

**I. 행위**

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

**1-1 상급병실료 차액**

상급병실료 차액	1인실	ABZ01	일반	80,000					
----------	-----	-------	----	--------	--	--	--	--	--

**제2장 검사료**

요검사	요임신반응검사	B0260		6,000			○	○	임신유무확인(비급여)
혈장단백검사	탄수화물 결핍 트랜스페린	CZ112		50,000			○	○	
혈장단백검사	아토피성 감별시험 (12종 흡입성 Allergen)			48,070			○	○	
지질, 영양 관련검사	호모시스테인검사	CZ133		20,000			○	○	
내분비검사	DHEA	CZ199		132,190			○	○	
내분비검사	PAPP-A 검사	CZ212		24,040			○	○	
내분비검사	갑상선자극면역글로불린[생물발광법]	CZ213	TS Ab(Thyroid stimulating Ab)	72,110			○	○	
내분비기	활성산소(d-ROMs) & 항산화력(BAP)			60,000			○	○	
약물 및 독물검사	마약확진검사3(THC-COOH+PCP)		58300	53,000			○	○	건강검진 범주
약물 및 독물검사	Alcohol		90750	9,800			○	○	건강검진 범주
약물 및 독물검사	Phencyclidine			8,800			○	○	건강검진 범주
약물 및 독물검사	Phenol			20,600			○	○	건강검진 범주
약물 및 독물검사	Amphetamine			9,100			○	○	

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
약물 및 독물검사	Cannabinoide			9,100			○	○	
약물 및 독물검사	Cocain			9,100			○	○	
약물 및 독물검사	Ecstasy			9,100			○	○	
약물 및 독물검사	Heroin			9,100			○	○	
약물 및 독물검사	Methamphetamine			9,100			○	○	
약물 및 독물검사	Morphine			9,100			○	○	
약물 및 독물검사	Opiates			9,100			○	○	
약물 및 독물검사	Phencyclidine			9,100			○	○	
약물 및 독물검사	마약확진검사1(Codeine+Morphine+6-Acetylmorphine)			55,000			○	○	
약물 및 독물검사	마약확진검사2(Amphetamine+Methamphetamine+Benzoylcegonine)			55,000			○	○	
감염증 기타 검사	인플루엔자 A,B 바이러스항원검사 [현장검사]	CZ394	Influenza virus A & B & H1N1	30,000			○	○	
자가면역질환검사	항CCP항체[IgG]	CZ432		30,000			○	○	
세포병리검사	자궁질도말세포병리검사	c5920		20,000			○	○	건강검진 범주
세포병리검사	액상 자궁경부 세포검사	cx541		50,000			○	○	건강검진 범주
분자병리검사	기타검사-실시간역전사중합효소연쇄반응법-인플루엔자바이러스 A	C6095	Influenza Virus A (H1N1;Real-Time RT-PCR)	120,570			○	○	
분자유전검사	성감염증(STD) 12종 PCR 검사		성감염증(STD) 12종 PCR 검사	70,000			○	○	건강검진 범주
순환기 기능검사	동맥경화도검사(맥파전달속도측정)	EZ868		30,000			○	○	
혈액학검사	Cancer scren			100,000			○	○	

