

---

2026년 상반기 비급여 진료비용 등  
**보고서식 작성요령 및 예시**

---

2026. 2.

## □ 주요 변경사항

페이지	2025년도 하반기 시행	2026년도 상반기 시행
p2	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 일반원칙</li> <li>① 건강보험 및 의료급여 등의 대상자가</li> <li>② 보고대상 9월 진료월에 재원 및 내원하여 받은 비급여 항목 중 ③ 보고대상 항목('25년 1,251개)에 해당하는 경우</li> <li>④ 20개 보고 내역을 서식에 맞추어 제출</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 일반원칙</li> <li>① 건강보험 또는 의료급여 대상자가</li> <li>② 보고대상 <u>진료월('26년 3월)</u>에 재원 및 내원하여 받은 비급여 항목 중 ③ 보고대상 항목('26년 1,411개)에 해당하는 경우</li> <li>④ 20개 보고 내역을 서식에 맞추어 제출</li> </ul>
p3	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 일련번호(보고내역 세부사항)</li> <li>- 해당 의료기관의 일자별 비급여 진료가 이루어진 환자별 일련번호를 아래 예시와 같이 최대 20자리 숫자로 기재</li> <li>※ (형식) "YYMMN" 또는 "YYYYMMN"</li> <li>* 해당년도 YY(2자리) or YYYY(4자리), 해당 월 MM(2자리), 일련번호 N</li> <li>- (예시) <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2025년 9월에 비급여 진료가 이루어진 1번 환자 → <u>25091</u> or <u>2025091</u></li> <li>• 2025년 9월에 비급여 진료가 이루어진 1,500번 환자 → <u>25091500</u> or <u>2025091500</u></li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 일련번호(보고내역 세부사항)</li> <li>- 해당 의료기관의 일자별 비급여 진료가 이루어진 환자별 일련번호를 아래 예시와 같이 최대 20자리 숫자로 기재</li> <li>※ (형식) "YYMMN" 또는 "YYYYMMN"</li> <li>* 해당년도 YY(2자리) or YYYY(4자리), 해당 월 MM(2자리), 일련번호 N</li> <li>- (예시) <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>2026년 3월</u>에 비급여 진료가 이루어진 1번 환자 → <u>26031</u> or <u>2026031</u></li> <li>• <u>2026년 3월</u>에 비급여 진료가 이루어진 1,500번 환자 → <u>26031500</u> or <u>2026031500</u></li> </ul> </li> </ul>

# 목 차

I. 정규서식 .....	1
1. 비급여 보고내역 작성 원칙 .....	2
2. 보고내역 세부사항 .....	3
3. 정규서식 작성예시 .....	13
II. 별지서식 .....	14
1. 별지서식 작성요령 .....	14
2. 별지서식 작성예시 .....	17

## 비급여진료비용등에 대한 보고내역

### A. 의료이용 구분

의료기관 식별번호	일련번호	생년, 성별	보험자종별구분	진료과목코드	입원/외래구분	입원기간
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

### B. 비급여 보고내역

B-1. 항목	영역구분(보고분야)	⑧
	코드	⑨
	명칭	⑩
	의료기관 사용코드	⑪
	의료기관 사용명칭	⑫
B-2. 기준	항목구분	⑬
	코드구분(진료유형)	⑭
B-3. 금액 등	단가	⑮
	실시빈도	⑯
	비용	⑰
B-4. 진료내역	주상병명(희귀질환 등은 공백처리)	⑱
	부상병명(희귀질환 등은 공백처리)	⑲
	주수술/시술명	⑳

※ 21), 22)번 해당 내용은 보고내역 작성 내용과는 별도의 가격공개 입력 값임

# 1 비급여 보고내역 작성 원칙

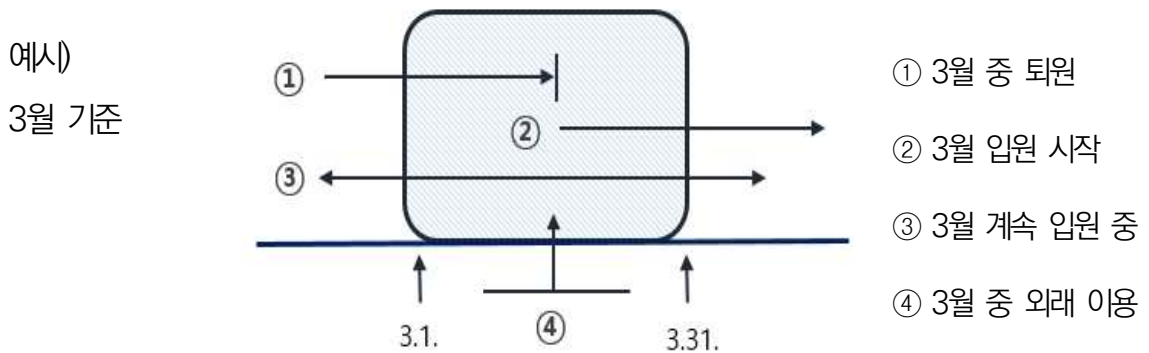
## □ 일반 원칙

- ① 건강보험 또는 의료급여 대상자가 ② 보고대상 진료월('26년 3월)에 재원 및 내원하여 받은 비급여 항목 중 ③ 보고대상 항목('26년 1,411개)에 해당하는 경우 ④ 20개 보고 내역을 서식에 맞추어 제출

