

# 자동차보험진료수가 심사업무처리에 관한 규정

제정 2013. 5. 8. 국토교통부 고시 제2013- 224호  
개정 2014. 2. 7. 국토교통부 고시 제2014- 69호  
개정 2014. 9. 1. 국토교통부 고시 제2014- 530호  
개정 2015. 6.23. 국토교통부 고시 제2015- 407호  
개정 2016.12.27. 국토교통부 고시 제2016-1049호  
개정 2017.12.19. 국토교통부 고시 제2017- 868호  
개정 2018. 2.14. 국토교통부 고시 제2018- 116호  
개정 2018.10. 1. 국토교통부 고시 제2018- 600호  
개정 2019. 5. 8. 국토교통부 고시 제2019- 226호  
개정 2019. 7.23. 국토교통부 고시 제2019- 393호  
개정 2019.12.10. 국토교통부 고시 제2019- 742호  
개정 2020. 5. 7. 국토교통부 고시 제2020- 377호  
개정 2020.12.24. 국토교통부 고시 제2020-1137호  
개정 2022.11.14. 국토교통부 고시 제2022-657호  
개정 2023. 1. 2. 국토교통부 고시 제2023- 3호  
개정 2023. 7.10. 국토교통부 고시 제2023-410호  
개정 2024. 2.21. 국토교통부 고시 제2024-103호  
개정 2024.12.23. 국토교통부 고시 제2024-830호

## 제1장 총칙

**제1조(목적)** 이 고시는 「자동차손해배상보장법」 제12조의2, 제19조, 같은 법 시행령 제11조의2, 제16조의2, 같은 법 시행규칙 제6조의6에 따라 건강보험심사평가원에 위탁된 자동차보험진료수가의 청구·심사·지급 및 이의제기 등에 관한 절차와 방법, 서식과 작성요령 및 자동차보험진료수가 분쟁심의회 심사청구의 대상 및 절차를 규정함을 목적으로 한다.

**제2조(정의)** 이 고시에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “자동차보험진료수가”란 「자동차손해배상 보장법」(이하 “법”이라

- 한다) 제2조제7호에서 정한 것을 말한다.
2. “교통사고환자”란 자동차의 운행으로 인한 사고(이하 “자동차사고”라 한다)로 말미암아 의료기관에서 진료를 받았거나 받는 자를 말한다.
  3. “의료기관”이란 「의료법」 제3조에 따른 “의료기관” 및 「지역보건법」 제8조에 따른 “보건의료원”을 말한다.
  4. “보험회사등”이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.
    - 가. 「보험업법」에 따른 보험회사(이하 “보험회사”라 한다)
    - 나. 「여객자동차운수사업법」·「화물자동차운수사업법」·「건설기계관리법」 및 「생활물류서비스산업발전법」에 따른 공제사업을 하는 자(이하 “공제사업자”라 한다)
    - 다. 법 제45조제1항에 따라 같은 항 제2호의 업무를 위탁받은 자 (이하 “자동차손해배상보장사업자”라 한다)
  5. “비용산정 목록표”란 다음 각 목의 어느 하나에 소요되는 실제 비용에 대한 목록표를 말한다.
    - 가. 「자동차보험진료수가에 관한 기준」 제5조제1항에 따른 인정범위 (이하 “건강보험기준”이라 한다)에서 정한 비급여행위, 건강보험기준에서 정한 급여·비급여 대상이 아닌 행위 및 치료재료(“신의료기술등”이라 한다)의 급여 결정신청건
    - 나. 「자동차보험진료수가에 관한 기준」 별표2의 항목 중 비용이 정해지지 않은 진료항목
  6. “비급여약제”란 건강보험기준에서 상한금액이 정해지지 않은 약제를 말한다.
  7. “심사청구”란 보험회사등 또는 의료기관이 「자동차손해배상 보장법 시행규칙」(이하 “규칙”이라 한다) 제6조의5제2항에 따른 심사평가원의 이의제기 결과에 불복하여 법 제19조제1항에 따라 자동차보험진료수가분쟁심의회(이하 “심의회”라 한다)에 청구하는 것을 말한다.
  8. “심사(피)청구인”은 심사청구의 주(객)체로서 이들을 당사자라 한다.
  9. “심사청구액”이라 함은 심사청구인이 제28조제3항에 따른 이의제기결과 통보에 불복하여 심의회에 심사청구하는 금액을 말한다.
  10. “시범재활치료”라 함은 「자동차손해배상 보장법」 제31조제1항제1호에 따른 의료재활시설에서 「자동차보험 진료수가에 관한 기준」 제5조제5항에 따라 시행한 재활치료를 말한다.

**제3조(적용범위)** 이 고시는 다음 각 호의 경우에 이를 적용한다.

1. 규칙 제6조의2부터 제6조의5까지의 규정에 따라 의료기관이 자동차보험진료수가(이하 “진료수가”라 한다)를 「국민건강보험법」 제62조에 따른 건강보험심사평가원(이하 “심사평가원”이라 한다)에 청구한 경우
2. 의료기관이 교통사고환자에게 진료비를 직접 받은 후 보험회사등으로부터 자동차보험진료수가의 지급의사와 지급한도를 통지받고 심사평가원에 청구할 것을 요청받은 경우
3. 보험회사등 및 의료기관이 법 제19조에 따라 심의회에 심사청구하는 경우

## 제2장 진료수가의 청구·지급절차 및 방법 등

### 제1절 진료수가의 청구

**제4조(청구인)** 진료수가의 청구인 또는 검체검사공급내역 통보인은 해당 의료기관의 대표자(개설자)가 된다.

**제5조(「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」의 준용)** 의료기관이 진료수를 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1항제1호에 따른 정보통신망(이하 “정보통신망”이라 한다)을 이용하여 청구하거나, 보건복지부장관이 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 중 ‘검체검사위탁에 관한 기준’에 따른 수탁기관(이하 “수탁기관”이라 한다)이 검체검사공급내역을 정보통신망으로 통보하는 경우 전자문서, 전자서명, 전자문서의 효력, 전자문서의 도달시기, 전자문서 내용의 추정 등은 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」의 관련규정을 준용한다.

**제6조(진료수가 청구 및 자료제출 매체)** ① 의료기관은 진료비청구포털서비스(이하 “포털”이라 한다)의 정보통신망을 이용하여 전산으로 진료수를 청구한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 서면으로 진료수를 청구할 수 있다.

1. 보건복지부장관이 고시하는 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」 제5조제1항에 따라 정보통신망(포털) 이외의 방법으로 요양급여비용을 청구하는 경우
2. 「국민건강보험법」 제47조제1항에 따른 요양급여비용 청구 실적이 없는 경우
  - ② 의료기관이 정보통신망으로 진료수가를 청구하거나 수탁기관이 정보통신망으로 검체검사공급내역을 통보하고자 하는 경우에는 별지 제1-1호 서식에 따른 전산청구(포털)신청서를 심사평가원에 제출한다.
  - ③ 제2항에도 불구하고 보건복지부장관이 고시한 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」 제5조제2항에 따른 정보통신망을 동일하게 이용하는 의료기관은 전산청구신청서 제출을 생략할 수 있다.
  - ④ 정보통신망으로 청구하는 의료기관에서 제2항에 따른 청구방법을 변경하고자 하는 경우에는 사전에 별지 제1-2호 서식에 따른 전산청구(포털)변경신청서를 심사평가원에 제출한다.
  - ⑤ 심사평가원은 제2항 및 제4항에 따른 신청이 접수되면 정보통신망 청구기관으로 등록, 변경한 후 의료기관에 통보한다.
  - ⑥ 의료기관은 제1항에 따른 진료수가 청구를 「국민건강보험법」 제47조 제6항 각 호의 단체가 대행하게 할 수 있고, 대행청구통지방법은 보건복지부장관이 고시한 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」 제15조에 따른다.
  - ⑦ 전산청구(포털) 신청·변경신청서 제출 및 결과 등에 대한 통보는 정보통신망을 이용할 수 있다.

**제7조(진료수가 청구서 등의 제출 및 자료의 전송 등)** ① 의료기관이 규칙 제6조의2제1항에 따라 진료수가를 청구하고자 하는 때에는 청구서에 명세서와 기타 필요한 자료를 첨부하여 심사평가원에 제출하여야 한다.

- ② 보험회사등은 의료기관이 교통사고환자로부터 진료비를 직접 받은 후 보험회사등으로부터 자동차보험진료수가의 지급의사와 지급한도를 통지받은 경우에 한하여 제1항의 명세서에 교통사고환자가 납부한 진료비의 세부내역을 기재하여 심사평가원에 청구할 것을 별지 제19호 서식에 따라 요청할 수 있다.
- ③ 의료기관은 제2항에 따라 보험회사등으로부터 청구요청을 받은 경우

통보받은 날로부터 30일 이내에 심사평가원에 진료수가를 청구하여야 한다.

④ 의료기관은 진료수가를 청구할 때에 전송한 전자문서가 심사평가원에 접수되었는지 여부를 확인하여야 하고, 접수일은 전자문서 전체가 심사평가원에 도달한 날로 한다.

⑤ 의료기관이 진료수가를 서면으로 청구한 경우 접수일은 서면청구 전체 자료가 심사평가원에 도달한 날로 한다.

**제8조(진료수가 청구 시기)** ① 입원진료의 청구시기는 다음 각 호와 같다.

1. 정보통신망으로 진료수가를 청구할 경우에는 퇴원일이 속한 날의 다음 주 월요일부터 청구할 수 있다. 다만, 월의 말일과 초일이 모두 포함된 주의 진료수가를 청구하는 경우에는 이를 월별로 구분하여 청구한다.
2. 서면으로 진료수가를 청구하는 경우에는 퇴원일이 속한 다음 달 초일부터 월별로 청구한다.

② 30일을 초과하여 입원진료를 하는 경우에는 연계 심사가 가능하도록 다음 각 호의 기재방법에 따라 월단위로 분할 청구할 수 있다. 다만, 의약품관리료의 경우에는 일괄하여 청구한다.

1. 정보통신망의 경우 청구구분란에 분리청구코드, 기청구명세서의 접수번호, 명세서일련번호 및 최초입원개시일을 기재한다.
2. 서면의 경우 명세서 상단에 최초입원개시일을 기재하고, 진료내역 하단의 “특정내역”란에 기청구명세서의 접수번호, 명세서일련번호, 당월 진료개시일, 수술명, 주요진료내용 및 월별 진료비총액 등을 기재한다.

③ 외래진료는 내원일이 속한 날의 다음 달 초일부터 월별로 청구하거나, 내원일이 속한 다음 주 월요일부터 주단위로 구분하여 청구할 수 있다. 다만, 월의 말일과 초일이 모두 포함된 주의 진료수가를 청구하는 경우에는 이를 월별로 구분하여 청구한다.

④ 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 요양병원형 수가를 적용하는 진료수가는 청구매체 및 입원기간에 관계없이 월별로 구분하여 진료월 다음달 초일부터 청구한다. 이 경우 명세서 기재방법은 제2항 각 호에 따른다.

**제9조(목록표 등의 제출)** ① 의료기관은 진료수가를 최초로 청구하는 때에는

실제 구입가격을 확인할 수 있는 구입증빙자료를 첨부한 다음 각 호의 목록표 등을 심사평가원에 제출하여야 한다. 이 경우 목록표 등은 진료수가 청구 전에 도달될 수 있도록 한다.

1. 원료약 구입목록표
2. 치료재료 및 비급여약제 구입목록표
3. 자체 조제(제제)약 목록표
4. 비용산정 목록표

② 의료기관은 제1항에 따라 제출한 내용이 변경된 경우에는 변경사항을 심사평가원에 제출하여야 한다.

③ 의료기관으로부터 검체검사를 수탁 받은 기관은 위탁기관에 검사결과를 통보하는 시점에 검체검사공급내역을 심사평가원에 제출하여야 한다.

④ 요양병원은 보건복지부장관이 고시한 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3편제2부제1장에 따른 요양병원 정액수가 적용 명세서별 환자평가표를 해당 진료분의 명세서 청구 전에 심사평가원에 제출하여야 한다.

⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에 따른 목록표 등은 정보통신망을 이용하여 제출한다. 다만, 제6조제1항에 따라 서면으로 청구하는 의료기관은 이를 서면으로 제출할 수 있다.

⑥ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보건복지부장관이 고시한 「요양급여 비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」 제6조제2항에 따라 원료약, 자체 조제(제제)약 및 치료재료의 실구입 가격을 확인할 수 있는 목록표를 심사평가원에 제출한 경우에는 이를 생략할 수 있다.

**제10조(의료기관의 신고 등)** ① 의료기관은 진료수가를 최초로 청구하는 때에는 「국민건강보험법」 제43조제1항에 따라 시설·장비 및 인력 등에 대한 현황을 심사평가원에 신고하여야 한다.

② 의료기관은 제1항에 따라 신고한 내용이 변경된 경우에는 「국민건강보험법」 제43조제2항에 따라 15일 이내에 변경사항을 심사평가원에 신고하여야 한다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 「국민건강보험법」 제43조제1항 및 제2항에 따라 시설·장비 및 인력 등에 대한 현황을 심사평가원에 신고한 의료기관은 제1항 및 제2항에 따른 신고를 생략할 수 있다.

## 제2절 청구서, 명세서 서식 및 작성요령

**제11조(전자청구 서식)** ① 의료기관과 심사평가원이 진료수가 청구와 관련하여 사용할 수 있는 전자청구 서식의 종류는 다음 각 호와 같다.

1. 자동차보험진료수가청구서
  2. 자동차보험진료수가명세서  
가. 의·치과용명세서  
나. 한방용명세서
  3. 치료재료 및 비급여약제 구입내역 통보서
  4. 의료기관 자체 조제·제제약 내역 통보서
  5. 비용산정 통보서
  6. 심사자료 제출내역서
  7. 검체검사 공급내역 통보서
  8. 자동차보험진료수가청구서·명세서 등 접수(반송)증
  9. 자동차보험진료수가 심사결과 통보서
  10. 심사자료 요청내역서
  11. 수탁기관 통보확인결과 통보서
  12. 이의제기(정산심사)결과 통보서
  13. 정산심사내역서
  14. PACS 등 영상자료 제출내역서
  15. 환자평가표 파일
- ② 제1항 각호에서 정한 전자문서의 서식번호는 별표 2와 같다.

**제12조(서면청구 서식)** ① 심사평가원 진료수가 청구와 관련하여 사용할 수 있는 서식은 다음 각 호와 같다.

1. 자동차보험진료수가청구서(C001, 별지 제2호 및 제2-1호 서식)
2. 자동차보험진료수가명세서(의과입원)(C002, 별지 제3호 및 제3-1호 서식)
3. 자동차보험진료수가명세서(의과외래)(C003, 별지 제4호 서식)
4. 자동차보험진료수가명세서(치과입원)(C004, 별지 제5호 서식)
5. 자동차보험진료수가명세서(치과외래)(C005, 별지 제6호 서식)
6. 자동차보험진료수가명세서(한방입원)(C006, 별지 제7호 서식)

7. 자동차보험진료수가명세서(한방외래)(C007, 별지 제8호 서식)
8. 교통사고환자에 대한 진료비 지급보증서(별지 제9호 서식)
9. 치료재료 구입목록표(별지 제10호 서식)
10. 비급여약제 구입목록표(별지 제11호 서식)
11. 조제(제제)약 목록표(별지 제12호 서식)
12. 비용산정 목록표(별지 제13호 서식)
13. 자동차보험진료수가 청구서·명세서 접수증(별지 제14호 서식)
14. 진료수가 현지확인 통보서(별지 제15호 서식)
15. 진료수가심사결과 통보서(별지 제16호 서식)
16. 이의제기서(별지 제17호 서식)
17. 이의제기결과 통보서(별지 제18호 서식)
18. 교통사고환자 진료비에 대한 심사요청서(별지 제19호 서식)
- ② 심의회 심사청구와 관련하여 사용할 수 있는 서식은 다음 각 호와 같다.
  1. 심사청구서(별지 제20호 서식)
  2. 접수증(별지 제21호 서식)
  3. 심사청구접수내역통보서(별지 제22호 서식)
  4. 답변서(별지 제23호 서식)
  5. 심사의견서(별지 제24호 서식)

**제13조(청구서와 명세서의 구분 작성 등)** ① 청구서와 명세서는 의과·치과 및 한방, 입원과 외래로 각각 구분하여 작성한다.

② 수탁기관의 검체검사공급내역통보서는 위탁기관별로 구분한다.

③ 제1항에도 불구하고 요양병원입원 진료수가 청구서와 명세서는 「국민건강보험법 시행령」 제21조제3항제1호 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제4항의 규정에 의하여 포괄적인 행위가 적용되는 환자(이하 “장기환자”라 한다)와 포괄적인 행위가 적용되지 않는 환자(이하 “제외환자”라 한다)로 각각 구분한다.

④ 서면으로 진료수를 청구하는 의료기관 중 검체검사를 위탁한 의료기관은 검체검사위탁분에 대하여 입원, 외래로 분철하여 작성 청구한다.

⑤ 제1항부터 제4항까지 규정과 제6조에 따른 진료수가의 청구는 별표1과 같이 한다.



⑥ 동일 교통사고환자에 대한 명세서는 제1항에 따라 구분하여 다음 각 호와 같이 작성한다.

1. 입원의 경우 입원진료기간의 진료내역을 동일한 명세서에 통합하여 작성한다. 다만, 다음 각 목의 경우는 진료내역을 구분하여 각각 작성한다.

가. 요양병원형 수가를 적용하는 교통사고환자의 명세서는 정액수가 적용기간과 행위별수가 적용기간(특정기간)의 진료내역

나. 「자동차보험 진료수가에 관한 기준」 제5조제5항에 따른 시범재활치료 대상자의 명세서는 시범재활치료 적용기간과 적용외기간의 진료내역

2. 외래의 경우 진료내역을 방문일자별로 작성한다.

⑦ 제6항제2호에 따른 동일 교통사고환자의 명세서는 연이어 각각 작성한다.

**제14조(끝수 계산)** ① 청구서와 명세서에 기재하는 금액 중 진료비총액, 청구액, 환자납부총액은 10원 미만의 끝수가 있을 때에는 그 끝수는 계산하지 아니한다.

② 제1항에서 정한 금액 이외의 금액은 원 미만을 사사오입한다. 다만, 정보통신망으로 청구하는 기관은 코드단위 금액을 기재한다.

**제15조(한글 전용)** 청구서, 명세서 및 진료수가 청구에 필요한 자료의 기재사항은 한글과 아라비아 숫자로 정확하게 기재한다. 다만, 의학용어 등 특수한 용어가 필요한 경우에는 영문 또는 한문으로 표기할 수 있다.

**제16조(사고접수번호 및 지급보증번호)** ① 보험회사등이 부여한 사고접수번호를 명세서에 기재한다.

② 법 제12조제1항에 따라 자동차보험진료수가의 지급 의사 유무와 지급한도를 통보받은 별지 제9호 서식의 지급보증번호를 명세서에 기재한다.

**제17조(교통사고환자 성명, 주민등록번호 등)** ① 신생아로서 주민등록번호를 받지 못한 경우에는 “환자 성명”란에 산모이름과 신생아임을 구분할 수 있도록 “아기”를 함께 쓰거나 “이름”을 쓰고, “주민등록번호”란에는 앞

부분에 생년월일과 뒷부분은 남자는 “3”, 여자는 “4”로 기재한다. 다만, 쌍태아의 경우에는 “주민등록번호”란의 끝자리에 첫째 아이는 “1”, 둘째 아이는 “2”를 기재한다.

② 주민번호가 없는 경우에는 “주민등록번호”란에는 앞부분에 생년월일과 뒷부분은 다음 각 호로 기재한다.

1. "9": 1800 ~ 1899년에 태어난 남성
2. "0": 1800 ~ 1899년에 태어난 여성
3. "1": 1900 ~ 1999년에 태어난 남성
4. "2": 1900 ~ 1999년에 태어난 여성
5. "3": 2000 ~ 2099년에 태어난 남성
6. "4": 2000 ~ 2099년에 태어난 여성
7. "5": 1900 ~ 1999년에 태어난 외국인 남성
8. "6": 1900 ~ 1999년에 태어난 외국인 여성
9. "7": 2000 ~ 2099년에 태어난 외국인 남성
10. "8": 2000 ~ 2099년에 태어난 외국인 여성

**제18조(상병명 및 상병분류기호)** ① 진료수가 청구시 사용하는 상병명 및 상병분류기호는 “한국표준질병·사인분류”에 따라 기재하되, 분류기호가 6단위로 분류되어 있는 경우 6단 분류기호까지 기재하고, 분류기호가 3단위, 4단위 또는 5단위까지만 분류된 경우는 3단, 4단 또는 5단 분류기호를 기재하며, 분류기호란의 앞자리에서부터 기재한다. 다만, 국토교통부장관이 별도의 기재요령을 정하는 경우는 그에 따른다.

② 치과진료의 경우에는 상병의 부위(치식)를 상병명과 함께 기재하되 치식의 구분은 심사평가원장이 정하여 공고한 “치식구분 기재 요령”에 따른다.

**제19조(진료결과)** 명세서상의 최종 진료일의 교통사고환자 상태를 다음과 같이 구분하여 해당 코드를 기재한다.

1. 명세서상 최종진료일 당시 입원중이거나 계속 내원이 예정된 경우: 계속(1)
2. 다른 의료기관으로 진료를 의뢰한 경우: 이송(2)
3. 당초 의뢰한 의료기관으로 보낸 경우: 회송(3)

4. 의료기관내에서 사망이 확인된 경우: 사망(4)
5. 제2호부터 제4호까지에 해당되지 않은 퇴원 또는 외래 치료종결인 경우:  
퇴원 또는 외래 치료종결(9)

**제20조(기타 작성요령)** ① 서면으로 진료수가를 청구하는 경우에는 별첨1 “서면서식 작성요령”에 따른다.

② 정보통신망으로 진료수가를 청구하거나 검체검사공급내역을 통보할 경우에는 별첨2 “전자문서 작성요령”을 따른다.

③ 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3편 제2부제1장 [산정지침] 2.에 따른 요양병원 정액수가, 제3편제2부제2장 [산정지침] 2.에 따른 임종실 정액수가 및 제4편제2부제1장 [산정지침] 5.에 따른 호스피스 정액수를 적용하는 명세서에는 정액수에 포함된 실제 행위별 진료내역을 L항의 해당 각 목에 기재하여야 하며, 진료수가에는 산입하지 아니한다.

④ 진료과목은 실제 진료를 받은 진료과목(병원급 의료기관) 또는 상병명에 해당하는 진료과목(의원급 의료기관)을 별표 3 “진료과목별 코드”에 따라 기재하되, 진료과목이 2개 이상에 해당되는 경우에는 이를 모두 기재한다.

⑤ 의약분업 예외사항 발생으로 의료기관에서 자체 조제·투약하는 경우에는 별표 4 “의약분업 예외 구분코드”에 해당하는 코드를 기재한다.

⑥ 별도 명세서 작성구분 등 특정의 진료내역 및 청구내역에 대한 추가적 기술사항 등이 있을 경우에는 별표 5 “특정내역 구분코드”에 따라 해당 구분코드 및 내역을 “특정내역기재란”에 기재한다.

⑦ 진료수가 청구시 사용하는 보험회사등 코드와 명칭은 별표 6 “보험회사등 코드”에 따른다.

⑧ 진료수가 청구시 사용하는 진료코드는 심사평가원장이 정하여 공고한 “진료코드”에 따른다.

⑨ 제1항 및 제2항에 따른 요령에서 정하지 않은 세부작성요령은 심사평가원장이 정할 수 있으며, 심의회 심사청구 세부작성요령은 심의회 위원장이 정할 수 있다.

### 제3절 진료수가 청구의 접수, 심사 및 통보 등

**제21조(진료수가 청구의 접수)** ① 의료기관이 제7조제1항에 따라 진료수가를 청구한 경우 심사평가원은 별지 제14호 서식에 따른 자동차보험진료수가 청구서·명세서 접수증을 발급하여야 한다.

② 심사평가원은 제7조제1항에 따른 청구 내역을 보험회사등에 통보하여야 하며, 보험회사등은 청구 내역 통보를 받은 날부터 2일 이내에 진료수가 심사에 필요한 자료를 심사평가원에 제출하여야 한다.

③ 심사평가원은 이 규정에서 정한 작성요령에 따른 청구서와 명세서의 필수 기재사항을 누락하거나 진료수가, 청구코드 등을 작성요령과 달리 기재하는 경우(이하 “청구오류”라 한다)를 예방하기 위해 심사평가원장이 정하여 공고하는 바에 따라 진료수가 청구 이전이라도 의료기관이 청구오류를 점검할 수 있는 정보통신망을 운영할 수 있다.

**제22조(청구서 등의 반송 및 수정·보완 요청)** ① 심사평가원은 의료기관으로부터 제출받은 청구서와 명세서의 청구오류로 진료수가의 심사가 곤란한 경우에는 그 사유를 명기하여 반송하거나, 2일의 기간 내에 수정·보완할 것을 정보통신망을 이용하여 요청할 수 있다.

② 제1항에 따라 심사평가원으로부터 청구서와 명세서를 반송 받은 의료기관은 그 사유를 보완하여 다시 청구하여야 하며, 진료수가명세서에 대한 수정·보완 요청을 받은 의료기관은 제1항에서 정한 기간 이내에 청구오류를 수정·보완하여야 한다.

**제23조(진료수가의 심사)** ① 심사평가원은 진료수가의 청구를 받은 때에는 그 청구 내역이 법 및 법 제15조제1항에 따른 「자동차보험진료수가에 관한 기준」 등에 적합한지를 심사하여야 한다.

② 심사평가원은 진료수가를 심사함에 있어 의학적 전문성과 효율성을 기하기 위하여 자동차보험진료수가심사위원회(이하 “자보심사위원회”라 한다)를 설치·운영할 수 있다. 이 때 자보심사위원회의 구성 및 운영 등에 관하여 필요한 사항은 국토교통부장관이 정한다.

- ③ 심사평가원장은 제1항에 따른 심사기준을 심사에 적용함에 있어 불분명한 사항이 있는 경우 심사지침(이하 “심사지침”이라 한다)을 운영할 수 있다. 이 경우, 자보심사위원회의 심의를 거쳐 공고하여야 하며, 공고한 이후의 진료분부터 심사에 적용한다.
- ④ 국토교통부장관은 심사지침이 법령 및 자동차보험진료수가기준의 취지 또는 내용에 합치되지 아니하다고 판단한 경우나 심의회의 개정 건의가 있는 경우 심사평가원장에게 수정·변경을 요구할 수 있으며, 심사평가원장은 특별한 사유가 없으면 이에 따라야 한다.
- ⑤ 심사평가원장은 심사지침을 심사에 적용함에 있어 전문분야별로 널리 인정되는 교과서나 임상진료지침 등을 함께 활용할 수 있다. 이 경우, 제3항의 절차를 거쳐 그 목록을 구체적으로 공고하여야 한다.
- ⑥ 심사평가원은 진료수가를 심사(제7항에 따른 심사내역 확인을 포함한다)함에 있어 자보심사위원회 또는 「국민건강보험법」 제66조에 따라 설치된 진료심사평가위원회의 의학적 전문지식에 대한 자문을 받을 수 있다.
- ⑦ 심사평가원은 법 제12조의3 및 규칙 제6조의4에 따라 진료수가의 지급 후 심사내역에 대하여 확인·조정할 수 있다.

**제24조(심사관련 자료제출 등)** ① 심사평가원은 제7조 및 제28조에 따라 의료기관으로부터 제출받은 자료만으로 진료수가의 심사 및 이의제기 처리가 곤란하다고 인정되는 경우에는 법 제14조제2항 및 규칙 제6조의3제2항에 따라 진료기록부, 환자에게 발행된 진료비계산서 사본 등 진료수가 심사에 필요한 자료(이하 “심사자료”라 한다)의 제출을 요청할 수 있다.

② 제1항에 따라 심사자료의 제출을 요청하는 경우에는 심사평가원은 10일의 기간을 정하여 요청하여야 하며, 심사자료 요청을 받은 의료기관은 동 기간내에 제출하여야 한다.

③ 심사평가원은 제1항 및 제2항에 따른 의료기관의 심사자료 제출을 지원하기 위해 보건복지부장관이 고시한 「요양급여비용 심사·지급업무 처리기준」 제5조제4항에 따라 심사평가원장이 정하여 공고한 정보통신망을 이용하여 자료를 제출하도록 할 수 있다.

**제25조(진료수가 내역의 현지확인)** ① 심사평가원장은 규칙 제6조의3제2항에

따라 심사평가원의 소속직원이 현지를 방문하는 경우에는 별지 제15호 서식에 따른 진료수가 현지확인 통보서와 심사평가원의 소속직원임을 증명할 수 있는 신분증을 의료기관의 장에게 제시하여야 한다.

② 심사평가원장은 진료수가 내역의 현지확인에 관한 세부적인 운영사항을 별도로 정하여 운영할 수 있다.

**제26조(진료수가 심사결과와 통보 등)** ① 심사평가원은 진료수가를 심사한 경우에는 별지 제16호 서식에 따른 진료수가심사결과통보서(이하 “심사결과통보서”라 한다)에 다음 각 호의 사항을 기재하여 의료기관 및 보험회사등에 통보하여야 한다.

1. 심사청구서에 관한 사항
2. 진료수가 심사담당자의 성명, 전화번호 및 심사위원 성명
3. 명세서별 심사내역(심사조정내역이 없을 경우 생략할 수 있다.)
4. 진료수가 심사조정사항이 있을 경우 항목별, 사유별 조정내역 및 심사 결정 사항

5. 진료수가의 심사가 불가하거나 보류 중일 경우 그 내역

② 심사평가원은 제23조제7항에 따른 심사내역에 대한 확인결과 새로운 조정사유를 확인한 경우에는 그 내역을 의료기관 및 보험회사등에 통보하여야 한다.

③ 심사평가원은 제21조제1항에 따른 청구서 접수증 및 제1항에 따른 심사결과통보서를 정보통신망을 이용하여 의료기관 또는 보험회사등에 통보할 수 있으며, 의료기관이 진료수가를 서면으로 청구한 경우도 이와 같다.

④ 심사평가원은 제28조제3항에 따른 이의제기결과를 정보통신망을 이용하여 의료기관 또는 보험회사등에 통보할 수 있으며, 의료기관이 진료수가를 서면으로 청구한 경우도 이와 같다.

## **제4절 진료수가 지급, 이의제기 및 자료보존 등**

**제27조(진료수가의 지급 등)** ① 보험회사등은 심사평가원의 심사결과에 따라 지체없이 진료수가를 지급하고 그 내역을 의료기관에 통보하여야 한다.

② 보험회사등이 의료기관에 지급할 진료수가는 명세서별로 10원미만의

끝수가 있을 때에는 끝수를 제외한 금액으로 한다.

③ 보험회사등은 보험회사등의 변경 등으로 진료수가 지급주체가 다른 경우에는 해당 의료기관에게 우선 지급 한 후 해당 보험회사등과 상호 정산하여야 한다.

④ 보험회사등은 의료기관이 제7조제3항에 따라 청구하지 아니한 경우 환자납부액을 의료기관에 지급할 진료비 금액 중에서 공제하거나 정산할 수 있다.

⑤ 보험회사등이 의료기관에 지급할 진료비 금액 중에서 공제하거나 정산하는 경우에는 그 내역을 의료기관 및 심사평가원에 통보하여야 한다.

**제28조(심사결과에 대한 이의제기)** ① 의료기관 또는 보험회사등이 법 제12조의2제2항에 따른 심사결과 또는 법 제12조의3제1항 전단에 따른 확인·조정결과에 이의가 있을 때에는 규칙 제6조의5에 따라 심사결과를 통보받은 날부터 90일 이내에 별지 제17호 서식에 따라 이의제기를 하여야 한다.

② <삭제>

③ 심사평가원은 제1항에 따른 이의제기를 받은 때에는 규칙 제6조의5제2항에 따라 이의제기를 받은 날로부터 60일 이내에 별지 제18호 서식에 따른 문서로 의료기관 및 보험회사등에게 이의제기에 대한 결과를 통보하여야 한다.

**제29조(진료에 관한 기록 등의 보존)** 의료기관이 교통사고환자를 진료한 경우에는 다음 각 호의 서류를 해당 진료기간이 끝난 날부터 5년간 보존하여야 한다.

1. 자동차보험진료수가청구서 및 자동차보험진료수가명세서
2. 약제 및 치료재료 기타 진료의 구성요소의 구입에 관한 서류
3. 개인별 투약기록
4. 그 밖에 보건복지부장관이 고시한 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부에 따른 간호관리등급료의 산정자료 등 진료수가의 산정에 필요한 서류 및 이를 증명하는 서류
5. 제1호부터 제4호까지의 서류 등을 디스켓·마그네틱테이프 등 전산기록 장치를 이용하여 자기매체에 저장하고 있는 경우에는 해당 자료

**제30조(청구서와 명세서의 보관)** ① 보험회사등 및 심사평가원은 청구서와 명세서를 5년간 보관한다. 다만, 조사연구 등을 위하여 필요한 경우에는 보험회사등의 장 및 심사평가원장은 보관기간을 별도로 정할 수 있다.  
 ② 제1항에 따른 보관기간의 기산일은 심사가 완결된 날이 속하는 연도의 다음 연도 1월 1일로 한다.

### 제3장 심의회 심사청구 절차 등

**제31조(심사청구)** ① 제28조제3항에 따른 이의제기 결과가 자동차보험진료 수가기준을 부당하게 적용한 것으로 판단되면 심사청구인은 별지 제20호 서식의 심사청구서를 심의회에 제출하여야 한다. 이 경우 심사청구서는 우편, 직접 방문 또는 온라인접수시스템을 이용하여 제출한다.  
 ② 심사청구인은 제1항의 심사청구서에 다음 각 호를 첨부하여야 한다.  
 1. 제28조에 의한 이의제기서 및 이의제기결과통보서  
 2. 제13조제1항에 의한 자동차보험진료수가명세서  
 3. 심사청구 접수비용 예치 확인서  
 4. <삭제>  
 5. 심사청구인 사업자등록증 사본  
 ③ 제2항제1호의 이의제기서는 심사평가원의 이의제기 결과가 기각처리 된 경우 이의제기 주체가 그 결과에 대해 심의회에 심사청구하는 경우에만 제출한다.  
 ④ 제2항제5호는 심사청구인이 심의회에 최초로 심사청구한 경우에만 제출한다. 다만, 이미 제출한 내용이 변경된 이후 심사청구할 때에도 이와 같다.  
 ⑤ 제1항의 심사청구는 교통사고환자별로 심사평가원의 이의제기결과통보서를 기준으로 청구하여야 하며, 심사청구액의 범위는 제28조제1항의 이의제기금액 이내로 한다.

**제32조(심사청구 접수)** ① 심의회는 제출된 심사청구서가 관련 법령 및 이 고시에서 정한 사항에 부합하지 아니하는 경우에는 그 접수를 거부하여야 한다. 다만, 심의회는 법 제19조제1항의 기간 이내에 심사청구인에게 필요한 사항에 대해 수정·보완할 것을 요청할 수 있으며, 심사청구인이 동



기간을 초과하여 심사청구서를 제출하거나 수정·보완 자료를 제출하지 않은 경우 심의회는 접수를 거부할 수 있다.

② 심의회가 심사청구서를 접수한 때에는 별지 제21호 서식의 접수증을 심사청구서에 기재된 심사청구인의 전자우편 주소로 송부하여야 한다.

③ 심사청구인은 제2항의 접수여부를 확인하여야 하며, 심의회에 접수된 심사청구서의 심사청구액을 임의로 변경할 수 없다.

**제33조(답변서 등)** ① 심의회는 제32조제2항에 따라 심사청구를 접수한 때에는 심사피청구인에게 심사청구서 사본으로 그 사실을 통보하고, 심사평가원에게는 별지 제22호 서식으로 그 사실을 통보한다.

② 심사피청구인은 제1항의 통보를 받은 날부터 30일 이내에 별지 제23호 서식에 따라 작성한 답변서와 이와 관련된 증빙자료를 심의회에 제출하여야 한다. 다만, 답변서를 제출하지 아니한 경우에는 심사평가원의 이의 제기 결과와 동일한 것으로 본다.