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

**제2-1장. 초음파 검사료**

초음파 검사료	단순초음파(Ⅰ)				10,000	80,000	○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	단순초음파(Ⅱ)				10,000	80,000	○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	두경부-경부 초음파-갑상선·부갑상선	EB414		80,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	두경부-경부 초음파-갑상선·부갑상선 제외한 경부	EB415		80,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	흉부-유방·액와부 초음파	EB421		80,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	흉부-유방·액와부 제외한 흉부 초음파	EB422		80,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	심장-경흉부 심초음파-단순	EB431	U.S Heart(도플러)	100,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	심장-경흉부 심초음파-단순	EB431	응급실 실시	40,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	복부-복부 초음파-간·담낭·담도·비장·췌장-일반	EB441		80,000			○	○	건강검진 범주
초음파 검사료	복부-복부 초음파-간·담낭·담도·비장·췌장-일반	B44100	입원환자 추적검사시	40,000			○	○	건강검진 범주
초음파 검사료	복부-복부 초음파-간·담낭·담도·비장·췌장-일반	EB441	U.S Liver	80,000			○	○	건강검진 범주
초음파 검사료	복부-복부 초음파-간·담낭·담도·비장·췌장-일반	EB441	U.S GB	80,000			○	○	건강검진 범주
초음파 검사료	복부-복부 초음파-간·담낭·담도·비장·췌장-일반	EB441	U.S Pancreas	80,000			○	○	건강검진 범주
초음파 검사료	복부-복부 초음파-총수	EB441		80,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	복부-복부 초음파-소장·대장	EB441		80,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	복부-복부 초음파-서혜부	EB445		80,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	복부-비뇨기계 초음파-신장·부신·방광	EB448		80,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	복부-비뇨기계 초음파-신장·부신·방광	B44100	입원환자 추적검사시	40,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	복부-비뇨기계 초음파-신장·부신·방광	EB448	U.S Kidney	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	약제비 포함여부	
초음파 검사료	복부-비뇨기계 초음파-신장·부신·방광	EB448	U.S Adrenal	80,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	복부-비뇨기계 초음파-신장·부신·방광	EB448	U.S Kidney(doppler)	80,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	복부-비뇨기계 초음파-신장·부신·방광	EB448	U.S Bladder	80,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	복부-남성생식기 초음파-전립선·정낭	EB451	U.S Prostate	80,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	복부-남성생식기 초음파-음낭	EB454	U.S Scrotum	80,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	복부-여성생식기 초음파-일반	EB455	U.S Pelvis	80,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	복부-여성생식기 초음파-일반	EB455	산부인과실시		10,000	35,000	○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	근골격, 연부-관절 초음파-손가락(편측)	EB461		80,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	근골격, 연부-관절 초음파-발가락(편측)	EB462		80,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	근골격, 연부-관절 초음파-주관절(편측)	EB463		80,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	근골격, 연부-관절 초음파-슬관절(편측)	EB464		80,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	근골격, 연부-관절 초음파-고관절(편측)	EB465		80,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	근골격, 연부-관절 초음파-견관절(편측)	EB466		80,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	근골격, 연부-관절 초음파-손목관절(편측)	EB467		80,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	근골격, 연부-관절 초음파-발목관절(편측)	EB468		80,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	근골격, 연부-관절 초음파-류마티스 질환에 의한 다발성 관절염	EB469		80,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	근골격, 연부-연부조직 초음파-일반	EB470		80,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	혈관-뇌혈류 초음파	EB481	초진	12,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	혈관-뇌혈류 초음파	B48100	재진(추적관찰)	5,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	혈관-두개의 혈관 도플러 초음파-경동맥	EB482		100,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	혈관-사지혈관 도플러 초음파-하지-정맥	EB488		80,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	혈관-사지혈관 도플러 초음파-하지 정맥류 검사	EB489		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	약제비 포함여부	
초음파 검사료	임산부-제1삼분기-일반	EB511	산부인과 실시		10,000	35,000	○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	임산부-제2,3삼분기-일반	EB515	산부인과 실시		10,000	35,000	○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	응급-중환자-단일 표적 초음파(1일당)-1부위	EB521	응급실 실시	30,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	응급-중환자-단일 표적 초음파(1일당)-2부위 이상	EB522	응급실 실시	30,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	응급-중환자-복합 표적 초음파	EB523	응급실 실시	30,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	Bladder scan을 이용한 방광 잔뇨량 측정 검사(1일당)	EZ754	bladder scan	20,000			○	○	비급여
초음파 검사료	심장-경흉부 심초음파-일반	EB432	심장내과 실시	140,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	심장-경식도 심초음파	EB611	심장내과 실시	170,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	유도초음파(Ⅰ)	EB561	U.S guided aspiration/biopsy	30,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	수술 중 초음파	EZ985	Intraoperative Ultrasonography	50,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	질초음파	EB562		80,000			○	○	

### 제3장 영상진단 및 방사선 치료료

방사선특수영상진단료	C.T Low dose Chest			142,960			○	○	검진목적, 영상저장및전송시스템(FULL PACS)이 용료 포함
방사선특수영상진단료	임플란트 CT영상진단			100,000			○	○	
방사선특수영상진단료	CT 관상동맥조영(검진목적:약제포함)			200,000			○	○	아테놀올정(셀트리온) 명문니트로글리세린0.6mg설하정(명문제약)
방사선특수영상진단료	CT cacium score			80,000			○	○	검진목적

### 제3-1장. 초음파영상료

초음파영상료	유도초음파(Ⅰ)	EB561			10000	60000	○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파영상료	유도초음파(Ⅱ)	EB562			60000	120000	○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여

\*2013.10.1 부로 진단 목적의 초음파가 2장 초음파 검사 항목으로 급여화 됨에 따라 진단 이외의 목적으로 시행되는 초음파영상은 검사의 유용성에 대한 검토가 이루어진 이후 별도의 분류를 진행할 예정임.

