추증(M47.9)	
37	기타 경추간판변성(M50.3)	V352
	상세불명의 경추간판장애(M50.9)	V252
38	기타 명시된 추간판변성(M51.3)	V252
	쉬몰결절(M51.4)	
	기타 명시된 추간판장애 (M51.8)	
	상세불명의 추간판장애 (M51.9)	
39	목 및 등을 침범하는 지방층염(M54.0)	V352
	경추통(M54.2)	
	좌골신경통(M54.3)	
	좌골신경통을 동반한 요통(M54.4)	
	요통(M54.5)	
	흉추통증(M54.6)	
	기타 등통증 (M54.8)	V252
	상세불명의 등통증 (M54.9)	
40	석회성 힘줄염 (M65.2)	V252
	방아쇠손가락 (M65.3)	
	기타 윤활막염 및 힘줄윤활막염 (M65.8)	
	상세불명의 윤활막염 및 힘줄윤활막염 (M65.9)	
41	어깨의 유착성 관절낭염(M75.0)	V252
	이두근 힘줄염(M75.2)	
	상세불명의 어깨병변(M75.9)	

구분	대 상	특정기호
42	손목의 관절주위염(M77.2)	V352
	종골돌기(M77.3)	
	발의 기타 골부착부병증(M77.5)	
	달리 분류되지 않은 기타 골부착부병증(M77.8)	V252
	상세불명의 골부착부병증(M77.9)	
43	근통(M79.1)	V252
	상세불명의 신경통 및 신경염(M79.2)	V352
	(무릎뼈밑) 지방체의 비대(M79.4)	V252
	사지의 통증(M79.6)	
	기타 명시된 연조직장애(M79.8)	
	상세불명의 연조직장애(M79.9)	
44	병적 골절이 없는 골다공증(M81.0~M81.9)	V252
45	급성 방광염(N30.0)	V252
	상세불명의 방광염(N30.9)	
46	만성 전립선염(N41.1)	V252
	전립선방광염(N41.3)	V352
	전립선의 기타 염증성 질환(N41.8)	
	전립선의 상세불명의 염증성 질환(N41.9)	
47	급성 질염(N76.0)	V252
	아급성 및 만성 질염(N76.1)	V352
	급성 외음염(N76.2)	V252
	아급성 및 만성 외음염(N76.3)	V352
	질의 궤양(N76.5)	
	외음의 궤양(N76.6)	
48	폐경 및 여성의 갱년기상태(N95.1)	V252
	폐경후 위축성 질염(N95.2)	
	상세불명의 폐경 및 폐경전후 장애(N95.9)	
49	요추의 염좌 및 긴장(S33.5)	V252
	천장관절의 염좌 및 긴장(S33.6)	
	요추 및 골반의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장(S33.7)	
50	손목의 염좌 및 긴장(S63.5)	V352
	손가락의 염좌 및 긴장(S63.6)	V252
	손의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장(S63.7)	
51	무릎의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장(S83.6)	V252

구분	대 상	특정기호
52	발가락의 염좌 및 긴장(S93.5)	V252
	발의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장(S93.6)	
53	장병원성 대장균감염(A04.0)	V352
	장독소생산 대장균감염(A04.1)	
	장침투성 대장균감염(A04.2)	
	기타 장대장균감염(A04.4)	
	상세불명의 세균성 장감염(A04.9)	
54	기타 성행위로 전파되는 클라미디아 질환(A56.0~A56.8)	V352
55	편모충증(A59.0~A59.9)	V352
56	항문생식기의 헤르페스바이러스[단순헤르페스]감염(A60.0~A60.9)	V352
57	달리 분류되지 않은 기타 주로 성행위로 전파되는 질환(A63.0~A63.8)	V352
58	헤르페스습진(B00.0)	V352
	헤르페스바이러스 소수포피부염(B00.1)	
	헤르페스바이러스 치은구내염 및 인두편도염(B00.2)	
	헤르페스바이러스눈병(B00.5)	
	파종성 헤르페스바이러스병(B00.7)	
	기타 형태의 헤르페스바이러스감염(B00.8)	
	상세불명의 헤르페스바이러스감염(B00.9)	
59	기타 합병증을 동반한 대상포진(B02.8)	V352
	합병증이 없는 대상포진(B02.9)	
60	바이러스사마귀(B07)	V352
61	기타 오르토폭스바이러스감염(B08.0)	V352
	전염성 물렁종(B08.1)	
	감염성 홍반[제5병](B08.3)	
	발진을 동반한 엔테로바이러스소수포구내염(B08.4)	
	기타 명시된 피부 및 점막병변이 특징인 바이러스감염(B08.8)	
62	바이러스결막염(B30.0~B30.9)	V352
63	칸디다구내염(B37.0)	V352
	피부 및 손발톱 칸디다증(B37.2)	
	외음 및 질의 칸디다증(B37.3)	
	기타 비뇨생식기 부위의 칸디다증(B37.4)	
	상세불명의 칸디다증(B37.9)	