### ① (대상자) 건강보험(차상위 포함), 의료급여 자격 보유자

- (포함) 건강보험 자격 정보를 확인하지 않고 일반적으로 진료한 환자나 (일시)급여정지 및 제한자 포함
- (제외) 「근로기준법」, 「산업재해보상보험법」, 「공무원재해보상법」, 「자동차손해보상보장법」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 등 다른 법령에 따라 진료를 받았거나 무자격자인 경우는 제외

### ② (대상월) '26년 3월에 의료기관에 재원 또는 내원하여 진료



※ 보고 대상기간은 보고대상 3월에 한하며, 실제 진료비 수납 유무와 상관없이 해당 월에 실시한 내역 제출 필요

### ③ (항목) 고시 [별표 1] 항목 1,411개(가격공개 753개 + 공개 외 658개)

### ④ (내역) 고시 [별표 2] 의료이용구분, 항목, 기준, 금액, 진료내역 등 총 20개 보고내역

## 2 보고내역 세부사항

### A. 의료이용 구분

요구사항 분류	A - ①
요구사항 명칭	의료기관 식별번호
요구사항 세부내용	<p><b>[기준]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 해당 요양기관기호 8자리 기재(요양급여비용 심사청구서와 동일)</li> <li>• 약국 및 조산원, 폐업기관 제외</li> </ul>
산출정보	요양기관기호(숫자 8자리)

요구사항 분류	A - ②
요구사항 명칭	일련번호
요구사항 세부내용	<p><b>[기준]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 해당 의료기관의 일자별 비급여 진료가 이루어진 환자별 일련번호를 아래 예시와 같이 최대 20자리 숫자로 기재</li> <li>※ (일련번호 형식) "YMMN" 또는 "YYYYMMN"</li> <li>* 해당년도 YY(2자리) or YYYY(4자리), 해당 월 MM(2자리), 일련번호 N</li> </ul> <p><b>[항목설명]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 해당 월에 비급여 진료가 이루어진 내원 환자가 1,000명, 입원 환자가 500명이면 일련번호는 1,500번까지 발생</li> <li>• 환자 한 명의 세부진료내역에 동일 일련번호로 여러 줄 생성 가능</li> </ul> <p><b>[예시]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2026년 3월에 비급여 진료가 이루어진 1번 환자 → 26031 or 2026031</li> <li>• 2026년 3월에 비급여 진료가 이루어진 1,500번 환자 → 26031500 or 2026031500</li> </ul>
산출정보	일련번호(최대 20자리)

<b>요구사항 분류</b>	<b>A - ③</b>																		
<b>요구사항 명칭</b>	생년, 성별																		
<b>요구사항 세부내용</b>	<p><b>[기준]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>출생 연도 및 성별 기재 <ul style="list-style-type: none"> <li>생년 구분 4자리 + 성별 구분 1자리(주민번호 뒤 첫째 자리)</li> </ul> </li> <li>1900년도~현재연도(2026년) 이외에는 오류</li> </ul> <p><b>[항목설명]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>YYYY성별 → ex) 19861 <ul style="list-style-type: none"> <li>출생 연도, 성별에 따른 주민등록번호 뒤 첫째 자리</li> </ul> </li> </ul> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th>1900년대 출생</th> <th>2000년대 출생</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">내국인</td> <td>남(男)</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>여(女)</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">외국인</td> <td>남(男)</td> <td>5</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>여(女)</td> <td>6</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>[예시]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1987년생, 주민등록번호 뒷자리가 5번으로 시작하는 사람: 19875</li> <li>2002년생, 주민등록번호 뒷자리가 4번으로 시작하는 사람: 20024</li> </ul>			1900년대 출생	2000년대 출생	내국인	남(男)	1	3	여(女)	2	4	외국인	남(男)	5	7	여(女)	6	8
		1900년대 출생	2000년대 출생																
내국인	남(男)	1	3																
	여(女)	2	4																
외국인	남(男)	5	7																
	여(女)	6	8																
<b>산출정보</b>	생년, 성별 ... 주민등록번호 뒤 첫째자리(숫자 5자리)																		

<b>요구사항 분류</b>	A - ④
<b>요구사항 명칭</b>	보험자 종별구분
<b>요구사항 세부내용</b>	<p><b>[기준]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 해당 환자 입원/내원 시점의 보험자 종별 구분 코드 기재(접수 기준) <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1. 건강보험(차상위 포함) / 2. 의료급여 / 3. 기타*</li> <li>* 3. 기타: 1, 2번 자격이지만 일반(전액본인부담 포함)으로 진료 받은 자</li> <li>※ 단, 근로기준법, 산업재해보상보험법, 공무원재해보상법, 자동차손해보상 보장법, 보훈보상대상자 지원에 관한 법률 등 다른 법령에 따라 진료를 받았거나 무자격자인 경우는 제외</li> </ul> </li> <li>• 전체 진료 기간 중 보험자 종별 구분이 2개 이상 발생한 경우, 각 진료 내역에 해당하는 종별 구분 기재</li> </ul>
<b>산출정보</b>	보험자 종별구분(숫자 1자리)

