

1. 행위

제1장 기본진료료

1-1 상급병실료 차액

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약재비 포함여부	
상급병실료 차액	1인실	ABZ010001	일반	80,000					
상급병실료 차액	2인실	ABZ020001	일반	50,000					
상급병실료 차액	3인실	ABZ030001	일반	30,000					

제2장 검사료

자기항체검사	Ganglioside Ab IgG panel	C2261		39,410			Y	Y	
자기항체검사	Ganglioside Ab IgM panel	C2262		39,410			Y	Y	
자기항체검사	Paraneoplastic Ab (혈청)	C2422		102,000			Y	Y	
자기항체검사	Paraneoplastic Ab(뇌척수액)	C2423		102,000			Y	Y	
분자유전자검사	HLA B51	C2909		52,000			Y	Y	
양수액색채검사	Amniotic Fluid	C59013		503,900			Y	Y	
선천성기형및다운증후군선별검사	BRCA1 Mutation Analysis	C2212		559,050			Y	Y	
종양관련검사	Cyfra21-1	C2285		42,600			Y	Y	
기타 특수검사	α-hANP	C2195		92,830			Y	Y	
기타 특수검사	Aspergillus Ab	C2990		80,730			Y	Y	
알레르기반응검사	Histamine	E7151		1,330			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
알레르기반응검사	Control	E7151		1,330			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
요검사	HCG 요일신반응검사	B0260		1,870			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
인플루엔자 검사	Influenza Ag A/B/A(H1N1)	C2394		30,000			Y	Y	
신경계 기능검사	SNSB(신경인지 기능검사)	F8001		238,000			Y	Y	
신경계 기능검사	언어능력검사-보스톤사물이동대기검사(비급여)	F8060		50,000			Y	Y	
신경계 기능검사	언어능력검사-웨스턴 실어증검사(비급여)	F2423		50,000			Y	Y	
신경계 기능검사	발음검사(비급여)	F2888		30,000			Y	Y	
신경계 기능검사	발성검사(비급여)	F2888		20,000			Y	Y	
신경계 기능검사	언어전반진단검사 - 성인 (비급여)	F2889		100,000			Y	Y	
신경계 기능검사	언어전반진단검사 - 소아 (비급여)	F2889		100,000			Y	Y	