구분	대 상	특정기호
64	경도 우울에피소드(F32.0)	V352
	중등도 우울에피소드(F32.1)	
	정신병적 증상이 없는 중증의 우울에피소드(F32.2)	
	기타 우울에피소드(F32.8)	
	상세불명의 우울에피소드(F32.9)	
65	재발성 우울장애, 현존 경도(F33.0)	V352
	재발성 우울장애, 현존 중증도(F33.1)	
	재발성 우울장애, 현존 정신병적 증상이 없는 중증(F33.2)	
	재발성 우울장애, 현존 관해 상태(F33.4)	
	기타 재발성 우울장애(F33.8)	
	상세불명의 재발성 우울장애(F33.9)	
66	사회공포증(F40.1)	V352
	특정 (고립된) 공포증(F40.2)	
	기타 공포성 불안장애(F40.8)	
	상세불명의 공포성 불안장애(F40.9)	
67	기타 불안장애(F41.0~F41.9)	V352
68	강박성 사고 또는 되새김(F42.0)	V352
	현저한 강박행위[강박적 의식](F42.1)	
	기타 강박장애(F42.8)	
	상세불명의 강박장애(F42.9)	
69	급성 스트레스반응(F43.0)	V352
	심한 스트레스에 대한 기타 반응(F43.8)	
	심한 스트레스에 대한 상세불명의 반응(F43.9)	
70	해리기억상실(F44.0)	V352
	해리성 둔주(F44.1)	
	해리성 혼미(F44.2)	
	트랜스와 빙의증(F44.3)	
	기타 해리[전환]장애(F44.8)	
	상세불명의 해리[전환]장애(F44.9)	
71	신체화장애(F45.0)	V352
	건강염려증성 장애(F45.2)	
	신체형자율신경기능장애(F45.3)	
	지속적 신체형통증장애(F45.4)	
	기타 신체형장애(F45.8)	
	상세불명의 신체형장애(F45.9)	

구분	대 상	특정기호
72	비기질성 수면장애(F51.0~F51.9)	V352
73	달리 분류된 기타 질환에서의 기타 뇌신경장애(G53.8)	V352
74	정중신경의 기타 병변(G56.1) 팔의 기타 단일신경병증(G56.8) 팔의 상세불명 단일신경병증(G56.9)	V352
75	이상감각성 대퇴신경통(G57.1) 대퇴신경의 병변(G57.2) 외측오금신경의 병변(G57.3) 내측오금신경의 병변(G57.4) 발목터널증후군(G57.5) 발바닥신경의 병변(G57.6) 다리의 기타 단일신경병증(G57.8) 다리의 상세불명 단일신경병증(G57.9)	V352
76	귓바퀴의 비감염성 장애(H61.1) 귀지떡(H61.2) 외이의 상세불명 장애(H61.9)	V352 V352
77	급성 장액성 중이염(H65.0) 기타 급성 비화농성 중이염(H65.1) 만성 장액성 중이염(H65.2) 만성 점액성 중이염(H65.3) 상세불명의 비화농성 중이염(H65.9)	V352
78	급성 화농성 중이염(H66.0) 기타 만성 화농성 중이염(H66.3) 상세불명의 화농성 중이염(H66.4) 상세불명의 중이염(H66.9)	V352
79	귀의 퇴행성 및 혈관성 장애(H93.0) 이명(H93.1) 청신경의 장애(H93.3)	V352
80	바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자(J11.0~J11.8)	V352
81	상세불명의 급성 하기도감염 (J22)	V352
82	코의 농양, 종기 및 큰 종기(J34.0) 코선반의 비대(J34.3) 코 및 비동의 기타 명시된 장애(J34.8)	V352
83	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염(J40)	V352
84	단순성 및 점액화농성 만성 기관지염(J41.0~J41.8)	V352