<b>요구사항 분류</b>	A - ⑤																																																																																																								
<b>요구사항 명칭</b>	진료과목 코드																																																																																																								
<b>요구사항 세부내용</b>	<p><b>[기준]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 진료과목별 코드는 다음 '코드표'의 2자리 코드를 기재함</li> <li>• 척추센터, 비수술센터, 발달센터, 미용센터 등 모든 센터는 99번 분류</li> </ul> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>코드</th> <th>진료과목</th> <th>코드</th> <th>진료과목</th> <th>코드</th> <th>진료과목</th> <th>코드</th> <th>진료과목</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>내과</td> <td>13</td> <td>이비인후과</td> <td>25</td> <td>작업환경의학과</td> <td>61</td> <td>통합치의학과</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>신경과</td> <td>14</td> <td>피부과</td> <td>26</td> <td>예방의학과</td> <td>80</td> <td>한방내과</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>정신과</td> <td>15</td> <td>비뇨기과</td> <td>50</td> <td>구강악안면외과</td> <td>81</td> <td>한방부인과</td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>일반외과</td> <td>16</td> <td>영상의학과</td> <td>51</td> <td>치과보철과</td> <td>82</td> <td>한방소아과</td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>정형외과</td> <td>17</td> <td>방사선종양학과</td> <td>52</td> <td>치과교정과</td> <td>83</td> <td>한방안.이비인후.피부과</td> </tr> <tr> <td>06</td> <td>신경외과</td> <td>18</td> <td>병리과</td> <td>53</td> <td>소아치과</td> <td>84</td> <td>한방신경정신과</td> </tr> <tr> <td>07</td> <td>흉부외과</td> <td>19</td> <td>진단검사의학과</td> <td>54</td> <td>치주과</td> <td>85</td> <td>침구과</td> </tr> <tr> <td>08</td> <td>성형외과</td> <td>20</td> <td>결핵과</td> <td>55</td> <td>치과보존과</td> <td>86</td> <td>한방재활의학과</td> </tr> <tr> <td>09</td> <td>마취통증의학과</td> <td>21</td> <td>재활의학과</td> <td>56</td> <td>구강내과</td> <td>87</td> <td>사상체질과</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>산부인과</td> <td>22</td> <td>핵의학과</td> <td>57</td> <td>영상치의학과</td> <td>99</td> <td>기타(센터)</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>소아청소년과</td> <td>23</td> <td>가정의학과</td> <td>58</td> <td>구강병리과</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>안과</td> <td>24</td> <td>응급의학과</td> <td>59</td> <td>예방치과</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>[항목설명]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 진료를 받은 진료과목(병원급 이상) 또는 상병명에 해당하는 진료과목(의원급)을 기재</li> <li>• 진료과목이 2개 이상인 경우, 각 줄에 해당 진료과목 기재</li> </ul>	코드	진료과목	코드	진료과목	코드	진료과목	코드	진료과목	01	내과	13	이비인후과	25	작업환경의학과	61	통합치의학과	02	신경과	14	피부과	26	예방의학과	80	한방내과	03	정신과	15	비뇨기과	50	구강악안면외과	81	한방부인과	04	일반외과	16	영상의학과	51	치과보철과	82	한방소아과	05	정형외과	17	방사선종양학과	52	치과교정과	83	한방안.이비인후.피부과	06	신경외과	18	병리과	53	소아치과	84	한방신경정신과	07	흉부외과	19	진단검사의학과	54	치주과	85	침구과	08	성형외과	20	결핵과	55	치과보존과	86	한방재활의학과	09	마취통증의학과	21	재활의학과	56	구강내과	87	사상체질과	10	산부인과	22	핵의학과	57	영상치의학과	99	기타(센터)	11	소아청소년과	23	가정의학과	58	구강병리과			12	안과	24	응급의학과	59	예방치과		
코드	진료과목	코드	진료과목	코드	진료과목	코드	진료과목																																																																																																		
01	내과	13	이비인후과	25	작업환경의학과	61	통합치의학과																																																																																																		
02	신경과	14	피부과	26	예방의학과	80	한방내과																																																																																																		
03	정신과	15	비뇨기과	50	구강악안면외과	81	한방부인과																																																																																																		
04	일반외과	16	영상의학과	51	치과보철과	82	한방소아과																																																																																																		
05	정형외과	17	방사선종양학과	52	치과교정과	83	한방안.이비인후.피부과																																																																																																		
06	신경외과	18	병리과	53	소아치과	84	한방신경정신과																																																																																																		
07	흉부외과	19	진단검사의학과	54	치주과	85	침구과																																																																																																		
08	성형외과	20	결핵과	55	치과보존과	86	한방재활의학과																																																																																																		
09	마취통증의학과	21	재활의학과	56	구강내과	87	사상체질과																																																																																																		
10	산부인과	22	핵의학과	57	영상치의학과	99	기타(센터)																																																																																																		
11	소아청소년과	23	가정의학과	58	구강병리과																																																																																																				
12	안과	24	응급의학과	59	예방치과																																																																																																				
<b>산출정보</b>	진료과목 코드(숫자 최대 2자리) ... 임의로 '00' 입력하지 않도록 유의																																																																																																								