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

**3-2장. 자기공명영상진단료(MRI)**

뇌[뇌, 해마]	뇌-일반	HE101		400,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	뇌-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE201		400,000			○	—	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	해마-일반	HE102		400,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	안면-일반	HE103		400,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	안와-일반	HE105		400,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	경부-일반	HE108		400,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	경추-일반	HE109		400,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	흉추-일반	HE110		400,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	요천추-일반	HE111		400,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	요천추-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE211		400,000			○	—	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	요천추-흉추와 동시 촬영-일반	HE113		760,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	척추강-경추, 흉추, 요천추와 동시 촬영-일반	HE114		1,000,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	관절조영 자기공명영상진단	HE142		400,000			○	—	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	견관절-일반	HE115	편측	400,000			○	○	편측, 급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	주관절-일반	HE116	편측	400,000			○	○	편측, 급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	수관절-일반	HE117	편측	400,000			○	○	편측, 급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	고관절-일반	HE118	편측	400,000			○	○	편측, 급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	슬관절-일반	HE120	편측	400,000			○	○	편측, 급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	발목관절-일반	HE121	편측	400,000			○	○	편측, 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
근골격계	관절외 상지-일반	HE122	편측	400,000			○	○	편측, 급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	관절외 하지-일반	HE123	편측	400,000			○	○	편측, 급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부	골반-일반	HE128		400,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부	척장-일반	HE129		400,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부	신장 및 부신-일반	HE130		400,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부	간-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE232		400,000			○	—	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부	담낭관-일반	HE133		400,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부	전립선-일반	HE134		400,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
혈관	뇌혈관-일반	HE135		400,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
혈관	뇌혈관-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE235		400,000			○	—	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(여러 부위)	뇌-일반+뇌혈관-일반			500,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(여러 부위)	경추+흉추- 일반			760,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(여러 부위)	견관절-일반(양측)		양측	760,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(여러 부위)	주관절-일반(양측)		양측	760,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(여러 부위)	수관절-일반(양측)		양측	760,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(여러 부위)	슬관절-일반(양측)		양측	760,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(여러 부위)	발목관절-일반(양측)		양측	760,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(여러 부위)	관절외 상지-일반(양측)		양측	760,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(여러 부위)	관절외 하지-일반(양측)		양측	760,000			○	○	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(여러 부위)	조영제 주입 전 후 촬영판독		MRI Brain + 조영제 + MRA	500,000			○	—	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
특수검사	확산	HF101	MRI 확산 Diffusion + T2 Axial	200,000			○	○	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	

**제5장 주사료**

주사료	수액제 주입로를 통한 주사	kk054			1,260	1,330	—	—	비급여 약제 수기로
주사료	정맥내 일시주사	kk020			1,910	2,020	—	—	비급여 약제 수기로
주사료	정맥내 유지침	kk059		400			—	—	비급여 약제 수기로
주사료	정맥내점적주사 -100ml-500ml	KK052			2,710	2,870	—	—	비급여 약제 수기로
주사료	정맥내점적주사 -501ml-1000ml	kk053			3,370	3,570	—	—	비급여 약제 수기로
주사료	피하 또는 근육내 주사	kk010			1,310	1,380	—	—	비급여 약제 수기로

**제7장 이학요법료(물리치료료)**

물리치료료	체외자기장 요실금치료 [1일당]	MX033		12,350			○	○	
-------	-------------------	-------	--	--------	--	--	---	---	--

**제9장 처치 및 수술료 등**

피부 및 연부조직	사마귀제거(레이저사용)			50,000			○	○	
피부 및 연부조직	점 및 사마귀제거(비급여)			5,000			○	○	
남성생식기	정관절제술 또는 결찰술	r3896		350,000			—	—	
남성생식기	링제거술			50,000			—	—	
남성생식기	Vaselinoma resection				500,000	5,000,000	—	—	난이도별
남성생식기	성기길이 연장술			300,000			—	—	
남성생식기	성기 SET 수술			800,000			—	—	
남성생식기	circumcision				100,000	300,000	—	—	난이도별
남성생식기	실리콘 성기 삽입술			300,000			—	—	
남성생식기	음경보형물삽입술(링 등)				300,000	800,000	—	—	난이도별
남성생식기	음경보형물삽입술(링 등)				500,000	1,000,000	—	—	난이도별
남성생식기	조루 수술			500,000			—	—	