제2-1장. 초음파 검사료

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	영칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약재비 포함여부	
초음파 검사료	(영상)경부초음파-갑상선·부갑상선	EB414		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)경부초음파-갑상선·부갑상선 제외한 경우	EB415		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)유방·액와부 초음파	EB421		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)유방·액와부 제외한 흉부초음파	EB422		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)복부초음파-간, 담낭, 담도, 비장, 췌장-일반	EB441		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)복부초음파-간, 담낭, 담도, 비장, 췌장-정밀	EB442		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)복부초음파-총수	EB443		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)복부초음파-소장, 대장	EB444		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)복부초음파-서혜부	EB445		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)복부초음파-직장, 항문	EB446		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)복부초음파-항문	EB447		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)비뇨기계초음파-신장, 부신, 방광	EB448		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)비뇨기계초음파-신장, 부신,	EB449		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)비뇨기계초음파-방광	EB450		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)남성생식기초음파-전립선·정낭	EB451		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)남성생식기초음파-전립선·정낭(trans abdomen실시)	EB452		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)남성생식기초음파-음경	EB453		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)남성생식기초음파-음낭	EB454		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)관절초음파-손가락(편측)	EB461		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)관절초음파-발가락(편측)	EB462		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)관절초음파-주관절(편측)	EB463		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)관절초음파-술관절(편측)	EB464		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)관절초음파-고관절(편측)	EB465		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)관절초음파-견관절(편측)	EB466		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)관절초음파-손목관절(편측)	EB467		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)관절초음파-발목관절(편측)	EB468		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)관절초음파-3부위 이상	EB469		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)연부조직초음파-일반	EB470		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)연부조직초음파-정밀	EB471		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)두개의 혈관 도플러초음파-경동맥	EB482		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)두개의 혈관 도플러초음파-기타동맥	EB483		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)사지혈관 도플러 초음파-상지-동맥	EB484		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)사지혈관 도플러 초음파-상지-정맥	EB485		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)사지혈관 도플러 초음파-동정맥류의 혈류 및 협착 측정	EB486		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)사지혈관 도플러 초음파-하지-동맥	EB487		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약재비 포함여부	
초음파 검사료	(영상)사지혈관 도플러 초음파-하지-경맥	EB488		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)사지혈관 도플러 초음파-하지경맥류 검사	EB489		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)대동맥 도플러초음파	EB490		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(IM)두개외 혈관 도플러초음파-경동맥	EB482		91,780					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(IM)경흉부심초음파-일반 echocardiogram	EB432		150,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(ER)단일 표적 초음파-1부위(1일)	EB521		30,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(ER)단일 표적 초음파-2부위 이상	EB522		40,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(ER)복합 표적 초음파	EB523		60,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OS)단순초음파(II) simple.	EB402		30,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OS)관절초음파-손가락(편측)	EB461		50,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OS)관절초음파-발가락(편측)	EB462		50,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OS)관절초음파-주관절(편측)	EB463		50,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OS)관절초음파-술관절(편측)	EB464		50,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OS)관절초음파-고관절(편측)	EB465		50,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OS)관절초음파-견관절(편측)	EB466		50,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OS)관절초음파-손목관절(편측)	EB467		50,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OS)관절초음파-발목관절(편측)	EB468		50,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OS)관절초음파-3부위 이상	EB469		50,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GY)여성생식기초음파-일반	EB455		30,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GY)여성생식기초음파-일반(자궁내 생리시염수 주입검사)	EB456		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GY)여성생식기초음파-경밀	EB457		120,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GY)여성생식기초음파-일반(pap sono)	EB455		25,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OB)태아경밀 심초음파	EB436		230,120					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OB)제1삼분기-일반	EB511		30,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OB)제1삼분기-일반-임신여부만 확인	EB512		40,875					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OB)제1삼분기-경밀	EB513		122,580					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OB)제1삼분기-경밀-기형아를 경밀 계속한 경우	EB514		137,850					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OB)제2,3삼분기-일반	EB515		30,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OB)제2,3삼분기-일반-고위험 임신	EB516		110,838					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OB)제2,3삼분기-경밀	EB517		208,400					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OB)제2,3삼분기-경밀-기형아를 경밀 계속한 경우	EB518		214,075					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(URO) 단순초음파 1 - ONE POINT	EB401		30,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(URO)비뇨기계초음파-신장, 부신, 방광	EB448		70,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(URO)비뇨기계초음파-신장, 부신,	EB449		60,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(URO)비뇨기계초음파-방광	EB450		50,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약재비 포함여부	
초음파 검사료	(UR0)남성생식기초음파-전립선·경낭	EB451		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(UR0)남성생식기초음파-음경	EB453		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(UR0)남성생식기초음파-음낭	EB454		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(UR0)유도초음파 (II):조직생검, 세침흡인, 시술시 간헐적 유도	EB562		110,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(FM)관절초음파-견관절(편측)	EB466		20,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(FM)단순초음파(I) ONE POINT(M-S)	EB401		20,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS) 단순초음파 I - FU thyroid sono	EB401		30,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS) 단순초음파 I - FU breast sono	EB401		50,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)경부초음파-갑상선·부갑상선	EB414		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)경부초음파-갑상선·부갑상선 제외한 경부	EB415		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)유방·액와부 초음파	EB421		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)유방·액와부 제외한 흉부초음파	EB422		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)복부초음파-간, 담낭, 담도, 비장, 췌장-일반	EB441		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)복부초음파-간, 담낭, 담도, 비장, 췌장-정밀	EB442		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)복부초음파-총수	EB443		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)복부초음파-소장, 대장	EB444		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)복부초음파-서혜부	EB445		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)복부초음파-직장, 항문	EB446		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)복부초음파-항문	EB447		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)연부조직초음파-일반	EB470		30,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)사지혈관 도플러 초음파-하지경맥류 검사	EB489		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)유도초음파 II (기타부위) aspiration & Biopsy	EB562		117,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)유도초음파 II ((thyroid) aspiration & Biopsy	EB562		117,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)유도초음파 II (breast) aspiration & Biopsy	EB562		120,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)유도초음파 II (breast) gun biopsy	EB562		160,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)진공보조 유방 생검시 유도 초음파(VABB)	EZ987		160,000					비급여
초음파 검사료	(ENT)경부초음파-갑상선·부갑상선	EB414		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(ENT)경부초음파-갑상선·부갑상선 제외한 경부	EB415		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(ENT)유도초음파 II (기타부위) aspiration & Biopsy	EB562		117,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(ENT)유도초음파 II ((thyroid) aspiration & Biopsy	EB562		117,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(마취과)초음파 유도하 부위 마취	EZ985		30,000					비급여

