

I. 행위

적용일시2025.05.07

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

제1장 기본진료료

제1-1장 상급병실료 차액

상급병실료	상급병실료-1인실	ABZ010001	일반 1인실		180,000	200,000	×	×	시설, 면적따라 구분 (온돌+침대)	2022.01.01
-------	-----------	-----------	--------	--	---------	---------	---	---	------------------------	------------

제2-1장 검체검사료

면역 검사	갑상선자극면역글로불린 [생물발광법]	CZ213		80,300			×	×		
감염 검사	인플루엔자 A·B 바이러스항 원검사 [현장검사]	CZ3940000		35,000			×	×		
일반 화학 검사	아밀로이드 A (SAA)	CZ242	Serum Amyloid A	60,000			×	×		2023.03.28
면역 검사	항CCP항체[IgG]	CZ432	Anti-CCP Ab	58,000			×	×		
종양 검사	CA-125[정밀면역검사]	D4311		29,780			×	×	검진목적 비급여	2025.01.01
내분비 진단 검사	항물러관호르몬[정밀면역 검사]	D37300000		80,000			×	×	급여기준외 비급여	
감염 검사	코로나신속항원검사	D66200000		20,000			×	×	급여기준외 비급여	
	인플루엔자 A·B 바이러스 항원 과 SARS-CoV-2 항원 동시검사 [일반면역검사] -간이검사	D66300000		40,000			×	×		
	(의뢰)호흡기바이러스검사	D6801066		130,000			×	×	급여기준외 비급여	
일반 화학 검사	(위탁)TBPE	LZ0162		8,500			×	×		
기타	니코틴 정성	LZ0324		10,000			×	×		2025.01.16
	니코틴 대사산물	LZ0325		42,000			×	×		2025.01.16
	Nicotine Metabolite	LCX372691		30,000			×	×		2025.01.16

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
제2-2장. 병리검사로										
유전자 검사	친자확인검사	LZ0322		770,000			×	×		2025.01.15

제2-3장. 기능검사로										
순환기 기능 검사	동맥경화도검사	EZ8680000	맥파전달속도측정	50,000			×	×		

제2-4장. 내시경, 천자 및 생검료										
진정내시경	진정내시경 환자관리료 I	EA0010000		71,560			×	×	약제별도산정(시술 료별도)	2022.02.01
	진정내시경 환자관리료 II	EA0020000		103,820			×	×	약제별도산정(시술 료별도)	2022.02.01
	진정내시경 환자관리료 III	EA0030000		159,100			×	×	약제별도산정(시술 료별도)	2022.02.01
	진정내시경 환자관리료 IV	EA0040000		220,040			×	×	약제별도산정(시술 료별도)	2022.02.01
	내시경수면비용- 위	EA0020000		80,000			×	×	약제별도산정(시술 료별도)	
	내시경수면비용- 대장	EA0030000		100,000			×	×	약제별도산정(시술 료별도)	
	내시경수면비용- 위+대장 동시	EA0030000		150,000			×	×	약제별도산정(시술 료별도)	
	내시경수면비용- 기관지내 시경	EA0040000		100,000			×	×	약제별도산정(시술 료별도)	