분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
여성 생식기, 임신과 분만	난관결찰술	r4341		150,000			—	—	
여성 생식기, 임신과 분만	후질벽성형술	r0411			100,000	900,000	—	—	난이도별
여성 생식기, 임신과 분만	자궁내장치삽입술	r4271	미레나	300,000			○	○	비급여, 피임목적
여성 생식기, 임신과 분만	자궁내장치삽입술	r4271		80,000			○	○	비급여, 피임목적
여성 생식기, 임신과 분만	자궁내장치삽입술	r4271	제이디스	240,000			○	○	비급여, 피임목적
여성 생식기, 임신과 분만	소음순 성형수술			700,000			—	—	
여성 생식기, 임신과 분만	음핵포경수술			400,000			—	—	
여성 생식기, 임신과 분만	임플라논			330,000			○	○	
감각기-시기(눈)	안검성형술				100,000	300,000	—	—	미용복적, 난이도별
감각기-시기(눈)	안검피부이완증 성형술			600,000			—	—	미용목적
감각기-시기(눈)	쌍꺼풀 수술(매몰법)				400,000	500,000	—	—	미용복적, 난이도별
입, 이하선	구개인두성형술(코골이수술)			250,000			—	—	

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

**제10장 치과 처치·수술료**

치아질환 처치	보철물 장착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core	UZ001	포스트코아 (기성품)		75,000	100,000	○	○	
치아질환 처치	보철물 장착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core	UZ001	주조포스트 (금을 제외한 금속)	120,000			○	○	
치아질환 처치	보철물 장착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core	UZ001	레진 코어	50,000			○	○	
치아질환 처치	인레이(Inlay) 및 온레이(Onlay) 간접충전(금 등을 사용한 충전치료)	UZ004	금 인레이	250,000			○	○	
치아질환 처치	인레이(Inlay) 및 온레이(Onlay) 간접충전(금 등을 사용한 충전치료)	UZ004	보철 온레이	300,000			○	○	
치아질환 처치	광중합형 복합레진충전	UZ005	1면		70,000	117,830	○	○	
치아질환 처치	광중합형 복합레진충전	UZ005	2면	100,000			○	○	
치아질환 처치	광중합형 복합레진충전	UZ005	3면	130,000			○	○	
치아질환 처치	치아미백			200,000			○	○	
수술후 처치, 치주조직의 처치 등	이갈이장치	UZ036	(TMS occlusal splint )	500,000			○	○	
수술후 처치, 치주조직의 처치 등	치간이개 심미적폐쇄술(교정력을 이용한 경우, 복합레진축조술의 경우)	UZ038	복합레진축조술의 경우	260,000			○	○	
기타	골이식				300,000	1,000,000	○	○	
기타	Resin wire splint(1치당)			50,000			○	○	
기타	Resin (1치당)			70,000			○	○	
기타	치석제거		Scaling		25,000	50,000	○	○	
기타	실런트			30,000			○	○	
기타	임시 레진관			20,000			○	○	
기타	저작근보톡스				300,000	500,000	○	○	
기타	부분틀니 지대치 삭제 및 surveying			300,000					
기타	omnivac splint			100,000			○	○	

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

**제18장 치과의 보철료**

기타	가임치				100,000		200,000	○	○	
금관보철	메탈크라운			250,000				○	○	
심미보철	보철 라미네이트			500,000				○	○	
금관보철	보철 슈퍼골드			400,000				○	○	금함량 50%
금관보철	보철 에이골드			350,000				○	○	금함량 47%
기타	보철 5만원			50,000				○	○	
기타	보철 1만원			10,000				○	○	
기타	보철의치(Denture)			1,300,000				○	○	
심미보철	보철 피에프엠			300,000				○	○	
심미보철	보철 피에프지			450,000				○	○	
금관보철	보철 피티골드			500,000				○	○	금함량 69%
금관보철	3/4금관			350,000				○	○	
기타	상부보철			500,000				○	○	
금관보철	SS크라운			100,000				○	○	
심미보철	지르코니아 크라운			500,000				○	○	
심미보철	세라믹			500,000				○	○	
심미보철	세라믹 인레이			300,000				○	○	
기타	의치 수리			20,000				○	○	
기타	임플란트				1,100,000		1,300,000	○	○	
기타	진단용 모델			10,000				○	○	
기타	진단용 wax-up			100,000				○	○	
기타	불소도포			40,000				○	○	