3-2강. 자기공명영상진단료(MRI)

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
뇌[뇌, 해마]	뇌	HE101		400,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	뇌+ 조영제	HE201		500,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	뇌혈관	HE135		400,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	뇌혈관+조영제	HE135		500,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	뇌 Diffusion	HE101		500,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	뇌+조영제+Diffusion	HE201		600,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	뇌+뇌혈관+Diffusion	HE135		600,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	뇌+뇌혈관+조영제+Diffusion	HE135		700,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	뇌+뇌혈관+조영제	HE235		600,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	해마	HE202		500,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	측두골	HE106		400,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	MRI/MRA Brain+DW+Neck MRA(조영제)	HE235		700,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	측두골+조영제	HE206		500,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	뇌하수체	HE101		400,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	뇌하수체+조영제	HE201		500,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	뇌+경추	HE108		400,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	뇌+경추+조영제	HE208		500,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	안와	HE105		400,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	안와+조영제	HE205		500,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	안면	HE103		400,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	안면+조영제	HE203		500,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	부비동+조영제	HE204		500,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	경추	HE109		400,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	경추+조영제	HE209		500,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	경부혈관+조영제	HE236		600,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
척추	흉추	HE110		400,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
척추	흉추+조영제	HE210		500,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
척추	요추	HE111		400,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
척추	요추+조영제	HE211		500,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
척추	경추+흉추	HE109		760,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
척추	경추+흉추+조영제	HE209		860,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
척추	흉추+요추	HE110		760,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
척추	흉추+요추+조영제	HE210		860,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
척추	경추+흉추+요추	HE110		1,000,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여
척추	경추+흉추+요추+조영제	HE210		1,100,000			Y	Y	급여 인평기준 외 실시한 경우 비급여

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
근골격계	견관절+양측	HE115		760,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	견관절+양측+조영제	HE215		860,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	견관절	HE115		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	견관절+조영제	HE215		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	주관절+양측	HE116		760,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	주관절+양측+조영제	HE216		860,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	주관절	HE116		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	주관절+조영제	HE216		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	손목+양측	HE117		760,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	손목+양측+조영제	HE217		860,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	손목	HE117		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	손목+조영제	HE217		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	수관절+양측	HE117		760,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	수관절+양측+조영제	HE217		860,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	수관절	HE117		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	수관절+조영제	HE217		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부	골반	HE128		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부	골반+조영제	HE228		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	술관절+양측	HE120		760,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	술관절+양측+조영제	HE220		860,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	술관절	HE120		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	술관절+조영제	HE220		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	발목관절+양측	HE121		760,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	발목관절+양측+조영제	HE221		860,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	발목관절-일반	HE121		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	발목관절+조영제	HE221		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	족관절+양측	HE121		760,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	족관절+양측+조영제	HE221		860,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	족관절	HE121		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	족관절+조영제	HE221		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	관절외 상지	HE122		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	관절외 하지+조영제	HE223		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부	신장 및 부신-일반	HE130		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부	신장 및 부신+조영제	HE230		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부	진탕선	HE134		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약재비 포함여부	
제7장 이학요법료(물리치료료)									

물리치료료	증식치료(사지관결부위)	MY142		20,000			Y	Y	
물리치료료	증식치료(척추부위)	MY143		20,000			Y	Y	
물리치료료	언어치료1(1일당-비급여)	MZ006		10,000					
물리치료료	언어치료2(1일당-비급여)15분	MZ006		20,000					
물리치료료	언어치료3(1일당-비급여)30분	MZ006		30,000					
물리치료료	언어치료5(1일당-비급여)45분	MZ006		50,000					
운동치료	운동치료1 (1일당)	MX122		10,000					
운동치료	운동치료2 (1일당), 20분	MX122		20,000					
운동치료	운동치료2 (1일당), 30분	MX122		20,000					
운동치료	운동치료5 (1일당), 45분	MX122		50,000					

