

[V] 외래 [ ] 입원 ([ ] 퇴원 [ ] 중간) 진료비 계산서 · 영수증

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                             |       |            |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                   |        |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------|-------|------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------|--------|--------------|
| 환자등록번호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             | 환자 성명                                       |       | 진료기간       |           | 야간(공휴일)진료                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                          |                   |        |              |
| 103588                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             | 박한성                                         |       | 2015-04-07 |           | [ ] 야간 [ ] 공휴일                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |                   |        |              |
| 진료과목                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             | 질병군(DRG)번호                                  |       | 병실         |           | 환자구분                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                          |                   |        |              |
| 산업및일반의과                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |                                             |       |            |           | 영수증번호(연월-일련번호)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |                   |        |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                             |       | 국민공단       |           | 1507-00015                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |                   |        |              |
| 항목                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             | 급여                                          |       | 비급여        |           | 금액산정내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                          |                   |        |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             | 일부 본인부담                                     |       | 전액<br>본인부담 | 선택<br>진료료 | 선택진료료<br>이외                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ⑦ 진료비 총액<br>(①+②+③+④+⑤)                  | 59,400            |        |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             | 본인부담금                                       | 공단부담금 |            |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                   |        |              |
| 기본<br>항목                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 진찰료         | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ⑧ 환자부담 총액<br>(①-⑥)+③+④+⑤                 | 59,400            |        |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 입원료         | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ⑨ 이미 납부한 금액                              | 0                 |        |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 식대          | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                          |                   |        |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 투약 및<br>조제료 | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                          |                   |        |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 주사료         | 행위료                                         | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0                                        | ⑩ 납부할 금액<br>(⑧-⑨) | 59,400 |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             | 약품비                                         | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0                                        |                   |        |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 마취료         | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ⑪ 납부<br>한 금액                             | 카드                | 59,400 |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 처치 및 수술료    | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                          | 현금영수증             | 0      |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                             |       |            |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          | 현금                | 0      |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 검사료         | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 합계                                       | 59,400            |        |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 영상진단료       | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 납부하지 않은 금액(⑩-⑪)                          |                   | 0      |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 방사선치료료      | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 현금영수증( )                                 |                   |        |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 치료재료대       | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 신분확인번호                                   |                   |        |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 재활 및 물리치료료  | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 현금승인번호                                   |                   |        |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 정신요법료       | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | * 요양기관 임의활동공간<br><2015년 내원일><br>04월 07일, |                   |        |              |
| 전혈 및 혈액성분제제로                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 0           | 0                                           | 0     | 0          | 0         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                   |        |              |
| 선택<br>항목                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CT 진단료      | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                          |                   |        |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | MRI 진단료     | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                          |                   |        |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | PET 진단료     | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                          |                   |        |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 초음파진단료      | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                          |                   |        |              |
| 보철·교정료·기타                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0           | 0                                           | 0     | 0          | 0         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                   |        |              |
| 채용검진비                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 0           | 0                                           | 0     | 59,400     | 0         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                   |        |              |
| 65세 이상 등 정액                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 0           | 0                                           | 0     | 0          | 0         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                   |        |              |