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

**기타**

건강검진	건강검진		건강검진(업체별)		10,000	68,580	○	○	미해당 항목 추가시 별도 금액 징수
종합검진	종합검진A		종합검진A(여자)	330,000			○	○	미해당 항목 추가시 별도 금액 징수
종합검진	종합검진A		종합검진A(혼전.여자)	380,000			○	○	미해당 항목 추가시 별도 금액 징수
종합검진	종합검진A		종합검진A(남자)	300,000			○	○	미해당 항목 추가시 별도 금액 징수
종합검진	종합검진B		종합검진B(여자)	450,000			○	○	미해당 항목 추가시 별도 금액 징수
종합검진	종합검진B		종합검진B(남자)	400,000			○	○	미해당 항목 추가시 별도 금액 징수
종합검진	종합검진C		종합검진C(여자)	600,000			○	○	미해당 항목 추가시 별도 금액 징수
종합검진	종합검진C		종합검진C(남자)	500,000			○	○	미해당 항목 추가시 별도 금액 징수
종합검진	종합검진D		종합검진D(남녀공통)	250,000			○	○	미해당 항목 추가시 별도 금액 징수
종합검진	종합검진E		종합검진E(여자)	550,000			○	○	미해당 항목 추가시 별도 금액 징수
종합검진	종합검진E		종합검진E(남자)	450,000			○	○	미해당 항목 추가시 별도 금액 징수
기타	구급차사용료(특수)10km이내 (주:75,000, 야:90,000)				75,000	90,000	○	○	추가요금(이송거리10km 초과) 1,300원/km, 야간할증요금(00:00~04:00: 20% 가산),별도계산
기타	보호자식(1끼)			4,500			○	○	
기타	수면내시경 관리료			50,000			○	○	
기타	방사선 이미지 복사(CD)			10,000			○	○	
기타	전립선질화 검진비(인구보건복지협회)			30,000			○	○	
기타	체지방분석(초진)			15,000			○	○	
기타	치매신경인지검사(CERAD-K)-보건소연계사업			80,000			○	○	
기타	플라로이드 필름 1매			1,700			○	○	
기타	환의(1벌)			16,500			○	○	반납시 환불

## 표. 치료재료

분류	항 목		가격정보(단위: 원)				특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	
배액관 고정용판	DRAIN KEEPER	BJ1001BL	drain keeper (유치도뇨관고정용밴드)	5,000			
배액관 고정용판	E-HOLDER	BJ1001PN	e-holder (11*60)	16,900			
배액관 고정용판	MASON IV INTACT	BJ1029ZN		11,000			
자착성(탄력)붕대	3M COBAN SELF-ADHERENT WRAP	BK7101EA	3M COBAN SELF-ADHERENT WRAP(1"x4.5m)	2,390			size 별 구분
자착성(탄력)붕대	3M COBAN SELF-ADHERENT WRAP	BK7101DQ	3M COBAN SELF-ADHERENT WRAP(2"x4.5m)	1,890			size 별 구분
자착성(탄력)붕대	PEHA-HAFT	BK7102DQ	peha-haft (6cmx4m)	4,480			size 별 구분
자착성(탄력)붕대	PEHA-HAFT	BK7101DQ	peha-haft (4cmx4m)	3,860			size 별 구분
불투명.투명멸균드레싱 재료 (드레싱고정용)	케어픽스알파반창고	BM5001BY	케어픽스알파반창고(10*25)	690			size 별 구분
불투명.투명멸균드레싱 재료 (드레싱고정용)	케어픽스알파반창고	BM5001BY	케어픽스알파반창고(10*15)	450			
불투명.투명멸균드레싱 재료 (드레싱고정용)	케어픽스알파반창고	BM5001BY	케어픽스알파반창고(10*10)	380			
불투명.투명멸균드레싱 재료 (드레싱고정용)	케어픽스알파반창고	BM5001BY	케어픽스알파반창고(4.5*5.5)	280			
불투명.투명멸균드레싱 재료 (드레싱고정용)	케어픽스알파반창고 롤	BM5002BY	케어픽스알파반창고 롤(4.5*5.5)	165			
불투명.투명멸균드레싱 재료 (단순, 건조드레싱류)	수성멸균흡수패드	BM5001YU	수성멸균흡수패드 10x10	800			
불투명.투명멸균드레싱 재료 (단순, 건조드레싱류)	수성멸균흡수패드	BM5001YU	수성멸균흡수패드 10x20	1,000			
불투명.투명멸균드레싱 재료 (드레싱고정용)	웰픽스롤 반창고	BM5101BY	welfix roll(cut type) (SEWOON MEDICAL)	280			
경추고정용	Philadelphia_brace			22,940			