제9장 처치 및 수술료 등

감상선	감상선고주파시술 A	P2612	감상선고주파시술 A	466,000			X	X	난이도별
감상선	감상선고주파시술 B	P2612	감상선고주파시술 B	966,000			X	X	난이도별
감상선	감상선고주파시술 C	P2612	감상선고주파시술 C	1,266,000			X	X	난이도별
유방성형	유방성형술 C		유방성형술 C	4,500,000			X	X	미용목적, 난이도별
유방성형	여성형유방수술		여성형유방수술	1,000,000			X	X	미용목적, 난이도별
유방성형	유방축소술 A		유방축소술 A	1,780,000			X	X	미용목적, 난이도별
유방성형	유방축소술 B		유방축소술 B	3,000,000			X	X	미용목적, 난이도별
유방성형	유방축소술 C		유방축소술 C	3,500,000			X	X	미용목적, 난이도별
기타성형	망모름시술A	C2977	망모름시술A	210,000			X	X	난이도별
기타성형	망모름시술B	C2977	망모름시술B	310,000			X	X	난이도별
기타성형	레이저수술료(하지경맥 :대)	O2304	레이저수술료(하지경맥 :대)	900,000			X	X	미용목적, 난이도별
기타성형	레이저수술료(하지경맥 :중)	O2304	레이저수술료(하지경맥 :중)	700,000			X	X	미용목적, 난이도별
척추수술	경피적 경막외강 신경유착박리술(OS)	S2634	경피적 경막외강 신경성형술	500,000			X	X	
척추수술	경피적 경막외강 신경성형술(NS)	S2634	경피적 경막외강 신경성형술(NS)	900,000			X	X	
비뇨기과 수술	포경수술	R3822	포경수술	300,000					
	경관수술	R3896	경관수술	300,000					피임목적 비급여
	이식형결찰사를 이용한 전립선 결찰술(Urolift)	RZ515	전립선결찰술	3,300,000					
산부인과	이른이수술		이른이수술	1,500,000					
	소음순수술		소음순수술(편측)	400,000					
	음핵수술		음핵수술	300,000					

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약재비 포함여부	
	미레나		미레나	300,000					
기타성형	눈매 교정술(양안)		눈매 교정술(양안)	100,000					미용성형목적
기타성형	눈매 교정술(단안)		눈매 교정술(단안)	50,000					미용성형목적
기타성형	쌍꺼풀 수술(단독)		쌍꺼풀 수술(단독)	500,000					미용성형목적
기타성형	쌍꺼풀 수술(복합)		쌍꺼풀 수술(복합)-동시 수술	300,000					미용성형목적
기타성형	쌍꺼풀 수술(단순)		쌍꺼풀 수술(단순)-동시 수술	200,000					미용성형목적

제10장 치과 처치·수술료

치아질환 처치	보철물 장착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core	UZ001	Post & core	90,000			Y	Y	
치아질환 처치	보철물 장착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core	UZ001	Para Post (B)	150,000			Y	Y	
치아질환 처치	보철물 장착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core	UZ001	Para Post (C)	128,000			Y	Y	
충치치료료	광중합형 복합레진 충전	UZ0050000	diastema resin filling	150,000			Y	Y	
충치치료료	광중합형 복합레진 충전	UZ0050000	composite resin(C)	100,000			Y	Y	
충치치료료	광중합형 복합레진 충전	UZ0050000	composite resin(B)	80,000					
충치치료료	광중합형 복합레진 충전	UZ0050000	composite resin	60,000					
기타	치아미백(양악)		미백	350,000			Y	Y	
기타	치아미백(한악)		미백	200,000			Y	Y	
기타	실용치 미백		미백	200,000			Y	Y	
기타	Diastema resin filling		Resin 보수	150,000			Y	Y	
기타	볼소도포		볼소도포	4,000			Y	Y	
기타	교정발치		교정발치	50,000			Y	Y	
기타	Sealant		Sealant	25,000			Y	Y	
기타	Glass ionomer		Glass ionomer	20,000			Y	Y	
기타	Scaling		Scaling	50,000			Y	Y	
기타	Cr.lengthening		Cr.lengthening	80,000			Y	Y	
기타	wire temporary		wire temporary	40,000			Y	Y	
기타	Crown setting		Crown setting	10,000			Y	Y	

제18장 치과의 보철료

보철	S-S cr			80,000			Y	Y	
보철	Metal Cr			220,000			Y	Y	
보철	Temp denture(임시틀니)			150,000			Y	Y	
보철	임시틀니			300,000			Y	Y	