| 정액수가(요양병원)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 0           | 0                                           | 0     | 0          | 0         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                   |        |              |
| 포괄수가진료비                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 0           | 0                                           | 0     | 0          | 0         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                   |        |              |
| 합계                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ①           | 0                                           | ②     | 0          | ③         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ④                                        | 59,400            | ⑤      | 0            |
| 상한액 초과금                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             | ⑥                                           | 0     |            |           | 선택진료 신청                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                          | [ ] 유 [ ] 무       |        |              |
| 요양기관 종류                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             | [V] 의원급 · 보건기관 [ ] 병원급 [ ] 종합병원 [ ] 상급종합병원  |       |            |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                   |        |              |
| 사업자등록번호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             | 621-90-11265                                |       | 상호         |           | 양산내과영상의학과의원                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                          | 전화번호              |        | 055-385-1234 |
| 사업장 소재지                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             | 양산시 중부동 685-8 센트럴스위트3층 www.ysbestclinic.com |       |            |           | 대표자                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          | 김진구               |        | [인]          |
| 2015년 7월 27일                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |                                             |       |            |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                   |        |              |
| 항목별 설명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                                             |       |            |           | 일반사항 안내                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                          |                   |        |              |
| <p>1. 일부 본인부담 : 일반적으로 다음과 같이 본인부담률을 적용하나, 요양기관 지역, 요양기관의 종별, 환자 자격 등에 따라 달라질 수 있습니다.</p> <p>- 외래 본인부담률 : 요양기관 종별에 따라 30%~60%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형등에 따라 0원~2500원, 0%~15%) 등</p> <p>- 입원 본인부담률 : 20%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0%~10%) 등</p> <p>※ 식대 : 50%(의료급여는 20%)</p> <p>CT·MRI·PET : 외래 본인부담률(의료급여는 입원 본인부담률과 동일)</p> <p>2. 전액 본인부담 : 「국민건강보험법 시행규칙」 별표5 또는 「의료급여법 시행규칙」 별표 1의 2에 따라 적용되는 항목으로 건강보험(의료급여)에서 금액을 정하고 있으나 진료비 전액을 환자 본인이 부담합니다.</p> <p>3. 상한액 초과금 : 본인부담액 상한제에 따라 같은 의료기관에서 연간 400만원(환자 자격 등에 따라 다를 수 있음) 이상 본인부담금이 발생한 경우 공단이 부담하는 초과분 중 사전 정산하는 금액을 말합니다.</p> |             |                                             |       |            |           | <p>1. 이 계산서·영수증에 대한 세부내용은 요양기관에 요구하여 제공받을 수 있습니다.</p> <p>2. 「국민건강보험법」 제43조의2 또는 「의료급여법」 제 11조의 3에 따라 환자가 전액 부담한 비용과 비급여로 부담한 비용의 타당성 여부를 건강보험심사평가원(☎1644-2000, 홈페이지 : www.hira.or.kr)에 확인 요청하실 수 있습니다.</p> <p>3. 계산서·영수증은 「소득세법」에 따른 의료비 공제신청 또는 「조세특례제한법」에 따른 현금영수증 공제신청(현금영수증 승인번호가 적힌 경우만 해당함)에 사용할 수 있습니다. 다만, 지출증빙용으로 발급된 "현금영수증(지출증빙)"은 공제신청에 사용할 수 없습니다. (현금영수증 문의 126 인터넷 홈페이지 : http://현금영수증.kr)</p> |                                          |                   |        |              |
| 주(註) : 진료항목 중 선택항목은 요양기관의 특성에 따라 추가 또는 생략할 수 있습니다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                                             |       |            |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                   |        |              |

[V] 외래 [ ] 입원 ([ ] 퇴원 [ ] 중간) 진료비 계산서 · 영수증

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                             |       |            |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                   |        |              |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------|-------|------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------|--------|--------------|---|
| 환자등록번호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             | 환자 성명                                       |       | 진료기간       |           | 야간(공휴일)진료                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                          |                   |        |              |   |
| 105727                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             | 강용근                                         |       | 2015-07-18 |           | [ ] 야간 [ ] 공휴일                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                          |                   |        |              |   |
| 진료과목                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             | 질병군(DRG)번호                                  |       | 병실         |           | 환자구분                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |                   |        |              |   |
| 영상의학과                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                             |       |            |           | 영수증번호(연월-일련번호)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                          |                   |        |              |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                             |       | 국민공단       |           | 1507-00018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                          |                   |        |              |   |
| 항목                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             | 급여                                          |       | 비급여        |           | 금액산정내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                          |                   |        |              |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             | 일부 본인부담                                     |       | 전액<br>본인부담 | 선택<br>진료료 | 선택진료료<br>이외                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ⑦ 진료비 총액<br>(①+②+③+④+⑤)                  | 40,330            |        |              |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             | 본인부담금                                       | 공단부담금 |            |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                   |        |              |   |