분류	항 목		가격정보(단위: 원)				특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	
경추고정용	Tomas_color			3,255			
무릎지지용	무릎아대(성인)			6,000			
발목지지용	발목 아대(성인)			6,000			
쇄골지지용	쇄골붕대(figure band)			8,000			
손목지지용	손목아대(성인)			7,200			
압박고정용	콜셋(Corset)		58300	42,000			
팔걸이	벨포밴드		90750	6,000			
팔걸이	팔걸이(arm sling)			1,534			
기타	Cast 신발			4,000			
기타	목발 2개			15,000			
기타	수퍼 플로스			6,000			
연조직 재건용	REGENSEAL	BM2601QQ		118,000			
조절성 인공수정체	Bandage T- Lens			3,500			
의약품주입여과기	Patient tube - SPM FILTER(RASON)	BM0301VS		7,000			

### Ⅲ. 약제

항 목		비용(단위: 원)	특이사항
명칭	코드		
가다실주(한국엠에스디;진찰료포함)	655500020	150,000	자궁암 백신
가다실9 프리필드시린지(한국엠에스디;진찰료포함)	655501930	210,000	자궁암 백신
가도비스트주사프리필드시린지7.5ml/관(바이엘)	641100400	80,000	조영제
경피용 건조 B.C.G백신(예방접종;진찰료포함)	686500010	60,000	B.C.G 백신
노레보원정(현대약품)	642000030	15,000	응급피임약
미보연고 40g(동화약품)	649200010	20,000	화농성질환 외용제
수두박스주(성인;수두생바이러스백신;진찰료포함)	643601160	35,000	수두 백신
뼈곰정(유한양행)	642100700	18	비타민제
씨디제박스-뇌염 0.5ML (에스케이;진찰료포함)	666700010	40,000	일본뇌염 백신
씨제이10%후라바솔주 250ml(씨제이제일제당)	640001150	5,362	수기로 및 치료재료 별도, 영양제
유박스B 프리필드 주(성인;진찰료포함)LG생명과학	668902160	25,000	B형 간염 백신
에스케이티디백신주(프리필드)	644701660	25,000	파상풍 백신
에나스테론주(제이텍바이오젠)	659600290	30,000	남성호르몬제
지씨플루프리필드시린지0.5ml(녹십자;진찰료포함)	643603630	25,000	독감 백신
제일제당8.5%후라바솔주500ml (씨제이제일제당)	640001430	4,200	수기로 및 치료재료 별도, 영양제
콤비플렉스주 1000ml(제이더블유중외제약)	644903890	14,628	영양제, 수기로 및 치료재료 별도
콤비플렉스리피드페리주1920ml(JW생명과학)	678900480	25,200	영양제, 수기로 및 치료재료 별도
클리노레악20%주사/250ml(박스터)	646601031	13,008	영양제, 수기로 및 치료재료 별도
포텐아민주500ml(종근당)	643304071	6,713	영양제, 수기로 및 치료재료 별도
푸로아민주200ml(한울제약)	655601981	1,747	영양제, 수기로 및 치료재료 별도
프리모비스트주사 10ml(바이엘코리아)	641100931	58,300	조영제