<b>요구사항 분류</b>	<b>A - ⑥</b>
<b>요구사항 명칭</b>	입원/외래 구분
<b>요구사항 세부내용</b>	<p><b>[기준]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 해당 의료기관에 해당 상병의 요양급여를 위한 입원 또는 외래 여부에 따라 구분하여 코드 기재</li> <li>- 입원(퇴원) = 1, 외래 = 2</li> </ul> <p><b>[항목설명]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 응급실의 경우, K-TAS* 기준 준용 가능</li> <li>* K-TAS(한국형 응급환자 분류도구) 1~3등급: 입원, 4~5등급: 외래</li> <li>• 실제 진료 기록상의 입원·외래 유무에 따라 코드 기재</li> </ul>
<b>산출정보</b>	입원/외래구분(숫자 1자리)

<b>요구사항 분류</b>	A - ⑦
<b>요구사항 명칭</b>	입원기간
요구사항 세부내용	<p><b>[기준]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 입원(낮 병동포함)은 입원한 기간을 숫자로 기재, <b>외래는 0으로 기재</b></li> <li>• 단, 응급실 방문의 경우 입원/외래 구분에 상관없이 실제 재원 기간을 숫자로 기재</li> </ul> <p><b>[항목설명]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 입원 기간 = 퇴원 일자 - 입원 일자 + 1</li> </ul> <p><b>[예시]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (외래 진료) 2026.3.1. → 0</li> <li>• (낮 병동 입원) → 1</li> <li>• (보고 월 입/퇴원) 입원 2026.3.1. 퇴원 2026.3.10. → 10</li> <li>• (보고 월 이전 입원, 보고 월 퇴원) 입원 시작일을 기산일로 산출 입원 2026.2.15. 퇴원 2026.3.10. → 23</li> <li>• (보고 월 이전 입원, 보고 월 미퇴원 상태) 장기 입원 8888 입원 2026.1.10. → 보고 월 입원 중 → 8888</li> <li>• (보고 월 입원, 보고 월 미퇴원 상태) 9999 입원 2026.3.28. → 보고 월 입원 중 → 9999</li> </ul>
<b>산출정보</b>	<p><b>입원 기간(숫자 4자리)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 보고 월 입원 중인 환자는 8888로 기재</li> <li>• 보고 월 입원 <u>시작</u>인 환자는 9999로 기재</li> </ul>

## B. 비급여 보고내역 (B-1)

요구사항 분류	B - 1 - ⑧																		
요구사항 명칭	영역구분(보고분야)																		
요구사항 세부내용	<p><b>[원칙]</b>          • 비급여 보고내역에 해당하는 영역을 '비급여 보고항목별 진료 과목 및 명칭 가이드'를 참고하여 기재</p> <p><b>[기준]</b>          • <b>가격공개 포함 항목</b>          1: 등재비급여(행위, 치료 재료), 기준비급여(행위, 치료 재료, 약제), 미등재 약제          2: 제증명수수료          3: 선택비급여(행위, 약제 등)          • <b>가격공개 이외 항목</b>          4: 등재비급여(행위, 치료 재료), 기준비급여(행위, 치료 재료, 약제), 미등재 약제(가격공개 이외 모든 항목), 인정비급여(신의료기술, 혁신의료기술, 제한적 의료기술)          5: 제증명수수료          6: 선택비급여(행위, 약제 등)          • <b>영역/분야 구분이 어려운 항목</b>          7: 기타</p> <p><b>[항목설명]</b>          • '비급여 보고항목별 진료과목 및 명칭 가이드' 참고하여 영역 1~7번까지 구분</p> <p><b>[용어설명]</b></p> <table border="1" data-bbox="481 1422 1412 1899"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th colspan="2">내용</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">등재비급여</td> <td>행위</td> <td>「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」 고시에서 '행위 비급여 목록'의 대상이 되는 행위</td> </tr> <tr> <td>약제</td> <td>「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」 고시에서 '치료재료 비급여 목록'의 대상이 되는 치료재료</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">기준비급여</td> <td>행위</td> <td>「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」 고시에서 '행위 급여 목록'에 등재되어 있으나, 급여 기준 등에 의해 비급여로 적용되고 있는 행위</td> </tr> <tr> <td>치료재료</td> <td>「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」 고시에서 '치료재료 급여 목록'의 대상이 되는 치료재료</td> </tr> <tr> <td>약제</td> <td>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 고시에 따른 급여 등재 의약품 중 비급여 적용받는 의약품</td> </tr> <tr> <td>선택비급여</td> <td colspan="2">「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」별표 2 비급여 대상 제1호~제3호에 해당되는 항목 및 제4호의 일부에 해당하는 항목</td> </tr> </tbody> </table>	구분	내용		등재비급여	행위	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」 고시에서 '행위 비급여 목록'의 대상이 되는 행위	약제	「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」 고시에서 '치료재료 비급여 목록'의 대상이 되는 치료재료	기준비급여	행위	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」 고시에서 '행위 급여 목록'에 등재되어 있으나, 급여 기준 등에 의해 비급여로 적용되고 있는 행위	치료재료	「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」 고시에서 '치료재료 급여 목록'의 대상이 되는 치료재료	약제	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 고시에 따른 급여 등재 의약품 중 비급여 적용받는 의약품	선택비급여	「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」별표 2 비급여 대상 제1호~제3호에 해당되는 항목 및 제4호의 일부에 해당하는 항목	
구분	내용																		
등재비급여	행위	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」 고시에서 '행위 비급여 목록'의 대상이 되는 행위																	
	약제	「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」 고시에서 '치료재료 비급여 목록'의 대상이 되는 치료재료																	
기준비급여	행위	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」 고시에서 '행위 급여 목록'에 등재되어 있으나, 급여 기준 등에 의해 비급여로 적용되고 있는 행위																	
	치료재료	「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」 고시에서 '치료재료 급여 목록'의 대상이 되는 치료재료																	
	약제	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 고시에 따른 급여 등재 의약품 중 비급여 적용받는 의약품																	
선택비급여	「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」별표 2 비급여 대상 제1호~제3호에 해당되는 항목 및 제4호의 일부에 해당하는 항목																		
산출정보	<p>영역구분(보고분야)(숫자 1자리)          ※ 요양기관정보마당 내 '비급여 보고항목별 진료과목 및 명칭 가이드' 참고</p>																		