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
보철	임시틀니(부분)			100,000			Y	Y	
보철	Denture relining(간접)			200,000			Y	Y	
보철	틀니수리			60,000			Y	Y	
치과보철료	A type Gold Cr	UW607F320		350,000			Y	Y	
보철	티슈컨디셔닝			30,000			Y	Y	
보철	틀니 탈라이닝			100,000			Y	Y	
보철	임시치아			20,000			Y	Y	
보철	Super Gold Cr			350,000			Y	Y	
보철	Full Denture			1,100,000			Y	Y	
보철	Partial Denture			1,100,000			Y	Y	
보철	Pt Gold Cr			330,000			Y	Y	
보철	PFG(피에프지)			500,000			Y	Y	
보철	Gold Inlay			230,000			Y	Y	
보철	임플란트	UB0010000		1,100,000			Y	Y	
보철	empress 전도재장관			500,000			Y	Y	
보철	임시국소의치(1치)			50,000			Y	Y	
보철	Temp crown(간)임시치아			5,000			Y	Y	
보철	Denture repair(인공치1개)			10,000			Y	Y	
보철	PLV (Laminate)			400,000			Y	Y	
보철	P.F.G Collarless			370,000			Y	Y	
보철	틀니지대치 크라운			300,000			Y	Y	
보철	칼라리스크라운			300,000			Y	Y	

기타

기타	조직 슬라이드 추가제작 A			5,000					
기타	조직 슬라이드 추가제작 B			3,000					
기타	CD 복사			10,000					
기타	보호자식(1개)			5,080					
수면내시경검사	진경내시경 환자관리료(위.대장중 선택)	VB030002 VB030002		50,000					
수면내시경검사	진경내시경 환자관리료(위.대장 동시)	VB030003		80,000					17.11.1일 적용(이전 50,000원)
기타	체지방분석			6,000					
기타	환의(1벌)			20,000					
기타	환의(상의,하의 중1개)			10,000					
기타	시트(가져가는시트로)			10,000					

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약재비 포함여부	
기타	간병인료(건강보험)			25,000					
기타	간병인료(의료급여)			10,000					

II. 치료재료

분류	항 목		가격정보(단위: 원)				특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	
백이식재	Intergrо dbm	BC0101BG		550,000			
백이식재	DBX 1cc	BC0101AT		484,000			
백이식재	Dbx 0.5cc	BC0101AT		220,000			
백이식재	Demios 1cc	BC0101KJ		275,000			
고주파 재료	well-point electrode	BJ4701GX		154,000			size 별 구분
고주파 재료	well-point electrode(10mm)	BJ4701GX		256,670			size 별 구분
고주파 재료	Scar fx	BM50010H		77,000			
암모늄 재료	Ecp01-7g probe	BM0001MF		440,000			16.7.1일 삭제
마취용 재료	LMA tube	BK4204QL		66,000			
수술용 재료	NAVI CATHETER	BJ4801RA		808,500			
치치수술용 재료	St Cox	BJ4802RA		500,000			
치치수술용 재료	VENTILATOR CIRCUIT	BM6001RZ		88,000			
치치수술용 재료	HIBARRY	BF0101VT		77,000			유착방지제
치치수술용 재료	REGENSEAL	BM2601QQ		129,000			콜라겐사용 조작 보충제
치치수술용 재료	리쥬비넥스	682800130		29,700			상처치료제
치치수술용 재료	CARTFILL	BM2621RA		1,480,000			
수술후 보조기	Ultra Sling (어깨 보조기)			120,000			
수술후보조기	허리, 영치비 보조기 윌리암식(하나)			190,000			
손목지지대	Wrist (손목지지대)			15,000			
발목지지대	Ankle (발목지지대)			15,000			
기타	목발(1쌍)			15,000			
보조기	Wrist Brace (손목)		Wrist Brace (손목)	27,500			
	thumb wrist brace		thumb wrist brace	33,000			
	thumb brace		thumb brace	33,000			
	finger stax brace		finger stax brace	11,000			
	elbow band(팔꿈치보호대)		elbow band(팔꿈치보호대)	33,000			
	ankle band		ankle band	27,500			
	shoulder abduction poly(도르레)		shoulder abduction poly(도르레)	11,000			

