

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 요인산반응검사	B0260		1,870			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
인플루엔자 검사	Influenza Ag A/B/A(H1N1)	C2394		30,000			Y	Y	
내분비 검사	성호르몬결합글로불린	C2202		30,000					
순환기 기능검사	동맥경화도검사	E2868		40,000			Y	Y	
신경계 기능검사	SNSB(신경인지 기능검사)	F8001		238,000			Y	Y	
신경계 기능검사	언어능력검사-보스톤사물이름대기검사(비급여)	F8060		50,000			Y	Y	
신경계 기능검사	언어능력검사-웨스턴 실어증검사(비급여)	F2423		50,000			Y	Y	
신경계 기능검사	발음검사(비급여)	F2688		30,000			Y	Y	
신경계 기능검사	발성검사(비급여)	F2688		20,000			Y	Y	
신경계 기능검사	언어전반진단검사 - 성인 (비급여)	F2689		100,000			Y	Y	
신경계 기능검사	언어전반진단검사 - 소아 (비급여)	F2689		100,000			Y	Y	

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	영칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
제2-1장. 초음파 검사료									

초음파 검사료	(영상)경부초음파-갑상선·부갑상선	EB414		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)경부초음파-갑상선·부갑상선 제외한 경부	EB415		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)유방·액외부 초음파	EB421		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)유방·액외부 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)두개외 혈관 도플러초음파-경동맥	EB482		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)두개외 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-경맥	EB485		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-동정맥류의 혈류 및 혈칙 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
초음파 검사료	(영상)사지혈관 도플러 초음파-하지-정맥	EB488		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)사지혈관 도플러 초음파-하지정맥류 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 생리시영수 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)태아정밀 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

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
초음파 검사료	(UR0)비뇨기계초음파-신장,부신,	EB449		60,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(UR0)비뇨기계초음파-방광	EB450		50,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(UR0)남성생식기초음파-전립선·경낭	EB451		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(UR0)남성생식기초음파-음경	EB453		60,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(UR0)남성생식기초음파-음낭	EB454		60,000					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 경우	EB415		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)유방·액외부 초음파	EB421		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)유방·액외부 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		60,000					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)진광보조 유방 생검시 유도 초음파(VAB8)	E2987		300,000					비급여
초음파 검사료	(ENT)경부초음파-갑상선·부갑상선	EB414		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(ENT)경부초음파-갑상선·부갑상선 제외한 경우	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	E2985		30,000					비급여

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
3-2장. 자기공명영상진단료(MRI)									

뇌[뇌, 해마]	뇌	HE101		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	뇌+ 조영제	HE201		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	뇌혈관	HE135		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	뇌혈관+조영제	HE135		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	뇌 Diffusion	HE101		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	뇌+조영제+Diffusion	HE201		600,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	뇌+뇌혈관+Diffusion	HE135		600,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	뇌+뇌혈관+조영제+Diffusion	HE135		700,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	뇌+뇌혈관+조영제	HE235		600,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	해마	HE202		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	측두골	HE106		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	MRI/MRA Brain+DW+Neck MRA(조영제)	HE235		700,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	측두골+조영제	HE206		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	뇌하수체	HE101		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	뇌하수체+조영제	HE201		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	뇌+경추	HE108		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	뇌+경추+조영제	HE208		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	안와	HE105		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	안와+조영제	HE205		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	안면	HE103		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	안면+조영제	HE203		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	부비동+조영제	HE204		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	경추	HE109		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	경추+조영제	HE209		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	경부혈관+조영제	HE236		600,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	흉추	HE110		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	흉추+조영제	HE210		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	요추	HE111		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	요추+조영제	HE211		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	경추+흉추	HE109		760,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	경추+흉추+조영제	HE209		860,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	흉추+요추	HE110		760,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	흉추+요추+조영제	HE210		860,000			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	약제비 포함여부	
척추	경추+흉추+요추	HE110		1,000,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	경추+흉추+요추+조영제	HE210		1,100,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	견관절+양측	HE115		780,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	견관절+양측+조영제	HE215		880,000			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		780,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	주관절+양측+조영제	HE216		880,000			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		780,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	손목+양측+조영제	HE217		880,000			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		780,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	수관절+양측+조영제	HE217		880,000			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)	슬관절+양측	HE120		780,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	슬관절+양측+조영제	HE220		880,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	슬관절	HE120		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	슬관절+조영제	HE220		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	발목관절+양측	HE121		780,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	발목관절+양측+조영제	HE221		880,000			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		780,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(어려 부위)	족관절+양측+조영제	HE221		880,000			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