<b>요구사항 분류</b>	<b>B - 1 - ⑨, ⑩</b>															
<b>요구사항 명칭</b>	코드, 명칭															
<b>요구사항 세부내용</b>	<p><b>[원칙]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· '비급여 표준코드'는 고시 [별표 1] 항목의 비급여 코드·명칭을 의미함</li> <li>- 표준코드 불일치 시 자료 제출 불가할 수 있음</li> </ul> <p><b>[예시]</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>영역구분(보고분야)</th> <th>코드</th> <th>명칭</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>MY1430000</td> <td>증식치료-척추부위</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>SZ0840000</td> <td>체외충격파치료[근골격계질환]</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>EB4310000</td> <td>심장-경흉부 심초음파-단순</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>ABZ010001</td> <td>상급병실료-1인실</td> </tr> </tbody> </table>	영역구분(보고분야)	코드	명칭	1	MY1430000	증식치료-척추부위	1	SZ0840000	체외충격파치료[근골격계질환]	1	EB4310000	심장-경흉부 심초음파-단순	1	ABZ010001	상급병실료-1인실
영역구분(보고분야)	코드	명칭														
1	MY1430000	증식치료-척추부위														
1	SZ0840000	체외충격파치료[근골격계질환]														
1	EB4310000	심장-경흉부 심초음파-단순														
1	ABZ010001	상급병실료-1인실														
<b>산출정보</b>	코드, 명칭(코드: 최대 200자, 명칭: 최대 400자)															

<b>요구사항 분류</b>	<b>B - 1 - ⑪, ⑫</b>																				
<b>요구사항 명칭</b>	의료기관 사용코드, 의료기관 사용명칭																				
<b>요구사항 세부내용</b>	<p><b>[원칙]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· ⑨코드, ⑩명칭의 [원칙]에 해당하는 <u>표준코드를 사용하는 경우</u> 해당 코드·명칭을 기재</li> <li>· ⑨코드, ⑩명칭의 [원칙]에 해당하는 <u>표준코드·명칭을 사용하지 않는 경우</u> 실제 의료기관에서 사용하는 자체 코드·명칭 기재</li> </ul> <p><b>[항목설명]</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>코드</th> <th>명칭</th> <th>의료기관 사용코드</th> <th>의료기관 사용명칭</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MY1430000</td> <td>증식치료(척추부위)</td> <td>SPL</td> <td>척추증식치료</td> </tr> <tr> <td>SZ0840000</td> <td>체외충격파치료[근골격계질환]</td> <td>ESWL</td> <td>ESWT-체외충격파치료술</td> </tr> <tr> <td>EB4310000</td> <td>심장-경흉부 심초음파</td> <td>ECHO</td> <td>초음파(심장)</td> </tr> <tr> <td>ABZ010001</td> <td>상급병실료/1인실</td> <td>VAO13</td> <td>상급병실료-1인실</td> </tr> </tbody> </table>	코드	명칭	의료기관 사용코드	의료기관 사용명칭	MY1430000	증식치료(척추부위)	SPL	척추증식치료	SZ0840000	체외충격파치료[근골격계질환]	ESWL	ESWT-체외충격파치료술	EB4310000	심장-경흉부 심초음파	ECHO	초음파(심장)	ABZ010001	상급병실료/1인실	VAO13	상급병실료-1인실
코드	명칭	의료기관 사용코드	의료기관 사용명칭																		
MY1430000	증식치료(척추부위)	SPL	척추증식치료																		
SZ0840000	체외충격파치료[근골격계질환]	ESWL	ESWT-체외충격파치료술																		
EB4310000	심장-경흉부 심초음파	ECHO	초음파(심장)																		
ABZ010001	상급병실료/1인실	VAO13	상급병실료-1인실																		
<b>산출정보</b>	의료기관 사용코드, 의료기관 사용명칭 (코드: 최대 200자, 명칭: 최대 400자)																				