제2-5장. 초음파 검사료										
기본초음파	단순초음파 I	EB4010000	One Point	30,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	단순초음파 II	EB4020000	Simple / Injection용	30,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
진단초음파	두경부-경부 초음파-갑상선 ·부갑상선	EB4140000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	두경부-경부 초음파-갑상선 ·부갑상선 제외한 경부	EB4150000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	흉부-유방·액와부 초음파- 일반	EB4210000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	흉부-흉벽, 흉막, 늑골 등 초 음파	EB4220000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	심장-경흉부 심초음파-단순	EB4310000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
	심장-경흉부 심초음파-일반	EB4320000		150,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	초음파검사-심장-경흉부심초음파	EB4330000		200,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	초음파검사-복부,골반-복부-간·담낭·담도·비장·췌장-일반	EB4410000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	초음파검사-복부,골반-복부-간·담낭·담도·비장·췌장-정밀	EB4420000		130,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	복부-복부 초음파-총수	EB4430001		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
진단초음파	복부-복부 초음파-소장·대장	EB4440001		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	복부-복부 초음파-서혜부	EB4450001		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	복부-복부 초음파-항문	EB4470001		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	복부-비뇨기계 초음파-신장·부신·방광	EB4480001		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	복부-비뇨기계 초음파-신장·부신	EB4490001		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	복부-비뇨기계 초음파-방광	EB4500001		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	초음파검사-복부,골반-복부-골반장기	EB4410000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	복부-남성생식기 초음파-전립선·정낭	EB4510001		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	복부-남성생식기 초음파-전립선·정낭(경복부로 실시)	EB4520001		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	복부-남성생식기 초음파-음경	EB4530001		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	복부-남성생식기 초음파-음낭	EB4540001		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	복부-여성생식기 초음파-일반	EB4550001		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	복부-여성생식기 초음파-정밀	EB4570001		120,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	근골격, 연부·관절 초음파-손가락(편측)	EB4610000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	근골격, 연부·관절 초음파-발가락(편측)	EB4620000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	근골격, 연부·관절 초음파-주관절(편측)	EB4630000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	근골격, 연부·관절 초음파-슬관절(편측)	EB4640000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	근골격, 연부·관절 초음파-고관절(편측)	EB4650000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
	근골격, 연부-관절 초음파- 견관절(편측)	EB4660000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	근골격, 연부-관절 초음파- 손목관절(편측)	EB4670000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	근골격, 연부-관절 초음파- 발목관절(편측)	EB4680000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	근골격, 연부-연부조직 초음 파-일반	EB4700000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	근골격, 연부-연부조직 초음 파-정밀	EB4710000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
진단초음파	혈관-뇌혈류 초음파	EB4810000		120,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	혈관-두개외 혈관 도플러 초 음파-경동맥	EB4820000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	혈관-사지혈관 도플러 초음 파-상지-동맥	EB4840000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	혈관-사지혈관 도플러 초음 파-상지-정맥	EB4850000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	혈관-사지혈관 도플러 초음파-동 정맥류의 혈류 및 협착 측정	EB4860000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	혈관-사지혈관 도플러 초음 파-하지-동맥	EB4870000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	혈관-사지혈관 도플러 초음 파-하지-정맥	EB4880000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	혈관-대동맥 도플러 초음파	EB4900000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	신경-말초신경 초음파(편 측)	EB5030000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	임산부 초음파-제1삼분기- 일반	EB5110000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	임산부 초음파-제2,3삼분기 -일반	EB5150000		100,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
유도 초음파	유도초음파 I	EB5610000	천자, 수술전 등	80,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	유도초음파 II	EB5620000	생검 수술중 유도 등	80,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	수술중초음파(SONO OR) (유도초음파)	EZ9850000		50,000			×	×		
특수 초음파	심장-경식도 심초음파	EB6110000		657,920			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
기타 진단 초음파	USG 응급(단일)-1부위	EB521		30,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	USG 응급(단일)-2부위	EB522		50,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
제3-2장. 자기공명영상진단료(MRI)										
뇌[뇌, 해마]	MRI기본검사(뇌-일반)	HE1010001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
두경부	MRI기본검사(안면-일반)	HE1030001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(부비동-일반)	HE1040001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(안와-일반)	HE1050001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
두경부	MRI기본검사(측두골-일반)	HE1060001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(측두하악관절-일반)	HE1070001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(경부-일반)	HE1080001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
척추	MRI기본검사(경추-일반)	HE1090000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(흉추-일반)	HE1100000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(요천추-일반)	HE1110000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(척추강-일반)	HE1120000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(전척추-일반)	HE1130000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	MRI기본검사(견관절-일반)	HE1150000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(주관절-일반)	HE1160000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(수관절-일반)	HE1170000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(고관절-일반)	HE1180000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(천장골관절-일반)	HE1190000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(슬관절-일반)	HE1200000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(발목관절-일반)	HE1210000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(관절외 상지-일반)	HE1220000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(관절외 하지-일반)	HE1230000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
흉부	MRI기본검사(흉부-일반)	HE1250001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
복부	MRI기본검사(유방-일반)	HE1260001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(복부-일반)	HE1270001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(골반-일반)	HE1280001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(췌장-일반)	HE1290001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(신장 및 부신-일반)	HE1300001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
복부	MRI기본검사(음낭 및 음경-일반)	HE1310001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(간-일반)	HE1320001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(담낭관-일반)	HE1330001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(전립선-일반)	HE1340001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
혈관	MRI기본검사(뇌혈관-일반)	HE1350001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(경부혈관-일반)	HE1360001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(흉부혈관-일반)	HE1370001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(복부혈관-일반)	HE1380001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(사지혈관-일반)	HE1390000		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(심혈관-일반)	HE1400001		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
뇌[뇌, 해마]	MRI기본검사(뇌-일반)-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE201		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
두경부	MRI기본검사(안면-일반)-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE203		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(부비동-일반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE204		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(안와-일반)-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE205		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(측두골-일반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE206		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(측두하악관절-일반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE207		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(경부-일반)-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE208		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(경추-일반)-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE209		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
	MRI기본검사(흉추-일반)- 조영제 주입 전 후 촬영판독	HE210		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(요천추-일 반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE211		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(척추강-일 반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE212		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
근골격계	MRI기본검사(견관절-일 반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE2150000		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(주관절-일 반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE2160000		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
근골격계	MRI기본검사(수관절-일 반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE2170000		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(고관절-일 반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE2180000		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(천장골관절- 일반)-조영제 주입 전 후 촬	HE2190000		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(슬관절-일 반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE2200000		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(발목관절-일 반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE2210000		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(관절외 상지- 일반)-조영제 주입 전 후 촬	HE2220000		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(관절외 하지- 일반)-조영제 주입 전 후 촬	HE2230000		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
흉부	MRI기본검사(흉부-일반)- 조영제 주입 전 후 촬영판독	HE225		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(유방-일반)- 조영제 주입 전 후 촬영판독	HE226		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
복부	MRI기본검사(복부-일반)- 조영제 주입 전 후 촬영판독	HE227		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(골반-일반)- 조영제 주입 전 후 촬영판독	HE228		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(체장-일반)- 조영제 주입 전 후 촬영판독	HE229		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(신장 및 부신- 일반)-조영제 주입 전 후 촬	HE230		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(음낭 및 음경- 일반)-조영제 주입 전 후 촬	HE231		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(간-일반)-조 영제 주입 전 후 촬영판독	HE232		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(담낭관-일 반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE233		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(전립선-일 반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE234		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
혈관	MRI기본검사(뇌혈관-일 반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE235		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
	MRI기본검사(경부혈관-일 반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE236		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	MRI기본검사(사지혈관-일 반)-조영제 주입 전 후 촬영	HE2390000		580,000			×	조영제포함	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	MRI특수검사-확산	HF1010000		250,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
특수검사	MRI특수검사-관류[3차원 자기공명영상 포함]	HF1020000		480,000			×	조영제별도	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	MRI특수검사-Dynamic[기 본검사포함]	HF105		480,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
기타	자기공명영상-외부필름판독		촬영부위별 산정		71,280	142,560	×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	Spine MRI(NS Diagnostic)		촬영부위별 산정	200,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	외부 MRI 판독료			50,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	2025.02.25