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약재비 포함여부	
	shoulderstick(T-bar)		shoulderstick(T-bar)	22,000					
	thera band set		thera band set	33,000					
	toe bunion splint(무지외반증)		toe bunion splint(무지외반증)	22,000					
	목뼈보조기-토마스소프트칼라			60,000					
	목뼈보조기-필라델피아			70,000					
기타	의료용 압박스타킹	BK7307MN		36,300					
기타	팔걸이			2,000					
기타	cast 신발			1,500					
기타	Neo dressing			310					
기타	Scar fx	BM50010H		77,000					
기타	fixing roll(15*10)	BM5103EM		500					
기타	Hiper-pore 3.8*5	BM5001S0		900					
기타	Hiper-pore 5*7.5	BM5001S0		1,200					
기타	Hiper-pore 7.5*10	BM5001S0		1,700					
기타	Hiper-pore 9*15	BM5001S0		3,000					
기타	코반 6inch	BK7101EA		4,590					
기타	코반 11inch	BK7101EA		1,340					
기타	코반 21inch	BK7101EA		2,060					
기타	코반 4inch	BK7101EA		3,670					
기타	코반 6inch	BK7101EA		4,590					
기타	safoon 3way filter set	BM0302VS		3,630					
기타	D/syringe.filter needle	BM1302VA		1,080					
기타	skin stapler	BB3101BN		17,600					
기타	skin stapler	BB3101LF		14,300					
기타	케이디(K-D)	BC1301PE		165,000					
기타	T-LENS			3,630					

III. 약제

항 목		분원코드	비용 (단위: 원)				특이사항
명칭	코드						
가다실주	655500020	lgarda	160,000				백신
조스타박스주(대상포진)	655500900	lgv10s	180,000				백신
헨비오주(뇌수막염)	653602320		140,000				백신
박타주(A형간염:성인)	650001800	nor 1	60,000				백신

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	치료재료대 포함여부	약재비 포함여부	
항브릭스주(A형간염:소아)	650001940	만료		40,000					백신
로타텍액(로타바이러스)	655500030	만료	rota	100,000					백신
로타릭스(로타바이러스)	650001810	만료	rotarix	130,000					백신
스카이셀플루4가백신(인플루엔자)	644704380		isudu	40,000					백신
아다셀주(DPT)	665900110		itdap-1	35,000					백신
티디퓨어(파상풍)	644702240		itd-1	30,000					백신
지토티프주(장티프스)	670500220		itypho	20,000					백신
바틸릭스주(수두)	650000340	만료		35,000					백신
경피용BCG	686500010	만료		70,000					백신
프리베나13가	646500900			140,000					백신
해파박스진주(B형간염)	655800150		fbs10	15,000					백신
유박스비프리필드-B형간염백신				15,000					백신
트레스탐	647802340			275					
비사코딜	653801170			14					
알보릴액 1ml	670000610			330					
Geiform(스프고스탄)-비급여	650800280		geif	9,680					
라이스정		만료	iact	10,000					초기요법
라이스정			ihv20p	15,000					유지요법
피코라이트산 16g	656900590	만료	ihv10	12,820					

IV. 제증명수수료

항목		가격정보(단위: 원)					특이사항
명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용		
진단서(일반진단서)	PDZ010000		10,000			의료법 시행규칙 제9조 [서식5의2]	
근로능력평가진단서	PDZ010002		10,000			국민기초생활보장법 시행규칙 제95조(별지6호서식)	
상해진단서	PDZ020002	전치 3주미만	50,000			의료법 시행규칙 제9조 [서식5의3]	
상해진단서	PDZ020001	전치 3주이상	100,000			의료법 시행규칙 제9조 [서식5의3]	
사망진단서	PDZ030000		10,000			의료법 시행규칙 제10조 [서식6]	
시체검안서	PDZ04		30,000			의료법 시행규칙 제10조 [서식6]	
장애진단서	후유장애	PDZ070003	100,000				
장애진단서	지적장애 및 자폐성 장애	PDZ070002	15,000			장애인복지법 시행규칙 제3조 별지[서식 3] ※ 장애인등록증 발급에 필요서류	
장애진단서	일반장애	PDZ070001	15,000				
장애소견서			15,000				
장애인증명서	PDZ170000		1,000				

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약재비 포함여부	
영문진단서		PDE010001		20,000					
병사용진단서		PDZ080000		20,000					
국민연금 장애심사용 진단서		PDZ10		15,000					
소견서(보험회사제출용)		PDZ120000		5,000					
입원확인서(병명이 없는 경우)		PDZ090001		1,000					
입원확인서(병명이 있는 경우)		PDZ090001		3,000					
통원치료확인서(병명이 없는 경우)		PDZ090004		1,000					
통원치료확인서(병명이 있는 경우)		PDZ090004		3,000					
진료확인서		PDZ090007		1,000					
수술확인서				3,000					
사본발급		PDZ11	진료기록부사본(기본1매~5매)	1,000					
사본발급			진료기록부사본(6매이상 1매당금액)						
향후진료비 추정서(천만원미만)		PDZ140001		50,000					
향후진료비 추정서(천만원이상)		PDZ140002		100,000					