**(B-2) 기준**

<b>요구사항 분류</b>	<b>B - 2 - ⑬</b>																																																						
<b>요구사항 명칭</b>	항목구분																																																						
<b>요구사항 세부내용</b>	<p><b>[원칙]</b>          • '진찰료' 항목부터 '기타' 항목까지 22개 항목에 부여된 2자리 코드 기재</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>코드</th> <th>항목</th> <th>코드</th> <th>항목</th> <th>코드</th> <th>항목</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>진찰료</td> <td>09</td> <td>영상진단료</td> <td>17</td> <td>PET 진단료</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>입원료</td> <td>10</td> <td>방사선치료료</td> <td>18</td> <td>초음파 진단료</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>식대</td> <td>11</td> <td>치료재료대</td> <td>19</td> <td>보철·교정료</td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>투약 및 조제료</td> <td>12</td> <td>재활 및 물리치료료</td> <td>20</td> <td>한방물리요법</td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>주사료</td> <td>13</td> <td>정신요법료</td> <td>21</td> <td>한약(첩약)</td> </tr> <tr> <td>06</td> <td>마취료</td> <td>14</td> <td>전혈 및 혈액성분제제료</td> <td>99</td> <td>기타</td> </tr> <tr> <td>07</td> <td>처치 및 수술료 (한방 시술 및 처치료)</td> <td>15</td> <td>CT 진단료</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>08</td> <td>검사료</td> <td>16</td> <td>MRI 진단료</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	코드	항목	코드	항목	코드	항목	01	진찰료	09	영상진단료	17	PET 진단료	02	입원료	10	방사선치료료	18	초음파 진단료	03	식대	11	치료재료대	19	보철·교정료	04	투약 및 조제료	12	재활 및 물리치료료	20	한방물리요법	05	주사료	13	정신요법료	21	한약(첩약)	06	마취료	14	전혈 및 혈액성분제제료	99	기타	07	처치 및 수술료 (한방 시술 및 처치료)	15	CT 진단료			08	검사료	16	MRI 진단료		
코드	항목	코드	항목	코드	항목																																																		
01	진찰료	09	영상진단료	17	PET 진단료																																																		
02	입원료	10	방사선치료료	18	초음파 진단료																																																		
03	식대	11	치료재료대	19	보철·교정료																																																		
04	투약 및 조제료	12	재활 및 물리치료료	20	한방물리요법																																																		
05	주사료	13	정신요법료	21	한약(첩약)																																																		
06	마취료	14	전혈 및 혈액성분제제료	99	기타																																																		
07	처치 및 수술료 (한방 시술 및 처치료)	15	CT 진단료																																																				
08	검사료	16	MRI 진단료																																																				
<b>산출정보</b>	<p>항목구분(숫자 최대 2자리)          ※ 요양기관정보마당 내 '비급여 보고항목별 진료과목 및 명칭 가이드' 참고</p>																																																						

<b>요구사항 분류</b>	<b>B - 2 - ⑭</b>
<b>요구사항 명칭</b>	코드구분(진료유형)
<b>요구사항 세부내용</b>	<p><b>[원칙]</b>          • 코드 및 명칭을 구분하는 구분자로서, 코드 및 명칭을 기재할 경우는 반드시 해당 구분자를 기재함</p> <p><b>[기준]</b>          • 1: 행위          2: 치료 재료          3: 약제          4: 제증명수수료</p>
<b>산출정보</b>	<p>코드구분(진료유형)(숫자 1자리)          ※ 요양기관정보마당 내 '비급여 보고항목별 진료과목 및 명칭 가이드' 참고</p>

**(B-3) 금액 등**

요구사항 분류	B - 3 - ⑮
요구사항 명칭	단가
요구사항 세부내용	<p><b>[원칙]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 각 보고 항목별 의료기관에서 산정된 단일비용을 기재하되, <b>원 미만은 4사5입한 금액으로 산정</b></li> </ul>
산출정보	의료기관에서 수가별로 정해놓은 당해연도 단가(숫자 최대 15자리)

요구사항 분류	B - 3 - ⑯
요구사항 명칭	실시빈도
요구사항 세부내용	<p><b>[원칙]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 재원 및 내원하여 실제 진료가 이루어진 해당 코드/명칭별 총 횟수 (또는 양)를 기재  <small>※ 단, 소수점 사용한 경우는 소수점 셋째 자리에서 반올림(둘째 자리까지 기재)</small></li> <li>• 행위의 경우 총 실시 횟수, 치료 재료의 경우 총사용량, 의약품의 경우 총 투여량으로 정의</li> </ul>
산출정보	실시빈도(숫자 최대 15자리)

요구사항 분류	B - 3 - ⑰
요구사항 명칭	비용
요구사항 세부내용	<p><b>[원칙]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 각 해당 항목별 단가, 횟수/양 등을 반영하여 산정된 비용을 기재</li> <li>• <b>원 미만은 4사5입한 금액으로 산정</b></li> </ul> <p><b>[기준]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 단가 × 1일 실시 횟수(또는 사용량/투여 횟수) × 총실시 일수(또는 사용 일수/투여 일수)를 계산한 후, 원 미만은 4사5입한 금액으로 산정</li> <li>• 의약품의 경우는 단가 × 1회 투여량 × 1일 투여 횟수 × 총투여 일수로 곱한 금액을 기재</li> </ul>
산출정보	비용(숫자 최대 15자리)