| 기본<br>항목                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 진찰료         | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ⑧ 환자부담 총액<br>(①-⑥)+③+④+⑤                 | 40,330            |        |              |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 입원료         | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ⑨ 이미 납부한 금액                              | 0                 |        |              |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 식대          | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                   |        |              |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 투약 및<br>조제료 | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                   |        |              |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 주사료         | 행위료                                         | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 0                                        | ⑩ 납부할 금액<br>(⑧-⑨) | 40,330 |              |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             | 약품비                                         | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 0                                        |                   |        |              |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 마취료         | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ⑪ 납부<br>한 금액                             | 카드                | 0      |              |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 처치 및 수술료    | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          | 현금영수증             | 0      |              |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 검사료         | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          | 현금                | 40,330 |              |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 영상진단료       | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 납부하지 않은 금액(⑩-⑪)                          | 합계                | 40,330 |              |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 방사선치료료      | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          | 현금영수증( )          | 0      |              |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 치료재료대       | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 신분확인번호                                   |                   |        |              |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 재활 및 물리치료료  | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 현금승인번호                                   |                   |        |              |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 정신요법료       | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | * 요양기관 임의활동공간<br><2015년 내원일><br>07월 18일, |                   |        |              |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 전술 및 혈액성분제료 | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                   |        |              |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 선택<br>항목    | CT 진단료                                      | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                   |        | 0            |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             | MRI 진단료                                     | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                   |        | 0            |   |
| PET 진단료                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                   |        |              |   |
| 초음파진단료                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                   |        |              |   |
| 보철·교정료·기타                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                   |        |              |   |
| 채용검진비                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 0           | 0                                           | 0     | 40,330     | 0         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                   |        |              |   |
| 65세 이상 등 정액                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                   |        |              |   |
| 정액수가(요양병원)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                   |        |              |   |
| 포괄수가진료비                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             | 0                                           | 0     | 0          | 0         | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                   |        |              |   |
| 합계                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             | ①                                           | 0     | ②          | 0         | ③                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 0                                        | ④                 | 40,330 | ⑤            | 0 |
| 상한액 초과금                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             | ⑥                                           | 0     |            |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | 선택진료 신청           |        | [ ] 유 [ ] 무  |   |
| 요양기관 종류                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             | [V] 의원급·보건기관 [ ] 병원급 [ ] 종합병원 [ ] 상급종합병원    |       |            |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                   |        |              |   |
| 사업자등록번호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             | 621-90-11265                                |       | 상호         |           | 양산내과영상의학과의원                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                          | 전화번호              |        | 055-385-1234 |   |
| 사업장 소재지                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             | 양산시 중부동 685-8 센트럴스위트3층 www.ysbestclinic.com |       |            |           | 대표자                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                          | 김진구 [인]           |        |              |   |
| 2015년 7월 18일                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |                                             |       |            |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                   |        |              |   |
| 항목별 설명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                                             |       |            |           | 일반사항 안내                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                          |                   |        |              |   |
| <p>1. 일부 본인부담 : 일반적으로 다음과 같이 본인부담률을 적용하나, 요양기관 지역, 요양기관의 종별, 환자 자격 등에 따라 달라질 수 있습니다.</p> <p>- 외래 본인부담률 : 요양기관 종별에 따라 30%~60%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형등에 따라 0원~2500원, 0%~15%) 등</p> <p>- 입원 본인부담률 : 20%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기관 유형 등에 따라 0%~10%) 등</p> <p>※ 식대 : 50%(의료급여는 20%)</p> <p>CT·MRI·PET : 외래 본인부담률(의료급여는 입원 본인부담률과 동일)</p> <p>2. 전액 본인부담 : 「국민건강보험법 시행규칙」 별표5 또는 「의료급여법 시행규칙」 별표 1의 2에 따라 적용되는 항목으로 건강보험(의료급여)에서 금액을 정하고 있으나 진료비 전액을 환자 본인이 부담합니다.</p> <p>3. 상한액 초과금 : 본인부담액 상한제에 따라 같은 의료기관에서 연간 400만원(환자 자격 등에 따라 다를 수 있음) 이상 본인부담금이 발생한 경우 공단이 부담하는 초과분 중 사전 정산하는 금액을 말합니다.</p> |             |                                             |       |            |           | <p>1. 이 계산서·영수증에 대한 세부내용은 요양기관에 요구하여 제공받을 수 있습니다.</p> <p>2. 「국민건강보험법」 제43조의2 또는 「의료급여법」 제 11조의 3에 따라 환자가 전액 부담한 비용과 비급여로 부담한 비용의 타당성 여부를 건강보험심사평가원(☎1644-2000, 홈페이지 : www.hira.or.kr)에 확인 요청하실 수 있습니다.</p> <p>3. 계산서·영수증은 「소득세법」에 따른 의료비 공제신청 또는 「조세특례제한법」에 따른 현금영수증 공제신청(현금영수증 승인번호가 적힌 경우만 해당합니다)에 사용할 수 있습니다. 다만, 지출증빙용으로 발급된 "현금영수증(지출증빙)"은 공제신청에 사용할 수 없습니다. (현금영수증 문의 126 인터넷 홈페이지 : http://현금영수증.kr)</p> |                                          |                   |        |              |   |
| 주(註) : 진료항목 중 선택항목은 요양기관의 특성에 따라 추가 또는 생략할 수 있습니다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                                             |       |            |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                   |        |              |   |