③ 심사평가원은 제1항의 통보를 받은 날부터 30일 이내에 별지 제24호 서식에 따라 작성한 해당사건의 심사의견을 심의회에 제출하여야 한다.

**제33조의2 (심사청구접수비용 부담 등)** ① 심사청구인은 심사청구사건 1건당 다음의 산식에 의하여 산정되는 접수비용을 심의회가 정하는 금융기관 계좌로 예치하여야 한다.(10원 미만 절사)

$$\text{접수비용} = \text{기본비용(5만원)} + \text{부가비용(심사청구액} \times 10\%)$$

② 심의회가 심사청구사건을 심사결정한 때에 기본비용은 심사청구인이 부담한다. 단, 심사청구액이 10만원 미만인 경우 청구인이 부담하는 기본비용은 다음의 산식에 의하며 그 금액이 제1항의 기본비용과 차이가 있는 경우 심의회는 이를 청구인에게 반환한다.(10원 미만 4사 5입)

$$\text{심사청구인부담액} = \text{기본비용(5만원)} \times (1 - \text{심사청구인인정금액} / \text{심사청구액})$$

③ 심의회가 심사청구사건을 심사결정한 때에 부가비용은 다음 각 호의 산식에 따라 당사자가 각각 부담한다.(10원 미만 4사 5입)

1. 심사청구인 : 부가비용  $\times$  (1 - 심사청구인인정금액 / 심사청구액)

2. 심사피청구인 : 부가비용  $\times$  심사청구인인정금액 / 심사청구액

④ 심사피청구인은 자기부담 접수비용이 발생하는 경우에는 심의회 심

사결정통지를 받은 날로부터 30일 이내에 심사청구인에게 이를 반환하여야 한다.

**제34조(심의회 운영규정)** 심의회 심사청구 절차 등과 관련하여 이 규정에서 정하지 않은 사항 및 시행에 필요한 세부 사항은 심의회가 정한다.

## 제4장 보칙

**제35조(기간의 계산)** ① 규칙 제6조의3제3항 및 제6조의5제2항에 따른 기간의 계산은 심사평가원이 의료기관으로부터 자동차보험진료수가를 청구받은 날 또는 이의제기를 받은 날부터 기산한다.

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그에 소요되는 기간은 규칙 제6조의3제3항 및 제6조의5제2항에 따른 기간에 산입하지 아니한다.

1. 제21조제2항에 따른 자료 제출
2. 제22조에 따른 청구오류에 대한 수정·보완
3. 제23조제6항에 따른 자문
4. 제24조에 따른 심사관련 자료제출
5. 제25조에 따른 현지확인

**제36조(수수료의 지급 등)** ① 보험회사등은 「자동차손해배상보장법 시행령」 제11조의2에 따른 업무위탁 수수료를 심사평가원에 지급하여야 한다.

② 심사평가원과 보험회사등은 협의체를 구성하여 심사업무 위탁에 따른 수수료를 협의하여 정할 수 있다. 이 경우 수수료가 협의되기 전까지는 전년도 수수료를 준용하여 운영한다.

③ 제2항에 따라 장기간 수수료가 협의되지 아니하는 경우 국토교통부장관이 중재할 수 있다.

④ 제2항 및 제3항에 따라 협의체에서 정하여진 수수료는 심사평가원과 각각의 보험회사등 사이에 합의된 것으로 본다.

⑤ 기타 수수료의 징수, 납부절차 및 방법 등에 관하여 필요한 사항은 심사평가원장과 보험회사등의 장과의 협의에 의하여 별도로 정하여 운영할 수 있다.

**제37조(재검토기한)** 국토교통부장관은 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정」에 따라 이 고시에 대하여 2024년 1월 1일 기준으로 매3년이 되는 시점(매 3년째의 12월 31일까지를 말한다)마다 그 타당성을 검토하여 개선 등의 조치를 하여야 한다.

**부 칙 <제2013-224호, 2013. 5. 8.>**

- ① (시행일) 이 고시는 고시일로부터 시행한다.
- ② (적용례) 이 고시는 2013년 7월 1일 진료분부터 적용한다.
- ③ (정보통신망을 이용한 진료수가 청구에 관한 적용례) 제6조제1항에도 불구하고 보건복지부장관이 고시한 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」 제5조제2항에 따라 전산청구 프로그램을 자체개발하여 사용하는 것으로 심사평가원에 신청한 의료기관은 2013년 9월 30일까지 서면으로 진료수가를 청구할 수 있다.

**부 칙 <제2014-69호, 2014. 2. 7.>**

- 제1조(시행일)** 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.
- 제2조(심사청구에 대한 적용례)** 제31조제1항의 심사청구는 이 고시 시행일 이후 제28조제3항의 이의제기 결과 통보분부터 적용한다.
- 제3조(특정내역 구분코드 신설에 관한 적용례)** 별표 5의 개정규정은 2014년 5월 1일 진료분부터 적용한다.
- 제4조(진료수가 청구서·명세서등 접수(반송)중에 관한 적용례)** 별첨 2의 진료수가 청구서·명세서등 접수(반송)중의 개정규정은 2014년 3월 1일부터 적용한다.

**부 칙 <제2014-530호, 2014. 9. 1.>**

- 제1조(시행일)** 이 고시는 2014년 9월 1일부터 시행한다.
- 제2조(적용례)** 이 고시의 개정규정은 2014년 9월 1일 진료분부터 적용한다.  
다만, 별표5제1호의 MT001란의 주된 사고로 입원(외래) 진료 중 다른 사고로 인한 상병에 대한 진료는 2014년 10월 1일 청구분부터 적용한다.

부 칙 <제2015-407호, 2015. 6. 23.>

제1조(시행일) 이 고시는 2015년 7월 1일부터 시행한다.

제2조(심의회 심사청구에 대한 적용례) 제33조2의 심사청구는 2015년 7월 1일 청구 접수분부터 적용한다.

제3조(전자문서 작성요령에 관한 적용례) 별첨 2 전자문서 작성요령 I. 개정 규정은 2015년 3월 1일 청구분부터 적용한다.

부 칙 <제2016-1049호, 2016. 12. 27.>

제1조(시행일) 이 고시는 2017년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2017년 1월 1일 진료분부터 적용한다.

제3조(전자문서 작성요령에 관한 적용례) 별첨 2 전자문서 작성요령 I. 개정 규정은 2016년 6월 27일 진료분부터 적용한다.

제4조(특정내역 구분코드에 관한 적용례) 별표 5의 개정규정 중 응급의료 수가에 관한 특정내역 구분코드는 2016년 2월 1일 청구분부터 적용한다. 다만, 제2호의 JT003 중환자실, 완화의료 임종실 개정규정은 2016년 6월 27일 진료분부터 적용한다.

부 칙 <제2017-868호, 2017. 12. 19.>

제1조(시행일) 이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

제2조(특정내역 구분코드에 관한 적용례) 별표 5의 개정규정은 2017년 10월 1일 진료분부터 적용한다. 다만, 별표 5 개정규정 중 한방수가 상세내역에 관한 특정내역 구분코드는 2017년 9월 11일 진료분부터 적용한다.

부 칙 <제2018-116호, 2018. 2. 14.>

제1조(시행일) 이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

제2조(적용례) 제13조제1항 개정규정은 2018년 4월 1일 접수분부터 적용한다.

부 칙 <제2018-600호, 2018. 10. 1.>

제1조(시행일) 이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

제2조(전자문서 작성요령에 관한 적용례) 별첨 2 전자문서 작성요령 I. 개정 규정 중 권역외상센터 진료형태는 2018년 7월 1일 진료분부터 적용한다. 다만, 선택진료비 삭제와 관한 개정규정은 2018년 3월 27일 진료분부터 적용한다.

제3조(특정내역 구분코드에 관한 적용례) 별표 5의 개정규정 중 응급의료에 관한 특정내역 구분코드는 2018년 7월 1일 진료분부터 적용한다. 다만, 선택진료비 삭제와 관한 개정규정은 2018년 3월 27일 진료분부터 적용한다.

부 칙 <제2019-226호, 2019. 5. 8.>

제1조(시행일) 이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

부 칙 <제2019-393호, 2019. 7. 23.>

제1조(시행일) 이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

부 칙 <제2019-742호, 2019. 12. 10.>

제1조(시행일) 이 고시는 발령한 날부터 시행한다. 다만 제23조의 개정규정은 발령 후 5개월이 경과한 날부터 시행한다.

제2조(요양병원의 행위별 진료내역 및 환자평가표, 체내출혈 정보 관련 개정에 관한 적용례) 다음 각 호의 개정규정은 2019년 11월 1일 이후 진료분부터 적용한다.

1. 제20조의 개정규정
2. 별첨 2의 I. 제9호의 '환자성명'을 제외한 항목 신설 및 삭제 등에 따른 '서식버전' 등 개정규정
3. 별표 5의 제1호에 개정·신설된 MT015, MT058란

제3조(보험회사등 코드에 관한 적용례) 보험회사 신설 구분코드는 2020년

1월 1일 접수분부터 적용한다.

**제4조(특정내역 구분코드에 관한 적용례)** 별표 5 제1호 명일련 단위 중 MT059란의 개정규정은 2019년 9월 26일 진료분부터 적용한다.

**부 칙 <제2020-377호, 2020. 5. 7.>**

**제1조(시행일)** 이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

**제2조(문제의약품 유형에 관한 적용례)** 별표 5의 1. 명일련 단위의 구분코드 중 MT059의 개정규정은 2019년 11월 22일 진료분부터 적용한다.

**제3조(의약분업 예외구분코드에 관한 적용례)** 별표 5의 2. 진료내역 줄번호(확장번호) 단위 및 처방내역 줄번호(확장번호) 단위의 구분코드 중 JS002의 개정규정은 2020년 3월 1일 진료분부터 적용한다.

**부 칙 <제2020-1137호, 2020. 12. 24.>**

**제1조(시행일)** 이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

**제2조(보험회사등 코드에 관한 적용례)** 별지 제14호서식, 별표 6 보험회사등 코드의 보험회사 명칭변경 개정규정은 2020년 6월 25일부터 적용한다.

**제3조(문제의약품 유형에 관한 적용례)** 별표 5의 1. 명일련 단위의 구분코드 중 MT059의 개정규정은 2020년 5월 26일 진료분부터 적용한다.

**제4조(한 의사 공휴일 근무현황에 관한 적용례)** 별표 5의 1. 명일련 단위의 구분코드 중 MJ005의 개정규정은 2021년 1월 1일 청구분부터 적용한다.

**부 칙 <제2022-657호, 2022. 11. 14.>**

**제1조(시행일)** 이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

**제2조(생활물류서비스산업발전법에 따른 공제에 관한 적용례)** 제2조제4호 나목의 개정 규정은 2021년 7월 27일부터 적용한다.

**제3조(이의제기 및 심사 기간 변경에 관한 적용례)** 제28조 및 별지 제17호 서식의 개정 규정은 2021년 1월 1일부터 적용한다.

**제4조(문제의약품 유형에 관한 적용례)** 별표 5의 1. 명일련 단위의 구분코드 중 MT059의 개정 규정은 2021년 12월 7일 진료분부터 적용한다.

**제5조(제출자료 목록표 및 교통사고 입원 중 다른 의료기관 진료의뢰에 관**

한 적용례) 별표 5의 1. 명일련 단위의 구분코드 중 MT015의 개정 규정 및 MJ006의 신설은 2022년 12월 1일 진료분부터 적용한다.

부 칙 <제2023- 3호, 2023. 1. 2.>

제1조(시행일) 이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

제2조(진료비 지급보증에 관한 적용례) 별지 제9호 서식의 개정 규정은 2023년 1월 2일 이후 발생한 교통사고에 대한 진료분부터 적용한다.

부 칙 <제2023-410호, 2023. 7. 10.>

제1조(시행일) 이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

제2조(응급의료센터 특정내역 구분코드에 관한 적용례) 별표 5의 1. 명일련 단위의 구분코드 중 MT048의 개정규정은 2022년 12월 22일 진료분부터 적용한다.

제3조(혁신의료기술 특정내역 구분코드에 관한 적용례) 별표 5의 2. 진료내역 줄번호(확장번호) 단위 및 처방내역 줄번호(확장번호) 단위의 구분코드 중 JT037의 신설은 2022년 8월 1일 진료분부터 적용한다.

제4조(보험회사등 코드에 관한 적용례) 별표 6 및 별지 제14호 서식의 보험 회사 신설 구분코드는 2023년 5월 1일 청구분부터 적용하고, 보험회사 명칭 변경 개정규정은 2022년 6월 30일부터 적용한다.

부 칙 <제2024-103호, 2024. 2. 21.>

제1조(시행일) 이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시의 개정규정은 2024년 4월 21일 진료분부터 적용한다.

부 칙 <제2024-830호, 2024. 12. 23.>

제1조(시행일) 이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

제2조(뇌, 뇌혈관, 경부혈관 MRI 대상유형에 관한 적용례) 별표 5의 2. 진료내역 줄번호(확장번호) 단위 및 처방내역 줄번호(확장번호) 단위 특정내역 구분코드 중 JS016의 신설은 2023년 10월 1일 진료분부터 적용한다.

제3조(3차 건강보험 상대가치점수 개편, B형간염표면항원 중화검사, 응급실 영상검사 판독 완료일자에 관한 적용례) 별지 제3-1호, 제4호, 제6호, 제8호, 별첨 1 서면서식 작성요령, 별첨 2 전자문서 작성요령의 2. 진료수가 명세서 (1) 의 · 치과 3) 명세서 진료내역, 별표 5의 2. 진료내역 줄번호(확장번호) 단위 및 처방내역 줄번호(확장번호) 단위 특정내역 구분코드 중 JS018, JT038의 신설은 2024년 1월 1일 진료분부터 적용한다.

제4조(보험회사등 코드에 관한 적용례) 별지 제14호 서식 및 별표 6의 보험회사 신설 구분코드는 2024년 9월 1일 청구분부터 적용한다.

제5조(자동차손해배상보장법 및 시행규칙 개정에 관한 적용례) 제1조, 제2조, 제3조, 제23조, 제28조, 제31조, 제35조, 별지 제17호 서식의 개정규정은 2024년 7월 10일 청구분부터 적용한다.

제6조(요양병원 환자평가표 서식에 관한 적용례) 별첨 2의 9. 환자평가표 파일 서식 개정규정은 2025년 1월 1일 진료분부터 적용한다.

제7조(요양병원 임종실 정액수가에 관한 적용례) 제9조, 제20조, 별지 제3호, 제5호, 제7호, 별첨 2 전자문서 작성요령의 2. 진료수가 명세서 (2) 한방 3) 명세서 진료내역 및 별표 5의 1. 명일련 단위의 구분코드 중 MT065의 개정규정은 2024년 8월 1일 진료분부터 적용한다.

제8조(집중재활전원지원금에 관한 적용례) 별표 5의 2. 진료내역 줄번호(확장번호) 단위 및 처방내역 줄번호(확장번호) 단위 특정내역 구분코드 중 JJ008의 신설은 2024년 6월 5일 진료분부터 적용한다.



## 전산청구(포털) 신청서

### 1. 의료기관 현황 및 청구 관련사항

의료기관 명 칭		의료기관 기호	
대 표 자 성 명			
의료기관 주 소	(우편번호 - )	전 화 번 호	
신 청 구 분 * 해당란에 √표기	자동차보험진료수가[ ], 검체검사공급내역[ ]		
청 구 방 법 * 해당란에 √표기	포털[ ]		
청구희망 청구년월			

### 2. 프로그램 관련사항

#### 가. 의원급

형 태 * 해당란에 √표기	①상용패키지 [ ] ②외주개발 [ ] ③자체개발 [ ]
공급업체명	
소프트웨어명	

#### 나. 병원급 이상

구 분		의과	치과	한방
①상용패키지	공급업체명			
	소프트웨어명			
②외주개발	공급업체명			
	소프트웨어명			
③자체개발				

자동차보험진료수가 심사업무처리에 관한 규정 제6조제2항에 따라 정보통신망으로 자동차보험진료수가를 청구하기 위해 신청합니다.

년 월 일

신청인 의료기관

대 표 자(원장)

(인)

건강보험심사평가원장 귀하

210mm×297mm(백상지 80g/㎡)

## 전산청구(포털) 변경 신청서

### 1. 의료기관 현황

의료기관 명 칭		의 료 기 관 기 호	
대 표 자 성 명			
의료기관 주 소	(우편번호 - )	전 화 번 호	
신 청 구 분 * 해당란에 √표기	자동차보험진료수가[ ], 검체검사공급내역[ ]		

### 2. 프로그램 변경 관련사항

#### 가. 의원급

구 분		변 경 전	변 경 후
①상용패키지	공급업체명		
	소프트웨어명		
②외주개발	공급업체명		
	소프트웨어명		
③자체개발(√표기)			
변경년월		년 월 청구분부터	년 월 청구분부터

#### 나. 병원급 이상

구 분		변경전			변경후		
		의과	치과	한방	의과	치과	한방
① 상용패키지	공급업체명						
	소프트웨어명						
②외주개발	공급업체명						
	소프트웨어명						
③ 자체개발							
변경년월		년 월 청구분부터			년 월 청구분부터		

위와 같이 변경사항을 신청하고자 합니다.

년 월 일

신청인 의료기관

대 표 자(원장)

(인)

건강보험심사평가원장 귀하

210mm×297mm(백상지 80g/㎡)





주) 구분 : 1.진찰료(외래관리료 포함), 2.입원료, 3.투약료 및 처방전, 4.주사료, 5.마취료, 6.이차요법료, 7.정신요법료, 8.처치 및 수술료, 9.검사료, 10.영상진단 및 방사선 치료료, 11.환자납부액  
L.요양병원 정액, S. 특수장비

257mm x 364mm (B4 백상지 80g/㎡)

보험회사등 명칭				자동차보험 진료수가 명세서										서식번호		C	0	0	2								
보험회사등 코드														의료 기관	기호												
환자 성명															명칭												
환자 주민번호		-												사고접수번호													
상병명				분류기호		수술		진료과목		당월진료개시일 최초입원개시일		지급보증번호															
												당월진료일수 (투약일수포함)		일													
												진료결과															
입원일수				일		기본진료, 약제 특정재료 등(Ⅰ) (원)		진료행위(Ⅱ) (원)		처방전 발급번호				처방일수													
구		분						점검번호																			
1.		①초진						줄번호		코드 구분		약품코드 (일반명 또는 제품명코드)		약품명 (일반명 또는 제품명)				1회투약량		1일투여횟수		총 투약일수					
		②재진								줄번호		코드 구분		코드		분류(예외구분코드)		단가		1회투약량		1일투여량 또는 실시횟수		총투여일수 또는 실시횟수		금 액	
		③의약품관리료																									
		④응급및회송료																									
		⑤기타																									
2.		①일반																									
		②8세 미만의 소아																									
		③중환자실																									
		④격리병실																									
		⑤신생아																									
		⑥기타																									
		⑦기본식대																									
		⑧가산식대																									
		⑨상급병실료																									
3.		①내 복																									
		②외 용																									
		③처방전																									
		④기 타																									
4.		①피하또는근육내																									
		②정맥내																									
		③수액제																									
		④기 타																									
		⑤특정재료																									
		⑥수혈																									
5.		①마취																									
6.		①이학요법료																									
7.		①정신요법료																									
8.		①처치 및 수술																									
		③캐스트																									
		④기타																									
9.		①자체검사																									
		②위탁검사관리																									
		③위탁검사																									
10.		①진단																									
		②치료																									
11.		①환자납부액																									
L.		①요양병원 정액																									
S.		①CT																									
		②MRI																									
		③PET																									
12. 소 계						특정내역																					
13. 가 산 율				%																							
15. 진 료 비 총 액																											
16. 환 자 납 부 총 액						※ 심 사 내 역		구분		코드		조정		Ⅰ . Ⅱ		구분		코드		조정		Ⅰ . Ⅱ					
17. 청 구 액																											
일련번호				※ 심사조정				계								계											

주) 구분 : 1.진찰료(외래관리료 포함), 2.입원료, 3.투약료 및 처방전, 4.주사료, 5.마취료, 6.이학요법료, 7.정신요법료, 8.처치 및 수술료, 9.검사로, 10.영상진단 및 방사선 치료료, 11.환자납부액, L.요양병원 정액, S. 특수장비

보험회사등 명칭		자동차보험 진료수가 명세서				서식번호		C	0	0	3	
보험회사등 코드						의료 기관	기호					
환자 성명							명칭					
환자 주민번호						사고접수번호						
상병명		분류기호	수술	진료과목	내원일자	지급보증번호						
						당월진료일수 (투약일수포함)		일				
						진료결과						
구 분		기본진료, 약제 특정재료 등(Ⅰ) (원)	진료행위(Ⅱ) (원)	처방전 발급번호						처방일수		
				점검번호								
1.	①초진			줄번호	코드 구분	약품코드 (일반명 또는 제품명코드)	약품명 (일반명 또는 제품명)		1회투약량	1일투여횟수	총 투약일수	
	②재진			줄번호	코드 구분	코드	분류(예외구분코드)	단가	1회투약량	1일투여량 또는 실시횟수	총투여일수 또는 실시횟수	금 액
	③의약품관리료											
	④응급및회송료											
	⑤가정간호기본방문료											
	⑥만성질환관리료											
	⑦기타											
3.	①내 복											
	②외 용											
	③처방전											
	④기 타											
4.	①피하또는근육내											
	②정맥내											
	③수액제											
	④기 타											
	⑤특정재료											
	⑥수혈											
5.	①마취											
6.	①이학요법료											
7.	①정신요법료											
8.	①처치 및 수술											
	③캐스트											
	④기타											
9.	①자체검사											
	②위탁검사관리											
	③위탁검사											
10.	①진단											
	②치료											
11.	①환자납부액											
S.	①CT											
	②MRI											
	③PET											
12. 소 계				특정내역								
13. 가 산 율			%									
15. 진 료 비 총 액												
16. 환 자 납 부 총 액				※ 심사 내 역	구분	코드	조정	Ⅰ.Ⅱ	구분	코드	조정	Ⅰ.Ⅱ
17. 청 구 액												
일련번호												
환자일련번호		※ 심사조정			계				계			

주) 구분 : 1.진찰료(외래관리료 포함), 3.투약료 및 처방전, 4.주사료, 5.마취료, 6.이학요법료, 7.정신요법료, 8.처치 및 수술료, 9.검사로, 10.영상진단 및 방사선 치료료, 11.환자납부액, S. 특수장비

보험회사등 명칭													<div>서식번호C0004</div>																														
보험회사등 코드													의료 기관		기호																												
환자 성명															명칭																												
환자 주민번호						-									사고접수번호																												
상병명						분류기호				수술				진료과목				당월진료개시일 최초입원개시일		지급보증번호																							
																				당월진료일수 (투약일수포함)		일																					
																				진료결과																							
입원일수				일		기본진료, 약제 특정재료 등(Ⅰ) (원)		진료행위(Ⅱ) (원)		처방전 발급번호												처방일수																					
구		분				(원)		(원)		점검번호																																	
1.		①초진								줄번호		코드 구분		약품코드 (일반명 또는 제품명코드)		약품명 (일반명 또는 제품명)				1회투약량		1일투여횟수		총 투약일수																			
		②재진								줄번호		코드 구분		코드		분류(예외구분코드)		단가		1회투약량		1일투여량 또는 실시횟수		총투여일수 또는 실시횟수		금 액																	
		③의약품관리료																																									
		④응급및회송료																																									
		⑥기타																																									
2.		①일반																																									
		②8세 미만의 소아																																									
		③중환자실																																									
		④격리병실																																									
		⑤신생아																																									
		⑥기타																																									
		⑦기본식대																																									
		⑧가산식대																																									
		⑨상급병실료																																									
3.		①내 복																																									
		②외 용																																									
		③처방전																																									
		④기 타																																									
4.		①파하또는근육내																																									
		②정맥내																																									
		③수액제																																									
		④기 타																																									
		⑤특정재료																																									
		⑥수혈																																									
5.		①마취																																									
6.		①이학요법료																																									
8.		①처치 및 수술																																									
		③캐스트																																									
		④기타																																									
9.		①자체검사																																									
		②위탁검사관리																																									
		③위탁검사																																									
10.		①진단																																									
		②치료																																									
11.		①환자납부액																																									
L.		①요양병원 정액																																									
S.		①CT																																									
		②MRI																																									
		③PET																																									
12.소 계						특정내역																																					
13.가 산 율		%																																									
15.진 료 비 총 액																																											
16.환 자 납 부 총 액						※ 심사 내역		구분		코드		조정		I . II		구분		코드		조정		I . II																					
17.청 구 액																																											
일련번호				※ 심사조정						계								계																									

주) 구분 : 1.진찰료(외래관리료 포함), 2.입원료, 3.투약료 및 처방전, 4.주사료, 5.마취료, 6.이학요법료, 8.처치 및 수술료, 9.검사료, 10.영상진단 및 방사선 치료료, 11.환자납부액, L.요양병원 정액, S. 특수장비

257mm x 364mm (B4 백상지 80g/m<sup>2</sup>)



보험회사등 명칭		자동차보험 진료수가 명세서				서식번호		C	0	0	5									
보험회사등 코드						의료 기관	기호													
환자 성명							명칭													
환자 주민번호						-		사고접수번호												
상병명		분류기호	수술	진료과목	내원일자	지급보증번호														
						당월진료일수 (투약일수포함)		일												
						진료결과														
구 분		기본진료, 약제 특정재료 등 I) (원)	진료행위(II) (원)	처방전 발급번호						처방일수										
				점검번호																
1.	①초진			출번호	코드	약품코드 (일반명 또는 제품명코드)	약품명 (일반명 또는 제품명)	1회투약량	1일투여횟수	총 투약일수										
	②재진	구분																		
	③의약품관리료			출번호	코드	코드	분류(예외구분코드)	단가	1회투약량	1일투여량 또는 실시횟수	총투여일수 또는 실시횟수	금 액								
	④응급및회송료																			
	⑤기타																			
3.	①내 복																			
	②외 용																			
	③처방전																			
	④기 타																			
4.	①피하또는근육내																			
	②정맥내																			
	③수액제																			
	④기 타																			
	⑤특정재료																			
	⑥수혈																			
5.	①마취																			
8.	①처치 및 수술																			
	보통 x	복조 x										즉치 x	지각과민 x							
	치수절단 x	즉발근중 x										근관와동 x	근관성형 x							
	발 수 x	근세척 x										근 충 x	근관확대 x							
	치면세마 x	치근활택술 x										후처치 x x x x	내소염 x x x x							
	치석제거 x x	치주소파 x x										치은박리 x x	치은절제 x							
	치주치치 x x	교합조정 x										러버댐 x	응급근관 x							
	충전물연마 x	신부착 x										보철물제거 x x	치아진정 x							
	발유치 x	전 x										구 x	난 x	매 xxx						
	총 아 1면 x 말 2면 x 감 3면 x 전 4면 x	복 1면 x 합 2면 x 레 3면 x 진 4면 x										와 1면 x 동 2면 x 형 3면 x 성 4면 x								
②기타																				
9.	①자체검사																			
	②위탁검사관리																			
	③위탁검사																			
10.	①진단																			
	②치료																			
11.	①환자납부액																			
S.	①CT																			
	②MRI																			
	③PET																			
12.소	계		특정내역																	
13.가	산	율										%								
15.진	료	비										총	액							
16.환	자	납										부	총	액						
17.청	구	액																		
일	련	번	호	※ 심사조정																
환자일련번호				※ 심사내역	구분	코드	조정	I . II	구분	코드	조정	I . II								
				계					계											

주) 구분 : 1.진찰료(외래관리료 포함), 3.투약료 및 처방전, 4.주사료, 5.마취료, 8.처치 및 수술료, 9.검사료, 10.영상진단 및 방사선 치료료, 11.환자납부액, S. 특수장비

257mm x 364mm (B4 백상지 80g/㎡)

보험회사등 명칭				자동차보험 진료수가 명세서				서식번호		C	0	0	6	
보험회사등 코드								의료 기관	명칭					
환 자 성 명									기호					
환자 주민번호		-						사고접수번호						
상 병 명				한방상병 분류기호		진료과목		당월진료개시일 최초입원개시일		지급보증번호				
				.						당월진료일수 (투약일수포함)		일		
				.						진료결과				
				.										
				.										
				.										
입원일수				일	기본진료, 약제, 특정재료 등(Ⅰ) (원)	진료행위(Ⅱ) (원)	줄번호	코드구분	코드	분 류	단가	1일투여량 또는 실시횟수	총투여일수 또는 실시횟수	금 액
구 분														
1.	①초진													
	②재진													
	③기타													
2.	①일반													
	②8세 미만의 소아													
	③중환자실													
	④기본식대													
	⑤가산식대													
	⑥상급병실료													
3.	①내복약													
	③처방·조제·복약지도료													
4.	①침술													
	②구술													
	③부항술													
	④처치료													
	⑤기타													
5.	①양도락검사													
	②맥전도검사													
	③경락기능검사													
	④기타													
11.	①환자납부액													
L.	①요양병원 정액													
12.소 계														
13.가 산 율					%	특정내역								
14.진 료 비 총 액														
15.환 자 납 부 총 액					※ 심사 내역									
16.청 구 액														
일련번호				※심사조정										

[한방외래]

주) 구분: 1.진찰료(외래관리료 포함), 3.투약료, 4.시술 및 처치료, 5.검사료, 11.환자납부액

257mm x 364mm (B4 일반용지 70g/㎡)

지급보증번호 :

## 교통사고환자에 대한 진료비 지급보증서

수 신 : ○○병(의)원장 귀하

제 목 : 교통사고환자에 대한 진료비 지급보증서

1. 귀 의료기관의 발전을 기원합니다.

2. 귀 의료기관에 진료한 다음 교통사고환자는 우리 회사(조합)가 보상책임을 지고 있는 피해자로서 우리 회사(조합)는 자동차손해배상 보장법 제12조제1항에 의거하여 귀 의료기관에 자동차보험진료수가기준에 의해 다음과 같이 진료비를 지급할 것을 보증합니다.

- 다 음 -

환 자 성 명	(남,여)	생 년 월 일	
접 수 번 호		피보험차량번호	
사 고 일 자		담 보 종 목	
상 해 급 수		보 상 한 도	
지급보증기간 <sup>(주)</sup>	. . . ~ . . .		
보상 담당자		연 락 처	
특 이 사 항			

(주) 지급보증기간 : 「자동차손해배상 보장법 시행령」 별표 1 '상해의 구분과 책임보험금의 한도 금액'에 따른 상해급별 구분 중 12급 내지 14급의 상해를 입은 교통사고환자의 경우에만 기재하도록 하며, 그 기간은 아래와 같음

- 최초 지급보증기간 : 교통사고로 상해를 입은 날로부터 4주
- 최초 지급보증기간 경과 후 : 진단서에 기재된 치료기간

20    년    월    일

○○보험주식회사    ○○센터장 (인)

주소 :



## 비급여약제 구입목록표

의 료 기 관	기 호				작성자	(인)		
	명 칭							
	TEL				확인자	(인)		
코 드	구 입 내 용							비 고
	품 명	규격 / 단위	수입업소명/ 제조회사명	구입년월일	구입량	구입가	단가	

첨부 : 구입증빙자료(사본)

매

210mm×297mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

## 조제 · 제제약 목록표

의 료 기 관	기 호							작성자	(인)
	명 칭								
	T E L							확인자	(인)
조 제 (제제) 약 품 명		사 용 약 품 내 용							용법용량
		코 드	약 품 명	규격 /단위	구입일자	단위당 가격	분 량	분량당 가격	효능 · 효과          비고
규 격 / 단 위									
조제 (제제) 약 품 코 드 (건강보험심사 평가원이 기재)									
청 구 가									
가격적용일									
구 분									
제제약( ) 조제약( )									

주) 제제약 및 조제약 구분에는 해당란에 V로 표시

비용산정 목록표					
의료기관	기 호			작성자	(인)
	명 칭				
	T E L			확인자	(인)
코드 구분	진료 구분	코드	분류(신청)명	비용 (단가)	적용(신청)일

주 1) 코드 구분은 해당 코드를 기재

- A: 수가, B: 신의료기술등 급여 결정신청건(행위), C: 신의료기술등 급여 결정신청건(치료재료)

2) 진료구분은 해당 구분자를 기재

- 1: 의과, 2: 치과, 9: 한방

3) 「자동차보험진료수가에 관한 기준」 별표2의 항목 중 비용이 정해지지 않은 진료항목의 경우 규격(단위)당 단가를 원미만을 4사5입하여 기재



자동차보험진료수가 청구서 · 명세서 접수증

(앞 쪽)

의료기관기호						의료기관명					
접수번호	진료 년월	보험회사등 코드 <sup>1)</sup>	청구 구분 <sup>2)</sup>	청구 건수	청구액	접수번호	진료 년월	보험회사등 코드 <sup>1)</sup>	청구 구분 <sup>2)</sup>	청구 건수	청구액

주) 1. 보험회사등 코드는 뒤쪽과 같다.  
2. 청구구분란은 0=원청구, 1=보완청구, 2=추가청구

귀하께서 제출하신 자동차보험진료수가 청구서와 명세서를 상기와 같이 접수하였음을 알려드립니다.

년 월 일

건강보험심사평가원장

직인

보험회사등 코드			
----------	--	--	--

보험회사등	코드	보험회사등	코드
메리츠화재해상보험	01	전국화물자동차공제조합	23
한화손해보험	02	전국개인택시공제조합	24
롯데손해보험	03	전국전세버스공제조합	25
MG손해보험	04	배달서비스공제조합	28
흥국화재해상보험	05	전국렌터카공제조합	30
삼성화재해상보험	08	AXA손해보험	41
현대해상화재보험	09	하나손해보험	42
KB손해보험	10	신한EZ손해보험	43
DB손해보험	13	현대하이카다이렉트자동차보험	45
AIG손해보험	17	캐롯손해보험	69
전국택시공제조합	21	자동차손해배상진흥원	93
전국버스공제조합	22	-	-

## 진료수가 현지확인 통보서

의료기관 명 칭 :

기 호 :

대표자 :

소재지 :

자동차손해배상 보장법 시행규칙 제6조의3에 따라 자동차보험 진료수가에  
대한 현지확인을 아래와 같이 실시하고자 합니다.

가. 기 간 :

나. 내 용 :

다. 방문자 성명 :

20 . . .

건강보험심사평가원장

## 진료수가 심사결과통보서

접수번호 :                      묶음번호 :                      심사차수 :                      보험자구분 :                      진료년월 :                      청일련 :

페이지 :                      담당부, 심사위원 :                      담당자 :                      TEL :

대표자 귀하

의료기관기호 :

[illegible]

297mm×210mm(백상지 80g/㎡)

210mm×297mm(백상지 80g/ m<sup>2</sup>)

## 이의제기결과통보서([ ]의료기관 [ ]보험회사등)

문서번호			관련근거					
의료기관	명 칭							
	기 호							
<p>귀 원(보험회사등)에서 이의제기한 사항에 대한 처리결과를 아래와 같이 알려드립니다.</p> <p style="text-align: center;">. . .</p> <p>건강보험심사평가원장</p>								
접수번호 (연번)	심사차수	명 세 서 일련번호	보험회사등		환자성명	심사결정금액		결정내용
			코드	명칭		I 항	II 항	

지급보증번호 :

## 교통사고환자 진료비에 대한 심사요청서

수 신 : ○○병(의)원장 귀하

제 목 : 교통사고환자 진료비에 대한 심사요청서

1. 귀 의료기관의 발전을 기원합니다.

2. 귀 의료기관에 진료한 다음 교통사고환자는 우리 회사(조합)가 보상책임을 지고 있는 피해자로서 우리 회사(조합)는 자동차보험진료수가 심사업무처리에 관한 규정 제7조에 따라 귀 의료기관이 교통사고 환자로부터 직접 지급받은 진료비를 통보 하오니 세부내역을 기재하여 건강보험심사평가원에 30일 이내에 심사청구하여 주시기 바랍니다.