**(B-4) 진료내역**

<p><b>요구사항 분류</b></p>	<p><b>B - 4 - ⑱, ⑲</b></p>
<p><b>요구사항 명칭</b></p>	<p>주상병명, 부상병명</p>
<p>요구사항 세부내용</p>	<p><b>[원칙]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>코드 제출</b></li> <li>- <b>(주상병 코드)</b> 진료 기간 중 최종적으로 진단 받은 병태로서 치료나 검사에 대한 환자의 요구가 가장 컸던 1개 상병코드를 기재함</li> <li>- <b>(부상병 코드)</b> 진료기간 중 주 상병과 함께 있었거나 진료 기간 중 발생되어 환자 진료에 영향을 주었던 병태를 말하며, 주된 하나의 상병 이외는 부상병임. 부상병이 2개 이상일 경우 중요도 순에 따라 1개 상병코드를 기재함</li> </ul> <p>※ 진료 내역에 기재되어 있는 부상병 중, 첫 번째 상병코드를 기재</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>(공백 처리 기준) 정보 주체의 인권 및 사생활 침해 우려가 큰 희귀질환, 정신질환, 성매개감염병, 후천성면역결핍증, 학대 및 낙태 관련 특수상병 정보는 공백 처리</b></li> <li>- 정보 주체의 인권 및 사생활 침해 상병: 공지사항 게시 자료 중 '고시 [별표 2] 희귀질환 등의 상병' 리스트 참고</li> </ul> <p><b>[기준]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 통계청 고시 「한국표준질병.사인분류(KCD)」에 따라 기재하되, 진료 처방내역의 상병명과 일치하도록 기재함</li> <li>• 분류 기호가 6단위로 분류된 6단 분류 기호까지 기재하고, 분류 기호가 3단위, 4단위 또는 5단위까지만 분류된 경우는 3단, 4단 또는 5단 분류 기호를 기재하며, 분류 기호란의 앞자리부터 기재</li> </ul> <p>※ 다만, 분류 기호에 ., *, + 등 특수기호는 기재하지 않음</p>
<p><b>산출정보</b></p>	<p>주상병 코드, 부상병 코드(최대 200자리), 코드가 없는 경우 명칭으로 기재 가능, 상병이 없는 경우 'ZZZ'로 보고 가능</p>

요구사항 분류	B - 4 - ㉔
요구사항 명칭	주수술/시술명
요구사항 세부내용	<p><b>[원칙]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>(코드 제출)</b> 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치 점수」 제1편 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수에 분류된 해당 코드 중 가장 단가가 높은 행위 코드 1개 기재 ... 급여·비급여 항목 구분 없음에 유의, 코드가 없는 경우는 명칭으로 작성</li> </ul> <p><b>[기준]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 해당 수술/시술 내역이 산정 코드에 해당할 경우 8자리 모두 기재</li> </ul> <p><b>[예시]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O1232(성대 내 낭종제거술) 수술을 시행한 경우, 산정 코드 구분 '(상급종합병원·종합병원) 1세 이상 ~ 6세 미만'에 해당한다면 8자리 모두 기재 → O1232005</li> </ul>
산출정보	<p>주 수술코드 및 시술코드 (<b>최대 200자리</b>)</p> <p>코드가 없는 경우 명칭으로 기재 가능</p> <p>수술 및 시술이 없는 경우 'ZZZ'로 보고 가능</p>

### 3

## 정규서식 작성예시

의료기관식별번호	일련번호	생년성별	보험자종별 구분	진료과목 코드	입원/외래 구분	입원기간	영역구분 (보고분야)	코드	명칭	의료기관 사용코드	의료기관 사용명칭	항목구분	코드구분 (진료유형)	당해연도 단가	실시빈도	비용	주상병명	부상병명	주수술명/시술명
12345678	2309345	19561	1	05	1	10	1	SZ0840000	체외충격파치료[근골격계질환]	ESWL	ESWT-체외충격파치료술	12	1	60000	1	60000	S134	S434	N0466001
12345678	2309345	19561	1	01	1	10	1	EB4310000	심장-경흉부 심조음파	ECHO	조음파(심장)	18	1	100000	1	100000	I139	I258	N0466001
12345678	2309345	19561	1	06	1	10	1	ABZ010001	상급병실료/1인실	VA013	상급병실료-1인실	2	1	80000	10	800000	M511	G551	N0466001
12345678	2309345	19561	1	06	1	10	1	CZ3940000	인플루엔자 A·B 바이러스항원검사[현장검사]	BM2000MJ	인플루엔자 A·B (현장)	8	1	25000	1	25000	M511	G551	N0466001
12345678	2309345	19561	1	06	1	10	1	MX1220000	도수치료	DO1	도수치료	12	1	70000	2	140000	M511	G551	N0466001
12345678	2309345	19561	1	06	1	10	1	SZ0830000	추간판내 고주파 열치료술	HSZ083	(IDET)추간판내 고주파 열치료술A	7	1	120000	0.5	60000	M511	G551	N0466001
12345678	2309345	19561	1	06	1	10	4	3Z5200301	스카이조스터주	3Z5200301	대상포진(스카이조스터주)	5	1	180000	1	180000	M511	G551	N0466001
12345678	2309345	19561	1	06	1	10	1	HE1090000	자기공명영상진단료/MRI-기본검사/척추-경추	MRI3C	[MRI] C-SPINE (비급여)	16	1	350000	1	350000	M511	G551	N0466001
12345678	2309345	19561	1	06	1	10	1	HE1100000	자기공명영상진단료/MRI-기본검사/척추-흉추	RMHE210	T-spine MRI with CE	16	1	320000	1	320000	M511	G551	N0466001

#### <데이터 해석>

- A 병원(12345678)에서 2023년 9월 345번째로 진료가 이루어진 환자 내역
- 해당 환자는 1956년생 남성의 건강보험 B 환자로,
- 2023년 9월 5일 신경외과에 입원, 정형외과 및 내과 협진, 9월 14일에 퇴원함(입원 기간 10일)