항 목		비용(단위: 원)	특이사항
명칭	코드		
프리베나13주(성인용폐구균백신; 진찰료포함)	646500900	150,000	성인용폐구균백신
프리베나13주(소아용폐구균백신; 진찰료포함)	646500900	150,000	소아용폐구균백신
플루미스트인트라나잘스프레이(녹십자)	643603700	30,000	독감 백신
페리올리멜엔4이주 (박스터) 1500ml	646601510	27,608	수기로 및 치료재료 별도, 영양제
피엠에스니스타틴시럽 100ml	659600560	15,000	항진균제
아박심160U성인용주(A형간염백신)	665900180	80,000	A형 간염(성인) 백신
아박심80U소아용주(A형간염백신)	665900030	40,000	A형 간염(소아용) 백신
로타텍액(진찰료 포함)	655500030	100,000	로타바이러스위장관염 예방백신(진찰료 포함)
부스트릭스프리필드시린지(소아용:진찰료포함)	650001960	40,000	디프테리아, 파상풍, 백일해 예방백신(진찰료포함)
spongostan standard type	650800260	9,330	지혈제
spongostan anal type	650800280	9,330	지혈제
스카이조스터주	56400041	150,000	대상포진생바이러스백신
스카이셀플루프리필드시린지0.5ml	644704290	30,000	독감 백신
스카이셀플루프리필드시린지0.25ml	644704340	30,000	독감 백신
스카이셀4가프리필드시린지	644704380	40,000	독감 백신
녹십자 헤파빅1ml	643601900	50,000	B형간염, 면역글로불린제
오마프원페리주 952ml	640006840	24,616	수기로 및 치료재료 별도, 영양제
페라미플루주15ml(진찰료포함)(녹십자)	643604610	30,000	인플루엔자 치료제, 성인은 2바이알 투여
엠엠알투주 0.5ml	655500270	25,000	홍역, 유행성이하선염, 풍진 백신
레비티람주500mg	678901100	25,000	항경련제
유니레이프리필드주사15ml/관	653402791	70,000	조영제
미노클린치과용연고 0.5g	653401530	25,000	항병원생물성 의약품
타우로린주2%	647801080	60,000	세정액
미앤디주	647804380	30,000	비타민제



#### IV. 제증명수수료

항목		가격정보(단위: 원)				특이사항
명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	
진단서(일반진단서)	PDZ01		20,000			의료법 시행규칙 제9조 [서식5의2] 근로능력평가용 진단서와 영문진단서도 포함
상해진단서	PDZ02	전치 3주이상	150,000			의료법 시행규칙 제9조 [서식5의3]
상해진단서	PDZ02	전치 3주미만	100,000			의료법 시행규칙 제9조 [서식5의3]
사망진단서	PDZ03		10,000			의료법 시행규칙 제10조 [서식6]
장애진단서	PDZ07	일반장애	100,000			
병사용진단서	PDZ08		20,000			
국민연금 장애심사용 진단서	PDZ10	장애진단서(시군구 제출용)	15,000			국민연금법 시행규칙 제28조 [서식 21] 신청인 제출서류 - 국민연금 장애심사규정 제12조(보건복지부 고시 2011-82호; 2011.7.26) 별지[서식 3]
사본발급	PDZ11	진료기록부사본(1~5매까지, 1매당금액)	1,000			
사본발급	PDZ11	진료기록부사본(6매부터, 1매당금액)	100			
부분 1매당		부분 1매당	1,000			
건강진단서			20,000			미해당 항목 추가시 별도 금액 징수
소견서			5,000	0	5,000	입퇴원시 무료발급, 퇴원 후 유료
수술확인서			2,000	0	2,000	입퇴원시 무료발급, 퇴원 후 유료
외국인 방문취업 건강진단서			57,710			미해당 항목 추가시 별도 금액 징수
외국인 비전문취업/선원취업 마약검사확인서			58,300			미해당 항목 추가시 별도 금액 징수
외국인 회화지도/선원신규 채용신체검사			90,750			미해당 항목 추가시 별도 금액 징수
입퇴원 확인서			3,000	0	3,000	입퇴원시 무료발급, 퇴원 후 유료
장애인증명서(소득공제신청용)	PDZ17		1,000			
장애자 진단서			15,000			
적성검사(운전)			5,300			

항목		가격정보(단위: 원)				특이사항
명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	
정신감정서			100,000			
진료계획서용 진단서 1회			20,000			
진료계획서용 진단서 2회			14,000			
진료계획서용 진단서 3회이상			10,000			
진료비 추정서(1,000만원미만)			50,000			
진료비 추정서(1,000만원이상)			100,000			
채용신체검사서			40,000			
총포소지신검(화약,가스총,전기충격기등)			30,000			
통원치료 확인서	PDZ14		3,000			
후유장애진단서			100,000			