구분	대 상	특정기호
85	재발성 구강 아프타(K12.0) 구내염의 기타 형태(K12.1) 입의 연조직염 및 농양(K12.2)	V352
86	1도 치핵(K64.0) 2도 치핵(K64.1) 잔류치핵성 쥐젖(K64.4) 항문주위정맥혈전증(K64.5) 상세불명의 치핵(K64.9)	V352
87	가려움(L29.0~L29.9)	V352
88	티눈 및 굳은살(L84)	V352
89	무릎관절증(M17.0~M17.9)	V352
90	기타 관절의 원발성 관절증(M19.0) 기타 관절의 외상 후 관절증(M19.1) 기타 이차성 관절증(M19.2) 기타 명시된 관절증(M19.8)	V352
91	관절통(M25.5) 상세불명의 관절장애(M25.9)	V352
92	척추협착(M48.0) 키스척추(M48.2) 외상성 척추병증(M48.3) 기타 명시된 척추병증(M48.8) 상세불명의 척추병증(M48.9)	V352
93	달리 분류되지 않은 기타 등병증(M53.0~M53.9)	V352
94	요도염 및 요도증후군(N34.0~N34.3)	V352
95	합병증을 동반하지 않은 전립선증식증(N40.0)	V352
96	자궁경부의 염증성 질환(N72)	V352
97	자궁경부의 미란 및 외반(N86)	V352
98	경추의 염좌 및 긴장(S13.4) 갑상선부위의 염좌 및 긴장(S13.5) 목의 기타 및 상세불명 부분의 관절 및 인대의 염좌 및 긴장(S13.6)	V352
99	흉추의 염좌 및 긴장(S23.3) 늑골 및 흉골의 염좌 및 긴장(S23.4) 흉부의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장(S23.5)	V352
100	어깨관절의 염좌 및 긴장(S43.4) 견쇄관절의 염좌 및 긴장(S43.5) 흉쇄관절의 염좌 및 긴장(S43.6) 견갑대의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장(S43.7)	V352

구분	대 상	특정기호
101	바이러스성 및 기타 명시된 장감염(A08.0~A08.5)	V452
102	요도주위 또는 부속선에 농양이 없는 하부 비뇨생식관의 임균감염(A54.0)	V452
103	철결핍빈혈(D50.0~D50.9)	V452
104	계절성 인플루엔자바이러스가 확인된, 기타 호흡기 증상을 동반한 인플루엔자(J10.1) 계절성 인플루엔자바이러스가 확인된, 기타 증상을 동반한 인플루엔자(J10.8)	V452
105	급성 림프절염(L04.0~L04.9)	V452

6 의료급여 희귀질환자 및 중증난치질환자 산정특례 대상

1. 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 [별표 2]

구분	대 상
1	만성신부전의 경우
	가. 혈액투석을 실시하는 사람 (V001)
	나. 복막투석을 실시하는 사람 (V003)
2	혈우병(D68.4) (V009)
3	장기이식의 경우
	가. 간이식을 받은 사람 (V013)
	나. 췌장이식을 받은 사람 (V014)
	다. 심장이식을 받은 사람 (V015)
	라. 신장이식을 받은 사람 (V005)
	마. 폐이식을 받은 사람 (V277)
	바. 소장이식을 받은 사람 (V278)
4	아래 상병의 경우
	건강보험의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표4] "희귀질환자 산정특례 대상"의 구분 1., 구분2. 및 [별표4의2] "중증난치질환자 산정특례대상"의 구분5.의 상병
5	제17조의2제5항에 따라 등록된 극희귀질환자
6	구분 4에 해당되지 않는 희귀질환으로 제17조의2제5항에 따라 등록된 상세불명희귀질환자
7	제17조의2제5항에 따라 등록된 기타염색체이상질환자

※ 산정특례 희귀질환 정보는 질병관리청 홈페이지〉희귀질환정보〉희귀질환정보에서 확인가능

7 중증질환자 산정특례 대상

● 암환자 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증환자

*「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제17조의2제1항

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표 3] 중증질환자 산정특례 대상

구분	대 상		특정기호
1	[별지 제1호] 서식에 따라 등록한 암환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병(C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~D48)으로 진료를 받은 경우		V193
2	[별첨 1]에 해당하는 상병의 뇌혈관질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 [별첨 1]에 해당하는 수술을 받은 경우 최대 30일		V191
	[별첨 1]에서 I60~I62에 해당하는 상병의 중증 뇌출혈환자가 급성기에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일 * [별첨1]에 해당하는 수술을 받지 않은 경우		V268
	[별첨 1]에서 I63에 해당하는 상병의 뇌경색증 환자가 증상 발생 24시간 이내에 병원에 도착하여 입원 진료 중 NIHSS가 5점 이상인 경우 최대 30일 * [별첨1]에 해당하는 수술을 받지 않은 경우		V275
3	[별첨 2]에 해당하는 상병의 심장질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 [별첨 2]에 해당하는 수술 또는 약제투여를 받은 경우 최대 30일 * 단, [별첨 2]에 해당하는 상병 중 복잡 선천성 심기형질환자 또는 [별첨 2]에 해당하는 수술 중 심장이식술을 받은 경우 최대 60일		V192
4	다음 각 목의 어느 하나에 해당하여 산정특례 대상으로 등록된 중증화상 환자가 적용일부터 1년간 해당 상병으로 진료를 받는 경우 *단, 등록기간 종료 후 2년 이내에 별첨 3의 수술을 받는 경우 1년간 재등록할 수 있음 (V306은 제외)	가. 별첨 3에서 중증도 기준의 제1호 각 목의 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 제1호 각 목의 어느 하나에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V247
		나. 별첨 3에서 중증도 기준의 제2호 각 목의 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 제2호 각 목의 어느 하나에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V248
		다. 별첨 3의 상병 중 제3호에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)으로 입원진료를 받는 경우	V305
		라. 별첨 3의 상병 중 제3호에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)에 대해 외래진료를 받은 환자가 수상(受傷)한 날부터 3년 이내에 입원하여 별첨 3의 수술을 받는 경우	V306
		마. 별첨 3의 상병 중 제4호에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V250
5	손상중증도점수(ISS) 15점 이상에 해당하는 중증외상환자가 「응급의료에 관한 법률」 제30조의2에 따른 권역외상센터에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일		V273

