

진료비 세부산정내역

환자등록번호	환자성명	진료기간	병실	환자구분	비고

항목	일자	코드	명칭	금액	횟수	일수	총액	급여			비급여
								일부본인부담		전액본인부담	
								본인부담금	공단부담금		
계											
끝수처리 조정금액											
합계											

신청인 (환자와의 관계 :)의 요청에 따라
진료비 계산서·영수증 세부산정내역을 발급합니다.

년 월 일

요양기관 명칭	대표자	[인]
일반사항 안내		
<p>1. 진료비 계산서·영수증의 세부내역서는 환자의 구체적인 처방 내역 등이 확인되므로 원칙적으로 환자 본인 외에 발급을 금합니다. 다만, 본 세부내역서 발급에 대해 별도로 환자 본인으로부터 위임을 받은 것이 확인된 자 또는 법정대리인에겐 발급이 가능합니다.</p> <p>2. 비고란은 세부산정내역을 발부하는 영수증번호 등 요양기관이 필요한 경우 추가 기재하는 공간으로 활용할 수 있습니다.</p> <p>3. 동 서식에 명시된 항목은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제7조제3항에 따라 필수 기재되어야 합니다.</p>		

○ 기본정보

- 환자등록번호, 환자성명, 진료기간, 병실, 환자구분은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 진료비 계산서·영수증과 동일하게 기재

○ 포함항목

- 항목:** 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 진료비 계산서·영수증 항목 기준으로 기재. 다만, 요양기관에 따라 항목 추가 기재 가능 (예시) 진찰료, 입원료, 식대, 투약 및 조제료, 주사료, 처치 및 수술료 등
 - 일자:** 각 항목별 실시일자를 기재. 다만, 입원 진료 시 동일한 내역이 반복되는 경우 시작일자와 종료일자로 묶어서 기재 가능
 - 코드:** 1. 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서 명세서서식 및 작성요령」에 따른 코드(진료수가, 의약품, 치료재료 등)를 기재
2. 상기 1의 코드가 없는 경우 「비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준」 [별표1] 공개항목의 비급여코드를 우선 기재하고 해당코드가 없는 경우 요양기관 자체 코드 기재
 - 명칭:** 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에서 정한대로 보건복지부장관이 정하여 고시하는 바에 따라 급여대상 및 비급여대상의 세부항목별 코드에 해당하는 명칭 기재
 - 금액:** 단가에 증별가산 등이 포함된 금액
* (단가)
- 진료수가는 각 항목의 상대가치점수에 점수당 단가를 곱하여 10원 미만은 4사5입한 금액을 기재
- 약제, 치료재료, 원료약 등의 경우 「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 따른 단가를 원 미만은 4사5입하여 기재하되, 단가가 1원 미만인 경우 1원으로 기재
 - 횟수:** 1일 실시(투여)횟수 기재
 - 일수:** 총 실시(투여)일수 기재
 - 총액:** 금액(1회) × 실시(투여)횟수 × 실시(투여)일수를 계산 한 후 기재
 - 급여**
- 본인부담금: 요양급여비용 중 수진자 본인부담금액 기재
- 공단부담금: 요양급여비용 중 보험자 부담금액 기재
- 전액본인부담금: 요양급여비용 중 100분의100 본인부담금 기재
 - 비급여:** 비급여 항목에 해당하는 금액을 기재
 - 계:** 항목별 합산 금액 기재
 - 끝수처리 조정금액:** 끝수처리로 조정되는 금액 기재
 - 합계:** '계'의 금액에 끝수처리 조정금액을 반영한 최종금액 기재(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 진료비 계산서·영수증의 항목별 금액과 동일하게 기재)
- * 끝수처리는 「국민건강보험법」 제107조 및 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서 명세서서식 및 작성요령」에 따른