제7장 이학요법료(물리치료료)

도수치료	도수치료 [1일당]	MX1220000			30,000	100,000	×	×	시간, 부위, 난이도 별 구분	2024.04.17
증식치료	Prolotherapy 증식치료(사 지관절-관절부위당)	MY1420000	Prolotherapy	30,000			×	×	관절부위당	
	Prolotherapy 증식치료(척 추-척추레벨당)	MY1430000	Prolotherapy	40,000			×	×	척추레벨당	

제9장 처치 및 수술료 등

기본 처치	가온가습고유량비강캐놀라 요법(마취시)	M0046		150,000			○	×	신의료기술	2023.05.15
근골	추간판내 고주파 열치료술 (IDET)	SZ0830000	고주파디스크성형	3,500,000			재료대포함	×		
	고주파열치료+PEN+풍선 확장(level A)	SZ083		4,700,000			재료대포함	×	동시수술	
	체외충격파치료[근골격계 질환]-1부위 (각부위별)	SZ0840000		40,000			마그네틱치 료포함	×	각부위별	2022.02.01
	체외충격파치료-2부위이상 (각부위별)	SZ0840000		60,000			마그네틱치 료포함	×	각부위별	2022.02.01
남성 생식기	포경수술	R3822	소아	150,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
	포경수술	R3822	성인	200,000			×	×	급여 인정기준 외 실 시한 경우 비급여	
신경	내시경적 경막외강 신경근성 형술(EEN)	SZ6310000		4,500,000			재료대포함	×		
	경피적 척추공 성형술	SZ634		3,500,000			재료대포함	×		

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
	경피적 척추공 성형술+경피적 경막외강 신경성형술	SZ634		3,800,000			재료대포함	×	동시수술	
	경피적 경막외강 신경성형술(PEN)	SZ6340000			1,400,000	2,200,000	재료대포함	×	재료대별(Level 당)	
	경피적 풍선확장 경막외강 신경성형	SZ6410000			2,000,000	3,000,000	재료대포함	×	재료대별(Level 당)	
응급 처치	고압산소요법	M0586	시간에 따라 구분		100,000	200,000	○	×	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	2025.05.07