[별첨 1] 본인부담금산정특례 뇌혈관질환의 상병명 및 수술명

상병명(상병코드)	수술명(수술코드)
가. 뇌혈관 질환(I60~I67) 나. 경동맥의 동맥류 및 박리(I72.0) 다. 후천성 동정맥루(I77.0) 라. 순환계통의 기타 선천기형(Q28.0~Q28.3) 마. 두개내손상(S06)	가. 혈종제거를 위한 개두술(S4621, S4622) 나. 뇌동맥류수술(S4641, S4642) 다. 뇌동정맥기형적출술(S4653~S4658) 라. 두개강내 혈관문합술(S4661, S4662) 마. 단락술 또는 측로조성술 (S4711~S4713) 바. 뇌엽절제술(S4780) 사. 뇌 기저부 수술(S4801~S4803) 아. 중추신경계정위수술-혈종제거(S4756) 자. 경피적풍선혈관성형술(M6593, M6594, M6597) 차. 경피적뇌혈관약물성형술(M6599) 카. 경피적혈관내 금속스텐트삽입술(M6601, M6602, M6605) 타. 경피적혈전제거술(M6630, M6632, M6635, M6636, M6637, M6639) 파. 혈관색전술(M1661~M1667, M6644) 하. 천두술(N0322~N0324) 거. 개두술 또는 두개절제술(N0333) 너. 혈관내 죽종제거술(O0226, O0227, O2066) 더. 경동맥결찰술(S4670) 러. 뇌내시경수술(S4744) 머. 뇌 정위적 방사선수술(HD113~HD115)

[별첨 2] 본인부담금산정특례 심장질환의 상병명, 수술명 및 약제성분명

상병명(상병코드)
가. 심장의 양성 신생물(D15.1) 나. 심장 침범이 있는 류마티스열(I01) 다. 만성 류마티스심장질환(I05~I09) 라. 허혈심장질환(I20~I25) 마. 폐성 심장병 및 폐순환의 질환(I26, I28) 바. 기타 형태의 심장병(I30~I51) 사. 대동맥의 죽상경화증(I70.0) 아. 대동맥동맥류 및 박리(I71) 자. 달리 분류된 질환에서의 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 장애(I79.0, I79.1) 차. 대동맥궁증후군[다까야수](M31.4) 카. 순환계통의 선천기형(Q20~Q25) 타. 대정맥혈관의 선천기형(Q26.0~Q26.4,Q26.8,Q26.9) 파. 흉부 혈관의 손상, 심장의 손상(S25~S26)

수술명(수술코드)	약제성분명
가. 동맥관 우회로 조성술(OA640~OA641, OA647~OA649, O1640~O1641, O1643~O1649) 나. 심장 창상봉합술(O1660) 다. 동맥관개존폐쇄술(O1671, O1672) 라. 대동맥축착증수술(O1680) 마. 폐쇄식 승모판 교련 절개술(O1690) 바. 심혈관단락술(O1701, O1702) 사. 폐동맥결찰술(O1703, O1704) 아. 심방중격결손조성술(O1705) 자. 심방, 심실중격결손증수술(O1710, O1711, O1721~O1723) 차. 판막협착증수술(O1730, O1740, O1750, O1760) 카. 심방중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술(O1770) 타. 판막성형술(O1781~O1784) 파. 인공판막치환술(O1791~O1793, O1797) 하. 인공판막재치환술(O1794~O1796, O1798) 거. 비봉합 대동맥판막치환술(O1799) 너. 활로씨 4 증후군 근본수술(O1800) 더. 심실중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술(O1810) 러. 심내막상결손증 수술(O1821, O1822) 머. 좌심실류절제술(O1823) 버. 좌심실용적축소성형술(O1824) 서. 좌심실, 우심실 유출로 성형술(O1825, O1826) 어. 관상동맥 내막절제술(O1830) 저. 발살바동 동맥류파열수술(O1840) 처. 동정맥기형교정술(O1841) 커. 기타 복잡기형에 대한 심장수술 (O1851,O1852) 터. 좌우폐동맥 성형술(O1861) 퍼. 기능적 단심실증 교정술(O1873, O1874)	가. Alteplase 주사제 나. Tenecteplase 주사제 다. Urokinase 주사제 약제성분명