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약재비 포함여부	
복부	신장 및 부신+조영제	HE230		500,000			Y	Y	급여 인경기준 외 실시한 경우 비급여
복부	전립선	HE134		400,000			Y	Y	급여 인경기준 외 실시한 경우 비급여
복부	전립선+조영제	HE234		500,000			Y	Y	급여 인경기준 외 실시한 경우 비급여
복부	유방	HE126		400,000			Y	Y	급여 인경기준 외 실시한 경우 비급여
복부	유방+조영제	HE226		500,000			Y	Y	급여 인경기준 외 실시한 경우 비급여
복부	췌담관조영술	HE133		400,000			Y	Y	급여 인경기준 외 실시한 경우 비급여
복부	췌담관조영술+조영제	HE233		500,000			Y	Y	급여 인경기준 외 실시한 경우 비급여
복부	간	HE132		400,000			Y	Y	급여 인경기준 외 실시한 경우 비급여
복부	간+조영제	HE232		500,000			Y	Y	급여 인경기준 외 실시한 경우 비급여
흉부	심장	HE124		400,000			Y	Y	급여 인경기준 외 실시한 경우 비급여
흉부	심장	HE224		500,000			Y	Y	급여 인경기준 외 실시한 경우 비급여
흉부	흉부	HE125		400,000			Y	Y	급여 인경기준 외 실시한 경우 비급여
흉부	흉부	HE225		500,000			Y	Y	급여 인경기준 외 실시한 경우 비급여
복합(여러 부위)	인원중 추적검사			200,000			Y	Y	급여 인경기준 외 실시한 경우 비급여

제5장 경구약제, 주사료

주사료	글라민	650901430		55,000					단순한 영양보급 목적
주사료	페리울리델 IL	646601500		38,500					단순한 영양보급 목적
주사료	페리울리델 1.5L	646601510		44,000					단순한 영양보급 목적
주사료	후라바솔	640001431		22,000					단순한 영양보급 목적
주사료	카푸솔	643303450		38,500					단순한 영양보급 목적
주사료	세로나민			20,000					단순한 영양보급 목적
주사료	보텍스-일글, 종아리			10,000	10,000				10IU 당
주사료	보텍스-지작근(치과)			200,000					
주사료	메가비타요법			30,000					
주사료	아큐판	659900340		1,974					
주사료	말린다	653102550		12,500					
주사료	에나스테론	659600290		30,000					
주사료	액상 하이렉스주 1ml	654802040		24,620					
주사료	케프라주사	654100170		18,000					
	엠라5%크림	650700430		3,980					
	인스틸라겔	675100010		9,200					
	도타렘	654900050			39,960	61,587			비급여 MRI 촬영시

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

제7장 이학요법료(물리치료료)

물리치료료	중식치료(사지관절부위)	MY142		20,000			Y	Y	
물리치료료	중식치료(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	맘모톤시술A	C2977	맘모톤시술A	210,000			X	X	난이도별
기타성형	맘모톤시술B	C2977	맘모톤시술B	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)	SZ634	경피적 경막외강 신경성형술	500,000			X	X	
척추수술	경피적 경막외강 신경성형술(NS)	SZ634	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					
상부인과	이쁜이수술		이쁜이수술	1,500,000					



분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약재비 포함여부	
	소음순수술		소음순수술(편측)	400,000					
	음핵수술		음핵수술	300,000					
	미래나		미래나	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 치치·수술료

치아질환 치치	보철물 장착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core	UZ001	Post & core	90,000			Y	Y	
치아질환 치치	보철물 장착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core	UZ001	Para Post (B)	150,000			Y	Y	
치아질환 치치	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	실활치 미백		미백	200,000			Y	Y	
기타	Diastema resin filling		Resin 보수	150,000			Y	Y	
기타	불소도포		불소도포	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	