- 다 음 -

환 자 성 명	(남,여)	생 년 월 일	
사고접수번호		사 고 일 자	
진 료 기 간		환자납부액	
담당자 이름		담당자 연락처	
특 이 사 항			

20    년    월    일

○○보험주식회사    ○○센터장 (인)

주소 :

심사청구서 ([ ] 의료기관, [ ] 보험회사등)

※ 심사청구접수번호				① 진료과목	
② 심사 청구인	기호/코드			명칭	
	주소	□□□□□			
	전화번호		전자우편		
	작성자명	(서명 또는 인)			
③ 피청구인	기호/코드			명칭	
	주소	□□□□□			
	담당자		전화번호		
④	환자성명			⑤ 주민번호	
⑥	사고일시			⑦ 사고접수번호	
⑧	환자탑승차량 견적				
⑨	사고경위				
⑩ 이의제기결과통보서 도달일자				⑪ 심사수수료예치액	원(예치일: 월 일)
⑫ 연번	심사평가원 접수 정보				⑬심사청구액
	⑭ 접수번호	⑮ 명일련	⑯ 진료비 청구기간	⑰진료구분 (입·통원)	
			⑱ 이의제기금액		
1					
2					
3					
총 합계					
⑲ 주요진단명					
⑳ 치료경과					
심사청구 세부내역					
⑫ 연번	⑮ 항	⑮ 목	⑮분류 및 약품명(코드)	⑮심사청구액 I II	⑮심사청구 사유 및 내역
⑮	소계				
⑮	가산율			%	
⑮	합계				
㉑ 제출서류					
필수	1. 이의제기서 및 이의제기결과통보서 2. 자동차보험 진료수가 명세서 3. 심사수수료 예치사실 확인 서류(예 : 무통장 입금증 등) 4. 심사청구인 사업자 등록증 사본 ([ ]신규 [ ]변경)			* 제출근거: 「자동차보험진료수가 심사업무처리에 관한 규정」 제31조제2항	
추가 (해당란에 √ 표시)	[ ] 5. 진료기록부 사본 [ ] 6. CD [ ] 7. 필름 [ ] 8. 기타 (예: 심사평가원 1차 심사결과 통보서, 진단서 등 )				

「자동차손해배상보장법」 제19조제1항의 규정에 의하여 위와 같이 심사청구합니다.

청구일 :       년       월       일  
청구인 :                               (서명 또는 인)



심 사 청 구 접 수 증			
심사청구접수번호			
심 사 청 구 인 명		기 호 / 코 드	
심 사 피 청 구 인 명		기 호 / 코 드	
환 자 성 명		생 년 월 일	
사 고 번 호		심 사 청 구 액	
심 사 담 당 자		연 락 처	
<p>자동차보험진료수가 심사업무처리 규정 제32조제2항에 따라 심사청구 접수증을 송부합니다.</p> <p style="text-align: center;">년    월    일</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.1em;">자동차보험진료수가분쟁심의회 위원장 (직인생략)</p>			

210mm×297mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

## 심사청구 접수 내역 통보서

순번	심사청구 접수번호	연번	심사청구인	심사피청구인	이의제기금액	이의제기 결과통보서		심사청구 내역	
	환자성명		기호(코드)	기호(코드)	심사청구금액	접수번호	명일련	분류 및 약품명	심사청구 사유
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

자동차보험진료수가 심사업무처리 규정 제33조제1항에 따라 심사청구 접수 내역을 통보하니, 같은 조 제3항에 따라 귀 원의 심사의견을 30일 이내에 심의회로 제출하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

자동차보험진료수가분쟁심의회 위원장 (직인)

210mm×297mm(일반용지60g/㎡(재활용품))

답 변 서			
① 심 사 청 구 접 수 번 호		② 연                      번	
③ 환      자      성      명		④ 진 료 비 청 구 기 간	
⑤ 심 사 청 구 인 명		⑥ 심 사 피 청 구 인 명	
⑦ 코드	⑧ 분류 및 약품명	⑨ 심사청구사유에 대한 답변	
⑩ 제      출      서      류	<input type="checkbox"/> 1. 진료기록부 사본 <input type="checkbox"/> 2. CD <input type="checkbox"/> 3. 필름 <input type="checkbox"/> 4. 기타 (        )		
<p>자동차보험진료수가 심사업무처리 규정 제33조제2항에 따라 위와 같이 답변서를 제출합니다.</p> <p style="text-align: right;">제 출 일 :        년        월        일</p> <p style="text-align: right;">제 출 인 :                      (인)</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.1em;">자동차보험진료수가분쟁심의회 귀중</p>			

210mm×297mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))



## 자동차보험진료수가 청구서·명세서 서식 규격

연번	서 식 명	서식 번호	활자 색채	용지의 크기		서식 실제크기		인쇄의 면	지질 및 정량		서식 매수
				수작업 용 지 (mm)	전산용지 (inch)	수작업 용 지 (mm)	전산용지 (inch)		수작업 용 지	전산 용지	
1	자보진료수가 청구서	C001	녹색	257×364 (B4)		227×310 (B4)		단면	일반 용지		2매
2	자보진료수가 명세서 (의과 입원)	C002	남색	257×364 (B4)	10×14	227×310 (B4)	9×12	단면	일반 용지	전산 용지	2매
3	자보진료수가 명세서 (의과 외래)	C003	녹색	257×364 (B4)	10×14	227×310 (B4)	9×12	단면	일반 용지	전산 용지	1매
4	자보진료수가 명세서 (치과 입원)	C004	흑색	257×364 (B4)	10×14	227×310 (B4)	9×12	단면	일반 용지	전산 용지	1매
5	자보진료수가 명세서 (치과 외래)	C005	갈색	257×364 (B4)	10×14	227×310 (B4)	9×12	단면	일반 용지	전산 용지	1매
6	자보진료수가 명세서 (한방 입원)	C006	흑색	257×364 (B4)	10×14	227×310 (B4)	9×12	단면	일반 용지	전산 용지	1매
7	자보진료수가 명세서 (한방 외래)	C007	흑색	257×364 (B4)	10×14	227×310 (B4)	9×12	단면	일반 용지	전산 용지	1매

(별첨 1)

## 서면서식 작성요령(제12조 및 제20조제1항 관련)

### ※ 청구서 및 명세서 작성시 유의사항

1. 청구서 및 명세서는 반드시 제12조(서면서식)에서 정한 양식과 규격을 사용하여 작성한다.
2. 청구서 및 명세서의 각 항목은 정해진 작성요령에 따라 명확히 기재한다.
3. “의료기관기호”는 「국민건강보험법 시행규칙」 제12조에 따라 요양기관 현황 신고를 함에 있어 심사평가원으로부터 부여받은 요양기관 기호를 기재한다.

### I. 자동차보험진료수가청구서(별지 제2호부터 제2-1호까지의 서식)

1. ※란은 심사평가원이 기재한다.
2. “④청구단위구분”란은 외래진료수가를 주단위나 월단위로 통합 청구하는 경우 해당 구분자를 기재한다.
  - 구분자 : 월단위 청구(0), 주단위 청구(1주-1, 2주-2, 3주-3, 4주-4, 5주-5, 6주-6)
3. “⑪건수”란은 첨부된 명세서의 건수를 기재한다.
4. “⑬환자납부총액”과 “⑭청구액”은 각 명세서상의 환자납부총액 및 청구액을 각각 합계한 금액으로 기재하고, “⑫진료비총액”란은 “⑬환자납부총액”과 “⑭청구액”의 합계액을 기재한다.
5. 검체검사 위탁의 경우 일반 진료수가청구서와 구분할 수 있도록 3cm×7cm의 “위탁 검사용” 적색도장을 진료수가청구서 청구일자 상단 여백에 날인한다.
6. “청구인”란에는 해당 의료기관의 대표자(개설자)가 청구내용 및 금액을 확인한 후 성명을 한글 또는 영문으로 기재하고, 서명 또는 날인하여야 한다.
7. “작성자”란에는 청구서 및 명세서를 직접 작성한 자의 ⑦성명(한글 또는 영문) 및 ⑧생년월일을 정확히 기재하고 서명 또는 날인한다. 만약 2인 이상이 공동으로 작성한 경우 작성책임자의 성명(한글 또는 영문)을 기재한다.
8. “대행청구단체 ⑨기호 및 ⑩명칭”란에는 심사평가원에서 “대행청구단체”에 부여한 기호 및 대행청구업무를 수행하는 관련의약단체(지부, 분회 포함)의 명칭을 기재한다.

### II. 진료수가명세서 (별지 제3호부터 별지 제8호까지의 서식)

#### 1. 진료개시일 및 내원일수 등

- 가. “상병명 및 상병분류기호”란에는 통계청 고시에 따른 「한국표준질병·사인분류」의

상병명 및 분류기호를 주상병, 부상병, 배제된 상병 순으로 기재(영문자는 반드시 대문자로 기재, ‘.’ 또는 \*, † 등 특수기호는 기재 생략)한다. 이 경우 주상병은 반드시 첫 번째 자리(제1단)에 기재하여야 하며, 주상병과 함께 있었거나 발생한 병태로서 환자 진료에 영향을 주었던 병태(부상병)는 두 번째 자리(제2단)부터 중요도 순으로 기재한다. 또한, 배제된 상병(최종상병이 확진된 경우 이전에 고려하였지만 배제된 상병)은 상병명에 배제된 상병임을 별도 명시한다.

- 나. “사고접수번호 및 지급보증번호”는 보험회사등이 부여한 사고접수번호와 보험회사등으로부터 받은 “교통사고환자에 대한 진료비 지급보증서”(별지 제9호 서식)에 기재된 자동차보험진료수가의 지급 의사와 한도를 통지받은 관리번호를 기재한다.
- 다. “당월진료개시일”란에는 해당 의료기관에 해당 상병의 진료를 위하여 그 달에 최초 입원한 연, 월, 일을 기재하고, 30일을 초과한 입원진료수가의 분리청구시에는 “최초입원개시일”란에 해당 상병의 진료를 위해 최초 입원한 연, 월, 일을 기재한다.
- 라. “내원일자”란에는 해당 의료기관에 해당 상병의 진료를 위하여 외래에 내원한 일자를 기재하며, 동일인에게 초진 및 재진을 1일에 2회이상 행하고 초·재진 진찰료를 2회이상 산정하는 경우에는 명세서 ‘특정내역’란에 그 사유를 기재하고 내원일수는 1일로 기재한다.
- 마. “당월진료일수”에는 해당 상병으로 당월(당일)에 진료를 받은 실 일수를 기재하며, 입원 또는 내원일수에 투약일수(의료기관의 경우 원내투약일수)를 산입하여 산정한다. 이때 입원 또는 내원일수와 투약일수가 중복될 때에는 1일로 계산한다.
- 바. “입원일수”는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」(이하 「상대가치점수표」라 한다) 제2부 제1장 2.입원료 등 산정지침에도 불구하고 환자가 입원한 날부터 퇴원일까지의 일수를 기재한다.
- 사. 요양병원 입원환자 중 동일인에 대하여 의과 명세서, 요양병원 정액 명세서 및 「자동차보험진료수가에 관한 기준」 제5조제5항에 따른 시범재활치료 적용 등으로 각각 작성될 경우에 “최초입원개시일”은 환자의 최초 입원일자를, “당월진료일수”는 해당 명세서상의 투약일수를 포함한 진료기간만을 기재한다.
- 아. “특정내역”란은 신생아체중 등 특정의 진료내역, 처방내역 및 청구내역에 대한 추가적 기술사항 등을 기재한다.
- 자. “환자 일련번호”란(외래 명세서에만 해당)에는 동일 환자가 진료를 받은 일수가 여러 날인 경우 해당 명세서마다 총 내원(방)일수에 일련번호를 부여하여 기재한다.

## 2. 진료의 내용 및 처방내역 등 (별지 제3호부터 별지 제8호까지의 서식)

- 가. 명세서 중단 우측 란에는 “진료내역과 처방내역”을 다음과 같은 순서로 구분하여 기재하되, 항목 간 구분을 위하여 시작과 끝에 가로선을 삽입하고 항목의 시작 시

“분류”란에 제목을 기재한다.

1) 상병명 및 상병기호(상병란의 5개 초과시)

2) 진료내역(가로선으로 각 항별 구분)

3) 처방내역

- 처방전 발급내역별 처방전 발급번호, 점검번호, 처방일수, 처방내역

4) 특정내역(심사시 참고사항 등)

나. “진료내역과 처방내역”은 내역별(줄번호, 코드구분, 코드, 분류, 단가 등)로 구분할 수 있도록 세로선을 삽입하여 인쇄하되, 좌측세로선과 우측세로선 사이에 각각 한 칸의 공백을 두어 기재한다. 또한, “코드”는 심사평가원에서 제공하는 코드(마스터 파일)를 기재하고, “분류”란 기재 시 1줄을 넘기지 않는 범위내에서 기재한다.

다. 동일월에 하나의 상병에 대한 진료중에 다른 상병에 대하여 진료를 한 경우 또는 하나의 상병에 대한 진료가 끝나고 새로운 다른 상병에 대하여 진료한 경우에는 한 장의 명세서에 작성하되, 상병별 진료 내역 등은 구분하여 기재한다.

라. 명세서 중단 좌측란에 “진료의 내역과 처방내역”을 구분한 내역에 따라 기본진료·약제·특정재료 등(Ⅰ)에 해당하는 금액, 진료행위(Ⅱ)에 해당하는 금액을 각각 구분 기재한다.

1) “기본진료, 약제, 특정재료 등(Ⅰ)”란은 기본진료료, 의약품관리료, 약제, 치료재료 및 혈액 등 의료기관 종별가산율이 적용되지 아니하는 비용을 기재한다.

2) “진료행위(Ⅱ)”란은 의료기관 종별가산율이 적용되는 비용을 기재한다.

마. “처방전 발급번호”는 발급연월일(CCYYMMDD)과 일련번호(5자리수이내)로 구성된 처방전 발급번호를 발급일자 순으로 기재하고, 하단의 “점검번호”는 “처방전 발급번호의 일련번호”를 합산한 값을 기재한다.

바. “처방일수”는 처방전에 기재된 처방약품별 처방일수 중 가장 긴 처방일수를 기재하되, 일자별로 처방내역이 달라 각각 다른 의약품을 조제하도록 처방된 경우에는 각각의 처방일수를 합산하여 기재한다.

사. 처방내역은 “처방전 발급번호”를 기재한 순서대로 각각 구분하여 약품코드, 약품명, 1회 투약량, 1일 투여횟수, 총 투약일수를 기재한다. 이때 「약사법」 제26조와 제27조에 따라 처방내역을 수정 또는 변경한 경우에는 수정·변경된 처방내역을 기재하되, 대체 조제의 경우에는 원 처방내역을 기재한다.

아. 진료의 내역은 진찰료, 입원료(식대·상급병실료 포함), 투약료 및 처방전, 주사료, 마취료, 이학요법료, 정신요법료, 처치 및 수술료, 검사료, 영상진단 및 방사선 치료료, 환자납부액, 요양병원 정액, 특수장비 순서로 줄번호, 코드구분, 코드, 분류, 단가, 1회 투약량[의약품인 경우만 해당. 단, 한방은 제외], 1일 투여량 또는 투여(실시)횟수, 총투여일수 또는 실시횟수, 금액을 각각 기재한다.

1) 명세서 좌측의 “구분”의 분류별(“항”별)로 합계 금액을 기재하되, 분류별(“항”별)



끝 가로선 윗줄에 “분류”란에 “합계”라 기재하고 “금액”란에 금액합계를 기재한다.

- 2) “줄번호”는 진료코드에 일련번호를 4자리 숫자로 부여하되 연이어 부여 기재한다.
- 3) “코드구분”은 코드를 구분하는 구분자로서, 코드를 기재할 경우는 해당 구분자를 심사평가원장이 정하여 공고한 “진료코드”의 코드개요를 참조하여 반드시 기재한다.

자. 평일 18시(토요일은 13시)~09시 또는 공휴일(「관공서의 공휴일에 관한 규정」)에 진찰 또는 기타 진료행위를 하여 가산하는 경우 진료일자와 진료개시 시간을 명시한다.

차. 「약사법」의 관련규정에 해당되어 원내 투약한 경우에는 “분류”란에 “별표 4. 의약분업 예외구분코드”의 해당 코드와 의약품명을 함께 기재한다.

카. 검체검사 위탁의 경우 의뢰기관은 “검사료”란의 (I)란에 ②위탁검사관리료, ③위탁검사료를 구분하여 각각 총 합산한 금액을 기재하되, ③위탁검사료에는 위탁검사 해당항목의 소정 검사료와 별도 산정 가능한 재료대를 합산하여 기재하여야 하며, 이 경우 해당 검사항목 뒷줄 여백에 검체검사 위탁 구분코드 “L”과 실시(수탁)한 의료기관의 “기호”, “검사의뢰일”을 기재한다.

타. 「의료법」 제39조(시설 등의 공동이용)에 따라 의료자원(시설·장비 및 인력 등)을 공동이용하는 계약에 따른 경우에는 해당 진료항목 뒷줄 여백에 시설 등의 공동이용 진료구분자 “K”와 실시한 의료기관(수탁기관)의 “기호”, “진료의뢰일”을 기재하며, 공동이용계약에 따른 경우가 아닌 시설·장비 및 인력 등을 보유한 다른 의료기관에 진료를 의뢰한 경우에는 해당 진료항목 뒷줄 여백에 위탁진료 구분자 “T”와 수탁한 의료기관의 “기호”, “진료의뢰일”을 기재한다. 참여의의 참여없이 개방병원에 검사 등만 의뢰하여 진료한 경우 해당 진료항목 뒷줄 여백에 개방병원 진료구분자 “P”와 실시한 의료기관(개방병원)의 “기호”, “진료의뢰일”을 기재하고, 참여의에 의해 개방병원에서 이루어진 입원 및 외래 수술 등의 진료인 경우에는 “특정내역”란에 개방병원 진료구분자 “P”와 의뢰한 의료기관(참여병·의원)의 “기호”, “진료형태(입원, 외래)”를 기재한다.

파. 「상대가치점수표」 제1부 I.일반기준 제3호에 따라 제2부 각 장에 분류되지 아니한 진찰·처치·수술 및 기타의 치료에 대한 진료를 실시한 경우에 우선적으로 행위의 내용·성격과 상대가치점수가 가장 유사한 분류항목으로 산정하는 경우에는 “준용”항목임을 명시하고 해당코드 외에 실 진료행위 명칭을 기재한다. 다만, 급여 결정신청 후 건강보험 급여 또는 비급여로 결정·고시되기 전인 신의료기술등은 ‘SSSSSS’ 코드로 청구하고, 급여 결정신청일과 신의료기술등 명칭을 기재한다.

하. 환자가 상급병실을 사용한 경우 “입원료”란의 (I)란에 ⑨상급병실료에 상급병실을 사용한 금액을 기재(코드에 대한 세부내역은 심사평가원장이 정하여 공고한 “진료코드” 참조)한다.(단, 환자가 직접 지불한 경우 환자납부액란에 기재)

거. “환자납부액”란에는 의료기관이 교통사고환자(환자 보호자 포함)로부터 직접 받은 진료비 세부내역을 의료기관종별 가산율 적용여부에 따라 기본진료·약제·특정재료 등 (Ⅰ)란과 진료행위(Ⅱ)란을 구분하여 기재한다.

### 3. 한방 의료기관(별지 제7호부터 제8호까지의 서식)

가. “한방건강보험 기준처방별 가격표”에 따른 한방기준처방을 투여하는 경우에는 진료수가 명세서 코드란에 투여처방의 표준코드를, 분류란에는 처방명(제품명)을 기재한다.

나. 단미엑스산제를 56개 고시처방에 의하지 아니하고 한의사 임의 처방으로 투여하는 경우에는 분류란 상단에 처방명을 기재하고, 그 하단에 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」에 등재된 단미엑스산제의 코드, 품명, 단가 등을 기재한다.

다. “단가”란에는 기준처방(임의처방)별 1일당 약가, 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」상의 단위가격, 건강보험기준에서의 비급여약제의 경우 구입내역 목록표상의 단가를 기재하되, 원미만을 4사5입하여 금액을 정확히 기재한다. 단미엑스산제(분할투여한 처방)인 경우 1일투여량 란에 1일 총투여량(소수 셋째자리에서 4사5입)을 기재하며, 총투여일수 란에는 실투여일수를 기재한다. 금액은 단가에 1일 투여량 및 총투여일수를 곱한 후 원미만은 4사5입하여 금액란에 기재한다.

라. “처방·조제·복약지도료”란은 외래 또는 입(퇴)원 환자에게 투약한 경우에 산정하며, 만 6세 미만의 소아에게 내복약을 처방·조제한 경우에는 소정금액의 20%를 가산하여 “진료행위(Ⅱ)”란에 기재한다. 입원환자에 대하여 입원기간 중 투약한 경우에는 투약 1일당으로 산정하며, 퇴원환자에게 투약한 경우에는 퇴원 익일부터 산정하되, 입원명세서의 “분류”란에 투약내역 기재시 “퇴원약 ○일분”이라고 기재한다.

마. 부항술-자락관법(하-31-나)에 사용된 1회용 부항컵과 고정용 신축성 봉대 및 처치시 사용된 재료대는 “4.시술 및 처치료 ⑤기타”란의 “기본진료, 약제, 특정재료 등 (Ⅰ)”란에 기재한다.

바. 변증기술료(40400)는 “4. 시술 및 처치료 ⑤기타”란의 “진료행위(Ⅱ)”란에 기재한다.

사. 첩약(13010) 및 탕전료(13020)는 “4. 시술 및 처치료 ⑤기타”란의 “기본진료, 약제, 특정재료 등(Ⅰ)”란에 기재한다.

### 4. 소계, 가산율 및 금액, 진료비총액, 환자납부총액, 청구액 등

가. “소계”란은 “1”란부터 “S”란까지(“11”란 포함)의 (Ⅰ)란의 합계금액과 (Ⅱ)란의 합계금액을 각각 기재한다.

나. “가산율”란은 의료기관종별 가산율을 기재하고, “가산금액”란은 (Ⅱ)란의 소계금액에 의료기관종별 가산율을 곱한 금액으로 기재하되, “원”미만은 4사5입한다.

- 다. “진료비총액”란은 기본진료, 약제, 특정재료 등(Ⅰ)란의 소계와 진료행위(Ⅱ)란의 소계와 가산금액을 모두 합하여 총 금액에서 10원미만 절사하여 기재한다.
- 라. “환자납부총액”란은 환자납부액 (Ⅰ)란과 (Ⅱ)란 및 의료기관종별 가산율에 따른 가산금액을 합한 총 금액에서 10원미만 절사하여 기재한다.
- 마. “청구액”란은 진료비총액에서 환자납부총액을 제외한 금액을 기재한다.

## 5. 기 타

- 가. 「상대가치점수표」의 각 장별 산정지침과 자동차보험 진료수가기준 등에 의거 첨부(증빙)자료를 제출하여야 하는 건에 대하여는 해당 진료수가명세서에 자료(검사결과지 등)를 첨부하여야 한다.
- 나. 보건의료원은 의료기관과 같은 명세서를 사용한다.
- 다. 가정간호기관으로 등록된 의료기관에서 가정간호를 실시한 경우 명세서는 외래의 서식(별지 제4호, 제8호)을 사용하며, 응급상황으로 인한 외래진료가 발생한 경우에는 가정간호건과 함께 앞뒤로 편철하여 청구한다.
- 라. 사업장부속의료기관은 해당 산정항목에 대하여 공휴·야간가산 등 각종 가산율을 산정하지 아니한다.

## III. 심사청구서(별지 제20호 서식)

- ※란은 자동차보험진료수가분쟁심의회에서 기재한다.
- 심사청구사건 “1건”이란 1인의 심사청구인 및 1회의 이의제기 결과통보서를 기준으로 한다. 다만, 이 요건을 갖추더라도 환자가 다른 경우에는 그 각각을 1건으로 한다.
- “①진료과목”란에는 제20조제4항에 따라 기재하되, 진료과목이 2개 이상일 경우는 주상병에 따른 진료과목만 기재한다.
- “②심사청구인”과 “③심사피청구인”란의 “기호/코드”는 요양기관 기호 또는 (별표6)에 따른 보험회사등 코드를 기재한다.
- “⑦사고접수번호”란에는 보험회사등이 부여한 사고접수번호를 “-” 포함하여 기재한다.
- “⑧환자탑승차량 견적”란에는 차대차 사고의 경우 환자탑승차량의 피해견적 금액을 기재한다.
- “⑩이의제기결과통보서 도달일자”란에는 심사평가원 이의제기결과통보서 도달일자를 정확히 기재한다.
- “⑫연번”란은 해당 심사청구사건에 2개 이상의 진료수가 명세서가 있는 경우 진료기간이 앞선 청구서부터 번호를 부여한다. 다만, 심사청구대상이 아닌 진료수가 명세서의 경우에는 연번을 부여하지 아니한다.

9. “⑬접수번호”와 “⑭명일련”란에는 심사평가원이 부여한 청구명세서의 접수번호와 진료수가 명세서 상의 일련번호를 기재한다.
10. “⑮진료비청구기간”란에는 심사청구대상 진료수가 명세서별 진료비 청구기간을 기재한다.
11. “⑰이의제기금액”란에는 심사청구대상 진료수가 명세서별로 심사평가원에 이의제기한 금액을 기재한다.
12. “⑱심사청구액”란에는 심사청구대상 진료수가 명세서별로 심사청구액을 기재(각 연번별로 ⑳심사청구액의 합계)하고, 총 합계액을 기재한다.
13. “㉑치료경과”란에는 환자의 치료관련 주요사항을 기재한다(예: 주요치료내용, 환자의 직업, 장애발생여부 등).
14. 심사청구 세부내역은 연번이 여러 개일 경우 연번별로 각각 작성하여야 하고 내용이 서식의 범위를 넘을 때는 별지로 작성한다.
  - 가. “㉒항”과 “㉓목”란에는 진료수가 명세서 구분 중 항과 목를 기재한다.
  - 나. “㉔분류및약품명(코드)”란에는 심사청구하고자 하는 진료수가 명세서상의 분류 또는 약품명을 기재하고 해당 코드를 기재한다.
  - 다. “㉕심사청구액”란에는 해당 분류 및 약품명에 대하여 심사청구인이 이의제기결과 통보서의 심사결정금액 중 이의가 있어 심사 청구하는 금액을 I항과 II항으로 구분하여 기재한다.
  - 라. “㉖심사청구사유 및 내역”란에는 해당 분류 및 약품명에 대한 심사청구 내역과 주장에 대한 근거·기준·사유 등을 구체적으로 기재한다.
  - 마. “㉗소계”란에는 각 항목의 내역란 “금액”의 합계액을 (I)란, (II)란에 그대로 기재한다.
  - 바. “㉘가산율”란에는 “%” 표 앞에는 의료기관의 해당 가산율을 기재하고, 진료행위(II)란의 소계란 금액에 의료기관 중별가산율을 곱한 금액을 기재한다.(원미만 4사5입)
  - 사. “㉙합계”란에는 (I)란, (II)란의 소계와 의료기관 중별 가산금액을 모두 합한 금액에서 10원미만의 끝수는 절사하여 기재한다.
15. “㉚제출서류”란의 필수제출서류 4. 심사청구인 사업자등록증 사본과 추가제출서류는 해당 란에 √ 표시한다.

(별첨 2)

## 전자문서 작성요령(제11조 및 제20조제2항 관련)

### I. 의료기관이 심사평가원에 전송하는 전자문서

#### 1. 진료수가 청구서

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구서서식버전	an(3)	1	‘021’
명세서서식버전	an(3)	4	‘021’
공란	an(2)	7	<삭제>
청구번호	an(10)	9	진료수가 심사청구시 의료기관에서 부여하는 번호로서 ‘진료년월’과 해당 진료월에 발생된 청구서의 개수를 ‘일련번호’로 연이어 기재 ▪ 유형 : CCYYMM+일련번호 CCYYMM : 진료년월(6자리) 일련번호 : 해당 진료년월에 발생한 청구서의 일련번호(4자리)
서식번호	an(4)	19	▪ 서식번호 C010 : 자동차보험 진료수가 청구서
의료기관기호	an(8)	23	「국민건강보험법 시행규칙」 제12조에 따라 요양기관 현황 신고를 함에 있어 심사평가원으로부터 부여받은 요양기관 기호를 기재
수신기관	an(1)	31	▪ “1”로 기재한다
보험자종별구분	an(1)	32	“8”로 기재(8: 자동차보험)
청구구분	an(1)	33	의료기관이 당초 청구한 명세서 중 심사불능 건에 대해서는 심사불능 사유를 확인하여 보완 청구할 수 있으며, 의료기관이 기 청구하여 심사 지급된 명세서 중 진료내역의 일부가 당초 청구에서 누락된 경우는 누락된 내역을 추가청구 할 수 있다. 이 경우 청구구분란에 반드시 “보완청구” 또는 “추가청구” 구분자를 기재 ▪ 청구구분 1: 보완청구 2: 추가청구
청구단위구분	an(1)	34	제8조제3항에 따라 외래 진료수가를 주단위로 구분 청구하거나, 월단위로 청구하는 경우 해당 구분자를 기재 ▪ 구분

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			1~6 : 해당 주단위      0 : 월단위 통합청구
진료구분	an(1)	35	<ul style="list-style-type: none"> <li>진료구분</li> <li>1: 의과      2: 치과      9: 한방</li> </ul>
진료분야구분	an(1)	36	상급종합병원, 종합병원, 치과대학부속치과병원 및 한방병원의 진료수가명세서는 구분하여 기재 <ul style="list-style-type: none"> <li>진료분야 구분</li> <li>2: 의과(치과·한의를 제외한 진료분야)</li> <li>6: 치과</li> <li>9: 한의과</li> </ul>
진료형태	an(1)	37	<ul style="list-style-type: none"> <li>진료형태</li> <li>1: 의과입원</li> <li>2: 의과외래</li> <li>3: 치과입원</li> <li>4: 치과외래</li> <li>8: 한방입원</li> <li>9: 한방외래</li> <li>A: 요양병원 장기환자입원(의과)</li> <li>B: 호스피스 정액 입원(의과)</li> <li>C: 가정형 호스피스 외래(의과)</li> <li>D: 권역외상센터 입원</li> <li>E: 권역외상센터 외래</li> </ul>
진료년월	an(6)	38	입원의 경우 퇴원일이 속한 월을 진료 년 월로 기재 <ul style="list-style-type: none"> <li>유형 : CCYYMM</li> </ul>
건수	n(6)	44	진료수가명세서의 청구건수를 합하여 기재
진료비총액	n(12)	50	진료수가명세서의 진료비총액을 합하여 기재
환자납부총액	n(12)	62	진료수가명세서의 환자납부총액을 합하여 기재
청구액	n(12)	74	진료수가명세서의 청구액을 합하여 기재
청구일자	an(8)	86	청구일자를 아래 유형(8자리)으로 기재 <ul style="list-style-type: none"> <li>청구일자 : CCYYMMDD</li> </ul>
청구인	an(20)	94	의료기관 대표자(개설자)의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
작성자성명	an(20)	114	진료수가청구명세서 작성자 또는 2인 이상이 공동으로 작성한 경우 작성책임자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재 다만, 대행청구단체로 하여금 심사청구하게 하는 경우에는 대행청구단체의 작성자 또는 2인 이상이 공동으로 작성한 경우 작성책임자의 성명을 기재
작성자생년월일	an(13)	134	진료수가청구명세서 작성자 또는 2인 이상이 공동으로 작성한

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			경우 작성책임자의 생년월일을 기재 다만, 대행청구단체로 하여금 심사청구하게 하는 경우에는 대행청구단체의 작성자 또는 2인 이상이 공동으로 작성한 경우 작성책임자의 생년월일을 기재
대행청구단체 기호	an(5)	147	의약단체에서 심사청구를 대행하는 경우 대행청구단체의 기호(5자리)를 기재. 이 경우 기호는 제6조제6항에 따라 대행청구통지를 받은 심사평가원장이 부여한 기호를 말한다.
참조란	an(1750)	152	추가기술사항을 기재

## 2. 진료수가 명세서

### (1) 의 · 치과

#### 1) 명세서 일반내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(진료수가청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	진료수가명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ▪ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
내역구분	an(1)	16	▪ A : 일반내역
서식번호	an(4)	17	▪ 서식번호 C020 : 자동차보험 의과 입원 진료수가명세서 C120 : 자동차보험 의과 입원 진료수가명세서 (요양병원 장기 환자) C021 : 자동차보험 의과 외래 진료수가명세서 C022 : 자동차보험 치과 입원 진료수가명세서 C023 : 자동차보험 치과 외래 진료수가명세서
의료기관기호	an(8)	21	(진료수가청구서와 동일)
정액수가 · 행위별 수가, 시범재활치 료기간 구분	an(1)	29	요양병원 장기환자 입원진료수가명세서의 경우 정액수가 적용과 행위별수가 적용(특정기간) 및 「자동차보험 진료수가에 관한 기준」 제5조제5항에 따른 시범재활치료 적용 여부를 기재 1: 정액수가 적용 2: 행위별수가 적용(특정기간)

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			9: 시범재활치료기간
청구구분			보완청구, 추가청구(진료내역 일부 누락분 추가청구), 입원 진료수가 분리청구 시 구분코드를 기재
코드	an(1)	30	1: 보완청구 2: 추가청구 3: 분리청구
접수번호	an(7)	31	보완청구, 추가청구, 입원진료수가 분리청구의 경우 당초 청구한 명세서의 접수번호를 기재
명세서일련번호	an(5)	38	보완청구, 추가청구, 입원진료수가 분리청구의 경우 당초 청구한 명세서의 일련번호를 기재
사유코드	an(2)	43	보완청구의 경우 당초 청구한 명세서의 심사불능 사유를 기재
최초입원개시일	an(8)	45	입원 진료수가 분리청구의 경우 최초입원개시일을 기재 ▪ 유형 : CCYYMMDD
사고접수번호	an(30)	53	자동차사고 접수시 보험회사등에서 부여한 일련번호를 기재하되 “-”기재 포함
지급보증번호	an(17)	83	자동차보험진료수가의 지급의사와 한도를 통지받은 관리 번호를 기재하되 “-”기재 포함
환자성명	an(20)	100	환자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
환자 주민등록번호	an(13)	120	환자의 주민등록번호를 기재하되 생년월일 다음의 “-”는 기재 생략
진료일수	n(3)	133	해당 진료수가명세서에서 진료를 받은 실 일수를 기재하되, 입원 또는 내원일수에 원내투약일수를 산입하여 기재. 이때 내원 또는 입원일수와 투약일수가 중복될 때에는 1일로 계산함
입원일수, 총내원일수	n(3)	136	입원 또는 내원하여 진료를 받은 실 일수를 기재
입원경로	an(2)	139	병원급이상 입원 환자의 경우 의료기관 도착경로와 입원 경로를 조합하여 기재 ▪ 도착경로 1: 타 의료기관경유 2: 응급구조대후송 3: 기타 ▪ 입원경로 1: 응급실 2: 외래
진료결과	an(1)	141	진료수가명세서상 최종 진료일의 환자상태를 구분하여 기재 ▪ 진료결과 1: 계속 2: 이송 3: 회송 4: 사망 9: 퇴원 또는 외래 치료종결
공란	n(10)	142	



항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
진료비총액	n(10)	152	기본진료료, 약제 등 의료기관 종별 가산율이 적용되지 않는 진료수가, 의료기관 종별 가산율이 적용되는 진료 행위료와 가산금액을 합한 총금액을 10원미만 절사하여 기재
환자납부총액	n(10)	162	환자납부액의 기본진료료, 약제 등 의료기관 종별 가산율이 적용되지 않는 진료수가, 의료기관 종별 가산율이 포함된 진료행위료를 모두 합하여, 10원미만 절사한 금액을 기재
청구액	n(10)	172	진료비총액에서 환자납부총액을 제외한 금액을 기재
보험회사등(코드)	an(2)	182	보험회사등(코드)는 “별표 6”에 의해 기재

## 2) 명세서 상병내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(진료수가청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	진료수가명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ▪ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
내역구분	an(1)	16	▪ B : 상병내역
상병분류구분	an(1)	17	- 각 상병분류기호별 주·부상병, 배제된 상병을 구분하는 구분자로서 상병분류기호별로 반드시 해당 구분자를 기재  - 구분코드 ‘1’(주상병)은 ‘상병분류기호’ 첫번째 자리(제 1단)의 상병에만 기재  ▪ 구분코드 1: 주상병(진료기간 중 치료나 검사 등에 대한 환자의 요구가 가장 컸던 상병) 2: 부상병(진료기간 중 주상병과 함께 있었거나 발생된 상병으로 환자 진료에 영향을 주었던 상병) 3: 배제된 상병(최종상병이 확진된 경우 이전에 고려하였지만 배제된 상병)