상병명(상병코드)	
허. 라스텔리씨수술(O1875) 고. 총 폐정맥 환류이상증 수술(O1878) 노. 대혈관전위증 수술(O1879) 도. 심실 보조장치 치료술(O0881, O0882, O0883, O0886, O0887, O0888, O0889) 로. 인공심폐순환(O1890) 모. 개흉심장마사지(O1895) 보. 부분체외순환(O1901~O1902) 소. 체외순환막형산화요법(O1903~O1904, O1907) 오. 국소관류(O1910) 조. 대동맥내풍선펌프(O1921, O1922) 초. 심낭루조성술(O1931) 코. 심낭창형성술(O1932, O1935) 토. 심막절제술(O1940) 포. 폐동맥혈전제거술(O1950) 호. 대동맥-폐동맥 창 폐쇄술(O1960) 구. 심내이물제거술(O1970) 누. 심장종양제거술(O1981, O1982) 두. 심박기거치술(O2001, O2004, 02005, O2009, O0203~O0210, O0241~O0243) 루. 부정맥수술(O2006, O2007) 무. 심율동전환 제세동기거치술(O0211, O0212, O2211, O2212) 부. 동맥류 절제술(O2021, O2022, O2031~O2033) 수. 혈전제거술-심장(O0260) 우. 경피적 동맥관개존 폐쇄술(M6510) 주. 경피적 심방중격결손폐쇄술(OZ751) 추. 경피적 근성부 심실중격결손 폐쇄술(M6513) 쿠. 경피적 심방중격절개술(M6521, M6522) 투. 경피적 심장 판막성형술(M6531~M6533) 푸. 부정맥의 고주파절제술(M6541~M6543, M6546~M6548, M6550) 및 냉각절제술(M0651, M0657, M0658, M0661, M0662) 후. 경피적 관상동맥확장술(M6551,M6552,M6553,M6554) 그. 경피적 관상동맥스텐트삽입술(M6561~M6564,M6565~M6567) 느. 경피적 관상동맥죽상반절제술(M6571, M6572) 드. 경피적 대동맥판삽입(M6580, M6581, M6582) 르. 경피적 폐동맥판 삽입술(M6585) 므. 경피적 풍선혈관성형술(M6595~M6597) 브. 경피적 혈관내 금속스텐트삽입술(M6603~M6605) 스. 경피적 혈관내 스텐트-이식설치술(M6611~M6613) 으. 대동맥 혈관내 이식편 고정술(M6651, M6652) 즈. 경피적 혈관내 죽종제거술(M6620) 츠. 경피적 혈전제거술(M6632,M6634,M6638,M6639) 크. 혈관색전술(M6644) 트. 심장이식술(Q8080) 프. 심장 및 폐이식술(Q8103)	

