

## 비인정 비급여 항목 예시

- ①**상급병실료**: 3인실 이하의 병실료(건강보험 적용여부와 무관)
- ②**식대**: 환자 1식 초과분, 보호자 식대
- ③**주사료**: 성장호르몬, 인대강화주사, 통증완화주사, 부종완화주사, 연골배양주사, 영양제, 비타민제, 스테로이드제, 콜라겐(젠타큐, 리젠셀), 재생주사(레보코, PDRN), 동종진피 등
- ④**처치 및 수술료**: DBM, 유착방지제(가딕스 등), 마취흡입제, 1회용 수술포 등
- ⑤**검사료**: 간염검사, 혈소판복합기능검사, 체열검사, 코로나검사, 독감검사 등
- ⑥**재료대**: 목발 · 슈즈 · 팔걸이 1회 초과분, 방수캐스트, 히트워머, (열상으로 인한)흉터연고 1회 초과분, 재깍스 등
- ⑦**물리치료**: 체외충격파, 도수치료, 이온삼투요법, 냉각치료 등
- ⑧**영상진단료(MRI, CT, 초음파)**: 1회 초과분, 부상부위 이외  
\* 수술 중 마취초음파의 경우 100,000원 한도 내 지급
- ⑨**진단서대**: 1부 초과시, 상해진단서, 향후추정서 발급비
- ⑩**레이저**: 1회 초과분
- ⑪**보장구(보조기)**: - 팔, 다리, 척추, 골반부위 이외  
- 기존 착용하던 안경 또는 치아교정기 파손비
- ⑫**영수차액**: 할인액, 미납액, 중복청구액, 건강보험공단 부담금
- ⑬**응급이송료**: 「응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조 제1호의 응급증상인 경우」이 아닌 경우
- ⑭**기타**: 사물함관리비, 히트워머, 수저 및 CD구입비, 간이영수증, 보호대, 환자복 등 소모품비

※ 상기 나열한 비급여항목은 대표적인 예시입니다.

## 인정 비급여 항목

| NO | 항 목                     | 인 정 범 위                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 비 고                                                             |
|----|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1  | 상급 병실료                  | ○. 전신화상을 입은 자<br>○. 세균감염예방을 위해 격리가 필요한자<br>○. 심한 정신질환자                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 의사소견서 제출                                                        |
| 2  | 성형 수술비                  | ○. 열창(열상)으로 인한 흉터 또는 변형 제거<br>수술 및 레이저치료 각 1회 이내<br>○. 화상으로 신체기능장애 및 타인에게 혐오감을<br>주는 경우 화상흉터를 제거하기 위한 수술<br>및 레이저치료 각 2회 이내<br><br>○. 수술비 - 선상흉터: 10만원/cm<br>- 면상흉터: 20만원/cm <sup>2</sup><br>- 조직함몰: 20만원/cm <sup>2</sup><br><br>○. 레이저 - 25cm <sup>2</sup> 미만: 153,540원/회<br>치료비 - 25cm <sup>2</sup> 이상 100cm <sup>2</sup> 미만: 153,540원/회<br>- 100cm <sup>2</sup> 이상: 153,540원/회 | 의사소견서 제출                                                        |
| 3  | 영상진단료<br>(MRI, 초음파, CT) | ○. 부상부위 1회                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 의사소견서 제출                                                        |
| 4  | 진단서 및 소견서<br>발급비용       | ○. 공제회에서 요구한 경우                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 각 1부 비용 지급                                                      |
| 5  | 비급여 주사료                 | ○. 무통주사료 : 1회(영양제,비타민제 제외)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                 |
| 6  | 치아보철료                   | ○. 보철료 : 50만원 이하(2회)<br>○. POST(기둥) 및 임시레진 : 15만원 이하(1회)<br><br>○. 고정치료비 : 50만원(1회)<br>(심미적 교정비는 비인정)                                                                                                                                                                                                                                                                             | 의사소견서 제출<br><br>의사소견서 제출                                        |
| 7  | 의료보조기                   | ○. 국민건강보험법 시행규칙(별표 7)<br>장애인보장구에 대한 보험급여기준에 준함                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 의사소견서 제출                                                        |
| 8  | 응급수송료                   | ○. 일반구급차<br>· 기본요금(10km 이내) : 20,000원<br>· 10km초과시 : km당 800원 추가<br>○. 특수구급차<br>· 기본요금(10km 이내) : 50,000원<br>· 10km초과시 : km당 1,000원 추가<br>(응급상황 아닌 단순 교통수단으로 사용시 비인정)                                                                                                                                                                                                             | 응급의료에 관한<br>법률 시행규칙<br>제2조 제1호<br>(별표1)의 응급<br>증상인 경우<br>(사고당일) |
| 9  | 국외 치료비                  | 국내 진료비 기준                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                 |