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
상병분류기호	an(6)	18	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호를 주상병, 부상병, 배제된 상병순으로 기재하되, 주상병은 반드시 첫번째 자리(제1단)에만 기재하고, 부상병, 배제된 상병은 각각 2개 이상인 경우 중요도 순으로 각각 기재</li> <li>- 영문자는 반드시 대문자로 기재하고 ‘.’ 또는 *, † 등 특수기호는 기재 생략</li> </ul>
진료과목	an(2)	24	진료를 받은 진료과목(병원급이상) 또는 상병명에 해당하는 진료과목(의원급)을 기재하되, 진료과목이 2개 이상에 해당되는 경우 상병별로 모두 기재하며, 진료과목별 코드는 (별표 3)과 같이 한다
내과 세부전문과목	an(2)	26	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 내과 진료과목 중 ‘세부전문의 제도인증 규정(대한의학회)’에 따라 인증받은 세부전문과목을 운영하고 있는 종합병원, 상급종합병원의 경우 진료를 받은 세부전문과목을 기재하되, 세부전문과목이 2개 이상인 경우 상병별로 모두 기재</li> <li>- 세부전문과목 코드는 (별표 3)을 참조</li> </ul>
내원일자, 당월진료개시일	an(8)	28	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 내원일자 : 외래 진료수가명세서의 경우 진료일자를 기재</li> <li>- 당월진료개시일 : 입원 진료수가명세서의 경우 의료기관에 해당 상병 진료를 위하여 그 달에 최초 입원한 년·월·일을 기재. 단, 입원진료수가 분리 청구시 해당 진료수가명세서의 최초 입원일자를 기재</li> <li>▪ 유형 : CCYYMMDD</li> </ul>
치식구분			치식번호를 우상, 좌상, 우하, 좌하 순으로 일렬로 위치한 뒤 상병명과 관련된 치식번호를 (치식구분 기재요령)과 같이 기재
우상	an(8)	36	우측 윗부분의 치아
좌상	an(8)	44	좌측 윗부분의 치아
우하	an(8)	52	우측 아랫부분의 치아
좌하	an(8)	60	좌측 아랫부분의 치아

### 3) 명세서 진료내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(진료수가청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	<p>진료수가명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>유형</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050</li> <li>100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500</li> </ol>
내역구분	an(1)	16	<ul style="list-style-type: none"> <li>C : 진료내역</li> </ul>
항번호	an(2)	17	<p>“진찰료”항부터 “특수장비”항까지 13개 항에 부여된 번호를 기재</p> <p>01: 진찰료    02: 입원료    03: 투약료    04: 주사료 05: 마취료    06: 이학요법료    07: 정신요법료 08: 처치 및 수술료    09: 검사료 10: 영상진단 및 방사선치료료    11: 환자납부액 L: 요양병원·호스피스 정액 S: 특수장비</p>
목번호	an(2)	19	<p>13개 항의 소분류 단위로 부여된 번호 기재</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>목번호 분류 예시</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 진찰료 <ul style="list-style-type: none"> <li>01: 초진    02: 재진</li> <li>03: 응급 및 회송료 등</li> </ul> </li> <li>- 입원료 <ul style="list-style-type: none"> <li>01: 일반</li> <li>02: 8세 미만의 소아</li> <li>03: 중환자실    04: 격리병실</li> <li>10: 기본식대    11: 가산식대</li> <li>14: 상급병실료    99: 기타입원료</li> </ul> </li> <li>- 투약료 <ul style="list-style-type: none"> <li>01: 내복약    02: 외용약</li> <li>03: 처방전    99: 기타</li> </ul> </li> <li>- 주사료 <ul style="list-style-type: none"> <li>01: 주사    99: 기타</li> </ul> </li> <li>- 마취료 <ul style="list-style-type: none"> <li>01: 마취료    98. &lt;삭제&gt;</li> </ul> </li> <li>- 이학요법료 <ul style="list-style-type: none"> <li>01: 이학요법료</li> </ul> </li> </ul>

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정신요법료               <ul style="list-style-type: none"> <li>01: 정신요법료</li> </ul> </li> <li>- 처치 및 수술료               <ul style="list-style-type: none"> <li>01: 처치 및 수술, (치과)보통처치외 처치항목</li> <li>02: (치과)절개 외 수술항목</li> <li>03: 캐스트                      98: &lt;삭제&gt;</li> <li>99: 치과기타</li> </ul> </li> <li>- 검사료               <ul style="list-style-type: none"> <li>01: 자체검사    02: 위탁검사</li> </ul> </li> <li>- 영상진단 및 방사선치료료               <ul style="list-style-type: none"> <li>01: 진단              02: 치료</li> <li>98: &lt;삭제&gt;</li> </ul> </li> <li>- 환자납부액               <ul style="list-style-type: none"> <li>01: 진료행위    02: 의약품    03: 치료재료</li> </ul> </li> <li>- 요양병원 ·호스피스 정액               <ul style="list-style-type: none"> <li>01: 요양병원 정액수가</li> <li>02: 호스피스 정액수가</li> <li>81: 진찰료              82: 입원료    83: 투약료</li> <li>84: 주사료              85: 마취료    86: 이학요법료</li> <li>87: 정신요법료    88: 처치 및 수술료</li> <li>89: 검사료              90: 영상진단 및 방사선치료료</li> <li>91: 특수장비              94: 기타</li> </ul> </li> <li>- 특수장비               <ul style="list-style-type: none"> <li>01: CT진단                      02: MRI진단</li> <li>03: PET진단</li> </ul> </li> </ul>
줄번호	n(4)	21	<p>진료코드에 일련번호를 4자리 숫자로 부여하되 항, 목 순으로 연이어 부여 기재</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 유형 (101번째 줄번호인 경우 다음과 같이 기재)</li> <li>- 0101</li> </ul>
코드구분	an(1)	25	<p>코드를 구분하는 구분자로서, 코드를 기재할 경우는 반드시 해당 구분자를 기재.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 코드구분               <ul style="list-style-type: none"> <li>1: 수가</li> <li>2: 준용수가, 신의료기술등 급여 결정신청건(행위 및 치료재료 포함)</li> <li>3: 약제(코드구분 4 제외)</li> <li>4: 원료약, 의료기관 자체 조제(제제)약</li> <li>8: 치료재료</li> </ul> </li> </ul>
코드	an(9)	26	<p>진료수가, 약제, 원료약, 조제 · 제제약, 치료재료 코드를 기재하며, 코드에 대한 세부내역은 “진료코드” 참조</p>

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
단가	n(10.2)	35	<p>「상대가치점수표」상의 점수에 점수당 단가를 곱하여 10원 미만은 4사5입한 금액을 기재</p> <p>단, 다음의 경우는 원 미만은 4사5입하여 기재하되, 단가(비용)가 1원 미만인 경우 1원으로 기재</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 건강보험기준에서의 급여 약제, 치료재료, 원료약 등의 경우는 「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 따른 단가</li> <li>- 건강보험기준에서 비급여치료재료(이하 “비급여치료재료”라 한다) 및 비급여약제는 치료재료 및 비급여약제 구입내역 통보서상의 단가</li> <li>- 건강보험기준에서 비급여행위, 신의료기술등 급여 결정 신청건, 「자동차보험진료수가에 관한 기준」 별표2의 항목 중 비용이 정해지지 않은 진료항목은 비용산정 통보서상 비용 또는 단가</li> </ul>
1일투여량, 투여(실시)횟수	n(5.2)	47	<p>1일 실시횟수(소수 셋째자리에서 4사5입하여 소수 둘째자리까지 기재)를 기재(의약품의 경우는 1일 투여횟수를 기재)</p> <p>단, 위탁검사의 경우 위탁검사관리료를 반영하여 1.1을 기재하며, 위탁진료, 개방병원진료 및 시설 등의 공동이용진료시에는 실시(수탁)한 기관의 종별 가산율을 적용하여 기재</p>
총투여일수, 실시횟수	n(3)	54	<p>총 투여일수 또는 실시횟수를 기재</p> <p>단, 수탁기관에 위탁한 진료(검사)료 산정시에는 총 실시횟수(1일 진료(검사)실시횟수×총 실시일수)를 기재</p>
1회투약량	n(5.4)	57	<p>1회 투약량(소수 다섯째자리에서 4사5입하여 소수 넷째자리까지 기재)을 기재(의약품인 경우만 해당)</p>
금액	n(10)	66	<p>단가×1회 투약량×1일 투여량(투여(실시)횟수)×총 투여일수(실시횟수)를 계산한 후 원미만은 4사5입하여 기재</p>
공란	n(10)	76	
공란	n(10)	86	
변경일	an(8)	96	<p>다음의 (당월 진료개시일 이후에 신설되거나 단가가 변경된) 경우, 변경(또는 신설)된 단가의 최초 투여(실시) 일자를 기재</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 당월진료개시일 이후에 단가가 변경된 경우 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 수가 등의 고시가가 변경 고시된 경우</li> <li>- 실구입가 인정품목(치료재료, 조제·제제약 등)을 진료개시일 이후에 구입(조제)하여 사용한 경우</li> <li>- 보건복지부에서 실구입가 인정품목 중 가격을 기준단가 범위 내 실구입가로 인정하도록 별도 고시한 품목의 기준단가 기준이 변경된 경우</li> <li>- 비용산정 통보서상 해당 진료에 소요되는 실제 비용이 변경된 경우</li> </ul> </li> </ul>

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 당월진료개시일 이후에 코드가 신설된 경우               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 수가 항목이 신설되거나 의약품이 신규 등재된 경우, 의약품을 최초 구입 사용한 경우 등</li> </ul> </li> <li>▪ 유형 : CCYYMMDD</li> </ul>
치식구분			치과의 경우 검사, 마취, 처치 및 수술의 해당 치식번호를 (치식구분 기재 요령)과 같이 기재
우상	an(8)	104	우측 윗부분의 치아
좌상	an(8)	112	좌측 윗부분의 치아
우하	an(8)	120	우측 아랫부분의 치아
좌하	an(8)	128	좌측 아랫부분의 치아

#### 4) 명세서 처방내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(진료수가청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	<p>진료수가명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 유형</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 00050</li> </ul> </li> <li>2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재               <ul style="list-style-type: none"> <li>- A0500</li> </ul> </li> </ol>
내역구분	an(1)	16	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ D : 처방내역</li> </ul>
처방내역 처방전발급번호	an(13)	17	<p>처방전을 발급한 경우에 기재</p> <p>의료기관에서 부여하는 번호로서 처방전 발급일과 처방전 발급순서에 따른 일련번호를 연이어 기재</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 유형 : CCYYMMDD+(일련번호)</li> </ul> <p>CCYYMMDD : 처방전발급 년·월·일(8자리) 일련번호 : 처방전발급 년·월·일에 발생한 처방전의 일련번호(5자리)</p>
처방일수	n(3)	30	해당 처방전에 따라 조제투약 하도록 처방한 일수를 기재
줄번호	n(4)	33	<p>처방전발급번호별로 처방약품의 일련번호를 4자리 숫자로 연이어 부여 기재</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 유형 (3번째 줄번호인 경우 다음과 같이 기재)</li> </ul> <p>- 0003</p>
코드구분	an(1)	37	처방약품의 코드를 구분하는 구분자로서, 코드를 기재할 경우는 반드시 해당 구분자를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
코드	an(9)	38	<ul style="list-style-type: none"> <li>코드구분</li> <li>3: 약제 4: 원료약 5: 약제의 일반명</li> </ul> 처방약품의 약제 또는 일반명 코드, 원료약 코드를 기재하며 코드에 대한 세부내역은 “진료코드” 참조
1회투약량	n(5.4)	47	1회 투약량(소수 다섯째자리에서 4사5입하여 소수 넷째자리까지 기재)을 기재
1일투여횟수	n(2)	56	1일 투여횟수를 기재
총투약일수	n(3)	58	총 투약일수를 기재

#### 5) 명세서 특정내역기재란

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(진료수가청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	진료수가명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 <ul style="list-style-type: none"> <li>유형</li> <li>1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050</li> <li>2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500</li> </ul>
내역구분	an(1)	16	<ul style="list-style-type: none"> <li>E : 특정내역기재란</li> </ul>
특정내역기재란			원내투약일수 등을 기재
발생단위구분	an(1)	17	특정내역 발생 단위별로 해당 구분자를 기재 1: 명세서단위 2: 줄번호단위 3: 처방내역 줄번호단위 4: 처방내역단위
처방전발급번호	n(13)	18	처방내역 줄번호단위 또는 처방내역단위로 특정내역을 기재할 경우 해당 처방전발급번호를 기재
줄번호	n(4)	31	진료내역 또는 처방내역의 줄번호단위로 특정내역을 기재할 경우에 해당 줄번호를 4자리 숫자로 기재 (단, 명세서단위의 특정내역인 경우에는 기재하지 않음)
특정내역구분	an(5)	35	당해 내역의 구분코드를 특정내역구분란에 기재하고 그에 해당되는 기술사항을 특정내역란에 기재하되, 세부구분 코드는 별표 5.“특정내역구분코드”를 참조
특정내역	an(700)	40	

(2) 한방

1) 명세서 일반내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(진료수가청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	진료수가명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ▪ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
서식번호	an(4)	16	▪ 서식번호 C110 : 자동차보험 한방 입원 진료수가명세서 C111 : 자동차보험 한방 외래 진료수가명세서
의료기관기호	an(8)	20	(진료수가청구서와 동일)
청구구분			보완청구, 추가청구(진료내역 일부 누락분 추가청구), 입원진료수가 분리청구시 구분코드를 기재
코드	an(1)	28	1: 보완청구 2: 추가청구 3: 분리청구
접수번호	an(7)	29	보완청구, 추가청구, 입원진료수가 분리청구의 경우 당초 청구한 명세서의 접수번호를 기재
명세서일련번호	an(5)	36	보완청구, 추가청구, 입원진료수가 분리청구의 경우 당초 청구한 명세서의 일련번호를 기재
사유코드	an(2)	41	보완청구의 경우 당초 청구한 명세서의 심사불능 사유를 기재
최초입원개시일	an(8)	43	입원 진료수가 분리청구의 경우 최초 입원개시일을 기재 ▪ 유형 : CCYYMMDD
사고접수번호	an(30)	51	자동차사고 접수시 보험회사등에서 부여한 일련번호를 기재하되 “-”기재 포함
지급보증번호	an(17)	81	자동차보험진료수가의 지급의사와 한도를 통지받은 관리번호를 기재하되 “-”기재 포함
환자성명	an(20)	98	환자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
환자 주민등록번호	an(13)	118	환자의 주민등록번호를 기재하되 생년월일 다음의 “-”는 기재 생략
진료일수	n(3)	131	해당 진료수가명세서에서 진료를 받은 실 일수를 기재하되, 입원 또는 내원일수에 원내투약일수를 산입하여 기재. 이때 내원 또는 입원일수와 투약일수가 중복될 때에는 1일로 계산함



항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
입원일수, 총내원일수	n(3)	134	입원 또는 내원하여 진료를 받은 실 일수를 기재
진료결과	an(1)	137	진료수가명세서상 최종 진료일의 환자상태를 구분하여 기재 ▪ 진료결과 1: 계속            2: 이송            3: 회송 4: 사망            9: 퇴원 또는 외래 치료종결
진료비총액	n(10)	138	기본진료료, 약제 등 의료기관 종별 가산율이 적용되지 않는 진료수가, 의료기관 종별 가산율이 적용되는 진료행위료와 가산금액을 합한 총금액을 10원미만 절사하여 기재
환자납부총액	n(10)	148	환자납부액의 기본진료료, 약제 등 의료기관 종별 가산율이 적용되지 않는 진료수가, 의료기관 종별 가산율이 포함된 진료행위료를 모두 합하여, 10원미만 절사한 금액을 기재
청구액	n(10)	158	진료비총액에서 환자납부총액을 제외한 금액을 기재
보험회사등(코드)	an(2)	168	보험회사등(코드)는 “별표 6”에 의해 기재

## 2) 명세서 상병내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(진료수가청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	진료수가명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ▪ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
상병분류구분	an(1)	16	- 각 상병분류기호별 주·부상병, 배제된 상병을 구분하는 구분자로서 상병분류기호별로 반드시 해당 구분자를 기재 - 구분코드 '1'(주상병)은 '상병분류기호' 첫번째 자리(제1단)의 상병에만 기재 ▪ 구분코드 1: 주상병(진료기간 중 치료나 검사 등에 대한 환자의 요구가 가장 컸던 상병) 2: 부상병(진료기간 중 주상병과 함께 있었거나 발생한 상병으로 환자 진료에 영향을 주었던 상병) 3: 배제된 상병(최종상병이 확진된 경우 이전에 고려하였지만 배제된 상병)

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
상병분류기호	an(6)	17	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호를 주상병, 부상병, 배제된 상병순으로 기재하되, 주상병은 반드시 첫번째 자리(제1단)에만 기재하고, 부상병, 배제된 상병은 각각 2개 이상인 경우 중요도 순으로 각각 기재</li> <li>- 영문자는 반드시 대문자로 기재하고 ‘.’ 또는 *, † 등 특수기호는 기재 생략</li> </ul>
진료과목	an(2)	23	진료를 받은 진료과목(병원급이상) 또는 상병명에 해당하는 진료과목(의원급)을 기재하되, 진료과목이 2개 이상에 해당되는 경우 상병별로 모두 기재하며, 진료과목별 코드는 “별표 3”과 같이 한다
내원일자, 당월진료개시일	an(8)	25	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 내원일자 : 외래 진료수가명세서의 경우 진료일자를 기재</li> <li>- 당월진료개시일 : 입원 진료수가명세서의 경우 의료기관에 해당 상병 진료를 위하여 그 달에 최초 입원한 년·월·일을 기재. 단, 입원진료수가 분리청구시 해당 진료수가명세서의 최초 입원일자를 기재</li> </ul> <p>▪ 유형 : CCYYMMDD</p>

### 3) 명세서 진료내역

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(진료수가청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	<p>진료수가명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재</p> <p>▪ 유형</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 00050</li> </ul> </li> <li>100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 <ul style="list-style-type: none"> <li>- A0500</li> </ul> </li> </ol>
항번호	an(2)	16	<p>“진찰료”항부터 “요양병원 정액”항까지 7개 항에 부여된 번호 기재</p> <p>01: 진찰료      02: 입원료      03: 투약료  04: 시술 및 처치료      05: 검사료  11: 환자납부액 L: 요양병원 정액</p>
목번호	an(2)	18	<p>7개 항의 소분류 단위로 부여된 번호 기재</p> <p>▪ 목번호 분류 예시</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 진찰료 <ul style="list-style-type: none"> <li>01: 초진      02: 재진</li> <li>99: 기타</li> </ul> </li> </ul>

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- 입원료               <ul style="list-style-type: none"> <li>01: 일반</li> <li>02: 8세 미만의 소아</li> <li>03: 중환자실      04: 기본식대      11: 가산식대</li> <li>14: 상급병실료    99: 기타</li> </ul> </li> <li>- 투약료               <ul style="list-style-type: none"> <li>01: 내복약              02: 조제 · 복약지도료</li> <li>99: 기타</li> </ul> </li> <li>- 시술 및 처치료               <ul style="list-style-type: none"> <li>01: 침술              02: 구술              03: 부항술</li> <li>04: 처치료          05: 기타</li> </ul> </li> <li>- 검사료               <ul style="list-style-type: none"> <li>01: 검사료</li> </ul> </li> <li>- 환자납부액               <ul style="list-style-type: none"> <li>01: 진료행위      02: 의약품          03: 치료재료</li> </ul> </li> <li>- 요양병원 정액               <ul style="list-style-type: none"> <li>01: 요양병원 정액수가</li> <li>81: 진찰료          82: 입원료</li> <li>83: 투약료          84: 시술 및 처치료</li> <li>85: 검사료          94: 기타</li> </ul> </li> </ul>
줄번호	n(4)	20	<p>진료코드에 일련번호를 4자리 숫자로 부여하되 항, 목 순으로 연이어 부여 기재</p> <p>▪ 유형 (3번째 줄번호인 경우 다음과 같이 기재)</p> <p>- 0003</p>
코드구분	an(1)	24	<p>코드를 구분하는 구분자로서, 코드를 기재할 경우는 반드시 해당 구분자를 기재</p> <p>▪ 코드구분</p> <p>A: 수가</p> <p>B: 준용수가, 신의료기술등 급여 결정신청진(행위 및 치료재료 포함)</p> <p>C: 약제</p> <p>H: 치료재료</p>
코드	an(9)	25	<p>진료수가, 약제, 치료재료 코드를 기재하며, 코드에 대한 세부내역은 “진료코드” 참조</p>
단가	n(10.2)	34	<p>「상대가치점수표」상의 점수에 점수당 단가를 곱하여 10원 미만은 4사5입한 금액을 기재</p> <p>단, 다음의 경우는 원 미만은 4사5입하여 기재하되, 단가(비용)가 1원 미만인 경우 1원으로 기재</p>

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- 건강보험기준에서의 급여 약제, 치료재료, 원료약 등의 경우는 「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 따른 단가</li> <li>- 비급여치료재료 및 비급여약제는 치료재료 및 비급여약제 구입내역 통보서상의 단가</li> <li>- 신의료기술등의 급여 결정신청건, 「자동차보험진료수가에 관한 기준」 별표2의 항목 중 비용이 정해지지 않은 진료 항목은 비용산정 통보서상 비용 또는 단가</li> </ul>
1일투여량, 투여(실시)횟수	n(5.2)	46	<p>1일 투여량(소수 셋째자리에서 4사5입하여 소수 둘째자리 까지 기재) 또는 투여(실시)횟수를 기재</p> <p>개방병원진료 및 시설 등의 공동이용 진료시에는 실시(수탁)한 기관의 중별가산율을 적용하여 기재</p>
총투여일수, 실시횟수	n(3)	53	총 투여일수 또는 실시횟수를 기재
금액	n(10)	56	단가×1일 투여량×총 투여일수(실시횟수)를 계산한 후 원미만은 4사5입하여 기재. 기준처방에 대하여 감미한 경우는 해당 단미제에 ‘/’ 금액으로 기재
가감 등 구분	an(10)	66	<p>기준처방에 단미제를 가·감하는 경우나 임의처방의 경우 처방 및 단미제 코드에 다음의 유형으로 해당 코드 기재</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 유형 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 기준처방 : B#####</li> <li>- 가미제 : A#####</li> <li>- 감미제 : S#####</li> <li>- 임의처방 및 임의처방에 사용한 단미제 : H##### (#####은 한약제제 코드와 동일한 9자리)</li> </ul> </li> </ul>
변경일	an(8)	76	<p>다음의(당월진료개시일 이후에 신설되거나 단가가 변경된) 경우 변경(신설)된 단가의 최초 투여(실시)일자를 기재</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 당월진료개시일 이후에 단가가 변경된 경우 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 수가 등의 고시가가 변경 고시된 경우</li> <li>- 실구입가 인정품목(치료재료 등)을 진료개시일 이후에 구입(조제)하여 사용한 경우</li> <li>- 보건복지부에서 실구입가 인정품목 중 가격을 기준단가 범위 내 실구입가로 인정하도록 별도 고시한 품목의 기준단가 기준이 변경된 경우</li> <li>- 비용산정 통보서상 해당 진료에 소요되는 실제 비용이 변경된 경우</li> </ul> </li> <li>▪ 당월진료개시일 이후에 신설된 경우 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 수가 항목이 신설되거나 의약품이 신규 등재된 경우 등</li> </ul> </li> <li>▪ 유형 : CCYYMMDD</li> </ul>

#### 4) 명세서 특정내역기재란

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구번호	an(10)	1	(진료수가청구서의 항목설명 참조)
명세서일련번호	an(5)	11	진료수가명세서의 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리 숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 단, 100,000번째부터는 A0000부터 연이어 기재 ▪ 유형 1. 50번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - 00050 2. 100,500번째 명세서인 경우 다음과 같이 기재 - A0500
특정내역기재란 발생단위구분	an(1)	16	원내투약일수 등을 기재 특정내역 발생 단위별로 해당 구분자를 기재 1: 명세서단위                      2: 줄번호단위
줄번호	n(4)	17	진료내역의 줄번호단위로 특정내역을 기재할 경우에 해당 줄번호를 4자리 숫자로 기재 단, 명세서단위의 특정내역인 경우에는 기재하지 않음
특정내역구분	an(5)	21	해당 내역의 구분코드를 특정내역 구분란에 기재하고 그에
특정내역	an(700)	26	해당되는 기술사항을 특정내역란에 기재하되, 세부구분 코드는 “별표 5. 특정내역구분코드”를 참조

### 3. 치료재료 및 비급여약제 구입내역통보서

#### (1) 치료재료 및 비급여약제 구입내역통보서 1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
신청번호	an(12)	1	치료재료 및 비급여약제 구입내역을 심사평가원에 통보 시 의료기관에서 부여하는 번호로서 통보 년·월·일과 통보 일에 구입내역통보서의 개수를 일련번호로 기재 ▪ 유형 : CCYYMMDD+일련번호 CCYYMMDD : 통보 년·월·일(8자리) 일련번호 : 통보서의 일련번호(4자리)
서식번호	an(4)	13	▪ 서식번호 C060 : 치료재료 및 비급여약제 구입내역통보서
의료기관기호	an(8)	17	(진료수가청구서와 동일)
담당자	an(20)	25	의료기관의 치료재료 및 약제 구입내역통보서 담당자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
총건수	n(4)	45	치료재료, 비급여약제 통보품목의 총 건수(줄번호수)를 기재
참조란	an(1750)	49	추가 기술사항 기재

(2) 치료재료 및 비급여약제 구입내역통보서 2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
신청번호	an(12)	1	치료재료 및 비급여약제 구입내역을 심사평가원에 통보 시 의료기관에서 부여하는 번호로서 통보 년·월·일과 통보 일에 발생한 구입내역통보서의 개수를 일련번호로 기재 <ul style="list-style-type: none"> <li>· 유형 : CCYYMMDD + 일련번호</li> <li>CCYYMMDD : 통보 년·월·일(8자리)</li> <li>일련번호 : 통보서의 일련번호(4자리)</li> </ul>
통보서구분	an(1)	13	통보하는 품목의 구분 기재 <ul style="list-style-type: none"> <li>· 통보서 구분</li> <li>A: 치료재료 C: 비급여약제</li> </ul>
줄번호	n(3)	14	통보품목별 일련번호를 3자리 숫자로 기재하되 001부터 연이어 기재
코드	an(9)	17	치료재료, 비급여약제 통보품목에 대한 코드 기재
품명/제조회사명/수입업소명	an(140)	26	치료재료, 비급여약제의 품명과 제조회사 또는 수입업소명을 함께 기재
규격	an(140)	166	치료재료 목록, 비급여약제 품목리스트상 규격을 숫자 및 문자로 기재
단위	an(70)	306	비급여약제 품목리스트상 단위를 문자로 기재
구입기관 사업장등록번호	an(17)	376	치료재료 구입처의 사업장등록번호를 기재
구입기관 상호명	an(35)	393	치료재료, 비급여약제 구입처의 상호명을 기재
선납품/2년 경과 계속 사용구분	an(1)	428	응급 또는 기타사유로 세금계산서 없이 거래명세서로 물품구입시는 선납품에 대한 코드를 기재하며, 치료재료를 구입일로부터 추가 구입없이 2년경과 계속 사용시는 2년 경과 계속 사용을 구분 기재하여 만료 1개월 전에 통보 <ul style="list-style-type: none"> <li>· 선납품/2년경과 계속 사용구분</li> <li>B: 선납품 2: 2년경과 계속 사용</li> </ul>
구입일자	an(8)	429	치료재료, 비급여약제의 구입 년·월·일을 아래 유형으로 기재 <ul style="list-style-type: none"> <li>· 유형 : CCYYMMDD</li> </ul>
구입량	n(7)	437	치료재료, 비급여약제 의 구입량을 기재. 이 경우 SET (PACKAGE, BOX) 품목은 반드시 개별 단가 산출이 가능하도록 SET내의 수량 기재
구입가	n(10)	444	치료재료, 비급여약제의 구입총량에 대한 구입가 기재(부가가치세 포함)
개당 단가	n(10)	454	치료재료, 비급여약제 의 규격, 단위당 개별단가(구입가/구입량) 기재

#### 4. 의료기관 자체 조제·제제약 내역통보서

##### (1) 의료기관 자체 조제·제제약 내역통보서1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
신청번호	an(12)	1	의료기관의 자체 조제·제제약 내역을 심사평가원에 통보시 의료기관에서 부여하는 번호로서 통보 년·월·일과 통보 일에 발생한 조제·제제약 내역통보서의 개수를 일련번호로 기재 ▪ 유형 : CCYYMMDD+일련번호 CCYYMMDD : 통보 년·월·일(8자리) 일련번호 : 통보서의 일련번호(4자리)
서식번호	an(4)	13	▪ 서식번호 C070 : 의료기관 자체 조제·제제약 내역 통보서
의료기관기호	an(8)	17	(진료수가청구서와 동일)
담당자	an(20)	25	의료기관의 자체 조제·제제약 내역통보서 담당자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
총건수	n(4)	45	조제·제제약 통보품목의 총 건수(줄번호수)를 기재
참조란	an(1750)	49	추가 기술사항 기재

##### (2) 의료기관 자체 조제·제제약 내역통보서2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
신청번호	an(12)	1	의료기관의 자체 조제·제제약 내역을 심사평가원에 통보시 의료기관에서 부여하는 번호로서 통보 년·월·일과 통보 일에 발생한 조제·제제약 내역통보서의 개수를 일련번호로 기재 ▪ 유형 : CCYYMMDD+일련번호 CCYYMMDD : 통보 년·월·일(8자리) 일련번호 : 통보서의 일련번호(4자리)
줄번호	n(3)	13	통보 품목별로 일련번호를 3자리숫자로 연이어 기재
조제/제제구분	an(1)	16	조제·제제약의 조제·제제구분을 코드로 기재 ▪ 조제/제제구분 1: 조제                      2: 제제
투여형태	an(1)	17	조제·제제약의 투약형태를 코드로 기재 ▪ 투여형태 1: 내복약                  2: 주사약                  3: 외용약
주요 효능군	an(50)	18	조제·제제약의 주요 효능군 약효 분류번호를 기재
코드	an(8)	68	조제·제제약 코드를 기재. 단, 의료기관 자체 조제·제제약 에 대한 신규코드를 의뢰하는 경우에는 기재 생략
품명	an(140)	76	조제·제제약 품명의 명칭을 기재
시·도·군·구청	an(8)	216	제제약의 경우 시·도·군·구청 신고증상의 일자를 아래

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
신고일			유형으로 기재 ▪ 유형 : CCYYMMDD
청구가	n(10)	224	조제·제제약의 청구가 기재(사용약품의 분량당 가격을 모두 합한 금액을 전체 분량으로 나누어 규격 단위당 가격을 원미만 4사5입하여 기재)
규격	an(140)	234	조제·제제약의 규격을 숫자로 기재
단위	an(70)	374	조제·제제약의 단위를 문자로 기재
가격적용일	an(8)	444	조제·제제약의 청구가 적용일자를 아래 유형으로 기재 ▪ 유형 : CCYYMMDD
조제·제제약 효능 및 효과	an(350)	452	조제·제제약의 효능 및 효과를 평문(Free Text)으로 기재
조제·제제약 용법 및 용량	an(350)	802	조제·제제약의 용법 및 용량을 평문(Free Text)으로 기재

(3) 의료기관 자체 조제·제제약 내역통보서3

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
신청번호	an(12)	1	의료기관의 자체 조제·제제약 내역을 심사평가원에 통보 시 의료기관에서 부여하는 번호로서 통보 년·월·일과 통보일에 발생한 조제·제제 약 내역통보서의 개수를 일련 번호로 기재 ▪ 유형 : CCYYMMDD+일련번호 CCYYMMDD : 통보 년·월·일(8자리) 일련번호 : 통보서의 일련번호(4자리)
출번호	n(3)	13	통보 품목별로 일련번호를 3자리숫자로 연이어 기재
구입기관 사업장등록번호	an(17)	16	조제·제제시 사용한 의약품의 수입업소 또는 제조회사의 사업장등록번호를 기재
구입기관 상호명	an(35)	33	조제·제제시 사용한 의약품의 수입업소 또는 제조회사의 상호명을 기재
사용약품 코드구분	an(3)	68	조제·제제 시 사용한 약품의 코드구분을 기재 ▪ 코드구분 3: 약제(코드구분 4제외) 4: 원료약, 의료기관 자체 조제·제제약
사용약품코드	an(9)	71	사용 약품의 코드를 기재
사용약품명	an(140)	80	사용 약품명을 기재
사용약품규격	an(140)	220	사용 약품의 규격을 숫자로 기재
사용약품단위	an(70)	360	사용 약품의 단위를 문자로 기재



항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
사용약품 구입일자	an(8)	430	사용약품의 구입일자를 기재. 단, 사용약품이 건강보험기준에서 급여약제일 경우는 조제·제제 당시 가중평균가 적용일자를 기재 ▪ 유형 : CCYYMMDD
사용약품 단위당가격	n(8.2)	438	사용약품의 규격/단위당 가격(건강보험기준에서 급여약제는 분기별 가중평균가격, 비급여약제는 실제구입가격)을 기재. 단, 사용약품이 원료약일 경우는 단위당 가격(원료약구입가/원료약구입량)이 소수인 경우 소수 셋째 자리에서 4사5입하여 소수 둘째자리까지 기재
사용약품분량	n(7.2)	448	사용약품의 사용분량을 “분량”과 “분량당 단위”로 구분하여 기재하되 분량은 숫자로 분량당 단위는 문자로 기재
사용약품 분량당단위	an(3)	457	
사용약품 분량당가격	n(7.2)	460	사용약품의 “단위당 가격”에 “분량”을 곱하여 기재

## 5. 심사자료 제출내역서

### (1) 심사자료 제출내역서1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
신청번호	an(12)	1	심사자료를 심사평가원에 제출시 의료기관에서 부여하는 번호로서 제출 년·월·일과 제출일에 발생한 제출내역서의 개수를 일련번호로 기재 ▪ 유형: CCYYMMDD + 일련번호 CCYYMMDD: 제출 년·월·일(8자리) 일련번호: 심사자료 제출내역서의 일련번호(4자리)
서식번호	an(4)	13	▪ 서식번호 C061: 심사자료 제출내역서
의료기관기호	an(8)	17	(진료수가청구서와 동일)
담당자	an(20)	25	의료기관의 구입통보 심사자료 제출내역서 담당자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
총건수	n(4)	45	심사자료 제출 총건수를 기재
화상자료총매수	n(4)	49	첨부된 화상자료 총 매수를 기재
참조란	an(1750)	53	추가 기술사항 기재

## (2) 심사자료 제출내역서2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
신청번호	an(12)	1	심사자료를 심사평가원에 제출시 의료기관에서 부여하는 번호로서 제출 년·월·일과 제출일에 발생한 제출내역서 의 개수를 일련번호로 기재 ▪ 유형: CCYYMMDD + 일련번호 CCYYMMDD: 제출 년·월·일(8자리) 일련번호: 심사자료 제출내역서의 일련번호(4자리)
심사자료 요청내역서 통보번호	an(12)	13	“심사자료 요청내역서”에 기재된 통보번호를 기재 ▪ 통보번호: CCYYMMDD + 일련번호
통보서 구분	an(1)	25	“심사자료 요청내역서”에 기재된 통보서 구분코드를 기재 A: 치료재료                      C: 조제·제제약 D: 비급여약제                  E: 비급여행위등
통보서신청번호	an(12)	26	“심사자료 요청내역서”에 기재된 통보서 신청번호를 기재 ▪ 신청번호: CCYYMMDD + 일련번호
줄번호	n(3)	38	“심사자료 요청내역서”에 기재된 줄번호를 기재
통보품목코드	an(9)	41	“심사자료 요청내역서”에 기재된 구입통보품목 코드를 기재
통보품목	an(140)	50	“심사자료 요청내역서”에 기재된 구입통보품목 명칭을 기재
화상자료매수	n(4)	190	줄번호별 화상자료 매수를 기재
심사자료 내역	an(35)	194	심사자료 구분이 “기타”에 해당되는 경우 그 내역을 평문 으로 기재