[별첨 3] 중증화상 본인부담금 산정특례 상병코드 및 상병명

구분	중증도	체표면적
1	가. 머리 및 목의 2도 화상(T20.2) 나. 몸통의 2도 화상(T21.2) 다. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 2도 화상(T22.2) 라. 손목 및 손의 2도 화상(T23.2) 마. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 2도 화상(T24.2) 바. 발목 및 발의 2도 화상(T25.2) 사. 상세불명 신체부위의 2도 화상(T30.2)	가. 신체표면의 20-29%를 침범한 화상(T31.2) 나. 신체표면의 30-39%를 침범한 화상(T31.3) 다. 신체표면의 40-49%를 침범한 화상(T31.4) 라. 신체표면의 50-59%를 침범한 화상(T31.5) 마. 신체표면의 60-69%를 침범한 화상(T31.6) 바. 신체표면의 70-79%를 침범한 화상(T31.7) 사. 신체표면의 80-89%를 침범한 화상(T31.8) 아. 신체표면의 90%이상을 침범한 화상(T31.9)
2	가. 머리 및 목의 3도 화상(T20.3) 나. 몸통의 3도 화상(T21.3) 다. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 3도 화상(T22.3) 라. 손목 및 손의 3도 화상(T23.3) 마. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 3도 화상(T24.3) 바. 발목 및 발의 3도 화상(T25.3) 사. 상세불명 신체부위의 3도 화상(T30.3)	가. 신체표면의 10-19%를 침범한 화상(T31.1) 나. 신체표면의 20-29%를 침범한 화상(T31.2) 다. 신체표면의 30-39%를 침범한 화상(T31.3) 라. 신체표면의 40-49%를 침범한 화상(T31.4) 마. 신체표면의 50-59%를 침범한 화상(T31.5) 바. 신체표면의 60-69%를 침범한 화상(T31.6) 사. 신체표면의 70-79%를 침범한 화상(T31.7) 아. 신체표면의 80-89%를 침범한 화상(T31.8) 자. 신체표면의 90%이상을 침범한 화상(T31.9)
3	가. 머리 및 목의 3도 화상(T20.3) 중 안면부에 수상한 경우 나. 몸통의 3도 화상(T21.3) 중 성기 또는 회음부에 수상한 경우 다. 손목 및 손의 3도 화상(T23.3) 라. 발목 및 발의 3도 화상(T25.3) 마. 눈 및 부속기의 화상(T26.0~T26.4)	
4	가. 호흡기도의 화상(T27.0~T27.3) 나. 기타 내부기관의 화상(T28.0~T28.3)	

수술명(수술코드)
1. 반흔구축성형술(운동제한이 있는 것) (N0241) 2. 반흔구축성형술 및 식피술(운동제한이 있는 것) (N0242~N0247, NA241~NA243) 3. 반흔구축성형술 및 국소피판술(운동제한이 있는 것) (N0249)

8 의료급여일수 연장승인 안내

□ 1회당 연장승인 일수는 각 질환별로 상이합니다.

- 등록 중증질환, 희귀·중증난치질환(결핵 포함)의 경우 1회당 90일 이내, 만성고시질환의 경우 1회당 75일 이내, 기터 질환의 경우 1회 90일, 2회 55일 이내 보장기관에서 승인한 일수

  * 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환(등록 결핵 포함)의 경우 시군구의료급여심의위원회 심의 및 연장승인 대상에서 제외됩니다. 자세한 내용은 해당 보장기관에 문의하시기 바랍니다.

□ 개인 급여일수가 각 질환별 연간 급여일수를 초과하기 전에 꼭 연장승인을 신청하시기 바랍니다.

- 의료급여수급권자가(국가유공자 등 타법 수급권자 포함) 각 질환별 급여 상환일수를 초과하기 전에 연장승인신청을 하지 않을 경우 건강보험 의원급 본인부담률에 준하는 금액(입원 20%, 외래·약국 30%)을 본인이 부담하여야 합니다.

  ※ 질환군별 급여일수 : 등록 중증질환, 희귀·중증난치질환(결핵 포함)의 경우 365일, 만성고시질환의 경우 380일, 기타 질환의 경우 400일

□ 신청 절차

- 먼저, 가까운 시·군·구청 또는 읍·면·행정복지센터에 가서 의료급여일수 연장승인 신청서를 교부받습니다.
- 자신이 주로 진료를 받고 있는 의료기관에 가서 연장사유를 확인 받습니다.
- 작성된 연장승인신청서를 교부받은 시·군·구청(읍·면·동)에 제출합니다.
- 조건부연장승인신청자는 선택의료급여기관 신청서를 추가로 제출합니다.

□ 자세히 알아보기

- 전출한 경우, 전입지 시·군·구에서 연장승인 업무처리합니다.
- 급여 상한일수 초과자중 사망, 건강보험가입 등으로 의료급여 수급권자격을 상실한 자는 연장승인 신청을 하지 않아도 됩니다.
- 기타 필요한 사항은 시·군·구 또는 읍·면·동에 문의하시기 바랍니다.

□ 기 타

진료내역이 상이한 경우 시·군·구 또는 읍·면·동에 신고하시기 바라며, 의료 급여기관의 허위, 부당청구로 확인될 경우 소정의 신고포상금을 드립니다.

9 행정처분의 기준 (의료급여법 시행령 제16조의2 관련 별표 2)

[별표 2] 〈개정 2022.3.22.〉

행정처분의 기준 (제16조의2 관련)

1. 업무정지처분의 기준

가. 일반기준

1) 다음 가)부터 다)까지의 어느 하나에 해당하는 경우에는 업무정지기간을 2분의 1의 범위에서 감경하거나 면제할 수 있다. 다만, 속임수를 사용하여 수급권자, 부양의무자 또는 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 하였을 때에는 그러하지 아니하다.