#### - 항목 및 기준

- A 병원의 B 환자의 입원기간 동안 총 9건의 비급여 진료 시행

#### - 금액

- A 병원의 B 환자의 입원기간 동안 총 2,035,000원의 비급여 진료비 발생

#### - 진료내역

- 주상병: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애(M511), 부상병: 추간판 장애에서의 신경근 및 신경총 압박(G551)으로,
- 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-요추(N0466001) 시행함

## 1 별지서식 작성요령

### 비급여 보고내역

#### (1) 항목

요구사항 명칭	코드, 명칭															
요구사항 세부내용	<p><b>[원칙]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>'비급여 표준코드'는 고시 [별표 1] 항목의 비급여 코드·명칭을 의미함</li> </ul> <p><b>[항목설명]</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>영역구분(보고분야)</th> <th>코드</th> <th>명칭</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>MY1430000</td> <td>증식치료-척추부위</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>SZ0840000</td> <td>체외충격파치료[근골격계질환]</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>EB4310000</td> <td>심장-경흉부 심초음파-단순</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>ABZ010001</td> <td>상급병실료-1인실</td> </tr> </tbody> </table>	영역구분(보고분야)	코드	명칭	1	MY1430000	증식치료-척추부위	1	SZ0840000	체외충격파치료[근골격계질환]	1	EB4310000	심장-경흉부 심초음파-단순	1	ABZ010001	상급병실료-1인실
영역구분(보고분야)	코드	명칭														
1	MY1430000	증식치료-척추부위														
1	SZ0840000	체외충격파치료[근골격계질환]														
1	EB4310000	심장-경흉부 심초음파-단순														
1	ABZ010001	상급병실료-1인실														
산출정보	코드, 명칭(코드: 최대 200자, 명칭: 최대 400자)															

#### (2) 기준

요구사항 명칭	코드구분(진료유형)
요구사항 세부내용	<p><b>[원칙]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>코드 및 명칭을 구분하는 구분자로서, 코드 및 명칭을 기재할 경우는 반드시 해당 구분자를 기재함</li> </ul> <p><b>[기준]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1: 행위 / 2: 치료 재료 / 3: 약제 / 4: 제증명수수료</li> </ul>
산출정보	<p>코드구분(진료유형)(숫자 1자리)</p> <p>※ 요양기관정보마당 내 '비급여 보고항목별 진료과목 및 명칭 가이드' 참고</p>

### (3) 금액

요구사항 명칭	단가
요구사항 세부내용	<b>[원칙]</b> • 각 보고 항목별 의료기관에서 산정된 단일비용을 기재하되, 원 미만은 4사5입한 금액으로 산정
산출정보	의료기관에서 수가별로 정해놓은 당해연도 단가(숫자 최대 15자리)

요구사항 명칭	실시빈도
요구사항 세부내용	<b>[원칙]</b> • 재원 및 내원하여 실제 진료가 이루어진 해당 코드/명칭별 총 횟수 (또는 양)를 기재 ※ 단, 소수점 사용한 경우는 소수점 셋째 자리에서 반올림(둘째 자리까지 기재) • 행위의 경우 총 실시 횟수, 치료 재료의 경우 총사용량, 의약품의 경우 총 투여량으로 정의
산출정보	실시빈도(숫자 최대 15자리)

요구사항 명칭	비용
요구사항 세부내용	<b>[원칙]</b> • 각 해당 항목별 단가, 횟수/양 등을 반영하여 산정된 비용을 기재 • 원 미만은 4사5입한 금액으로 산정 <b>[기준]</b> • 단가 × 1일 실시 횟수(또는 사용량/투여 횟수) × 총실시 일수(또는 사용 일수/투여 일수)를 계산한 후, 원 미만은 4사5입한 금액으로 산정 • 의약품의 경우는 단가 × 1회 투여량 × 1일 투여 횟수 × 총투여 일수로 곱한 금액을 기재
산출정보	비용(숫자 최대 15자리)

## 비급여 진료비용 등의 보고

### 1. 의료기관정보

의료기관명	의료기관식별번호 (요양기관 기호)	대표자 성명	전화번호	비고
ABC한의원	12345678	김건강	02-1234-5678	

### 2. 제출사유

ABC한의원은 소득세법 제165조 및 국세청장이 인터넷을 통하여 제공하는 소득공제 및 세액공제 증명서류에 관한 고시 제5조제2항에 해당하는 의료기관으로, 전산시스템이 없고 제출대상 인원이 50인 이하이므로 별지서식 제출이 인정되어 다음과 같이 비급여 진료비용 등을 보고합니다.

첨부 : 보고내역 1부

위와 같이 비급여진료비용등의 보고내역을 제출합니다.

20XX 년 X 월 XX 일

ABC 한의원장 김 건강(인/서명)

보건복지부장관 귀하

- 이 서식은 제5조 제3항에 따라 「국세청장이 인터넷을 통하여 제공하는 소득공제 및 세액공제 증명서류에 관한 고시」 제5조제2항에 해당되어 서류를 서면으로 제출하는 의료기관에 한하여 수기로 작성하여 보건복지부 장관에게 제출하는 서식입니다.
- 의료기관 내 모든 진료기록을 수기로 관리하는 명백한 사유가 있는 경우 관련 증빙 서류의 별도 첨부 가능합니다.