## (3) 심사자료 제출내역서3

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
신청번호	an(12)	1	심사자료를 심사평가원에 제출시 의료기관에서 부여하는 번호로서 제출 년·월·일과 제출일에 발생한 제출내역서 의 개수를 일련번호로 기재 ▪ 유형: CCYYMMDD + 일련번호 CCYYMMDD : 제출 년·월·일(8자리) 일련번호: 심사자료 제출내역서의 일련번호(4자리)
심사자료 요청내역서 통보번호	an(12)	13	“심사자료 요청내역서”에 기재된 통보번호를 기재 ▪ 통보번호: CCYYMMDD + 일련번호
통보서 구분	an(1)	25	“심사자료 요청내역서”에 기재된 통보서 구분코드를 기재 A: 치료재료                      C: 조제·제제약 D: 비급여약제                  E: 비급여행위등

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
통보서신청번호	an(12)	26	“심사자료 요청내역서”에 기재된 통보서 신청번호를 기재 ▪ 신청번호: CCYYMMDD + 일련번호
줄번호	n(3)	38	“심사자료 요청내역서”에 기재된 줄번호를 기재
심사자료 구분	an(3)	41	심사자료의 구분코드를 기재하며, 심사자료를 영상자료 (IMAGE DATA)로 첨부하는 경우에는 해당 자료의 파일명을 기재 ▪ 심사자료 구분 7B1: 세금계산서                      7B2: 거래명세표 7B3: 수입면장                      7B4: 비용산정 근거자료 7BE: 기타
심사자료파일명	an(70)	44	심사자료를 영상자료(IMAGE DATA)로 첨부하는 경우에는 심사자료 구분에서 선택한 자료의 파일명을 기재

## 6. 검체검사 공급내역 통보서

### (1) 검체검사 공급내역 통보서1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식버전	an(3)	1	‘010’
통보번호	an(12)	4	공급내역통보시 수탁기관에서 부여하는 번호로서 통보년·월·일과 통보일에 발생한 통보서의 개수를 일련번호로 기재 ▪ 유형 : CCYYMMDD+일련번호(4자리) CCYYMMDD : 년·월·일 일련번호 : 통보서의 일련번호(4자리)
서식번호	an(4)	16	▪ 서식번호 C200 : 검체검사 공급내역 통보서
수탁기관기호	an(8)	20	수탁기관의 검사기관기호를 기재
위탁기관기호	an(8)	28	검체검사를 위탁한 의료기관기호를 기재
통보인	an(20)	36	수탁기관 대표자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
작성자	an(20)	56	검체검사 공급내역통보서의 작성자 성명을 한글 또는 영문으로 기재
작성자생년월일	an(13)	76	검체검사공급내역통보서 작성자의 생년월일을 기재
총건수	n(5)	89	검체검사공급내역통보 건수 합계를 기재
참조란	an(1750)	94	추가 기술사항 기재

## (2) 검체검사 공급내역 통보서2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
통보번호	an(12)	1	공급내역통보시 수탁기관에서 부여하는 번호로서 통보년·월·일과 통보일에 발생한 통보서의 개수를 일련번호로 기재 <ul style="list-style-type: none"> <li>· 유형 : CCYYMMDD+일련번호(4자리)  CCYYMMDD : 년·월·일  일련번호 : 통보서의 일련번호(4자리)</li> </ul>
통보서일련번호	an(5)	13	검체검사공급내역통보서의 환자별 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 <ul style="list-style-type: none"> <li>· 유형(50번째 환자인 경우 다음과 같이 기재)  - 00050</li> </ul>
환자성명	an(20)	18	환자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
환자 주민등록번호	an(13)	38	환자의 주민등록번호를 기재하되 생년월일 다음의 “-”는 기재 생략
상병분류기호	an(6)	51	검사의뢰서상의 주소 또는 임상진단명을 기재하되 통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호를 주된 상병 순으로 기재하며 영문자는 반드시 대문자로 기재하고 ‘.’ 또는 *, † 등 특수기호는 기재 생략
진료과목	an(2)	57	검사의뢰서상의 진료과목을 기재하되 진료과목이 2개 이상에 해당되는 경우 상병별로 모두 기재

## (3) 검체검사 공급내역 통보서3

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
통보번호	an(12)	1	공급내역통보시 수탁기관에서 부여하는 번호로서 통보년·월·일과 통보일에 발생한 통보서의 개수를 일련번호로 기재 <ul style="list-style-type: none"> <li>· 유형 : CCYYMMDD+일련번호(4자리)  CCYYMMDD : 년·월·일  일련번호 : 통보서의 일련번호(4자리)</li> </ul>
통보서일련번호	an(5)	13	검체검사공급내역통보서의 환자별 일련번호로 아래 예시와 같이 5자리숫자로 순차적으로 기재하되 반드시 00001부터 연이어 기재 <ul style="list-style-type: none"> <li>· 유형(50번째 환자인 경우 다음과 같이 기재)  - 00050</li> </ul>
환자성명	an(20)	18	환자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
환자 주민등록번호	an(13)	38	환자의 주민등록번호를 기재하되 생년월일 다음의 “-”는 기재 생략

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
줄번호	n(3)	51	한 일련번호 내에서 검사코드 기재순서에 따라 연이어 부여 기재
코드구분	an(1)	54	코드를 구분하는 구분자로서, 코드를 기재할 경우는 반드시 해당 구분자를 기재 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 코드구분               <ol style="list-style-type: none"> <li>1: 수가</li> <li>2: 준용수가, 신의료기술등 급여 결정신청 건(행위 및 치료재료 포함)</li> <li>8: 치료재료</li> </ol> </li> </ul>
코드	an(9)	55	진료수가, 치료재료 코드를 기재하며, 코드에 대한 세부내역은 “진료코드” 참조
준용명	an(140)	64	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 「상대가치점수표」에 분류되지 않은 항목을 「상대가치점수표」상의 비슷한 검사로 준용하여 ‘JJJJJ’코드로 청구하는 경우 “준용명”란에 실제 검사명과 검사료 산출식을 평문(Free Text)으로 기재</li> <li>- 다만, 신의료기술등 급여 결정신청 후 건강보험 급여 또는 비급여로 결정·고시되기 전인 검사로서 ‘SSSSSS’ 코드로 청구하는 경우 “준용명”란에 신의료기술등 급여 결정신청일과 명칭을 CCYYMMDD/평문(Free Text)로 기재</li> </ul>
검체	an(70)	204	검사를 위해 채취한 가검물 종류를 기재
검사의뢰일	an(8)	274	위탁기관에서 검체검사를 의뢰한 검사의뢰서상의 날짜를 아래 유형으로 기재 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 유형 : CCYYMMDD</li> </ul>
결과통보일	an(8)	282	수탁기관이 위탁기관에 검사결과를 통보한 검사결과지상의 날짜를 아래 유형으로 기재 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 유형 : CCYYMMDD</li> </ul>
1일실시횟수	n(5.4)	290	1일 실시횟수를 기재
총실시횟수	n(3)	299	총 실시일수를 기재
비고	an(350)	302	줄번호별 추가 기술사항이 있는 경우 내역을 평문으로 기재

## 7. PACS 등 영상자료 제출내역서

### (1) PACS 등 영상자료 제출내역서1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식버전	an(3)	1	‘010’
제출번호	an(12)	4	영상자료를 심사평가원에 제출시 의료기관에서 부여하는 번호로서 제출 년·월·일과 제출일에 발생한 제출내역서

			의 개수를 일련번호로 기재 ▪ 유형 : CCYYMMDD + 일련번호(4자리)
서식번호	an(4)	16	▪ 서식번호 C090 : PACS 등 영상자료 제출내역서
자료구분	an(2)	20	▪ 자료구분 01: 영상자료 02: 이의제기 영상자료
의료기관기호	an(8)	22	(진료수가청구서와 동일)
담당자	an(20)	30	의료기관의 PACS 등 영상자료 제출내역서 담당자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
총건수	n(4)	50	제출한 파일(PACS 등 영상자료 제출내역서2) 총건수를 기재

## (2) PACS 등 영상자료 제출내역서2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
제출번호	an(12)	1	영상자료를 심사평가원에 제출시 의료기관에서 부여하는 번호로서 제출 년·월·일과 제출일에 발생한 제출내역서의 개수를 일련번호로 기재 ▪ 유형 : CCYYMMDD + 일련번호(4자리)
제출일련번호	n(4)	13	영상자료제출내역서의 개수를 일련번호 4자리 숫자로 기재
접수번호	an(7)	17	영상자료 제출시 당초 청구한 명세서의 접수번호를 기재
청구번호	an(10)	24	영상자료 제출시 당초 청구한 청구서의 청구번호를 기재
명세서일련번호	an(5)	34	영상자료 제출시 당초 청구한 명세서의 일련번호를 기재
환자성명	an(20)	39	영상자료 제출 시 당초 청구한 명세서의 환자성명을 한글 또는 영문으로 기재
환자 주민등록번호	an(13)	59	영상자료 제출시 당초 청구한 명세서의 환자 주민등록번호를 기재
당월진료개시일	an(8)	72	영상자료 제출시 당초 청구한 명세서의 당월진료개시일을 기재
보험자종별구분	an(1)	80	영상자료 제출시 당초 청구한 명세서의 보험자종별구분 기재
진료분야구분	an(2)	81	영상자료 제출시 당초 청구한 명세서의 진료분야구분 기재
심사구분	an(1)	83	1: 1차심사 2: 2차심사 3: 3차심사 ...
참조란	an(2000)	84	판독결과 등 추가 기술사항 기재

(3) PACS 등 영상자료 제출내역서3

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
제출번호	an(12)	1	영상자료를 심사평가원에 제출시 의료기관에서 부여하는 번호로서 제출 년·월·일과 제출일에 발생한 제출내역서의 개수를 일련번호로 기재 ▪ 유형 : CCYYMMDD+일련번호(4자리)
제출일련번호	n(4)	13	영상자료제출내역서의 개수를 일련번호 4자리숫자로 기재
파일명	an(100)	17	심사평가원에 제출시 의료기관에서 부여하는 파일명으로서 제출 년·월·일과 제출일에 발생한 제출내역서의 개수와 파일 일련번호를 기재 ▪ 유형 : 의료기관기호 + CCYYMMDD + 제출일련번호 + 파일일련번호 + ‘.’ + 확장자

## 8. 비용산정 통보서

(1) 비용산정 통보서 1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식버전	an(3)	1	‘010’
신청번호	an(12)	4	건강보험기준에서 정한 비급여행위, 신의료기술등의 급여 결정신청건, 「자동차보험진료수가에 관한 기준」 별표2의 항목 중 비용이 정해지지 않은 진료항목에 대한 소요비용을 심사평가원에 통보 시 의료기관에서 부여하는 번호로서 통보 년·월·일과 통보일에 발생한 내역통보서의 개수를 일련번호로 기재 ▪ 유형 : CCYYMMDD+일련번호 CCYYMMDD : 통보 년·월·일(8자리) 일련번호 : 통보서의 일련번호(4자리)
서식번호	an(4)	16	▪ 서식번호 C100 : 비용산정 통보서
의료기관기호	an(8)	20	(진료수가청구서와 동일)
담당자	an(20)	28	의료기관의 비급여행위등 비용산정 통보서 담당자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
총건수	n(4)	48	비급여행위등 비용산정 통보품목의 총 건수(줄번호수)를 기재

## (2) 비용산정 통보서 2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
신청번호	an(12)	1	건강보험기준에서 정한 비급여행위, 신의료기술등의 급여 결정신청건, 「자동차보험진료수가에 관한 기준」 별표2의 항목 중 비용이 정해지지 않은 진료항목에 대한 소요비용을 심사평가원에 통보 시 의료기관에서 부여하는 번호로서 통보 년·월·일과 통보일에 발생한 내역통보서의 개수를 일련번호로 기재 <ul style="list-style-type: none"> <li>· 유형 : CCYYMMDD+일련번호</li> <li>CCYYMMDD : 통보 년·월·일(8자리)</li> <li>일련번호 : 통보서의 일련번호(4자리)</li> </ul>
출번호	n(3)	13	항목별 일련번호를 3자리 숫자로 기재하되 001부터 연이어 기재
코드구분	an(1)	16	통보하는 분류(신청)명등의 코드구분 기재 <ul style="list-style-type: none"> <li>· 구분코드</li> <li>A: 수가</li> <li>B: 신의료기술등 급여 결정신청건(행위)</li> <li>C: 신의료기술등 급여 결정신청건(치료재료)</li> </ul>
진료구분	an(1)	17	· 진료구분 1: 의과      2: 치과      9: 한방
코드	an(8)	18	비급여행위의 경우 「상대가치점수표」의 제3부 행위 비급여목록에 따른 코드를 기재하고, 신의료기술등 급여결정신청건의 경우 'SSSSSS'코드를 기재, 「자동차보험진료수가에 관한 기준」 별표2의 항목 중 비용이 정해지지 않은 진료항목의 경우 별표2에 따른 코드를 기재
분류(신청)명	an(140)	26	비급여행위의 경우 「상대가치점수표」의 제3부 행위 비급여목록에 따른 분류명을 기재하고, 신의료기술등 급여결정신청건의 경우 급여결정신청명을 기재, 「자동차보험진료수가에 관한 기준」 별표2의 항목 중 비용이 정해지지 않은 진료항목의 경우 별표2에 따른 분류명을 기재
비용	an(10)	166	비급여행위, 신의료기술등 및 「자동차보험진료수가에 관한 기준」 별표2의 항목 중 비용이 정해지지 않은 진료항목에 소요되는 실제 비용 기재
적용(신청)일	an(8)	176	비급여행위에 소요되는 비용변경일, 신의료기술등 급여결정신청일 및 「자동차보험진료수가에 관한 기준」 별표2의 항목 중 비용이 정해지지 않은 진료항목에 소요되는 비용(단가)변경일을 아래 유형으로 기재 <ul style="list-style-type: none"> <li>· 유형 : CCYYMMDD</li> </ul>
첨부파일	an(1)	184	가격의 산출근거 및 내역에 관한 자료 유무 기재 Y: 첨부파일 있음      N: 첨부파일 없음
참조란	an(1750)	185	추가 기술사항 기재



## 9. 환자평가표 파일

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식버전	an(3)	1	‘013’
<b>A. 일반사항</b>			
0. 의료기관기호	an(8)	4	의료기관기호 기재
1. 환자성명	an(12)	12	환자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
2. 주민등록번호	an(13)	24	환자의 주민등록번호를 기재하되 생년월일 다음의 “-”는 기재 생략
3. 입원일	an(8)	37	이번 입원의 최초 입원일을 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
4. 진료개시일	an(8)	45	해당 진료수가 명세서의 진료개시일을 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
5. 평가구분	an(1)	53	다음에 해당하는 번호를 기재 1: 입원 평가 2: 계속 입원 중인 환자 평가 3: 이전 환자평가표를 적용하는 경우
6. 작성일	an(8)	54	환자평가표 작성일을 기재 ■ 유형: CCYYMMDD
7. 입원 직전 있던 곳	an(1)	62	입원 직전 있던 곳에 해당하는 번호를 기재 ( ‘5. 평가구분’ 이 ‘1’ 인 경우에만 기재) 1: 집에 거주 (재가장기요양서비스/가정간호/방문간호를 받으면서) 2: 집에 거주 (재가장기요양서비스/가정간호/방문간호를 받지 않으면서) 3: 요양시설/그룹홈 4: 급성기병원 5: 요양병원 6: 정신병원/정신시설 7: 기타
8. 교육수준	an(1)	63	교육 정도에 해당하는 번호를 기재 ( ‘5. 평가구분’ 이 ‘1’ 인 경우에만 기재) 1: 무학                      2: 초졸(퇴)                      3: 중졸(퇴) 4: 고졸(퇴)                      5: 대졸(퇴) 이상                      6: 확인 불가
9. 혈압 - 수축기혈압	n(3)	64	수축기 혈압과 이완기 혈압을 각각 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
- 이완기혈압	n(3)	67	(단위: mmHg, 혈압측정이 불가능한 경우 999/999로 기재)
10. 건강생활습관			a~d의 건강생활습관에 해당하는 번호를 기재 ( ‘5. 평가구분’ 이 ‘1’ 인 경우에만 기재)
a. 담배	an(1)	70	- 담배를 피우는지 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
b. 술	an(1)	71	- 술을 자주 마시는지 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
c. 운동	an(1)	72	- 주 4일 이상, 한번에 30분 이상 운동 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
d. 식사	an(1)	73	- 하루 세끼 식사를 꼬박꼬박 챙겨 먹는지 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
11. 장기요양등급 및 신청	an(1)	74	장기요양등급 및 신청에 해당하는 번호를 기재 ( ‘5. 평가구분’ 이 ‘1’ 인 경우에만 기재) 1: 해당사항 없음 2: 미신청 3: 신청 중 4: 신청하였으나 인정 못 받음 5: 등급 내 자 6: 등급 외 자
12. 장기요양등급 및 이용 서비스			장기요양등급 및 이용 서비스에 해당하는 번호를 기재 ( ‘5. 평가구분’ 이 ‘1’ 인 경우, ‘11. 장기요양등급 및 신청’ 이 ‘5’ 인 경우에만 기재)
a. 등급	an(1)	75	- 장기요양등급에 대해 해당하는 번호를 기재 1: 1등급 2: 2등급 3: 3등급 4: 4~5등급 5: 인지지원등급 6: 확인 불가
b. 이용 서비스			- (1)~(8) 서비스를 이용 중이거나 이용하였으면 ‘1’ , 그렇지 않으면 ‘0’ 을 기재
(1) 주·야간보호	an(1)	76	
(2) 방문요양	an(1)	77	
(3) 방문간호	an(1)	78	
(4) 방문목욕	an(1)	79	
(5) 단기보호	an(1)	80	
(6) 복지용구 구입 및 대여	an(1)	81	
(7) 시설입소	an(1)	82	
(8) 기타	an(1)	83	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
13. 장기요양서비스 이용 의향	an(1)	84	장기요양서비스를 받고 싶은 의향 여부를 기재 ( ‘5. 평가구분’ 이 ‘1’ 인 경우, ‘11. 장기요양등급 및 신청’ 이 ‘2’ 또는 ‘4’ 인 경우에만 기재) 0: 아니오 1: 예
14. 사회환경 선별 조사			지난 1년 동안의 상황을 종합하여 해당하는 번호를 기재 ( ‘5. 평가구분’ 이 ‘1’ 인 경우에만 기재)
a. 응답거부	an(1)	85	- 아래 b~g에 대하여 응답을 거부하면 ‘1’ , 응답하면 ‘0’ 을 기재
b. 식사준비, 간병 등	an(1)	86	- 식사준비, 간병 등의 도움을 줄 수 있는 사람이 없는지 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
c. 전기·수도 등	an(1)	87	- 전기·수도 등 공과금 미납으로 서비스 중단 고지를 받은 적이 있는지 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
d. 거주지	an(1)	88	- 안정적으로 거주할 집이 없어 노숙 등을 한 적이 있는지 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
e. 병원비, 주거비 등	an(1)	89	- 병원비, 월세 등 주거비, 난방비 등 비용 지불이 어려운 적이 있는지 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
f. 교통수단	an(1)	90	- 교통수단 부족으로 진료, 복지관 등 외출이 어려웠던 적이 있는지 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
g. 긴급도움	an(1)	91	- 먹을 것이 없거나 학대를 받는 등 긴급하게 도움이 필요한 적이 있는지 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
<b>B. 의식상태</b>			
1. 혼수	an(1)	92	혼수 상태 여부를 기재 0: 아니오 1: 예 ※ 혼수상태가 ‘1’ 인 경우 ‘D. 신체기능’ 으로 넘어감
2. 섬망	an(1)	93	섬망에 대해 다음에 해당하는 번호를 기재 0: 섬망의 증상이 전혀 나타나지 않음 1: 섬망의 증상이 있으나, 지난 7일 이전에 발생함 2: 섬망의 증상이 있으나, 지난 7일 이내에 발생하였거나 악화되고 있음

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
<b>C. 인지기능</b>			
1. 단기기억력	an(1)	94	단기기억력에 대해 다음에 해당하는 번호를 기재 0: 정상 1: 이상 있음 2: 확인 불가
2. 인식기술	an(1)	95	일상 생활사에 관한 의사결정을 할 수 있는 인식기술에 대해 다음에 해당하는 번호를 기재 0: 스스로 일관성 있고 합리적인 의사결정을 함 1: 새로운 상황에서만 의사결정의 어려움이 있음 2: 인식기술이 다소 손상됨 3: 인식기술이 심하게 손상됨
3. 이해시키는 능력	an(1)	96	이해시키는 능력에 대해 다음에 해당하는 번호를 기재 0: 이해시킴 1: 대부분 이해시킴 2: 가끔 이해시킴 3: 거의/전혀 이해시키지 못함
4. 의사표현	an(1)	97	말로 의사표현을 할 수 있는지 여부를 기재 0: 아니오    1: 예
5. 행동심리증상의 빈도			a~n 각 행동심리증상의 빈도에 대해 다음에 해당하는 번호를 기재 0: 없음 1: 가끔 2: 자주 3: 매우 자주
a. 망상	an(1)	98	
b. 환각	an(1)	99	
c. 초조/공격성	an(1)	100	
d. 우울/낙담	an(1)	101	
e. 불안	an(1)	102	
f. 들뜬 기분/다행감	an(1)	103	
g. 무감동/무관심	an(1)	104	
h. 탈억제	an(1)	105	
i. 과민/불안정	an(1)	106	
j. 이상 운동증상 또는 반복적 행동	an(1)	107	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
k. 수면/야간행동	an(1)	108	
l. 식욕/식습관의 변화	an(1)	109	
m. 케어에 대한 저항	an(1)	110	
n. 배회	an(1)	111	
6. K-MMSE(또는 MMSE-K) 검사			
a. 실시여부	an(1)	112	- 평가표 작성일로부터 지난 6개월 이내 K-MMSE(또는 MMSE-K) 검사 실시 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
b-1. 점수	n(2)	113	- ‘a. 실시여부’가 ‘1’인 경우 점수와 검사일(CCYYMMDD)을 각각 기재
b-2. 검사일	an(8)	115	
7. 치매 척도 검사			
a. CDR 실시여부	an(1)	123	- CDR(Clinical Dementia Rating) 검사 실시 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
b-1. 점수	n(1.1)	124	- ‘a. CDR 실시여부’가 ‘1’인 경우 점수와 검사일(CCYYMMDD)을 각각 기재
b-2. 검사일	an(8)	126	
c. GDS 실시여부	an(1)	134	- GDS(Global Deterioration Scale) 검사 실시 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
d-1. 점수	n(1)	135	- ‘c. GDS 실시여부’가 ‘1’인 경우 점수와 검사일(CCYYMMDD)을 각각 기재
d-2. 검사일	an(8)	136	
<b>D. 신체기능</b>			1~10은 일상생활수행능력(Activities of Daily Living, ADL)에 대하여 각 항목별 해당하는 번호를 기재
1. 옷벗고 입기	an(1)	144	옷벗고 입기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재 0: 완전자립 1: 감독필요 2: 약간의 도움 3: 상당한 도움 4: 전적인 도움 8: 행위 발생안함
2. 세수하기	an(1)	145	세수하기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재 0: 완전자립 1: 감독필요 2: 약간의 도움 3: 상당한 도움 4: 전적인 도움 8: 행위 발생안함
3. 양치질하기	an(1)	146	양치질하기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재 0: 완전자립 1: 감독필요 2: 약간의 도움 3: 상당한 도움 4: 전적인 도움 8: 행위 발생안함
4. 목욕하기	an(1)	147	목욕하기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
5. 식사하기	an(1)	148	0: 완전자립    1: 감독필요    2: 약간의 도움 3: 상당한 도움    4: 전적인 도움    8: 행위 발생안함 식사하기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재
6. 체위변경하기	an(1)	149	0: 완전자립    1: 감독필요    2: 약간의 도움 3: 상당한 도움    4: 전적인 도움    8: 행위 발생안함 체위변경하기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재
7. 일어나 앉기	an(1)	150	0: 완전자립    1: 감독필요    2: 약간의 도움 3: 상당한 도움    4: 전적인 도움    8: 행위 발생안함 일어나 앉기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재
8. 옮겨앉기	an(1)	151	0: 완전자립    1: 감독필요    2: 약간의 도움 3: 상당한 도움    4: 전적인 도움    8: 행위 발생안함 옮겨앉기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재
9. 방밖으로 나오기	an(1)	152	0: 완전자립    1: 감독필요    2: 약간의 도움 3: 상당한 도움    4: 전적인 도움    8: 행위 발생안함 방밖으로 나오기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재
10. 화장실 사용하기	an(1)	153	0: 완전자립    1: 감독필요    2: 약간의 도움 3: 상당한 도움    4: 전적인 도움    8: 행위 발생안함 화장실 사용하기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재
11. 외상상태	an(1)	154	외상상태 여부를 기재 0: 아니오    1: 예
<b>E. 배설기능</b>			
1. 대변조절	an(1)	155	대변조절 상태에 대해 다음에 해당하는 번호를 기재 0. 조절할 수 있음    1. 가끔 실금함 2. 자주 실금함    3. 조절 못함
2. 소변조절	an(1)	156	소변조절 상태에 대해 다음에 해당하는 번호를 기재 0. 조절할 수 있음    1. 가끔 실금함 2. 자주 실금함    3. 조절 못함
3. 배변조절 기구 및 프로그램			

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
a. 일정하게 짜여진 배뇨계획	n(1)	157	- a~f 배변조절 기구 및 프로그램을 환자에게 실시하면 ‘1’, 그렇지 않으면 ‘0’을 기재
b. 방광 훈련 프로그램	n(1)	158	
c. 규칙적 도뇨	n(1)	159	
d. 외부(콘돔형) 카테터	n(1)	160	
e. 패드, 팬티형 기저귀	n(1)	161	
f. 인공루	n(1)	162	
g. 유치도뇨관 삽입	n(1)	163	- 유치도뇨관 삽입이 1일 이상 발생한 경우 ‘1’, 그렇지 않으면 ‘0’을 기재
g-1-1. 삽입일자	an(8)	164	- ‘g. 유치도뇨관 삽입’ 이 ‘1’ 인 경우 삽입, 제거일자(CCYYMMDD)를 기재
g-1-2. 제거일자	an(8)	172	
g-2-1. 삽입일자	an(8)	180	
g-2-2. 제거일자	an(8)	188	
g-3-1. 삽입일자	an(8)	196	
g-3-2. 제거일자	an(8)	204	
g-4-1. 삽입일자	an(8)	212	
g-4-2. 제거일자	an(8)	220	
g-5-1. 삽입일자	an(8)	228	
g-5-2. 제거일자	an(8)	236	
g-6-1. 삽입일자	an(8)	244	
g-6-2. 제거일자	an(8)	252	
g-7-1. 삽입일자	an(8)	260	
g-7-2. 제거일자	an(8)	268	
g-8-1. 삽입일자	an(8)	276	
g-8-2. 제거일자	an(8)	284	
g-9-1. 삽입일자	an(8)	292	
g-9-2. 제거일자	an(8)	300	
g-10-1. 삽입일자	an(8)	308	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
g-10-2. 제거일자	an(8)	316	
g-11. 삼입기간 (g-1~g-10 을 제외한 삼입기간)	an(2)	324	- 위 g-1~g-10을 제외한 삼입기간이 존재할 경우 삼입일수를 모두 합산하여 기재
h. 해당사항 없음	n(1)	326	- 위 a~g 모두에 해당사항이 없으면 '1', 하나라도 해당하면 '0' 을 기재
4. 배뇨일지			
a. 배뇨일지 작성 여부	an(1)	327	- 배뇨일지 작성 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
b. 배뇨일지 작성 일수	n(2)	328	- 'a. 배뇨일지 작성 여부' 가 '1' 인 경우 배뇨일지 작성 일수를 기재
<b>F. 질병진단</b>			
1. 질병			
a. 당뇨	n(1)	330	- a~aa 각 질병에 해당하면 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재
(1)㉠ 혈당검사 실시여부	an(1)	331	- 'a. 당뇨' 가 '1' 인 경우 1일 3회 이상 혈당검사 매일 실시 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
㉠-1 공복시 혈당	n(3)	332	- '(1)㉠ 혈당검사 실시여부' 가 '1' 인 경우 가장 최근의 '공복시 혈당' 이나 '식후2시간 혈당' 검사 결과(단위: mg/dl)를 기재
㉠-2 식후2시간 혈당	n(3)	335	
(2)㉠ HbA1c검사 실시여부	an(1)	338	- 'a. 당뇨' 가 '1' 인 경우 최근 3개월 이내 헤모글로빈A1c (HbA1c) 검사 실시 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
㉠-1 HbA1c	n(2.1)	339	- '(2)㉠ HbA1c검사 실시여부' 가 '1' 인 경우 헤모글로빈A1c (HbA1c) 검사 결과(단위: %)와 검사일(CCYMMDD)을 각각 기재
㉠-2 검사일	an(8)	342	
b. 고혈압	n(1)	350	
c. 요로감염	n(1)	351	
d. 말초혈관질환	n(1)	352	
e. 하지마비	n(1)	353	
f. 사지마비	n(1)	354	



항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
g. 편마비	n(1)	355	
h. 뇌성마비	n(1)	356	
i. 뇌혈관질환	n(1)	357	
j. 파킨슨병(G20)	n(1)	358	
k. 척수손상	n(1)	359	
l. 중증근무력증 및 기타 근신경장애 (G70)	n(1)	360	
m. 근육의 원발성 장애(G71)	n(1)	361	
n. 다발경화증(G35)	n(1)	362	
o. 헌팅톤병(G10)	n(1)	363	
p. 유전성 운동실조 (G11)	n(1)	364	
q. 척수성 근위축 및 관련 증후군 (G12)	n(1)	365	
r. 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축 (G13)	n(1)	366	
s. 진행성 핵상 안근마비[스틸- 리차드슨-올스 제위스키] (G23.1)	n(1)	367	
t. 중추신경계통의 비정형바이러스 감염(A81)	n(1)	368	
u. 아급성 괴사성 뇌병증[ 리이] (G31.81)	n(1)	369	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
v. 후천성면역결핍증 (B20~B24, Z21)	n(1)	370	
w. 치매	n(1)	371	
x. 고지혈증	n(1)	372	
y. 심부전	n(1)	373	
z. 만성폐색성폐질환	n(1)	374	
aa. 천식	n(1)	375	
ab. 해당사항 없음	n(1)	376	- 위 a~aa 모두에 해당사항이 없으면 '1', 하나라도 해당하면 '0' 을 기재
2. 영양관련 장애			
a. 콕시오르코르 (E40)	n(1)	377	- a~g 각 질병에 해당하면 '1' 그렇지 않으면 '0' 을 기재
b. 영양성 소모증 (E41)	n(1)	378	
c. 소모성 콕시오 르코르(E42)	n(1)	379	
d. 상세불명의 중증 단백질-에너지 영양실조(E43)	n(1)	380	
e. 중등도 및 경도 의 단백질-에너지 영양실조(E44)	n(1)	381	
f. 단백질-에너지 영양실조로 인한 발육지연(E45)	n(1)	382	
g. 상세불명의 단백질-에너지 영양실조(E46)	n(1)	383	
h. 해당사항 없음	n(1)	384	- 위 a~g 모두에 해당사항이 없으면 '1', 하나라도 해당하면 '0' 을 기재
<b>G. 건강상태</b>			
1. 문제상황			

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
a. 열	n(1)	385	- a-e 각 문제상황에 해당하면 ‘1’, 그렇지 않으면 ‘0’ 을 기재
(1) 체온	n(2.1)	386	- ‘a. 열’ 이 ‘1’ 인 경우 체온 측정결과(단위: ℃)를 기재
(2) 검사와 처치	n(1)	389	- ‘a. 열’ 이 ‘1’ 인 경우 발열 원인을 찾는 검사와 처치 시행 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
(3) 발열 일수	n(2)	390	- ‘a. 열’ 이 ‘1’ 인 경우 발열 일수를 기재
b. 탈수	n(1)	392	
c. 구토	n(1)	393	
d. 수술 3개월 이내 루 관리	n(1)	394	
e. 출혈·감염 등 의 문제로 인한 루 관리	n(1)	395	
f. 해당사항 없음	n(1)	396	- 위 a~e 모두에 해당사항이 없으면 ‘1’, 하나라도 해당하면 ‘0’ 을 기재
2. 통증			
a. 통증 발생 빈도	an(1)	397	- 통증 발생 빈도에 대해 다음의 해당하는 번호를 기재 0: 통증 없음 1: 통증이 있으나 매일은 아님 2: 매일 통증이 있음
b. 통증 강도			- ‘a. 통증 발생 빈도’ 가 ‘1’ 또는 ‘2’ 인 경우 VAS, NRS, FPS 중 하나를 기재
(1) 시각 통증 등급	n(2)	398	- VAS(Visual Analogue Scale) 해당 점수를 기재
(2) 숫자 통증 등급	n(2)	400	- NRS(Numeric Rating Scale) 해당 점수를 기재
(3) 얼굴 통증 등급	n(1)	402	- FPS(Faces Pain Scale) 해당 단계를 기재
c. 통증 치료 여부			
(1) 통증관련 치료	an(1)	403	- 통증 관련 치료 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
(2) 암성통증 치료	an(1)	404	- 암성통증 치료 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
3. 낙상여부			
a. 30일 이내 낙상	an(1)	405	- 지난 30일 이내에 낙상 여부를 기재 0: 아니오 1: 예 2: 확인 불가

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
b. 31~180일 사이에 낙상	an(1)	406	- 지난 31일에서 180일 사이에 낙상 여부를 기재 0: 아니오 1: 예 2: 확인 불가
4. 말기질환	an(1)	407	말기질환 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
<b>H 구강 및 영양상태</b>			
1. 삼키기	an(1)	408	물이나 음식을 삼키기가 어려운지 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
2-1. 체중			
a. 측정여부	an(1)	409	- 환자평가표 작성기간에 체중 측정 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
b-1. 체중	n(3.1)	410	- ‘2-1. a. 측정여부’ 가 ‘1’ 인 경우 체중을 Kg단위로 기재
b-2. 측정일	an(8)	414	(소수 둘째자리에서 4사5입)하고 측정일(CCYYMMDD)을 기재
2-2. 체중감소	an(1)	422	체중 감소 여부를 기재 0: 아니오 1: 예 2: 확인 불가
2-3. 키(신장)			
a. 측정여부	an(1)	423	- 키 측정 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
b-1. 키	n(3.1)	424	- ‘2-3. a. 측정여부’ 가 ‘1’ 인 경우 키를 cm단위로 기재
b-2. 측정일	an(8)	428	(소수 둘째자리에서 4사5입)하고 측정일(CCYYMMDD)을 기재
3. 영양섭취 방법			
a. 정맥영양	an(1)	436	- 정맥영양 실시 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
b. 경관영양			
(1) 실시여부	an(1)	437	- 경관영양 실시 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
(2) 실시일수	n(2)	438	- ‘b.(1) 실시여부’ 가 ‘1’ 인 경우 경관영양을 실시한 일수를 기재
4. 정맥 또는 경관을 통한 섭취			‘3a.정맥영양’ 또는 ‘3b.(1) 실시여부’ 가 ‘1’ 인 경우에 기재
a. 칼로리	an(1)	440	- 지난 6일 동안 정맥 또는 경관으로 섭취한 칼로리의 비율 (1일 평균) 0: 없음 1: 1~25% 2: 26~50% 3: 51~75% 4: 76~100%