가) 급여비용을 부당청구한 의료급여기관이 그 부당청구 사실이 발각되기 전에 보건복지부장관 등의 감독관청에 부당청구 사실을 자진하여 신고한 경우

나) 의료급여기관의 대표자가 인지할 수 없었던 불가항력적인 사유로 급여비용 부당청구가 발생한 사실이 객관적으로 증명된 경우

다) 그 밖에 위반행위의 동기·목적·정도 및 위반횟수 등을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 감면기준에 해당하는 경우

2) 의료급여기관이 법 제28조제1항 및 제29조제1항에 따른 업무정지 또는 과징금 처분을 받은 이후 5년 이내에 법 제28조제1항 각 호의 위반행위를 하였을 경우(5년 이내의 기간 산정은 위반사실이 확인된 날부터 그 직전에 업무정지 또는 과징금 처분서를 송달받은 날까지로 한다)에는 해당 위반행위에 대한 업무정지기간의 2배에 해당하는 처분을 할 수 있다. 이 경우 업무정지기간은 1년을 넘을 수 없다.

3) 나목1) 및 2)의 경우 모두에 해당되는 의료급여기관의 업무정지 기간은 해당 기간을 합산한 기간으로 한다. 다만, 업무정지 기간을 합하는 경우에도 1년을 넘을 수 없다.

나. 개별기준

1) 의료급여기관이 법 제28조제1항제1호에 해당하는 경우의 업무정지기간은 다음 표와 같다.

(단위 : 일)

월평균 부당금액	부당비율					
	0.1% 이상 0.5% 미만	0.5% 이상 1% 미만	1% 이상 2% 미만	2% 이상 3% 미만	3% 이상 4% 미만	4% 이상 5% 미만
40만원 이상 ~ 80만원 미만	5	10	20	30	40	50
80만원 이상 ~ 160만원 미만	10	15	25	35	45	55
160만원 이상 ~ 320만원 미만	15	20	30	40	50	60
320만원 이상 ~ 640만원 미만	20	25	35	45	55	65
640만원 이상 ~ 1,000만원 미만	25	30	40	50	60	70
1,000만원 이상 ~ 2,000만원 미만	30	35	45	55	65	75
2,000만원 이상 ~ 3,000만원 미만	35	40	50	60	70	80
3,000만원 이상 ~ 4,000만원 미만	40	45	55	65	75	85
4,000만원 이상 ~ 5,000만원 미만	45	50	60	70	80	90
5,000만원 이상 ~ 1억원 미만	50	55	65	75	85	95
1억원 이상	55	60	70	80	90	100

비고

1. 월평균 부당금액은 조사대상 기간(의료급여기관이 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 급여비용을 청구하였는지 확인하기 위하여 6개월부터 36개월까지의 범위에서 보건복지부장관이 정하는 기간을 말한다. 이하 같다) 동안 의료급여기관이 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 한 금액과 수급권자 또는 그 부양의무자에게 본인부담금을 부담하게 한 금액을 합산한 금액(이하 "총부당금액"이라 한다)을 조사대상 기간의 개월 수로 나눈 금액으로 한다.
2. 부당비율은 [총부당금액/(급여비용 총액 + 급여비용 총액에 포함되지 않은 부당금액)] × 100으로 산출한다.
3. "급여비용 총액"이란 조사대상 기간 동안 심사결정된 급여비용(법 제11조제2항에 따라 심사청구된 급여비용에 대하여 급여비용심사기관이 심사결정한 급여비용을 말한다)을 합산한 금액을 말한다.
4. "급여비용 총액에 포함되지 않은 부당금액"이란 조사대상 기간 동안 해당 의료급여기관의 급여비용 총액에는 포함되지 않으나 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 한 금액과 수급권자 또는 그 부양의무자에게 본인부담금을 부담하게 한 금액을 말한다.
5. 부당비율이 5% 이상인 경우에는 초과 1%마다 업무정지기간을 3일씩 가산하되, 소수점 이하의 부당비율은 올림한다.
6. 위 표에 따라 계산한 업무정지기간이 365일을 초과하는 경우에는 365일로 본다.

2) 의료급여기관이 법 제32조제2항에 따른 보고 또는 서류의 제출을 하지 아니하거나 거짓 보고를 하거나 거짓 서류를 제출하거나 소속 공무원의 질문 및 검사를 거부·방해 또는 기피한 경우에는 업무정지 기간을 1년으로 한다. 다만, 서류 중 진료기록부, 투약기록, 의료급여비용계산서 및 본인부담금수납대장을 제외한 서류의 전부 또는 일부를 제출하지 아니한 경우에는 업무정지 기간을 180일로 한다.