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약재비 포함여부	
보철	Temp denture(임시틀니)			150,000			Y	Y	
보철	임시틀니			300,000			Y	Y	
보철	임시틀니(부분)			100,000			Y	Y	
보철	Denture relining(간결)			200,000			Y	Y	
보철	틀니수리			60,000			Y	Y	
치과보철료	A type Gold Cr	UM607F320		350,000			Y	Y	
보철	티슈컨디셔닝			30,000			Y	Y	
보철	틀니 필라이닝			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	P.F.M(도재견장관주조관-비금속)			250,000			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	emprass 견도재장관			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	보호자석(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					

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
기타	환의(1벌)			20,000					
기타	환의(상의, 하의 중1개)			10,000					
기타	시트(가재가는시트로)			10,000					
기타	간병인료(건강보험)			25,000					
기타	간병인료(의료급여)			10,000					

II. 치료재료

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용			
백이식재	Intergro 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					
암도절 재료	Encor Biopsy Probes(비급여)	BM0002GU		440,000					
마취용 재료	LMA tube	BK4204QL		66,000					
마취용 재료	LMA UNIQUE(비급여)	BK4202BN		66,000					
마취용 재료	LMA SUPREME(비급여)	BK4201QL		66,000					
마취용 재료	Aura-Gain(전규격)(LMA)/비급여	BK4202LD		60,500					
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 조직 보존제
치치수술용 재료	리쥬비넥스	662600130		29,700					상처치료제
치치수술용 재료	GARTFILL	BM2621RA		1,480,000					
수술후 보조기	Ultra Sling (어깨 보조기)			120,000					
수술후보조기	허리, 엉치뼈 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					

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약재비 포함여부	
	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(도르래)		shoulder abduction poly(도르래)	11,000					
	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	velpeou bandage(벨포밴드)			3,200					
기타	Neo dressing			310					
기타	Silicone Fix Tape(Eye protection face mask	BM2001VS		11,550					
기타	fixing roll(15*10)	BM5101LX		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	케이지(K-D)	BC1301PE		165,000					
기타	Endotracheal Tube Holder	BJ1001WI		16,100					
기타	T-LENS			3,630					

III. 약제

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	치료재료대 포함여부	약재비 포함여부	
항목		코드	분류코드	비용 (단위: 원)					특이사항
명칭	코드								
가다실주	655500020		igarda	160,000					백신
조스타박스주(대상포진)	655500900		igv10s	180,000					백신
엔비오주(뇌수막염)	653602320			140,000					백신
박타주(A형간염:성인)	650001800		nor1	60,000					백신
하브릭스주(A형간염:소아)	650001940		만료	40,000					백신
로타텍액(로타바이러스)	655500030		만료	100,000					백신
로타릭스(로타바이러스)	650001810		만료	130,000					백신
스카이셀플루4가백신(인플루엔자)	644704380		isudu	40,000					백신
아다셀주(DPT)	685900110		ltdap-1	35,000					백신
티디퓨어(파상풍)	644702240		ltd-1	30,000					백신
지로티프주(장티프스)	670500220		itypho	20,000					백신
바틸릭스주(수두)	65000340		만료	35,000					백신
경피용BCG	686500010		만료	70,000					백신
프리베나13가	646500900			140,000					백신
해파박스진주(B형간염)	655800150		fsb10	15,000					백신
유박스비프리필드-B형간염백신				15,000					백신
트레스탄	647802340			275					
비사코딜	653801170			14					
알보릴액 1ml	670000610			330					
Gelform(스프로그스탄)-비급여	650800260		ogelf	9,680					
라이스정			만료	10,000					초기요법
라이스정				15,000					유지요법
피코라이트산 16g	659900590		만료	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			국민기초생활보장법시행규칙 제35조(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]	

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약재비 포함여부	
시체검안서		PDZ04		30,000					의료법 시행규칙 제10조 [서식6]
장애진단서	후유장애	PDZ070003		100,000					
장애진단서	지적장애 및 자폐성 장애	PDZ070002		15,000					장애인복지법 시행규칙 제8조 별지[서식 3] ※ 장애인등록증 발급에 필요서류
장애진단서	일반장애	PDZ070001		15,000					
장애소견서				15,000					
장애인증명서		PDZ170000		1,000					
영료진단서		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					