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
b. 수분량	an(1)	441	- 지난 6일 동안 정맥 또는 경관으로 섭취한 수분량(1일 평균) 0: 없음                      1: 1~500ml                      2: 501~1000ml 3: 1001~1500ml    4: 1501~2000ml    5: 2001ml 이상
<b>I. 피부상태</b>			
1. 피부궤양의 수			
a-1. 1단계(욕창 (압박성 궤양))	n(2)	442	- 각 단계에 해당하는 ‘욕창(압박성 궤양)’의 개수를 기재(없는 경우 ‘00’으로 기재)
a-2. 2단계(욕창 (압박성 궤양))	n(2)	444	
a-3. 3단계(욕창 (압박성 궤양))	n(2)	446	
a-4. 4단계(욕창 (압박성 궤양))	n(2)	448	
b-1. 1단계(울혈성 또는 허혈성 궤양 등)	n(2)	450	- 각 단계에 해당하는 ‘울혈성 또는 허혈성 궤양 등’의 개수를 기재(없는 경우 ‘00’으로 기재)
b-2. 2단계(울혈성 또는 허혈성 궤양 등)	n(2)	452	
b-3. 3단계(울혈성 또는 허혈성 궤양 등)	n(2)	454	
b-4. 4단계(울혈성 또는 허혈성 궤양 등)	n(2)	456	
2. 새로 발생한 욕창 (압박성 궤양)			
a. 발생유무	an(1)	458	- 이전 평가 이후 새로 발생한 욕창(압박성 궤양) 유무를 기재 0: 없음      1: 있음
b. 발생일	an(8)	459	- ‘a. 발생유무’가 ‘1’인 경우 그 발생일(CCYYMMDD)을 기재
3. 욕창(압박성 궤양) 과거력	an(1)	467	지난 1년 사이의 욕창(압박성 궤양) 과거력에 대해 다음에 해당하는 번호를 기재 0: 없음      1: 있음      2: 확인 불가
4. 피부의 기타문제			
a. 2도 이상의 화상	n(1)	468	- a~d 각 피부의 기타문제에 해당하면 ‘1’, 그렇지 않으면 ‘0’을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
b. 개방성 피부병변	n(1)	469	- 위 a~d 모두에 해당사항이 없으면 ‘1’, 하나라도 해당하면 ‘0’ 을 기재
c. 수술 창상	n(1)	470	
d. 발의 감염	n(1)	471	
e. 해당사항 없음	n(1)	472	
5. 피부문제에 대한 처치			
a. 압력을 줄여주는 도구 사용	n(1)	473	- a~g 각 피부에 대한 처치를 실시하였으면 ‘1’, 그렇지 않으면 ‘0’ 을 기재
b. 체위변경	n(1)	474	
c. 피부문제를 해결하기 위한 영양공급	n(1)	475	
d. 피부궤양 드레싱 - 드레싱 부위	n(1)	476	
: 발	n(1)	477	- ‘d. 피부궤양 드레싱’ 이 ‘1’인 경우 각 드레싱 부위에 해당하면 ‘1’, 그렇지 않으면 ‘0’ 을 기재
발 이외	n(1)	478	
e. 피부궤양 이외의 드레싱 - 드레싱 부위	n(1)	479	
: 발	n(1)	480	- ‘e. 피부궤양 이외의 드레싱’ 이 ‘1’인 경우 각 드레싱 부위에 해당하면 ‘1’, 그렇지 않으면 ‘0’ 을 기재
발 이외	n(1)	481	
f. 수술창상 치료	n(1)	482	
g. 화상관련 처치	n(1)	483	- 위 a~g 모두에 해당사항이 없으면 ‘1’, 하나라도 해당하면 ‘0’ 을 기재
h. 해당사항 없음	n(1)	484	
<b>J. 투약</b>			
1. 인슐린 주사제 투여 일수	an(1)	485	인슐린 주사제 투여 일수에 해당하는 번호를 기재 0: 투여되지 않았거나, 투여되었지만 매일은 아님

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
2. 행동심리증상에 대한 약물 치료 여부	an(1)	486	1: 매일 1회 투여됨 2: 매일 2회 이상 투여됨 망상, 환각, 초조·공격성, 탈억제, 케어에 대한 저항, 배회 에 대한 약물 치료 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
3. 치매관련 약제 투여 여부	an(1)	487	치매관련 약제 투여 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
4. 복용한 의약품 수	an(1)	488	지난 7일 동안 매일 복용한 의약품 수를 기재(제품명 기준) 0: 없음 1: 5개 미만 2: 5개 ~ 9개 3: 10개 ~ 14개 4: 15개 이상
<b>K. 특수처치 및 전문재활치료</b>			
1. 특수처치			
a. 정맥주사에 의한 투약	n(1)	489	- a~j 각 특수처치를 실시했으면 ‘1’, 그렇지 않으면 ‘0’ 을 기재
(1) 정맥주사 투여일수	n(2)	490	- ‘a. 정맥주사에 의한 투약’ 이 ‘1’ 인 경우 정맥주사 투여일수를 기재
b. 배뇨관련 루 관리	n(1)	492	
c. 배변관련 루 관리	n(1)	493	
d. 영양관련 루 관리	n(1)	494	
e. 산소요법	n(1)	495	
(1) (산소투여 전) 산소포화도	n(3.1)	496	- ‘e. 산소요법’ 이 ‘1’ 인 경우 (산소투여 전) 산소포화도 (SaO <sub>2</sub> 또는 SpO <sub>2</sub> , 단위: %)를 기재
(2) 산소투여일수	n(2)	500	- ‘e. 산소요법’ 이 ‘1’ 인 경우 산소투여일수를 기재
f. 하기도 증기흡입치료	n(1)	502	
g. 흡인	n(1)	503	
h. 기관절개관 관리	n(1)	504	
i. 인공호흡기	n(1)	505	
i-1. 개인용	n(1)	506	- ‘i. 인공호흡기’ 가 ‘1’ 인 경우 사용하는 인공호흡기가 개인용 또는 병원용이면 ‘1’, 아니면 ‘0’ 을 기재
i-2. 병원용	n(1)	507	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
j. 중심정맥영양	n(1)	508	- 위 a~j 모두에 해당사항이 없으면 ‘1’ , 하나라도 해당하면 ‘0’ 을 기재  지난 7일 동안 전문재활치료를 실시한 날 수를 기재 (실시한 날이 없는 경우에는 ‘0’ 을 기재)
k. 해당사항 없음	n(1)	509	
2. 전문재활치료 실시일수	n(1)	510	
<b>L. 작성자</b>			환자평가표를 작성한 의사 및 간호사의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
1. 의사	an(12)	511	
2. 간호사	an(12)	523	
CRLF	an(2)	535	CRLF



## II. 심사평가원이 의료기관에 전송하는 전자문서

### 1. 진료수가 청구서·명세서등 접수(반송)증

#### (1) 진료수가 청구서·명세서등 접수(반송)증1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식구분	an(3)	1	'020'
신청구분	an(1)	4	의료기관에서 청구한 신청구분 기재 ▪ 신청구분 0: 접수시 변환오류반송 1: 진료수가 청구서
접수일자	an(8)	5	심사평가원에서 접수한 날짜를 기재 ▪ 유형 : CCYYMMDD
서식번호	an(4)	13	▪ 서식번호 N010 : 진료수가 청구서·명세서등 접수(반송)증
의료기관기호	an(8)	17	진료수가청구서의 의료기관기호 기재
접수번호	an(7)	25	심사평가원에서 부여한 접수번호 기재
청구/신청번호(통보번호)	an(12)	32	진료수가청구서에 기재된 청구번호 기재. 검체검사공급내역통보서의 통보번호 또는 구입내역통보서의 신청번호 기재
참조란	an(3500)	44	- 추가 기술사항 기재 - 심사평가원에서 부여한 요양병원 환자평가표 접수번호 기재

#### (2) 진료수가 청구서·명세서등 접수(반송)증2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
신청구분	an(1)	1	의료기관에서 청구한 신청구분 기재 ▪ 신청구분 0: 접수시 변환오류반송 1: 진료수가 청구서
접수일자	an(8)	2	심사평가원에서 접수한 날짜를 기재 ▪ 유형 : CCYYMMDD
구분	an(3)	10	진료수가청구서 등의 접수, 반송여부를 구분 ▪ 구분 7AT: 접수                      7ET: 반송
접수번호	an(7)	13	심사평가원에서 부여한 접수번호 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
보험자종별구분	an(1)	20	진료수가청구서상의 보험자종별구분 기재 8: 자동차보험
청구/신청번호 (통보번호)	an(12)	21	진료수가청구서에 기재된 청구번호 기재. 검체검사공급 내역통보서의 통보번호 또는 구입내역통보서의 신청번호 기재
보험회사등(코드)	an(2)	33	보험회사등(코드)는 “별표 6”에 의해 기재(“99” 전체합계)
위탁기관기호	an(8)	35	검체검사를 위탁한 의료기관기호 기재
접수구분	an(1)	43	심사평가원에 접수된 청구서, 통보서 등을 구분 기재 ▪ 구분 2: 진료수가청구서 3: 검체검사공급내역통보서 4: 치료재료 구입내역통보서 5: PACS 7: 의료기관 자체 조제·제제약 내역통보서 8: 요양병원 장기환자 9: 요양병원 환자평가표 A: 비용산정 통보서 B: 비급여약제 구입내역통보서
건수	n(6)	44	접수 또는 반송되는 진료수가청구서 등의 총 건수 기재
청구액	n(12)	50	접수 또는 반송되는 진료수가청구서의 청구액 기재
진료년월	an(6)	62	진료수가청구서상의 진료년월 기재 ▪ 유형 : CCYYMM
청구구분	an(1)	68	진료수가청구서상의 청구구분을 기재 ▪ 구분 0: 원청구            1: 보완청구            2: 추가청구

(3) 진료수가 청구서·명세서등 접수(반송)증3

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
신청구분	an(1)	1	의료기관에서 청구한 신청구분 기재 ▪ 신청구분 0: 접수시 변환오류반송 1: 진료수가 청구서
접수일자	an(8)	2	심사평가원에서 접수한 날짜를 기재 ▪ 유형 : CCYYMMDD

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
접수번호	an(7)	10	심사평가원에서 부여한 접수번호 기재
청구/신청번호 (통보번호)	an(12)	17	진료수가청구서에 기재된 청구번호 기재. 검체검사공급 내역통보서의 통보번호 또는 구입내역통보서의 신청번호 기재
반송사유 명세서일련번호	an(5)	29	반송되는 진료수가청구서 등의 반송사유 해당 명세서 일련번호 기재
사유코드	an(70)	34	심사평가원에서 반송하는 사유코드를 기재
비고	an(35)	104	추가 기술사항 기재

## 2. 진료수가 심사결과통보서

### (1) 진료수가 심사결과통보서1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식버전	an(3)	1	'021'
공란	an(2)	4	<삭제>
심사차수	an(8)	6	심사결과 통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
서식번호	an(4)	14	▪ 서식번호 N020 : 진료수가 심사결과통보서
통보일자	an(8)	18	심사평가원에서 진료수가 심사결과통보서를 통보하는 날 짜를 기재 ▪ 유형 : CCYYMMDD
의료기관기호	an(8)	26	진료수가청구서의 의료기관기호 기재
접수번호	an(7)	34	심사평가원에서 진료수가 청구명세서 접수시 부여하는 번호 기재
묶음번호	an(5)	41	청구명세서 전산 처리를 위하여 심사차수 단위의 접수번호 별로 부여되는 일련번호
청구서일련번호	an(3)	46	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
청구번호	an(10)	49	진료수가청구서에 기재된 번호를 기재
진료기간	an(16)	59	진료수가청구서의 “진료년월” 시작일자와 종료일자를 아래 유형으로 기재 ▪ 유형 : CCYYMMDDCCYYMMDD
보험자종별구분	an(1)	75	진료수가청구서상의 보험자종별구분 기재 8: 자동차보험

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
통보자	an(35)	76	심사결과통보자인 심사평가원장 기재
담당부, 심사위원	an(35)	111	심사담당부명, 심사담당조 및 심사위원의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
담당자	an(35)	146	심사담당자 성명을 한글 또는 영문으로 기재
전화번호	an(20)	181	심사담당자 전화번호 기재
참조란	an(1750)	201	추가 기술사항 기재

(2) 진료수가 심사결과통보서2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사차수	an(8)	1	심사결과 통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
접수번호	an(7)	9	심사평가원에서 진료수가 청구명세서 접수 시 부여하는 번호 기재
묶음번호	an(5)	16	청구명세서 전산 처리를 위하여 심사차수 단위의 접수번호별로 부여되는 일련번호
청구서일련번호	an(3)	21	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
청구번호	an(10)	24	진료수가청구서에 기재된 번호를 기재
명세서일련번호	an(5)	34	진료수가명세서상의 일련번호 기재
사고접수번호	an(30)	39	자동차사고 접수시 보험회사등에서 부여한 일련번호
환자성명	an(20)	69	진료수가 명세서의 환자 성명을 한글 또는 영문으로 기재
공란	an(11)	89	
진료형태	an(2)	100	진료수가명세서상의 진료형태를 기재
초진료	an(10)	102	외래 진료수가명세서의 초진료. 단, 심사평가원에서 초진료의 변경이 있는 경우 심사결정 초진료 기재
재진료	n(10)	112	외래 진료수가명세서의 재진료. 단, 심사평가원에서 재진료의 변경이 있는 경우 심사결정 재진료 기재
청구사항			
공란	n(10)	122	
진료비총액	n(10)	132	진료수가명세서에 청구된 진료비총액 기재
환자납부총액	n(10)	142	진료수가명세서에 청구된 환자납부총액 기재
청구액	n(10)	152	진료수가명세서에 청구된 청구액 기재
공란	n(50)	162	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사결정사항 정액수가 · 행위별 수가 구분	an(1)	212	심사결정 정액수가, 행위별수가 등 구분을 기재 1: 정액수가 적용    2: 행위별수가 적용(특정기간)
수탁기관지급액	n(10)	213	심사결과 위탁검사로 수탁기관에 직접 지급하는 금액 기재
공란	n(10)	223	
진료비총액	n(10)	233	심사결과 환자납부총액과 청구액을 합한 진료비총액을 기재
환자납부총액	n(10)	243	심사결과 환자납부총액 기재
공란	n(50)	253	
심사결정액	n(10)	303	심사결정 진료비총액에서 환자납부총액을 제외한 금액 중 10원미만을 제외한 금액 기재
초진횟수	n(2)	313	진료수가명세서의 초진진찰 횟수. 단, 심사평가원에서 초진횟수의 변경이 있는 경우 심사결정횟수를 기재
초진가산횟수	n(2)	315	진료수가명세서의 초진횟수 중 야간, 공휴가산횟수. 단, 심사평가원에서 초진진찰료의 야간, 공휴가산 횟수의 변경이 있는 경우 심사결정횟수 기재
재진횟수	n(2)	317	진료수가명세서의 재진횟수. 단, 심사평가원에서 재진 횟수의 변경이 있는 경우 심사결정횟수 기재
재진가산횟수	n(2)	319	진료수가명세서의 재진횟수 중 야간, 공휴가산횟수. 단, 심사평가원에서 재진진찰료의 야간, 공휴가산 횟수의 변경이 있는 경우 심사결정횟수 기재
입원일수(내원일수)	n(3)	321	진료수가명세서의 입원 또는 내원일수. 단, 심사평가원 에서 입원 또는 내원일수의 변경이 있는 경우 심사결정 일수 기재
진료일수	n(3)	324	진료수가명세서의 진료일수. 단, 심사평가원에서 진료 일수의 변경이 있는 경우 심사결정 진료일수 기재
처방횟수	n(3)	327	진료수가명세서의 원외처방전 발행 횟수. 단, 심사평 가원에서 원외처방전 발행횟수의 변경이 있는 경우 심사결정횟수 기재
진료개시일	an(8)	330	진료수가명세서의 당월진료개시일 또는 내원일자 기재
심사담당조	an(2)	338	명세서일련번호별 심사담당조를 기재 ※ 심사담당부서별 세부 심사담당조, 심사담당자, 전화 번호는 홈페이지(biz.hira.or.kr)확인
상병분류기호	an(6)	340	진료수가명세서의 주상병 분류기호. 단, 심사평가원 에서 주상병 분류기호의 변경이 있는 경우 심사결정 분류기호 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
보험회사등(코드)	an(2)	346	보험회사등(코드)는 “별표6”에 의해 기재
지급보증번호	an(17)	348	자동차보험진료수가와 지급의사와 한도를 통지받은 관리번호를 기재하되 “-”기재 포함
명일련 비고사항	an(1750)	365	추가 기술사항 기재

(3) 진료수가 심사결과통보서3

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사차수	an(8)	1	심사결과 통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
접수번호	an(7)	9	심사평가원에서 진료수가 청구명세서 접수 시 부여하는 번호 기재
묶음번호	an(5)	16	청구명세서 전산 처리를 위하여 심사차수 단위의 접수번호별로 부여되는 일련번호
청구서일련번호	an(3)	21	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
청구번호	an(10)	24	진료수가청구서에 기재된 번호를 기재
명세서일련번호	an(5)	34	진료수가명세서상의 일련번호 기재
줄번호	n(4)	39	진료수가명세서의 줄번호 기재
코드	an(9)	43	줄번호에 해당되는 수가, 약제 등의 코드를 기재
단가	n(10.2)	52	줄번호에 해당되는 수가, 약제 등의 단가를 기재
일투(1일 투여량, 투여(실시)횟수), 인정횟수	n(5.2)	64	줄번호 심사결과에 따른 인정된 일투 횟수
총투(총 투여량, 투여(실시)횟수), 인정횟수	n(3)	71	줄번호 심사결과에 따른 인정된 총투 횟수
1회 투약 인정량	n(5.4)	74	줄번호 심사결과에 따른 인정된 1회 투약량을 기재
공란	n(10)	83	
공란	n(10)	93	
조정사유	an(2)	103	줄번호에 해당되는 조정사유코드 또는 명세서건에 해당되는 심사불능사유코드 기재
조정상세사유	an(2)	105	줄번호에 해당되는 조정사유 중 약제 전산점검(DUR 등) 세부 조정사유코드를 기재
심사불능 사유코드	an(2)	107	명세서 심사불능 사유코드 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
조정금액	n(10)	109	줄번호에 해당되는 심사조정금액 기재
비고(조정내역)	an(1750)	119	줄번호 또는 해당명세서에 대한 심사조정(심사불능) 내역 설명 기재

(4) 진료수가 심사결과통보서4

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사차수	an(8)	1	심사결과 통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
접수번호	an(7)	9	심사평가원에서 진료수가 청구명세서 접수시 부여하는 번호 기재
묶음번호	an(5)	16	청구명세서 전산 처리를 위하여 심사차수 단위의 접수번호별로 부여되는 일련번호
청구서일련번호	an(3)	21	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
청구번호	an(10)	24	진료수가청구서에 기재된 번호를 기재
청구사항			
내역구분	an(1)	34	1: 청구사항
건수합계	n(6)	35	진료수가명세서 청구건수 합계를 기재
공란	n(12)	41	
진료비총액 합계	n(12)	53	진료수가명세서에 청구된 진료비총액 합계를 기재
환자납부총액 합계	n(12)	65	진료수가명세서에 청구된 환자납부총액 합계를 기재
청구액 합계	n(12)	77	진료수가명세서에 청구된 청구액 합계를 기재
공란	n(60)	89	
심사결정사항			
내역구분	an(1)	149	2: 심사결정사항
건수합계	n(6)	150	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 건수 합계를 기재
수탁기관지급액 합계	n(12)	156	위탁검사로 수탁기관에 직접 지급한 금액 합계를 기재
공란	n(12)	168	
진료비총액 합계	n(12)	180	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 진료비총액 합계를 기재
환자납부총액 합계	n(12)	192	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 환자납부총액 합계를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사결정액 합계	n(12)	204	청구에서 심사불능건을 제외한 심사결정사항의 청구액 합계를 기재
공란	n(12)	216	
공란	n(60)	228	
심사불능사항			
내역구분	an(1)	288	1: 심사불능사항
심사불능 건수 합계	n(6)	289	심사결과 심사불능 처리된 건수 합계를 기재
심사불능 진료비총액 합계	n(12)	295	심사결과 심사불능 처리된 건에 대한 진료비총액 합계를 기재
심사불능 환자납부총액 합계	n(12)	307	심사결과 심사불능 처리된 건에 대한 환자납부총액 합계를 기재
심사불능 청구액 합계	n(12)	319	심사결과 심사불능 처리된 건에 대한 청구액 합계를 기재
심사조정 사항			
내역구분	an(1)	331	2: 심사조정사항
조정건수 합계	n(6)	332	심사결과 조정건수 합계를 기재
공란	n(12)	338	
심사조정 진료비총액 합계	n(12)	350	심사결과 조정건수에 대한 조정된 진료비총액 합계를 기재
심사조정 환자납부총액 합계	n(12)	362	심사결과 조정건수에 대한 조정된 환자납부액 합계를 기재
심사조정액 합계	n(12)	374	심사결과 조정건수에 대한 조정된 청구액 합계를 기재
보험회사등(코드)	an(2)	386	보험회사등(코드)는 “별표6”에 의해 기재(“99” 전체 합계)



## (5) 진료수가 심사결과통보서5

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사차수	an(8)	1	심사결과 통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
접수번호	an(7)	9	심사평가원에서 진료수가 청구명세서 접수 시 부여하는 번호 기재
묶음번호	an(5)	16	청구명세서 전산처리를 위하여 심사차수 단위의 접수 번호별로 부여되는 일련번호
청구서일련번호	an(3)	21	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
청구번호	an(10)	24	진료수가청구서에 기재된 번호를 기재
위탁관련사항			
명일련번호	an(5)	34	위탁검사가 청구된 진료수가명세서 일련번호 기재
줄번호	n(4)	39	진료수가명세서상의 위탁검사 줄번호 기재
수탁기관기호	an(8)	43	진료수가명세서상의 위탁검사를 실시한 수탁기관기호 기재
수탁기관지급액	n(12)	51	심사결과 위탁검사로 수탁기관에 직접 지급한 금액 기재
비고	an(350)	63	위탁검사 줄번호에 대한 추가기술사항 기재

## (6) 진료수가 심사결과통보서6

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
심사차수	an(8)	1	심사결과 통보 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
접수번호	an(7)	9	심사평가원에서 진료수가 청구명세서 접수 시 부여하는 번호 기재
묶음번호	an(5)	16	청구명세서 전산처리를 위하여 심사차수 단위의 접수 번호별로 부여되는 일련번호
청구서일련번호	an(3)	21	원청구(접수번호) 단위를 기준(원청구 청일련 1)으로 분리, 심사보류 마감에 따라 순차적으로 부여되는 일련번호
청구번호	an(10)	24	진료수가 청구서에 기재된 번호를 기재
처방관련사항			
명일련번호	an(5)	34	처방내역이 청구된 진료수가명세서 일련번호
처방전발급번호	an(13)	39	진료수가명세서 처방내역상의 처방전발급번호 기재
줄번호	n(4)	52	처방내역상의약품 줄번호 기재
조정횟수	n(5.4)	56	처방내역상의약품 줄번호에 심사조정되는 횟수 기재
사유	an(2)	65	처방내역상의약품 줄번호에 해당되는 조정사유 기재
비고(조정내역)	an(1750)	67	처방내역상의약품 줄번호에 대한 심사조정내역 설명 기재

(1) 심사자료 요청내역서1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식버전	an(1)	1	M: '010'
통보번호	an(12)	2	구입내역(비용산정)통보서에 대한 안내사항을 통보하는 번호를 기재
서식번호	an(4)	14	▪ 서식번호 N110: 심사자료 요청내역서
의료기관기호	an(8)	18	진료수가청구서의 의료기관기호 기재
담당부	an(4)	26	심사평가원의 구입통보 관련 사항을 안내하는 담당부 코드를 기재
참조란	an(1750)	30	추가 기술사항 기재

(2) 심사자료 요청내역서2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
통보번호	an(12)	1	구입내역통보서(비용산정)에 대한 안내사항을 통보하는 번호를 기재
통보서신청번호	an(12)	13	의료기관에서 기 제출한 구입내역 통보서, 의료기관 자체 조제·제제약 내역 통보서, 비용산정 통보서상의 신청번호를 기재
통보서구분	an(1)	25	의료기관에서 제출한 구입내역(비용산정) 통보서의 종류를 구분하기 위한 코드 기재 <div> <div>▪ 통보서구분</div> <div> <div>A: 치료재료</div> <div>C: 조제·제제약</div> <div>D: 비급여약제</div> <div>E: 비급여행위등</div> </div> </div>
줄번호	n(3)	26	의료기관에서 제출한 구입내역(비용산정)통보서의 줄번호를 기재
조제/제제구분	an(1)	29	의료기관자체 조제·제제약 내역통보서의 조제·제제구분을 기재 <div> <div>▪ 조제/제제구분</div> <div> <div>1: 조제</div> <div>2: 제제</div> </div> </div>
안내사항구분	an(1)	30	구입내역(비용산정) 분석결과를 의료기관에 구분코드로 통보 <div> <div>▪ 구분</div> <div> <div>1: 신규코드통보(조제·제제약의 경우)</div> <div>2: 코드확인불가</div> <div>3: 품목별 규격별 개당단가 산출 불가</div> <div>4: 구입량착오</div> <div>5: 「약사법」 제33조 및 같은 법 시행규칙의 제제 범위 품목 이 아님</div> <div>6: 기타</div> </div> </div>

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
통보서코드	an(9)	31	조제·제제약에 대한 신규코드를 통보하거나, 의료기관에서 제출한 구입내역통보서의 코드 또는 구입내역(비용산정)이 불명확하여 해당 내역을 의료기관에 통보시 구입내역(비용산정) 통보서상의 통보품목코드를 기재
통보서품명	an(140)	40	의료기관에서 제출한 구입내역(비용산정)통보서의 코드 또는 구입내역이 불명확하여 해당 내역을 의료기관에 통보시 구입내역(비용산정) 통보서상의 통보품명을 기재
안내사항 내역	an(350)	180	안내사항구분이 “기타”인 경우 통보내용을 평문으로 기재
자료요청 내역	an(350)	530	심사자료 요청구분 중 “기타”의 경우 요청내용을 평문으로 기재
통보서구입량	n(7)	880	의료기관에서 제출한 구입내역통보서의 코드 또는 구입내역이 불명확하여 해당 내역을 의료기관에 통보시 구입내역통보서상의 통보품목의 구입량을 기재 ※통보서구분 E: 비급여행위등의 경우 생략

### (3) 심사자료 요청내역서3

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
통보번호	an(12)	1	구입내역(비용산정) 통보서에 대한 안내사항을 통보하는 번호를 기재
통보서신청번호	an(12)	13	의료기관에서 기 제출한 구입내역(비용산정) 통보서, 의료기관 자체 조제·제제약 내역 통보서상의 신청번호를 기재
통보서구분	an(1)	25	의료기관에서 제출한 구입내역(비용산정) 통보서의 종류를 구분하기 위한 코드 기재 ■ 통보서구분 A: 치료재료                      C: 조제·제제약 D: 비급여약제                  E: 비급여행위등
줄번호	n(3)	26	의료기관에서 제출한 구입내역(비용산정) 통보서의 줄번호를 기재
자료요청 구분	an(3)	29	의료기관에 심사자료를 요청하는 경우 심사자료의 종류를 구분코드로 통보 ■ 심사자료 구분 7B1: 세금계산서              7B2: 거래명세표 7B3: 수입면장                7B4: 비용산정 근거자료 7BE: 기타

#### 4. 수탁기관 통보확인 결과통보서

##### (1) 수탁기관 통보확인 결과통보서1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식버전	an(3)	1	'010'
통보차수	an(8)	4	심사평가원에서 수탁기관 통보확인결과통보서 통보시 부여하는 번호로 통보년월과 통보서 개수를 일련번호로 아래와 같은 유형으로 기재 ■ 유형 : CCYYMM+일련번호(2자리)
서식번호	an(4)	12	■ 서식번호 N120 : 수탁기관 통보확인 결과통보서
수탁기관기호	an(8)	16	수탁기관의 검사기관기호를 기재
통보일자	an(8)	24	심사평가원에서 수탁기관 통보확인결과통보서를 통보하는 날짜를 아래와 같은 유형으로 기재 ■ 유형 : CCYYMMDD
참조란	an(1750)	32	추가 기술사항 기재

##### (2) 수탁기관 통보확인 결과통보서2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
통보차수	an(8)	1	심사평가원에서 수탁기관 통보확인결과통보서 통보시 부여하는 번호로 통보년월과 통보서 개수를 일련번호로 아래와 같은 유형으로 기재 ■ 유형 : CCYYMM+일련번호(2자리)
보험자 종별구분	an(1)	9	진료수가 청구서의 보험자 종별구분 기재 8: 자동차보험
지급금액 소계	n(12)	10	수탁기관의 공급내역통보서중 심사평가원에서 확인하여 수탁기관에 직접 지급한 지급금액 합계를 기재
확인건수 소계	n(5)	22	수탁기관의 공급내역통보서중 심사평가원에서 확인하여 처리한 통보건수 합계를 기재
지급건수 소계	n(5)	27	수탁기관의 검체검사 공급내역통보서중 심사평가원에서 확인하여 수탁기관에 직접 지급한 통보건수 합계를 기재

##### (3) 수탁기관 통보확인 결과통보서3

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
통보차수	an(8)	1	심사평가원에서 수탁기관 통보확인결과통보서 통보시 부여하는 번호로 통보년월과 통보서 개수를 일련번호로 아래와 같은 유형으로 기재 ■ 유형 : CCYYMM+일련번호(2자리)

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
보험자 종별구분	an(1)	9	진료수가 청구서의 보험자 종별구분 기재 8: 자동차보험
통보서 일련번호	an(5)	10	검체검사공급내역통보서의 일련번호 기재
줄번호	n(3)	15	검체검사공급내역통보서의 검사코드 줄번호 기재
통보자	an(35)	18	수탁기관 통보확인결과 통보자인 심사평가원장 기재
담당부	an(35)	53	위탁기관의 심사담당부명 및 심사담당조 기재
담당자	an(20)	88	위탁기관의 심사담당자 성명을 한글 또는 영문으로 기재
줄번호	n(3)	108	수탁기관에 검사료를 직접 지급하는 위탁기관 진료수가명세서의 검사코드 줄번호 기재
위탁기관기호	an(8)	111	검체검사를 위탁한 의료기관기호 기재
환자성명	an(20)	119	검체검사 공급내역통보서 환자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
접수번호	an(7)	139	검체검사공급내역통보서의 접수번호 기재
위탁기관 접수번호	an(7)	146	수탁기관에 검사료를 직접 지급하는 위탁기관의 진료수가청구서 접수번호 기재
명일련	an(5)	153	수탁기관에 검사료를 직접 지급하는 위탁기관의 진료수가명세서 환자 일련번호 기재
묶음번호	an(5)	158	위탁기관의 진료수가청구서에 대한 청구명세서 전산처리를 위하여 심사차수 단위의 접수번호별로 부여되는 일련번호
전화번호	an(20)	163	위탁기관의 심사담당자 전화번호 기재
환자주민등록번호	an(13)	183	환자의 주민등록번호를 기재하되 생년월일 다음의 “-”는 기재 생략
심사차수	an(8)	196	위탁기관의 진료수가청구서에 대한 심사결과 통보시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호)
통보 1일횟수	n(5.4)	204	검체검사공급내역통보서에 통보된 검사 1일 실시횟수를 기재
통보 총횟수	n(3)	213	검체검사공급내역통보서에 통보된 검사 총 실시횟수를 기재
결과 1일횟수	n(5.4)	216	수탁기관에서 통보한 1일 횟수에서 위탁기관의 청구내역과 확인되어 직접 지급하는 1일 횟수 기재
결과 총횟수	n(3)	225	수탁기관에서 통보한 총 횟수에서 위탁기관의 청구내역과 확인되어 직접 지급하는 총 횟수 기재
코드	an(9)	228	검사코드 기재
처리코드	an(2)	237	검체검사공급내역통보서에 통보된 검사를 심사평가원에서 확인하여 처리한 결과를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
지급금액	n(12)	239	수탁기관에 직접 지급하는 금액 기재
비고	an(350)	251	줄번호별 추가 기술사항이 있는 경우 내역을 평문으로 기재

## 5. 이의제기(정산심사) 결과통보서

### (1) 이의제기(정산심사) 결과통보서1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식버전	an(3)	1	'020'
공란	an(30)	4	<삭제>
정산심사차수	an(8)	34	정산 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■ 유형 : CCYYMM
통보일자	an(8)	42	심사평가원에서 이의제기(정산심사) 결과를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형 : CCYYMMDD
서식번호	an(4)	50	N130 : 이의제기 결과통보서 N150 : 정산심사 결과통보서
접수번호	an(7)	54	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서일련번호	an(3)	61	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서 일련번호를 기재
의료기관기호	an(8)	64	이의제기서의 의료기관기호 또는 정산심사를 실시한 의료기관기호를 기재
의료기관명칭	an(50)	72	의료기관 명칭 또는 대표자(개설자)의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
심사차수	an(8)	122	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 심사차수를 기재
청구번호	an(10)	130	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구번호를 기재
보험자종별구분	an(1)	140	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 보험자종별구분을 기재 8: 자동차보험
통보자	an(35)	141	이의제기(정산심사) 결정내용 통보자인 심사평가원장을 기재
안내사항	an(350)	176	보험자 종별구분에 따른 안내사항을 기재

(2) 이의제기(정산심사) 결과통보서2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산심사차수	an(8)	1	정산 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■ 유형 : CCYYMM
통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 이의제기(정산심사) 결과를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형 : CCYYMMDD
서식번호	an(4)	17	N130 : 이의제기결과통보서 N150 : 정산심사결과통보서
접수번호	an(7)	21	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서일련번호	an(3)	28	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서 일련번호를 기재
정산연번	an(10)	31	심사평가원에서 정산명세서 색인 시 부여하는 번호를 기재
문서번호	an(60)	41	심사평가원의 이의제기(정산심사)결정 완료 문서번호를 기재
문서완료일자	an(8)	101	심사평가원의 이의제기(정산심사)결정 문서 완료일자를 기재
담당부	an(35)	109	심사평가원의 이의제기(정산심사)결정 완료문서 담당 부명을 기재
담당자	an(35)	144	심사평가원의 이의제기(정산심사)결정 완료문서 담당자 성명을 한글 또는 영문으로 기재
담당자 전화번호	an(20)	179	심사평가원의 이의제기(정산심사)결정 완료문서 담당자의 전화번호를 기재
정산심사 진료비총액 결정차액 합계	n(12)	199	이번 심사결정 진료비총액과 이전 심사결정 진료비총액의 차액 합계를 기재
정산심사 환자납부총액 결정차액 합계	n(12)	211	이번 심사결정 환자납부총액과 이전 심사결정 환자납부총액의 차액 합계를 기재
정산심사 결정차액 합계	n(12)	223	이번 심사결정 금액과 이전 심사결정 금액의 차액 합계를 기재
관련근거	an(350)	235	의료기관에서 이의제기서에 기재한 해당 문서번호 또는 정산심사의 경우 전산심사 관련근거를 기재
참조란	an(1750)	585	추가 기술사항을 기재

(3) 이의제기(정산심사) 결과통보서3

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산심사차수	an(8)	1	정산 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■ 유형 : CCYYMM
통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 이의제기(정산심사) 결과를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형 : CCYYMMDD
서식번호	an(4)	17	N130 : 이의제기결과통보서 N150 : 정산심사결과통보서
접수번호(연번)	an(7)	21	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서일련번호	an(3)	28	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서 일련번호를 기재
정산연번	an(10)	31	심사평가원에서 정산명세서 색인시 부여하는 번호를 기재
명세서일련번호	an(5)	41	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 명세서 일련번호를 기재
사고접수번호	an(30)	46	자동차사고 접수시 보험회사등에서 부여한 일련번호
환자성명	an(20)	76	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 환자 성명을 한글 또는 영문으로 기재
정산심사 진료비총액 결정차액	n(10)	96	이번 심사결정 진료비총액과 이전 심사결정 진료비총액의 차액을 기재
정산심사 환자납부 총액 결정차액	n(10)	106	이번 심사결정 환자납부총액과 이전 심사결정 환자납부총액의 차액을 기재
정산심사결정차액	n(10)	116	이번 심사결정금액과 이전심사결정 금액의 차액을 기재
정산심사결정액 I 항	n(10)	126	( I )란의 정산심사결정 금액을 기재 ※ ‘+’금액은 환급금액, ‘-’금액은 환수금액을 의미함
정산심사결정액 II 항	n(10)	136	( II )란의 정산심사결정 금액을 기재 ※ ‘+’금액은 환급금액, ‘-’금액은 환수금액을 의미함
결정내용	an(1750)	146	명일련에 대한 이의제기(정산심사) 결정내용을 기재
보험회사등(코드)	an(2)	1896	보험회사등(코드)는 “별표 6”에 의한다.