2. 삭제 〈2020.6.2.〉

10 과징금의 부과 기준 (의료급여법 시행령 제16조의4 관련 별표 3)

[별표 3] 〈개정 2022.3.22.〉

과징금 부과 기준 (제16조의4 관련)

1. 과징금은 별표 2 제1호나목에 따른 업무정지 기간이 10일 이하인 경우에는 총 부당금액의 2배, 10일 초과 30일 이하인 경우에는 총 부당금액의 3배, 30일 초과 50일 이하인 경우에는 총 부당금액의 4배, 50일을 초과하는 경우에는 총 부당금액의 5배로 한다.

2. 의료급여기관이 과징금의 분할납부를 신청하는 경우 12개월의 범위에서 과징금의 분할 납부를 하게 할 수 있다.

3. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 과징금 금액을 2분의 1의 범위에서 감경하거나 면제할 수 있다. 다만, 속임수를 사용하여 수급권자, 부양의무자 또는 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 하였을 때에는 그러하지 아니하다.
   가. 급여비용을 부당청구한 의료급여기관이 그 부당청구 사실이 발각되기 전에 보건복지부장관 등의 감독관청에 부당청구 사실을 자진하여 신고한 경우
   나. 의료급여기관의 대표자가 인지할 수 없었던 불가항력적인 사유로 급여비용 부당청구가 발생한 사실이 객관적으로 증명된 경우
   다. 그 밖에 위반행위의 동기·목적·정도 및 위반횟수 등을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 감면기준에 해당하는 경우

4. 의료급여기관이 법 제28조제1항 및 제29조제1항에 따른 업무정지 또는 과징금 처분을 받은 이후 5년 이내에 법 제28조제1항제1호의 위반행위를 하였을 경우(5년 이내의 기간 산정은 위반사실이 확인된 날부터 그 직전에 업무정지 또는 과징금 처분서를 송달받은 날까지로 한다)에는 해당 위반행위에 대한 과징금의 2배에 해당하는 처분을 할 수 있다. 이 경우 과징금은 총부당금액의 5배를 넘을 수 없다.

11 의료급여와 건강보험 제도 비교

구 분	의 료 급 여	건 강 보 험
대상자	1,516천명('21.12월말 기준)	51,412천명('21.12월말 기준)
재 원	10조 2,108억원('21년 기준)	80조 4,921억원('21년 기준)
재원조달	• 조세(국고+지방비) - 국 고 : 7조 6,787억원 - 지방비 : 2조 5,321억원	• 보험료(일부 국고) - 보 험 료 : 69조 2,270억원 - 국고지원 : 7조 6,554억원(추경 720억원 포함) - 담배부담금 : 1조 9,166억원 - 기 타 : 1조 6,931억원
자격증명	• 의료급여증 또는 의료급여증명서와 본인확인을 위한 신분증명서 등 제시	• 건강보험증 또는 신분증명서
급여수준	• 건강보험 준용/영안실 안치료 별도 급여	• 진찰, 검사, 약제, 치료, 입원 등
수가기준	• 행위별 수가 • 정액수가 : 요양병원, 보건기관 (정신과입원, 혈액투석외래)	• 행위별 수가 • 포괄수가(7개 질병군) • 정액수가 : 요양병원, 보건기관
종별 가산율	제3차 22% / 종합병원 18% / 병원 15% / 의원 11%	30% 상급종합병원 / 25% 종합병원 / 20% 병원 / 15% 의원
본인 부담금	• 입원 : 1종 0원, 2종 10% • 외래 - (1종) 1차기관 : 1,000원 2차 : 1,500원 3차 : 2,000원 - (2종) 1차 : 1,000원 2차 : 15% 3차 : 15% • 약국 : 처방전 발행 의료기관 종별 상관 없이 500원(보건소제외), 다만, 100개 경증질환 종병 이상 처방전 3%	• 입원 : 20% • 외래 - 의원급 이하 : 30% - 병원급 : 35%, 40% - 종합병원급 : 45%, 50% - 상급종합병원 : 60% • 약국 : 30~50% - 처방전 발행 의료기관 종별에 따라 차등(병·의원 30%, 종합병원 40%, 상급종합 50%)
급여절차	• 3단계(의원 → 병원, 종합 → 상급종합병원) ※ 예외: 노숙인(2단계)	• 2단계(의원, 병원, 종합 → 상급 종합병원)
운영기관	• 복지부-시·도-시·군·구(보장기관) • 업무위탁 - 지급 : 건강보험공단 - 심사 : 심사평가원	• 복지부-건강보험공단(보험자)
이의신청	• 보장기관(자격 등 보장기관 처분) • 심사평가원(심사, 적정성평가)	• 공단(자격 등 공단의 처분) • 심사평가원(심사, 적정성평가)

2023년 의료급여사업안내

인쇄일 2022년 12월 일

발행일 2022년 12월 일

발행처 보건복지부 기초의료보장과