## 6. 정산심사내역서

### (1) 정산심사내역서1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식버전	an(3)	1	'021'
공란	an(2)	4	<삭제>
정산심사차수	an(8)	6	정산 시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■ 유형 : CCYYMM
정산통보일자	an(8)	14	심사평가원에서 정산심사내역서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형 : CCYYMMDD
접수번호	an(7)	22	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서 일련번호	an(3)	29	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서일련 번호를 기재
서식번호	an(4)	32	N040 : 정산심사내역서
의료기관기호	an(8)	36	진료수가청구서의 의료기관기호 기재
심사차수	an(8)	44	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 심사차수를 기재
청구번호	an(10)	52	의료기관에서 청구시 부여한 번호 기재
묶음번호	an(5)	62	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 묶음번호를 기재
청구단위구분	an(1)	67	해당 접수번호 청구서에 기재된 청구단위구분 기재 ■ 구분 1 ~ 6: 해당 주단위      0: 월단위 통합청구
보험자종별 구분	an(1)	68	진료수가청구서의 보험자종별구분 기재 8: 자동차보험

### (2) 정산심사내역서2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산심사차수	an(8)	1	정산시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■ 유형 : CCYYMM
정산통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 정산심사 내역서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형 : CCYYMMDD
접수번호	an(7)	17	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
청구서일련번호	an(3)	24	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서일련 번호를 기재
정산연번	an(10)	27	심사평가원에서 정산명세서 색인 시 부여하는 번호기 재
심사구분	an(1)	37	1: 재심      2: 삼심      3: 사심 ...
통보자	an(35)	38	정산심사내역 통보자인 건강보험심사평가원장 기재
정산담당부	an(35)	73	정산심사담당부명 기재
정산담당자	an(35)	108	정산심사담당자 성명을 한글 또는 영문으로 기재
정산담당자번호	an(2)	143	정산담당자 번호 기재
정산업무코드 (정산사유코드)	an(2)	145	정산심사 작업명칭코드 및 작업명칭 기재(정산심사 사 유코드 및 사유 기재) ■ 심사평가원장이 별도 정하여 운영
정산업무명 (정산사유)	an(50)	147	
정산담당전화번호	an(20)	197	정산심사담당자 전화번호 기재
이전심사결정사항			
진료비총액 합계	n(12)	217	이전심사결과 진료비총액의 합계를 기재
이전심사결정액 합계	n(12)	229	이전심사결정 금액의 합계를 기재
위탁검사직접 지급금 합계	n(12)	241	이전심사결과 위탁검사로 수탁기관에 직접 지급하는 금액 합계를 기재
공란	n(12)	253	<삭제>
환자납부총액 합계	n(12)	265	이전심사결과 환자납부총액 합계를 기재
건수합계	n(10)	277	정산 진료수가명세서 건수 합계를 기재
정산심사결정사항			
진료비총액 합계	n(12)	287	정산심사결과 진료비총액 합계를 기재
정산심사결정액 합계	n(12)	299	정산심사결과 정산심사결정금액 합계를 기재
위탁검사직접 지급금 합계	n(12)	311	정산심사결과 위탁검사로 수탁기관에 직접 지급하는 금액 합계를 기재
공란	n(12)	323	<삭제>
환자납부총액 합계	n(12)	335	정산심사결과 환자납부총액 합계를 기재
정산심사결정차액 합계	n(12)	347	정산심사결정 금액과 이전심사결정 금액의 차액 기재 ※ ‘+’금액은 환급금액, ‘-’금액은 환수금액을 의미함
건수합계	n(10)	359	정산 진료수가명세서 건수 합계를 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
이전심사결정 차등수가 관련사항			
공란	n(1.7)	369	<삭제>
공란	n(7)	377	<삭제>
공란	n(4.2)	384	<삭제>
공란	n(2.2)	390	<삭제>
공란	n(12)	394	<삭제>
공란	n(12)	406	<삭제>
정산심사결정 차등수가 관련사항			
공란	n(1.7)	418	<삭제>
공란	n(7)	426	<삭제>
공란	n(4.2)	433	<삭제>
공란	n(2.2)	439	<삭제>
공란	n(12)	443	<삭제>
공란	n(12)	455	<삭제>
공란	n(12)	467	<삭제>
참조란	an(1750)	479	추가 기술사항 기재

### (3) 정산심사내역서3

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산심사차수	an(8)	1	정산시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■ 유형 : CCYYMM
정산통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 진료수가 정산심사 내역서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형 : CCYYMMDD
접수번호	an(7)	17	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서일련번호	an(3)	24	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서일련 번호를 기재
정산연번	an(10)	27	심사평가원에서 정산명세서 색인시 부여하는 번호기재
정산일련번호	an(6)	37	정산처리된 명세서마다 부여되는 번호

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
명세서일련번호	an(5)	43	진료수가명세서상의 일련번호 기재
사고접수번호	an(30)	48	진료수가명세서상의 사고접수번호 기재
환자성명	an(20)	78	진료수가명세서의 환자 성명을 한글 또는 영문으로 기재
진료형태	an(2)	98	진료수가명세서상의 진료형태를 기재
구분	an(1)	100	1: 환급      2: 환수      3: 환수+환급
이전심사결정사항			
진료개시일	an(8)	101	이전심사결과 당월입원개시일 또는 내원일자 기재
상병분류기호	an(6)	109	이전심사결과 주상병 분류기호 기재
초진료	n(10)	115	이전심사결과 외래 초진료 기재
재진료	n(10)	125	이전심사결과 외래 재진료 기재
진료비총액	n(10)	135	정산 진료수가명세서의 이전심사결과 진료비총액을 기재
이전심사결정액	n(10)	145	정산 진료수가명세서의 이전심사결정 금액
위탁검사직접지급금	n(10)	155	이전심사결과 위탁검사로 수탁기관에 직접 지급하는 금액 기재
공란	n(10)	165	<삭제>
환자납부총액	n(10)	175	정산 진료수가명세서의 이전심사결과 환자납부총액을 기재
초진횟수	n(3)	185	이전심사결과 초진진찰 횟수 기재
초진가산횟수 (1일분투약횟수)	n(3)	188	이전심사결과 초진횟수 중 야간, 공휴가산횟수 기재
재진횟수 (2일분투약횟수)	n(3)	191	이전심사결과 재진횟수 기재
재진가산횟수 (3일분이상투약횟수)	n(3)	194	이전심사결과 재진횟수 중 야간, 공휴가산횟수 기재
입원일수(내원일수)	n(3)	197	이전심사결과 입원 또는 내원일수 기재
진료일수	n(3)	200	이전심사결과 진료일수 기재
처방횟수	n(3)	203	이전심사결과 원외처방전 발행 횟수 기재(의·치과 해당)
정산심사결정사항			
초진료	n(10)	206	정산심사결과 외래 초진료 기재
재진료	n(10)	216	정산심사결과 외래 재진료 기재
진료비총액	n(10)	226	정산심사결과 진료비총액을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산심사결정액	n(10)	236	정산심사결과 정산심사결정금액 합계를 기재
위탁검사직접지급 금	n(10)	246	정산심사결과 위탁검사로 수탁기관에 직접지급 하는 금액 기재
정산심사결정차액	n(10)	256	정산심사결정금액과 이전심사결정금액의 차액기재 ※ ‘+’금액은 환급금액, ‘-’금액은 환수금액을 의미함
공란	n(10)	266	<삭제>
환자납부총액	n(10)	276	정산심사결과 환자납부총액을 기재
초진횟수	n(3)	286	정산심사결과 초진진찰 횟수 기재
초진가산횟수 (1일분투약횟수)	n(3)	289	정산심사결과 초진횟수 중 야간, 공휴가산횟수 기재
재진횟수 (2일분투약횟수)	n(3)	292	정산심사결과 재진횟수 기재
재진가산횟수 (3일분이상투약횟수)	n(3)	295	정산심사결과 재진횟수 중 야간, 공휴가산횟수 기재
입원일수(내원일수)	n(3)	298	정산심사결과 입원 또는 내원일수 기재
진료일수	n(3)	301	정산심사결과 진료일수 기재
처방횟수	n(3)	304	정산심사결과 원외처방전 발행 횟수 기재(의·치과 해당)
비고(조정내역)	an(1750)	307	명일련에 대한 심사조정내역을 기재
보험회사등(코드)	an(2)	2057	보험회사등(코드)는 “별표 6”에 의한다.

#### (4) 정산심사내역서4

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산심사차수	an(8)	1	정산시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■ 유형 : CCYYMM
정산통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 진료수가 정산심사내역서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형 : CCYYMMDD
접수번호	an(7)	17	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서일련번호	an(3)	24	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서일련 번호를 기재
정산연번	an(10)	27	심사평가원에서 정산명세서 색인 시 부여하는 번호기재
정산일련번호	an(6)	37	정산 처리된 명세서마다 부여되는 번호

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
명세서일련번호	an(5)	43	진료수가명세서상의 일련번호 기재
항번호	an(2)	48	진료수가명세서의 항번호 기재
줄번호	n(4)	50	진료수가명세서의 줄번호 기재
이전심사결정사항			
조정사유	an(2)	54	이전심사결과 줄번호에 해당하는 조정사유코드 기재
조정상세사유	an(2)	56	이전심사결과 줄번호에 해당하는 조정사유 중 약제 전산점검(DUR 등) 세부 조정사유코드를 기재
코드	an(9)	58	이전심사결과 줄번호에 해당하는 수가, 보험등재약 등의 코드를 기재
단가	n(10.2)	67	이전심사결과 줄번호에 해당하는 수가, 보험등재약 등의 단가를 기재
일투(1일 투여량, 투여(실시)횟수), 인정횟수	n(5.2)	79	이전심사결과 줄번호에 해당하는 인정된 일투 횟수
총투(총 투여량, 투여(실시)횟수), 인정횟수	n(3)	86	이전심사결과 줄번호에 해당하는 인정된 총투 횟수
1회투약 인정량	n(5.4)	89	이전심사결과 줄번호에 해당하는 인정된 1회 투약량을 기재
조정금액	n(10)	98	이전심사결과 줄번호에 해당하는 조정금액 기재
인정금액	n(10)	108	이전심사결과 줄번호에 해당하는 인정금액 기재
공란	n(10)	118	<삭제>
공란	n(10)	128	<삭제>
공란	n(10)	138	<삭제>
정산심사결정사항			
조정사유	an(2)	148	정산심사결과 줄번호에 해당하는 정산사유코드 기재
조정상세사유	an(2)	150	정산심사결과 줄번호에 해당하는 조정사유 중 약제 전산점검(DUR 등) 세부조정사유코드를 기재
코드	an(9)	152	정산심사결과 줄번호에 해당하는 수가, 보험등재약 등의 코드를 기재
단가	n(10.2)	161	정산심사결과 줄번호에 해당하는 수가, 보험등재약 등의 단가를 기재
일투(1일투여량, 투여(실시)횟수), 인정횟수	n(5.2)	173	정산심사결과 줄번호에 해당하는 인정된 일투 횟수
총투(총투여량, 투여(실시)횟수), 인정횟수	n(3)	180	정산심사결과 줄번호에 해당하는 인정된 총투 횟수

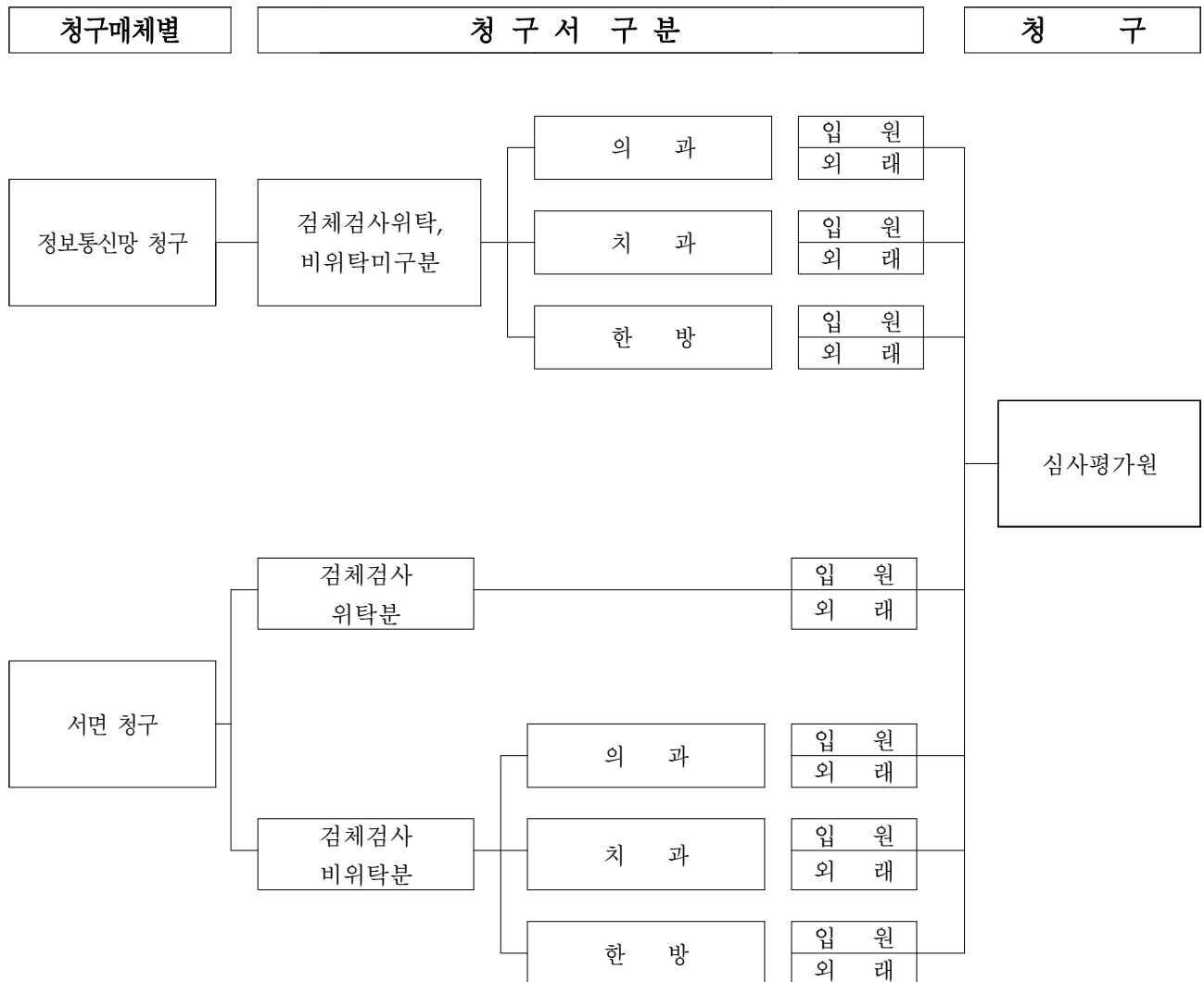
항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
1회투약 인정량	n(5.4)	183	정산심사결과 줄번호에 해당하는 인정된 1회 투약량을 기재
조정금액	n(10)	192	정산심사결과 줄번호에 해당하는 조정금액 기재
인정금액	n(10)	202	정산심사결과 줄번호에 해당하는 인정금액 기재
공란	n(10)	212	<삭제>
공란	n(10)	222	<삭제>
공란	n(10)	232	<삭제>
비고(조정내역)	an(1750)	242	줄번호 또는 해당명세서에 대한 심사조정(심사불능) 내역 설명 기재

(5) 정산심사내역서5

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
정산심사차수	an(8)	1	정산시 일정주기별 부여되는 번호(연-월 번호) ■ 유형 : CCYYMM
정산통보일자	an(8)	9	심사평가원에서 진료수가 정산심사 내역서를 통보하는 날짜를 기재 ■ 유형 : CCYYMMDD
접수번호	an(7)	17	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 접수번호를 기재
청구서 일련번호	an(3)	24	기 통보된 심사결과통보서 해당 명세서의 청구서일련 번호를 기재
정산연번	an(10)	27	심사평가원에서 정산명세서 색인 시 부여하는 번호 기재
정산일련번호	an(6)	37	정산 처리된 명세서마다 부여되는 번호
이전심사결정사항 위탁관련사항			
명일련번호	an(5)	43	위탁검사가 청구된 진료수가명세서 일련번호 기재
줄번호	n(4)	48	진료수가명세서상의 위탁검사 줄번호 기재
수탁기관기호	an(8)	52	진료수가명세서상의 위탁검사를 실시한 수탁기관기호 기재
위탁검사직접지급금	n(12)	60	심사결과 위탁검사로 수탁기관에 직접 지급한 금액 기재
비고	an(1750)	72	위탁검사 줄번호에 대한 추가 기술사항 기재

(별표1)

## 자동차보험 진료수가 청구체계(제13조제5항 관련)



주) 요양병원의 의과 입원은 장기환자와 제외환자의 진료수가로 구분하여 청구함



(별표 2)

## 전자문서 서식번호(제11조제2항 관련)

의료기관과 건강보험심사평가원이 진료수가 청구등과 관련하여 사용할 수 있는 전자문서는 다음과 같다.

○ 의료기관이 건강보험심사평가원에 전송하는 전자문서

구분	전자문서명	서식번호	비 고
1	자동차보험진료수가청구서	C010	자동차보험진료수가청구서
2	의·치과용 진료수가명세서	C020	자동차보험 의과입원
		C120	자동차보험 의과입원 (요양병원 장기환자)
		C021	자동차보험 의과외래
		C022	자동차보험 치과입원
		C023	자동차보험 치과외래
3	한방용 진료수가명세서	C110	자동차보험 한방입원
		C111	자동차보험 한방외래
4	치료재료 및 비급여약제 구입내역통보서	C060	
5	의료기관 자체 조제·제제약 내역통보서	C070	
6	심사자료 제출내역서	C061	
7	검체검사 공급내역 통보서	C200	
8	PACS 등 영상자료 제출내역서	C090	
9	환자평가표 파일		
10	비용산정 통보서	C100	

○ 건강보험심사평가원이 의료기관에 전송하는 전자문서

구분	전자문서명	서식번호	비 고
11	자동차보험청구·명세서 등 접수(반송)증	N010	
12	진료수가 심사결과통보서	N020	
13	심사자료 요청내역서	N110	
14	수탁기관 통보확인 결과통보서	N120	
15	이의제기(정산심사) 결과통보서	N130	이의제기결과통보서
		N150	정산심사결과통보서

(별표 3)

## 진료과목별 코드(제20조제4항 관련)

※ “진료과목”은 실제 진료를 받은 진료과목(병원 이상) 또는 상병명에 해당되는 진료과목(의원)을 아래 코드로 기재하되, 진료과목이 2개 이상에 해당되는 경우에는 이를 모두 기재하여야 한다.

(의 과)

진료과목	코드번호	진료과목	코드번호
내 과	01	피 부 과	14
신 경 과	02	비 뇨 의 학 과	15
정신건강의학과	03	영 상 의 학 과	16
외 과	04	방사선종양학과	17
정 형 외 과	05	병 리 과	18
신 경 외 과	06	진단검사의학과	19
심장혈관흉부외과	07	결 핵 과	20
성 형 외 과	08	재 활 의 학 과	21
마취통증의학과	09	핵 의 학 과	22
산 부 인 과	10	가 정 의 학 과	23
소아청소년과	11	응 급 의 학 과	24
안 과	12	직업환경의학과	25
이 비 인 후 과	13	예 방 의 학 과	26

※ 내과 세부전문과목

진료과목	코드번호	진료과목	코드번호
내과 통합	00	신장내과	05
소화기내과	01	혈액종양내과	06
순환기내과	02	감염내과	07
호흡기내과	03	알레르기내과	08
내분비·대사내과	04	류마티스내과	09

※ 내과 세부전문과목 운영기관 중 일부 분리하지 않고 통합 운영하는 분야는 ‘00’으로 기재

(치 과)

진료과목	코드번호	진료과목	코드번호
구강악안면외과	50	구 강 내 과	56
치 과 보 철 과	51	영 상 치 의 학 과	57
치 과 교 정 과	52	구 강 병 리 과	58
소 아 치 과	53	예 방 치 과	59
치 주 과	54	통 합 치 의 학 과	61
치 과 보 존 과	55	-	-

(한 방)

진료과목	코드번호	진료과목	코드번호
한 방 내 과	80	침 구 과	85
한 방 부 인 과	81	한방재활의학과	86
한 방 소 아 과	82	사 상 체 질 과	87
한방안 · 이비인후 · 피부과	83	(삭 제)	(삭 제)
한방신경정신과	84		

(별표 4)

## 의약분업 예외 구분코드(제20조제5항 관련)

구분	코드	예 외 사 유
지역	01	약국이 없는 지역, 재해발생지역, 보건기관 중 예외기관
환자	11	응급환자
	13	「정신보건법」에 따른 정신요양시설에 수용중인 정신질환자 및 조현병·조울증 등 자신 또는 타인을 해할 우려가 있는 정신질환자
	15	「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제1군 감염병환자
	17	국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법령에 따른 상이등급 1급부터 3급 해당자까지에 해당하는 자, 「5·18민주유공자예우에 관한 법률」에 따른 5·18민주화운동부상자 중 장애등급 1급부터 4급까지에 해당하는 자
	19	장애인복지 관련 법령에 따른 1급·2급 장애인 및 이에 준하는 장애인 「장애인복지법」에 따른 1급·2급 장애인 및 중증 장애인 보호자와 동반한 소아환자, 고엽제후유의증환자 지원 등에 관한 법령에 따른 고도장애인
	21	파킨슨병 환자, 한센병 환자
	23	장기이식을 받은 자에 대하여 이에 관련된 치료를 하거나 후천성면역결핍증환자에 대하여 해당 질병을 치료하기 위하여 조제하는 경우
	25	「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설 입소자
	27	가정간호대상자, 방문 보건 의료사업 대상자
	29	협진(한양방, 양한방, 양양방)환자
	31	「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」 및 「군에서의 형의 집행 및 군수용자의 처우에 관한 법률」에 따른 교정시설, 「보호소년 등의 처우에 관한 법률」에 따른 보호소년 수용시설, 「치료감호법」에 따른 치료감호시설 수용자
약품	41	감염병 예방접종약, 진단용 의약품
	43	보건소, 보건지소, 결핵협회부속의원에서 「결핵예방법」에 따라 결핵치료제를 투여하는 경우
	45	의료기관 조제실 제제·임상시험용 의약품·마약·방사성의약품·신장투석액 및 이식정 등 투약을 위하여 기계·장치를 이용하거나 시술이 필요한 의약품·식품의약품안전청장이 정하는 희귀의약품
	47	6세 이하의 소아에게 투약하는 항암제(경구)
	52	주사제를 원내 투약하는 경우
	55	검사를 위하여 필요하거나 수술 및 처치에 사용하는 의약품
	57	예외약제와 동시 투여하는 약제
기타	61	국군의료시설, 경찰병원 또는 중앙소방전문치료센터에서 그 업무수행으로서 군인환자, 경찰환자·소방공무원인 환자에 대하여 조제하는 경우 등

(별표 5)

## 특정내역 구분코드(제20조제6항 관련)

※ 특정의 진료(조제)내역 및 청구내역에 대한 추가적 기술사항 등을 기재

- 항목의 특정내역 기재형식 중 숫자형은 9로, 문자형은 X로, 소숫점은 V로, 연월일은 CCYYMMDD로, 시간의 시·분은 HHMM으로 표기하며 괄호( )는 크기를 나타냄

### 1. 명일련 단위

구분 코드	특정내역	특정내역 기재형식	설 명
MS001	원내투약일수 (경구·외용)	9(3)	의약분업예외사항이 발생하여 경구 또는 외용약제를 원내에서 조제·투약시 해당 명세서의 실 투약일수를 기재(입원인 경우 퇴원약 조제·투약일수까지 포함, 의·치과, 한방명세서 해당)
MS002	원내투약일수 (주사제)	9(3)	주사제를 원내 투여한 경우 해당 명세서의 주사제 실 투여일수(인슐린 등 분할투여 주사제 포함)를 기재(입원인 경우 퇴원약 조제일수까지 포함, 의·치과명세서 해당)
MS004	신생아체중	9(4)	모든 분만 명세서와 신생아 명세서의 경우 신생아 체중을 기재  분만 명세서에는 출생 당시의 신생아 체중으로 기재하고, 신생아 명세서에는 입원(또는 출생) 당시 신생아 체중을 그램(gram)단위로 기재
MS005	낮병동, 응급실재원시간	ccyymmddhh mm/ccyymm ddhhmm	낮병동, 응급실 재원시 해당 날짜와 재원기간 From/To를 기재  ※ 단, 응급의료 전용헬기 이송의 경우 헬기가 현장에 도착 후 진찰·처치·수술 등을 시작한 날짜 및 시각을 기재
MT001	별도명세서 작성구분	X(1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 의과, 치과, 한의과가 개설된 병원급이상 의료기관 및 보건 의료원에서 의과(치과, 한의과) 입원기간 중 한의과(의과, 치과) 협의 진료로 별도의 명세서 작성시 'C'를 기재</li> <li>▪ 타법령(산재보험, 건강보험 등)으로 입원진료 중 교통사고로 인한 상병에 대한 진료로 별도의 명세서 작성시 'K'를 기재</li> <li>▪ 주된 사고로 입원(외래)진료 중 다른 사고로 인한 상병에 대한 진료로 별도의 명세서 작성 시 'U'를 기재 (※진료 개시일이 같은 경우 작성)</li> </ul>
MT003	개방병원진료시 의뢰기관기호	9(8)/9(1)	「의료법」 제39조(시설 등의 공동이용)에 따라 참여의가 개방병원에서 입원 및 외래수술 등 진료를 행하고 동 소요비용을 개방병원에서 청구할 경우 진료를 의뢰한 의료기관(참여병·의원)기호 및 의뢰 당시 환자의 참여병·의원에서의

구분 코드	특정내역	특정내역 기재형식	설 명																																																																																	
			진료형태(입원: 1, 외래: 2)를 기재																																																																																	
MT004	소명자료 구분	X(1)	전산청구시 우편 또는 전송망 등으로 명세서와 관련된 소명 자료를 첨부하는 경우 ‘Y’로 기재																																																																																	
MT010	폐렴 정보	X(1)/X(1) /X(1)/X(1) /X(1)/X(1) /ccyymmdd	요양병원의 장기환자에게 폐렴이 발생되어 행위별수가를 적용하는 경우 ‘폐렴 환자에 대한 점검표’항목별 해당유무 (해당하면 “Y”, 그렇지 않으면 “N”)와 진단일을 순서대로 기재																																																																																	
MT011	패혈증 정보	X(1)/X(1)/X (1)/X(1)/X(1) /ccyymmdd	요양병원의 장기환자에게 패혈증이 발생되어 행위별수가를 적용하는 경우 ‘패혈증 환자에 대한 점검표’ 항목별 해당유무 (해당하면 “Y”, 그렇지 않으면 “N”)와 진단일을 순서대로 기재																																																																																	
MT015	제출자료 목록표	X(2)	진료수가청구시 심사자료 등을 제출하는 경우 기재하되, 아 래의 제출자료별 코드를 참조하여 ‘제출자료코드/제출자료 코드/.....’형태로 기재  <div>&lt;제출자료별 세부코드&gt;</div> <table><tr><th>구분</th><th>제출자료명</th><th>코드</th><th>제출자료명</th><th>코드</th></tr><tr><td rowspan="6">진료 기록 부</td><td>입퇴원기록지</td><td>01</td><td>의사지시기록지</td><td>02</td></tr><tr><td>수술기록지</td><td>03</td><td>마취기록지</td><td>04</td></tr><tr><td>경과기록지</td><td>05</td><td>간호기록지</td><td>06</td></tr><tr><td>중환자실기록지</td><td>07</td><td>투약기록지</td><td>08</td></tr><tr><td>신경차단술시술기록지</td><td>09</td><td>혈액투여기록지</td><td>10</td></tr><tr><td>재활·물리치료기록지</td><td>11</td><td>방사선치료기록지</td><td>12</td></tr><tr><td rowspan="4">검사 결과 지</td><td>검체검사결과지</td><td>21</td><td>병리검사결과지</td><td>22</td></tr><tr><td>기능검사결과지</td><td>23</td><td>내시경, 천자 및 생검 료 결과지</td><td>24</td></tr><tr><td>골밀도검사결과지</td><td>25</td><td>핵의학영상진단결과지</td><td>26</td></tr><tr><td>판독결과지</td><td>27</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td rowspan="4">영상 자료</td><td>X-RAY 필름</td><td>41</td><td>CD</td><td>42</td></tr><tr><td>디스켓</td><td>43</td><td>Full PACS</td><td>44</td></tr><tr><td>비디오테이프</td><td>45</td><td>Roll film</td><td>46</td></tr><tr><td>Cine 필름</td><td>47</td><td>file (mail)</td><td>48</td></tr><tr><td rowspan="4">기타 자료</td><td>의사소견서</td><td>61</td><td>장기입원사유서</td><td>62</td></tr><tr><td>중환자실 장기입원사유서</td><td>63</td><td>교과서적 자료 등 근거자료</td><td>64</td></tr><tr><td>-</td><td>65</td><td>상급병실료 사용관련 소명자료</td><td>66</td></tr><tr><td>요양병원 환자지원 심층평가표</td><td>67</td><td>요양병원 퇴원지원 표준계획서</td><td>68</td></tr></table>	구분	제출자료명	코드	제출자료명	코드	진료 기록 부	입퇴원기록지	01	의사지시기록지	02	수술기록지	03	마취기록지	04	경과기록지	05	간호기록지	06	중환자실기록지	07	투약기록지	08	신경차단술시술기록지	09	혈액투여기록지	10	재활·물리치료기록지	11	방사선치료기록지	12	검사 결과 지	검체검사결과지	21	병리검사결과지	22	기능검사결과지	23	내시경, 천자 및 생검 료 결과지	24	골밀도검사결과지	25	핵의학영상진단결과지	26	판독결과지	27	-	-	영상 자료	X-RAY 필름	41	CD	42	디스켓	43	Full PACS	44	비디오테이프	45	Roll film	46	Cine 필름	47	file (mail)	48	기타 자료	의사소견서	61	장기입원사유서	62	중환자실 장기입원사유서	63	교과서적 자료 등 근거자료	64	-	65	상급병실료 사용관련 소명자료	66	요양병원 환자지원 심층평가표	67	요양병원 퇴원지원 표준계획서	68
구분	제출자료명	코드	제출자료명	코드																																																																																
진료 기록 부	입퇴원기록지	01	의사지시기록지	02																																																																																
	수술기록지	03	마취기록지	04																																																																																
	경과기록지	05	간호기록지	06																																																																																
	중환자실기록지	07	투약기록지	08																																																																																
	신경차단술시술기록지	09	혈액투여기록지	10																																																																																
	재활·물리치료기록지	11	방사선치료기록지	12																																																																																
검사 결과 지	검체검사결과지	21	병리검사결과지	22																																																																																
	기능검사결과지	23	내시경, 천자 및 생검 료 결과지	24																																																																																
	골밀도검사결과지	25	핵의학영상진단결과지	26																																																																																
	판독결과지	27	-	-																																																																																
영상 자료	X-RAY 필름	41	CD	42																																																																																
	디스켓	43	Full PACS	44																																																																																
	비디오테이프	45	Roll film	46																																																																																
	Cine 필름	47	file (mail)	48																																																																																
기타 자료	의사소견서	61	장기입원사유서	62																																																																																
	중환자실 장기입원사유서	63	교과서적 자료 등 근거자료	64																																																																																
	-	65	상급병실료 사용관련 소명자료	66																																																																																
	요양병원 환자지원 심층평가표	67	요양병원 퇴원지원 표준계획서	68																																																																																

구분 코드	특정내역	특정내역 기재형식	설 명				
			구분	제출자료명	코드	제출자료명	코드
				교통사고환자 진료의뢰서	69		
MT016	제출자료 목록표 (기타)	X(200)	진료수가청구시 심사자료 등을 제출하는 경우 기재하되, 'MT015'에서 정한 제출자료 이외의 자료를 제출하는 경우 기재 - 평문(FreeText) ※영문(200자), 한글(100자)				
MT024	임부정보 및 임부금기 의약품 처방(조제)사유 (의료기관)	X(1)/X(9) /X(200)	의료기관(의·치과)에서 환자에게 의약품을 처방·조제시 임부 여부를 확인하여 임부인 경우 'Y'를 기재하고 임부금기 의약품 코드와 구체적 처방 사유를 기재 Y(임부)/임부금기 의약품코드/구체적 사유 ※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재(영문200자, 한글 100자) ※ 임부금기 의약품이 2개 이상인 경우 각각 기재				
MT025	물리치료사 공휴일 근무현황	ccyymmdd /9(1).V9(1)	1개월 또는 1주일동안 물리치료사가 공휴일 근무한 경우 공 휴일 근무일자와 근무자수를 기재 (접수번호별 첫 번째 명일련에만 기재) ※ 공휴일 근무일수가 2일 이상인 경우 각각 기재 ※ 단, 시간제, 격일제 근무자는 주3일이상 이면서 주20시간 이상인 경우 0.5인으로 산정				
MT026	인공호흡시간	9(5)	만1세 미만의 영아가 입원하여 인공호흡을 실시한 경우 실제 실시한 인공호흡 시간을 기재 동일 입원기간 중 총 발생시간을 합산하여 시간(hours)단위로 기재 ※ 총 발생한 인공호흡시간을 합산하여 30분 기준으로 4사 5입 합				
MT027	영아체중	9(4)	생후 29일 이상 만1세 미만 영아 명세서의 경우 입원당시의 체중이 2,500그램(gram) 미만인 경우 해당 체중을 그램 (gram)단위로 기재				
MT046	응급환자 중증도 분류기준	9(1)	한국 응급환자 중증도 분류기준(KTAS)에 해당되는 중증도 등급 기재				
MT047	손상 중증도 점수	9(2)	손상중증도점수(ISS)에 해당되는 점수 기재				
MT048	응급의료센터 구분코드	9(1)	동일 의료기관이 두개이상의 응급의료센터를 지정받은 경우 주된 진료를 받은 응급의료센터를 기재 1 : 중앙응급의료센터 (2022.12.21. 진료분까지 해당)				

구분 코드	특정내역	특정내역 기재형식	설 명																				
			2 : 권역응급의료센터                      3 : 지역응급의료센터 4 : 소아전문응급의료센터                5 : 화상전문응급의료센터 6 : 권역외상센터                          7 : 외상전문응급의료센터																				
MT049	최초 입원시점	ccyymmddh hmm	응급의료센터 내원환자의 진료개시일과 입원료가 산정 되는 첫 입원일이 다른 경우 최초 입원시점을 기재  ※ 입원기간 중간에 분리청구하는 경우에도 최초 입원 시점을 기재																				
MT055	추나요법 한의사 근무일수	9(4)/X(10)/9(2)	1개월 또는 1주일 동안 대한한의사협회 ‘추나요법 급여 사전교육’을 이수한 각 한의사별 근무일수 합/한의사 면허 번호/근무일수/한의사 면허번호/근무일수.....순으로 기재 (접수번호별 첫 번째 명세서에만 기재)  ※ 단, 주 3일이상이면서 20시간 이상 근무하는 격일제, 시간제 근무자는 1개월(주단위청구의 경우 1주일) 동안 재직한 일수의 1/2(소수점이하 4사5입)로 기재하되, 최대 15일(주단위 청구는 주 3일)을 초과할 수 없음																				
MT058	체내출혈 정보	X(1)/X(1)/X(1) /ccyymmdd	요양병원의 장기환자에게 체내출혈이 발생되어 행위별수가 적용하는 경우 ‘체내출혈 환자에 대한 점검표’ 항목별 해당 유무(해당하면 “Y”, 그렇지 않으면 “N”)와 시행일을 순서대로 기재																				
MT059	문제의약품 유형	X(1)/X(2)	유해성분 함유 문제의약품 재처방·제조제시 아래의 문제의약품 유형을 참조하여 유형코드/세부유형코드 형태로 기재  <div style="text-align: center;">&lt;문제의약품 유형&gt;</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>문제의약품</th><th>유형코드</th><th>세부유형</th><th>세부유형코드</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>라니티딘</td><td>A</td><td>재처방·제조제</td><td>01</td></tr> <tr> <td>니자티딘</td><td>B</td><td>재처방·제조제</td><td>01</td></tr> <tr> <td>메트포르민</td><td>C</td><td>재처방·제조제</td><td>01</td></tr> <tr> <td>로사르탄</td><td>D</td><td>재처방·제조제</td><td>01</td></tr> </tbody> </table>	문제의약품	유형코드	세부유형	세부유형코드	라니티딘	A	재처방·제조제	01	니자티딘	B	재처방·제조제	01	메트포르민	C	재처방·제조제	01	로사르탄	D	재처방·제조제	01
문제의약품	유형코드	세부유형	세부유형코드																				
라니티딘	A	재처방·제조제	01																				
니자티딘	B	재처방·제조제	01																				
메트포르민	C	재처방·제조제	01																				
로사르탄	D	재처방·제조제	01																				
MT062	가정전문 간호사 방문일수	9(4)/X(10) /9(2)	1개월 또는 1주일 동안 각 가정전문간호사별 방문일수 합/ 가정전문간호사 면허번호/방문일수/가정전문간호사 면허번호 /방문일수.....순으로 기재 (접수번호별 첫 번째 명세서에만 기재)																				
MT063	요양병원 입원 중 진료의뢰	9(8)/ccyy mmdd	「자동차보험진료수가에 관한 기준」 [별표3]자동차보험 진료 수가 적용기준 및 방법에 관한 세부사항에 따라 요양병원 입원 중인 산정특례 대상자를 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표3], [별표4] 및 [별표4의2]에 따른 산정특례 대상 상병명으로 다른 의료기관에 진료의뢰 한 경우 의료기관 기호(의뢰한 요양병원은 의뢰받은 의료기관의 기관기호, 의뢰받은 의료기관은 의뢰한 요양병원의 기관기호)와 의뢰																				



구분 코드	특정내역	특정내역 기재형식	설 명	
			일자를 기재	
MT065	명세서 분리유형	X(1)	동일 환자에 대한 진료내역 중 특정의 진료내역(또는 처방 내역)을 아래의 명세서 분리유형에 따라 명세서를 각각 분리하여 작성·청구하는 경우에 해당 유형코드를 기재	
			<명세서 분리유형 및 유형코드>	
			명세서 분리유형	유형 코드
			「자동차보험진료수가에 관한 기준」 [별표3] 상 급종합병원 외래 “약국 요양급여비용총액의 본 인부담률 산정특례 대상” 질환의 재진환자 수가 산정기준 적용대상에 해당하는 진료분과 별도의 명세서를 분리작성·청구하는 경우	A
			상대가치점수표 제3편제2부제2장에 따라 요양 병원 임종실 정액수가 적용하는 명세서를 분리 작성·청구하는 경우	D
MT066	진료의뢰 회송번호	9(19)	가-5 회송료를 산정하는 경우 진료의뢰·회송 중계시스템에 등록된 ‘의뢰회송번호’를 기재	
MJ002	환자납부액 발생사유	X(200)	환자납부액이 발생한 경우 구체적 사유를 기재 ※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재(영문 200자, 한글 100자)	
MJ003	시범재활치료대 상자	X(1)	▪ 「자동차보험진료수가에 관한 기준」 제5조제5항에 따른 시범재활치료 대상자의 경우 ‘S’를 기재	
MJ004	상급종합병원 외래재진진료	X(1)	「자동차보험진료수가에 관한 기준」 [별표3] 상급종합병원 외래 “약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상” 질환의 재진환자 수가 산정기준 적용대상에 해당하는 경우 ‘A’를 기재	
MJ005	한의사 공휴일근무 현황	ccyyymmdd/ 9(1).V9(1)	1개월 또는 1주일동안 한의사가 공휴일 근무한 경우 공휴일 근무일자와 한의사수를 기재 (접수번호별 첫 번째 명세서에만 기재) ※ 공휴일 근무일수가 2일 이상인 경우 각각 기재 ※ 단, 시간제, 격일제 근무자는 주3일 이상이면서 주20시간 이상인 경우 0.5인으로 산정	
MJ006	교통사고 입원 중 다른 의료기관 진료의뢰	9(8)/ccyyymm dd	「자동차보험진료수가에 관한 기준」 [별표3] 자동차보험 진료 수가 적용기준 및 방법에 관한 세부사항에 따라 교통사고 입원 중 다른 의료기관에 진료의뢰 한 경우 의료기관기호(의뢰한 의료기관은 의뢰받은 의료기관 기관기호, 의뢰받은 의료기관은 의뢰한 의료기관의 기관기호)와 의뢰일자를 기재	
MX999	기타내역	X(700)	기타 명세서 추기내역 기재 - 평문(FreeText) ※ 영문(700자), 한글(350자)	

## 2. 진료내역 줄번호(확장번호) 단위 및 처방내역 줄번호(확장번호) 단위

구분 코드	특정내역	특정내역 기재형식	설 명
JS001	마취과전문의	9(6)/X(20)	마취의사를 초빙하여 마취(바2) 실시한 경우 해당 마취의사의 내역 기재 전문의자격번호/성명
JS002	의약분업 예외구분코드	9(2)	의약분업 예외사항 발생으로 의료기관에서 원내 조제·투약이 이루어진 경우 해당 예외구분코드(별표 4. 의약분업예외구분 코드 참조)를 기재하고, 퇴장방지의약품 사용장려금을 청구 할 경우 구분코드 '99'를 기재
JS003	입원시각	ccyyymmddhh mm	0-6시 사이에 입원한 경우 해당 입원시간을 기재
JS004	퇴원시각	ccyyymmddhh mm	18-24시 사이에 퇴원한 경우 해당 퇴원시간을 기재
JS005	검체검사 위탁	9(8) /ccyyymmdd	수탁기관에 검체검사를 의뢰한 경우 수탁기관기호와 검사 의뢰일을 기재
JS006	시설 등의 공동이용 진료	9(8) /ccyyymmdd	의료자원을 공동 이용하는 계약에 따라 의료기관의 시설, 인력 및 장비 등을 공동이용하는 경우 실시기관의 의료기 관기호와 진료의뢰일을 기재
JS007	개방병원 의뢰진료	9(8) /ccyyymmdd	참여병·의원이 개방병원으로 검체검사 외 검사 등을 의뢰 한 경우 개방병원의 의료기관기호와 의뢰일을 기재
JS008	위탁진료	9(8) /ccyyymmdd	의료자원을 공동 이용하는 계약에 따른 경우가 아닌 시설· 장비 및 인력 등을 보유한 다른 의료기관에 진료를 의뢰한 경우 실시한 의료기관기호와 의뢰일을 기재
JS009	준용명	X(700)	「상대가치점수표」에 분류되지 않은 항목을 「상대가치 점수표」상의 비슷한 진료행위로 준용하여 'JJJJJ'코드로 청구시 진료행위명과 산출식을 기재하고, 한의사의 임의처방 시에는 임의처방명을 기재 - 평문(FreeText) ※ 영문(700자), 한글(350자)
JS010	야간가산, 응급의료수가	ccyyymmddhh mm	· 진찰료 또는 수술·처치, 마취료 등 야간가산시 실시 시간 기재 · 응급진료 전문의 진찰료 및 권역외상센터 전문의 진찰료 관련 진료시각 및 수술·처치·마취료 등 응급의료행위 가산 관련 실시시각 기재
JS011	혈명코드	X(5)	한방 침술시 혈명코드 기재하되, 혈명코드가 두개 이상일 경우 "/"로 구분
JS013	기본· 유도초음파 세부내역	X(1)/X(5)/X (200)	기본(단순, 응급·중환자-단일표적)초음파, 유도초음파를 시행한 경우 세부내역을 기재 해부학적 구분코드/수가코드(5단코드)/구체적 사유

구분 코드	특정내역	특정내역 기재형식	설 명																																
			<p>※ 수가코드(5단코드)는 단순·유도초음파를 시행하게 된 관련 행위코드(검사, 처치 및 수술료 등)를 기재</p> <p>※ 구체적인 사유는 관련 행위코드가 불분명한 경우 평문 (Free Text)으로 기재(영문200자, 한글100자)</p> <p style="text-align: center;">&lt;해부학적 구분코드&gt;</p> <table><tr><th>코드</th><th>부위</th><th>코드</th><th>부위</th></tr><tr><td>A</td><td>뇌</td><td>H</td><td>남성생식기(전립선·정낭 등)</td></tr><tr><td>B</td><td>안</td><td>I</td><td>여성생식기</td></tr><tr><td>C</td><td>비·부비동</td><td>J</td><td>근골격</td></tr><tr><td>D</td><td>경부</td><td>K</td><td>연부</td></tr><tr><td>E</td><td>흉부(심장·유방 등)</td><td>L</td><td>혈관</td></tr><tr><td>F</td><td>복부(간·담낭·췌장·대장 등)</td><td>M</td><td>신경(말초신경 등)</td></tr><tr><td>G</td><td>비뇨기계(신장·부신·방광)</td><td>N</td><td>기타</td></tr></table>	코드	부위	코드	부위	A	뇌	H	남성생식기(전립선·정낭 등)	B	안	I	여성생식기	C	비·부비동	J	근골격	D	경부	K	연부	E	흉부(심장·유방 등)	L	혈관	F	복부(간·담낭·췌장·대장 등)	M	신경(말초신경 등)	G	비뇨기계(신장·부신·방광)	N	기타
코드	부위	코드	부위																																
A	뇌	H	남성생식기(전립선·정낭 등)																																
B	안	I	여성생식기																																
C	비·부비동	J	근골격																																
D	경부	K	연부																																
E	흉부(심장·유방 등)	L	혈관																																
F	복부(간·담낭·췌장·대장 등)	M	신경(말초신경 등)																																
G	비뇨기계(신장·부신·방광)	N	기타																																
JS014	응급의료 전용헬기	9(1)	응급의료 전용헬기 이송 중 진찰·처치·수술 등을 실시한 경우 ‘1’을 기재																																
JS015	요양시설 가정간호	9(11)	가정간호를 요양시설(「노인장기요양법」에 따른 장기요양 기관)에서 제공하는 경우 요양시설 기호를 기재																																
JS016	뇌, 뇌혈관, 경부혈관 MRI 대상유형	X(2)	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따라 뇌, 뇌혈관, 경부혈관 자기공명영상진단(MRI)의 급여대상 중 ‘두통, 어지럼’에 해당하여 시행한 경우 아래의 유형을 참조하여 “유형코드”를 기재함																																
			<p style="text-align: center;">&lt; 두통·어지럼 유형 &gt;</p> <table><tr><th>유형</th><th>코드</th></tr><tr><td>벼락두통</td><td>01</td></tr><tr><td>발살바 또는 성행위 관련 두통</td><td>02</td></tr><tr><td>소아의 두통</td><td>03</td></tr><tr><td>암 또는 면역억제상태 환자의 두통</td><td>04</td></tr><tr><td>중추성 어지럼</td><td>05</td></tr><tr><td>군발두통을 포함한 삼차자율신경계 두통 또는 조짐 동반 편두통</td><td>06</td></tr></table>	유형	코드	벼락두통	01	발살바 또는 성행위 관련 두통	02	소아의 두통	03	암 또는 면역억제상태 환자의 두통	04	중추성 어지럼	05	군발두통을 포함한 삼차자율신경계 두통 또는 조짐 동반 편두통	06																		
유형	코드																																		
벼락두통	01																																		
발살바 또는 성행위 관련 두통	02																																		
소아의 두통	03																																		
암 또는 면역억제상태 환자의 두통	04																																		
중추성 어지럼	05																																		
군발두통을 포함한 삼차자율신경계 두통 또는 조짐 동반 편두통	06																																		
JS018	B형간염표면 항원 중화검사	9(2).V9(1)	상대가치점수표 제1편제2부제2장 누701다(1)주2. B형간 염표면항원 중화검사를 산정하는 경우 선행검사인 누701 다(1) B형간염표면항원 정성검사의 ‘검사결과’를 기재 ※ 소수점 이하 둘째자리에서 절사함																																
JT001	확인코드	X(5)	진료행위에 대한 추가기술 사항을 구분하는 코드로서 확인 코드가 여러개 발생할 경우“/”로 구분하여 기재																																
JT002	진찰료	9(2)/ccymmdd	진찰료를 1일 2회 이상 산정시 기재  진료과목/진찰일/진료과목/진찰일...형태로 기재 (진료과목은 별표 3.진료과목별 코드 참조)																																

구분 코드	특정내역	특정내역 기재형식	설 명
JT003	중환자실 입원기간	ccyymmdd/ ccyymmdd	중환자실(신생아중환자실 포함)에 입원한 경우 입원기간 From/To를 기재
JT004	신생아 중환자실	9(2)/9(4)	신생아중환자실에 입원한 경우 제태기간/출생시몸무게 체 중을 그램(gram)단위로 기재 ※ 제태기간은 주수를 만으로 기재하되, 제태기간 산정시 1주 미만의 끝수는 절사(切捨)함
JT005	분만, 임산부초음파	9(2)	모든 분만명세서 및 임산부초음파를 시행하는 경우 임신주수를 기재 ※ 임신주수 산정시 1주미만의 끝수는 절사(切捨)함 ※ 동 특정내역이 발생한 분만명세서의 경우 신생아체중 (MS004)도 동시에 기재하여야 함
JT007	치매 검사결과	9(2)/ccyymm dd/9(1).V9(1) /ccyymmdd/ 9(1)/ccyymmdd	치매치료제 중 Acetylcholinesterase inhibitor 약제(예: 아리셉트정, 레미닐정, 엑셀론정 등)나 Memantine 제제 (예: 에빅사정 등)를 투여하거나 신경인지기능검사를 시 행한 경우 MMSE 검사결과/검사실시일/CDR 검사결과/ 검사실시일/GDS 검사결과/검사실시일을 순서대로 기재
JT010	저함량 의약품 배수 처방(조제)사유 (의료기관)	X(1)/X(200)	제조사(수입자)·성분·제형이 동일한 의약품 중 여러 함량으로 등재되어 있는 경우 고함량 의약품으로 처방 (또는 원내조제)하지 않고 저함량 의약품으로 배수 처방 하거나 원내조제하는 경우 해당 처방(원내조제)사유를 기재 (처방(조제)사유코드가 'E'인 경우는 구체적인 사유를 함께 기재) 처방(조제)사유코드/구체적 사유 ※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재 (영문 200자, 한글 100자)  

구분 코드	특정내역	특정내역 기재 형식	설 명								
JT012	동일성분 의약품 중복 처방사유 (의료기관)	X(1)/X(200)	<p>의료기관(의·치과) 외래 진료분 원외처방전의 일부 의약품 을 동일성분 의약품으로 중복처방 시 해당 사유코드를 기재</p> <p>중복처방 사유코드/구체적 사유</p> <p>※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재(영문200자, 한글100자)</p> <p style="text-align: center;">&lt;중복처방 사유별 코드&gt;</p> <table><tr><th>사 유</th><th>코드</th></tr><tr><td>환자가 장기 출장이나 여행으로 인하여 의약품이 소진되기 전 처방을 받아야 하는 경우</td><td>A</td></tr><tr><td>의약품 부작용, 용량 조절 등으로 약제 변경이 불가피하거나, powder 형태의 조제 등으로 인하여 기존 처방의약품 중 특정 성분만을 구분하여 별도 처방할 수 없는 경우</td><td>B</td></tr><tr><td>항암제 투여 중인 환자나 소아환자로서 구토로 인해 약 복용 중 약제가 소실된 경우 등 환자의 귀책사유 없이 약제가 소실·변질된 경우</td><td>C</td></tr></table>	사 유	코드	환자가 장기 출장이나 여행으로 인하여 의약품이 소진되기 전 처방을 받아야 하는 경우	A	의약품 부작용, 용량 조절 등으로 약제 변경이 불가피하거나, powder 형태의 조제 등으로 인하여 기존 처방의약품 중 특정 성분만을 구분하여 별도 처방할 수 없는 경우	B	항암제 투여 중인 환자나 소아환자로서 구토로 인해 약 복용 중 약제가 소실된 경우 등 환자의 귀책사유 없이 약제가 소실·변질된 경우	C
사 유	코드										
환자가 장기 출장이나 여행으로 인하여 의약품이 소진되기 전 처방을 받아야 하는 경우	A										
의약품 부작용, 용량 조절 등으로 약제 변경이 불가피하거나, powder 형태의 조제 등으로 인하여 기존 처방의약품 중 특정 성분만을 구분하여 별도 처방할 수 없는 경우	B										
항암제 투여 중인 환자나 소아환자로서 구토로 인해 약 복용 중 약제가 소실된 경우 등 환자의 귀책사유 없이 약제가 소실·변질된 경우	C										
JT013	수술일자	ccyymmdd	<p>수술일자를 기재하는 수술을 시행한 경우 해당 수술 일자를 기재</p> <p>※ 동 수술 중 양측으로 구분되는 수술인 경우에는 확인 코드(JT001)에 좌·우측 여부를 동시에 기재함</p>								
JT014	향정신성 약물 장기처방(조제) 사유(의료기관)	X(1)/X(200)	<p>의료기관(의·치과) 외래 진료시 아래와 같은 대상성분의 향정신성 약물을 1회에 30일을 초과하여 원외처방 하거나 원내조제하는 경우 ‘Y/구체적 사유’를 기재 (구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재 (영문 200자, 한글 100자))</p> <p>※ 대상성분 :</p> <p>Alprazolam, Bromazepam, Brotizolam, Chlordiazepoxide, Clobazam, Clorazepate dipotassium, Clotiazepam, Diazepam, Ethyl loflazepate, Etizolam, Flurazepam, Lorazepam, Mexazolam, Pinazepam, Zolpidem.</p>								
JT017	내용액제 처방(조제)사유 (의료기관)	X(1)/X(200)	<p>의료기관(의·치과)이 동일성분의 정제 또는 캡슐제가 있는 내용액제(시럽 및 현탁액 등)를 처방하거나 원내조제하는 경우 해당 처방(원내조제)사유를 기재</p> <p>(처방(조제)사유코드가 ‘E’인 경우는 구체적인 사유를 함께 기재)</p> <p>※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재 (영문 200자, 한글 100자)</p>								

구분 코드	특정내역	특정내역 기재 형식	설 명												
			<div>&lt; 내용액제 처방(조제)사유별 코드&gt;</div> <table><tr><th>사 유</th><th>코드</th></tr><tr><td>고령으로 인한 연하곤란이 있어 정제 또는 캡슐제를 삼킬 수 없는 경우</td><td>A</td></tr><tr><td>치매로 인한 연하곤란이 있어 정제 또는 캡슐제를 삼킬 수 없는 경우</td><td>B</td></tr><tr><td>경관영양(tube feeding) 상태로 정제 또는 캡슐제를 삼킬 수 없는 경우</td><td>C</td></tr><tr><td>A부터 C까지에 해당하지 않는 사유로 정제 또는 캡슐제를 투약 할 수 없는 경우</td><td>E</td></tr></table>	사 유	코드	고령으로 인한 연하곤란이 있어 정제 또는 캡슐제를 삼킬 수 없는 경우	A	치매로 인한 연하곤란이 있어 정제 또는 캡슐제를 삼킬 수 없는 경우	B	경관영양(tube feeding) 상태로 정제 또는 캡슐제를 삼킬 수 없는 경우	C	A부터 C까지에 해당하지 않는 사유로 정제 또는 캡슐제를 투약 할 수 없는 경우	E		
사 유	코드														
고령으로 인한 연하곤란이 있어 정제 또는 캡슐제를 삼킬 수 없는 경우	A														
치매로 인한 연하곤란이 있어 정제 또는 캡슐제를 삼킬 수 없는 경우	B														
경관영양(tube feeding) 상태로 정제 또는 캡슐제를 삼킬 수 없는 경우	C														
A부터 C까지에 해당하지 않는 사유로 정제 또는 캡슐제를 투약 할 수 없는 경우	E														
JT019	필요시 투약하는 약제(PRN) 처방(조제) (의료기관)	X(1)	필요시 투약하는 약제(PRN)를 의료기관에서 원외처방하거나 원내조제하는 경우 'P'를 기재												
JT020	초음파검사, MRI검사 시행일자 등	ccyymmdd	입원 진료시 초음파검사 시행일자, MRI검사 시행일자, MRI 외부병원 필름 판독일자를 기재												
JT021	경피적 관상동맥 스텐트 삽입 혈관	9(1)	<div>경피적 관상동맥 스텐트를 삽입한 혈관의 해당 번호를 기재하며, 혈관이 여러 개 발생할 경우 "/"로 구분하여 기재</div> <div>&lt;스텐트 삽입 혈관별 번호&gt;</div> <table><tr><th>혈관명</th><th>번호</th></tr><tr><td>좌주관상동맥(Left Main Coronary Artery)</td><td>1</td></tr><tr><td>좌전하행동맥(Left Anterior Descending Artery)</td><td>2</td></tr><tr><td>좌회선동맥 (Left Circumflex Artery)</td><td>3</td></tr><tr><td>우관상동맥(Right Coronary Artery)</td><td>4</td></tr><tr><td>관상동맥 이식부위 혈관(Graft)</td><td>5</td></tr></table> <div>※ 스텐트를 삽입한 해당 혈관을 모두 기재하여야 하며, 분지혈관의 경우 해당 주혈관으로 기재함.</div>	혈관명	번호	좌주관상동맥(Left Main Coronary Artery)	1	좌전하행동맥(Left Anterior Descending Artery)	2	좌회선동맥 (Left Circumflex Artery)	3	우관상동맥(Right Coronary Artery)	4	관상동맥 이식부위 혈관(Graft)	5
혈관명	번호														
좌주관상동맥(Left Main Coronary Artery)	1														
좌전하행동맥(Left Anterior Descending Artery)	2														
좌회선동맥 (Left Circumflex Artery)	3														
우관상동맥(Right Coronary Artery)	4														
관상동맥 이식부위 혈관(Graft)	5														
JT023	신경인지기능검 사 세부검사항목코 드	ccyymmdd/ X(4)	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따른 신경인지기능검사 개별검사를 하는 경우 시행일과 세부검사항목코드를 기재하되, 세부검사항목코드가 두 개 이상일 경우 "/"로 구분하여 기재												
JT024	골밀도검사	X(1)/9(1).V9(1)	<div>소아청소년에게 골밀도검사 시행 시 검사결과(Z-score)를 '음수·양수 구분코드/수치결과' 순서대로 기재</div> <div>&lt; 음수·양수 구분코드 &gt;</div>												

구분 코드	특정내역	특정내역 기재 형식	설 명						
			<table><tr><td>구분</td><td>코드</td></tr><tr><td>음수</td><td>1</td></tr><tr><td>양수</td><td>2</td></tr></table>	구분	코드	음수	1	양수	2
구분	코드								
음수	1								
양수	2								
JT026	원격협진	9(8)/ccyymmdd	가8-2 원격협의진찰료를 산정하는 경우 의료기관기호(원격협진을 의뢰한 기관은 자문한 의사·치과의사·한의사가 속한 기관의 의료기관기호, 원격협진 자문한 기관은 원격협진 의뢰한 기관의 의료기관기호)와 의뢰(자문)한 날짜를 '의료기관기호/시행일자' 형태로 순서대로 기재						
JT029	재원기간	ccyymmdd/ ccyymmdd/ X(100)	<ul style="list-style-type: none"><li>가-34 입원환자 전담전문의 관리료를 산정하는 경우 입원 전담전문의 병동별 재원기간의 날짜(From/To)와 신고한 운영병동 명칭(Unit명)을 순서대로 기재</li><li>요-55 요양병원 입원환자 안전관리료를 산정하는 경우 6인 이하 입원실에 재원한 기간의 날짜(From/To)를 기재</li></ul>						
JT030	체중	X(1)/9(6)	<p>진료수가내역 중 아래의 체중 기재유형에 해당하는 진료(또는 처방·조제)의 경우에는 해당 유형코드와 체중(gram단위)을 순서대로 기재</p> <p style="text-align: center;">&lt;체중 기재유형&gt;</p> <table><tr><th>유형코드</th><th>유형 세부내용</th></tr><tr><td>A</td><td>입원 중인 수술 시행일 체중이 1,500g 미만 소아에게 상대가치점수표 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (22) 및 제6장 마취료 [산정지침] (11)에 따라 가산하여 산정하는 경우</td></tr></table>	유형코드	유형 세부내용	A	입원 중인 수술 시행일 체중이 1,500g 미만 소아에게 상대가치점수표 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (22) 및 제6장 마취료 [산정지침] (11)에 따라 가산하여 산정하는 경우		
유형코드	유형 세부내용								
A	입원 중인 수술 시행일 체중이 1,500g 미만 소아에게 상대가치점수표 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (22) 및 제6장 마취료 [산정지침] (11)에 따라 가산하여 산정하는 경우								
JT034	호스피스 상담정보	9(1)/ccyymmdd /9(3)/X(1)	<p>완-10 호스피스 사전상담료를 산정하는 경우에 상담을 시행한 의료인의 면허종류, 상담일자, 소요시간(단위: 분), 호스피스 이용 동의여부를 기재하되, 아래의 면허종류코드를 참조하여 '실제 상담을 실시한 의료인의 면허종류코드/상담일자/소요시간(단위: 분)/동의여부(동의 시 "Y", 그렇지 않으면 "N")' 형태로 순서대로 기재</p> <p style="text-align: center;">&lt;면허종류코드&gt;</p> <table><tr><th>면허종류</th><th>면허종류코드</th></tr><tr><td>의사</td><td>1</td></tr><tr><td>간호사</td><td>6</td></tr></table>	면허종류	면허종류코드	의사	1	간호사	6
면허종류	면허종류코드								
의사	1								
간호사	6								
JT035	연명의료 중단등결정 관련 서식등록 정보	ccyymmdd/ X(2)	상대가치점수표 제4편제5부 연명의료중단등결정 수가를 산정하는 경우, 제4편제1부 1. 일반기준 라.에 따른 '관련 서식' 및 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따른 '별도 서식'의 등록완료일자와 해당 관련						

구분 코드	특정내역	특정내역 기재 형식	설 명																
			서식 코드를 기재하되, 아래의 관련 서식 코드를 참고하여 '등록완료일자/관련 서식 코드' 형태로 순서대로 기재함  <div>&lt;관련 서식 코드&gt;</div> <table><tr><th>관련 서식</th><th>관련 서식 코드</th></tr><tr><td>별도 서식</td><td>00</td></tr><tr><td>제1호서식</td><td>01</td></tr><tr><td>제9호서식</td><td>09</td></tr><tr><td>제10호서식</td><td>10</td></tr><tr><td>제11호서식</td><td>11</td></tr><tr><td>제12호서식</td><td>12</td></tr><tr><td>제13호서식</td><td>13</td></tr></table>	관련 서식	관련 서식 코드	별도 서식	00	제1호서식	01	제9호서식	09	제10호서식	10	제11호서식	11	제12호서식	12	제13호서식	13
관련 서식	관련 서식 코드																		
별도 서식	00																		
제1호서식	01																		
제9호서식	09																		
제10호서식	10																		
제11호서식	11																		
제12호서식	12																		
제13호서식	13																		
JT036	48시간 초과 홀터기록 검사	ccyymmddhh mm/ccyymm ddhhmm/ X(20)	나725-다(2) 48시간 초과 홀터기록을 산정하는 경우, 홀터기록 시작일시와 종료일시, 환자가 사용한 의료기기 정보를 기재 하되, '기록시작일시/기록종료일시/의료기기 정보' 형태로 순서대로 기재  ※ '의료기기 정보'는 「의료기기법 시행규칙」에 따른 식품 의약품안전처장의 의료기기 제조 또는 수입 품목의 허가 번호(또는 인증번호, 신고번호)를 기재																
JT037	혁신의료기술 시행일자	ccyymmdd	상대가치점수표 제5편제1부에 따라 혁신의료기술 분류항목 및 분류항목에 별도로 규정한 약제, 치료재료대를 산정하는 경우 시행일자를 기재  단, 시행일자가 여러 날인 경우 "/"로 구분하여 기재																
JT038	응급실 영상검사 판독 완료일자	ccyymmdd	상대가치점수표 제1편제2부제3장제2절 '주' 항에 따라 CT, MRI 영상검사의 '응급실 내 긴급 판독 가산'을 산정 하는 경우 판독 완료일자를 기재  단, 판독 완료일자가 여러 날인 경우 "/"로 구분하여 기재																
JJ002	한방수가 상세내역	X(200)	약침술 청구시에는 '약침액명/시술부위/시술용량' 형태로 순서대로 기재  -평문(Free Text) ※ 영문(200자), 한글(100자)																
JJ003	한방 관련 의약품	9(13)/X(100)	한방 관련 의약품 청구시에는 한방 관련 의약품 표준코드와 명칭을 기재  - 의약품 표준코드/명칭																
JJ004	신의료기술등 명칭	ccyymmdd /X(600)	급여 결정신청 후 건강보험 급여 또는 비급여로 결정·고시 되기 전인 신의료기술등은 'SSSSSS' 코드로 청구하고, 신의료 기술등 급여 결정신청일과 명칭을 기재																



구분 코드	특정내역	특정내역 기재형식	설 명								
			<ul style="list-style-type: none"><li>- ccyymmdd/ 신의료기술등 명칭</li><li>- 신의료기술 등 명칭은 평문(Free Text)로 영문(600자), 한글(300자)</li></ul>								
JJ005	정신건강의학과 전문의, 응급진료의사, 권역외상센터 진료의사, 가정전문간호사, 가정형 호스피스	9(1)/9(10)	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 치료입원 확인을 위해 방문한 정신건강의학과 전문의 면허종류/면허번호를 기재 &lt;면허종류&gt; 1: 의사</li><li>■ 응2 응급진료 전문의 진찰료 및 응2-1 권역외상센터 전문의 진찰료 산정시 해당 의사 면허종류/면허번호 기재</li><li>■ 권역외상센터에서 중증외상환자에 대해 상대가치점수표 제1편 제2부제19장제2절 응급의료행위 및 제3절 권역외상센터 응급의료행위 산정시 해당 의사 면허종류/면허번호 기재</li><li>■ 가-13 가정간호 기본방문료[방문당]를 산정시 해당 간호사 면허종류/면허번호 기재 &lt;면허종류&gt; 6: 간호사</li><li>- 가정간호사 2인이 방문하는 경우 면허종류/면허번호/면허종류/면허번호 순으로 기재</li><li>■ 완-11 가정형 호스피스 방문료를 산정하는 경우 해당 의사, 간호사, 사회복지사 면허종류/면허번호 기재 &lt;면허종류&gt; 7: 사회복지사</li></ul>								
JJ006	상급종합병원 · 종합병원·병원 · 정신병원 · 한방병원 · 요양병원 2~3인실 입원료	X(1) /ccyymmdd /ccyymmdd /X(400)	<p>상급종합병원·종합병원·병원·정신병원·한방병원·요양병원 (「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다) 2~3인실에 입원한 경우 입원사유코드, 입원기간 From/To를 기재</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 입원사유코드, 입원기간을 “/”로 구분하여 순서대로 기재 (입원사유코드가 ‘M’인 경우에는 구체적 사유를 함께 기재)</li><li>- 입원사유코드/입원기간 From/입원기간 To/구체적 사유 ※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재 (영문 400자, 한글 200자)</li></ul> <p style="text-align: center;">&lt;입원 사유별 코드&gt;</p> <table><tr><th>사 유</th><th>코드</th></tr><tr><td>치료상 부득이하게 2~3인실에 입원한 경우</td><td>M</td></tr><tr><td>4인실 이상 일반병실이 없어 부득이하게 2~3인실에 입원한 경우</td><td>E</td></tr><tr><td>본인이 원하여 2~3인실에 입원한 경우</td><td>W</td></tr></table>	사 유	코드	치료상 부득이하게 2~3인실에 입원한 경우	M	4인실 이상 일반병실이 없어 부득이하게 2~3인실에 입원한 경우	E	본인이 원하여 2~3인실에 입원한 경우	W
사 유	코드										
치료상 부득이하게 2~3인실에 입원한 경우	M										
4인실 이상 일반병실이 없어 부득이하게 2~3인실에 입원한 경우	E										
본인이 원하여 2~3인실에 입원한 경우	W										
	상급병실료	X(1) /ccyymmdd /ccyymmdd/	<p>상급병실에 입원한 경우 입원사유코드, 입원기간 From/To를 기재</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 입원사유코드, 입원기간을 “/”로 구분하여 순서대로 기재</li></ul>								

구분 코드	특정내역	특정내역 기재 형식	설 명
		X(400)	(입원사유코드가 'M'인 경우에는 구체적 사유를 함께 기재) - 입원사유코드/입원기간 From/입원기간 To/구체적 사유 ※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재 (영문 400자, 한글 200자)  

※ 명세서 단위 및 줄번호 단위별로 특정내역이 발생시 해당 단위별로 작성하고, 동일 명세서 및 줄번호에 여러 특정내역이 발생시에도 각각으로 생성하여 기재하며, 약제, 검사, 처치 등 별도의 인정기준에 의한 경우에는 검사일자, 검사결과 등을 세부작성 요령 <별첨. 특정내역 구분코드 작성요령>에 의거 기재

### 3. 처방내역단위

구분 코드	특정내역	특정내역 기재형식	설 명								
CT001	동일 성분 의약품 중복 처방사유 (의료기관)	X(1)/X(200)	<p>의료기관 외래 진료분 원외처방전의 모든 의약품을 동일 성분 의약품으로 중복처방시 해당 중복처방 사유코드를 기재</p> <p>중복처방 사유코드/구체적 사유 ※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재 (영문 200자, 한글 100자)</p> <p style="text-align: center;">&lt;중복처방 사유별 코드&gt;</p> <table><tr><th>사 유</th><th>코드</th></tr><tr><td>환자가 장기 출장이나 여행으로 인하여 의약 품이 소진되기 전 처방을 받아야 하는 경우</td><td>A</td></tr><tr><td>의약품 부작용, 용량 조절 등으로 약제 변경이 불가피하거나, powder 형태의 조제 등으로 인하여 기존 처방의약품 중 특정 성분만을 구분하여 별도 처방할 수 없는 경우</td><td>B</td></tr><tr><td>항암제 투여 중인 환자나 소아환자로서 구토로 인해 약 복용 중 약제가 소실된 경우 등 환 자의 귀책사유 없이 약제가 소실·변질된 경우</td><td>C</td></tr></table>	사 유	코드	환자가 장기 출장이나 여행으로 인하여 의약 품이 소진되기 전 처방을 받아야 하는 경우	A	의약품 부작용, 용량 조절 등으로 약제 변경이 불가피하거나, powder 형태의 조제 등으로 인하여 기존 처방의약품 중 특정 성분만을 구분하여 별도 처방할 수 없는 경우	B	항암제 투여 중인 환자나 소아환자로서 구토로 인해 약 복용 중 약제가 소실된 경우 등 환 자의 귀책사유 없이 약제가 소실·변질된 경우	C
사 유	코드										
환자가 장기 출장이나 여행으로 인하여 의약 품이 소진되기 전 처방을 받아야 하는 경우	A										
의약품 부작용, 용량 조절 등으로 약제 변경이 불가피하거나, powder 형태의 조제 등으로 인하여 기존 처방의약품 중 특정 성분만을 구분하여 별도 처방할 수 없는 경우	B										
항암제 투여 중인 환자나 소아환자로서 구토로 인해 약 복용 중 약제가 소실된 경우 등 환 자의 귀책사유 없이 약제가 소실·변질된 경우	C										

(별표 6)

## 보험회사등 코드(제20조제7항 관련)

보험회사등	코드	보험회사등	코드
메리츠화재해상보험	01	전국화물자동차공제조합	23
한화손해보험	02	전국개인택시공제조합	24
롯데손해보험	03	전국전세버스공제조합	25
MG손해보험	04	배달서비스공제조합	28
흥국화재해상보험	05	전국렌터카공제조합	30
삼성화재해상보험	08	AXA손해보험	41
현대해상화재보험	09	하나손해보험	42
KB손해보험	10	신한EZ손해보험	43
DB손해보험	13	현대하이카다이렉트자동차보험	45
AIG손해보험	17	캐롯손해보험	69
전국택시공제조합	21	자동차손해배상진흥원	93
전국버스공제조합	22	-	-