제10장 치과 처치·수술료

치아질환 처치	보철물 장착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core	UZ001	포스트코아 (기성품)		100,000	150,000	재료대포함	x		
	보철물 장착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core	UZ001	주조포스트 (금)	150,000			재료대포함	x		
	보철물 장착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core	UZ001	주조포스트 (금을 제외한 금속)	150,000			재료대포함	x		
	보철물 장착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core	UZ001	주조포스트 (세라믹)	150,000			재료대포함	x		
	인레이(Inlay) 및 온레이(Onlay) 간접충전(금 등을 사용한 충전치료)	UZ0040011	인레이 간접충전 1)골드 - 1면, 2면, 3면		300,000	400,000	재료대포함	x		
	인레이(Inlay) 및 온레이(Onlay) 간접충전(금 등을 사용한 충전치료)	UZ0040012	인레이 간접충전 3)레진		300,000		재료대포함	x		
	광중합형 복합레진충전	U02390000	광중합형 복합레진충전 (1면)		100,000		재료대포함	x	보험급여기준외 비급여	
	광중합형 복합레진충전	U02400000	광중합형 복합레진충전 (2면)		150,000		재료대포함	x	보험급여기준외 비급여	
	광중합형 복합레진충전	U02410000	광중합형 복합레진충전 (3면이상)		200,000		재료대포함	x	보험급여기준외 비급여	
수술후처치, 치주 조직처치	교합장치	UZ042		800,000			재료대포함	x		
	sealant(치아홈메우기)			30,000			재료대포함	x		
	Scaling(전악)-치석제거	UW3021047			50,000	60,000	x	x		
	Dental CT	HA413		150,000			x	x	임플란트등비급여진료시 정밀진단목적	

제18장 치과의 보철료

치아질환 처치	보철물 장착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core	UZ001	포스트코아 (기성품)		100,000	150,000				
치아질환 처치	보철물 장착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core	UZ0010011	주조포스트 (금)	150,000						

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
치아질환 처치	보철물 장착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core	UZ0010012	주조포스트 (금을 제외한 금속) 레진	150,000						
치아질환 처치	보철물 장착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core	UZ0010013	주조포스트 (세라믹)	150,000						
치아질환 처치	인레이(Inlay) 및 온레이(Onlay) 간접충전(금 등을 사용한 충전치료)	UZ004	인레이 간접충전 1)골드 - 1면, 2면, 3면		300,000	400,000				
치아질환 처치	인레이(Inlay) 및 온레이(Onlay) 간접충전(금 등을 사용한 충전치료)	UZ0040014	인레이 간접충전 2)세라믹		400,000					
치아질환 처치	인레이(Inlay) 및 온레이(Onlay) 간접충전(금 등을 사용한 충전치료)	UZ0040022	인레이 간접충전 3)레진		300,000					
치아질환 처치	인레이(Inlay) 및 온레이(Onlay) 간접충전(금 등을 사용한 충전치료)	UZ004	온레이 간접충전		400,000	600,000				
치아질환 처치	광중합형 복합레진충전	UZ005001	광중합레진-마모		60,000	200,000				
치아질환 처치	광중합형 복합레진충전	UZ005002	광중합레진-파절등		100,000					
치아질환 처치	광중합형 복합레진충전	U0239	광중합형 복합레진충전 (1면)		100,000				보험급여기준외 비급여	
치아질환 처치	광중합형 복합레진충전	U0240	광중합형 복합레진충전 (2면)		150,000				보험급여기준외 비급여	
치아질환 처치	광중합형 복합레진충전	U0241	광중합형 복합레진충전 (3면이상)		200,000				보험급여기준외 비급여	
수술후처치, 치주조직처치	구강보호장치	UZ031			200,000	500,000				
수술후처치, 치주조직처치	대구치직립이동	UZ034			500,000	1,500,000				
수술후처치, 치주조직처치	레진수지관스프린트	UZ035	evenbite splint	800,000						
수술후처치, 치주조직처치	이갈이장치	UZ036			200,000	500,000				
수술후처치, 치주조직처치	임시수복치관내고정술	UZ041	치아당	60,000						
수술후처치, 치주조직처치	교합장치	UZ042~046		800,000						
보철	Cr.Gold(A)	UW607F320	금함량 46%	600,000			○	x		2021.02.16
	Cr.PFM(구치부)	UW608F310			400,000	450,000	○	x	치아부위별	
	Cr.PFZirconia(전치부)	UW609F350		600,000			○	x	치아부위별	
	Cr.Zirconia(구치부)	UW609F350		500,000			○	x	치아부위별	
	SS Crown			130,000			○	x		
보철	Provision	UZ004		150,000			○	x		

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
	Resin Inlay	UZ0040012		300,000			○	x		
	Resin(치경부)			60,000			○	x		
	Resin(전치부 인접1면당)			150,000			○	x		
	Resin(전치부,Palatal)			60,000			○	x		
	Resin(구치부)			130,000			○	x		
	Resin(구치 2급)			150,000			○	x		
	Resin(소아)			100,000			○	x		
	Resin(치간이개)			300,000			○	x		
	Resin(Core)			100,000			○	x		
	보철물 장착을 위한 전단계 로 실시하는 Post Core			100,000			○	x		
임플란트	임플란트(Implant)-구치부 (zir+ccm)			1,800,000			○	x		
	임플란트(Implant)-전치부 (PMzir+ccm)			2,000,000			○	x		
	임플란트(Implant)-외래			1,200,000			○	x	21.2.16일자 적용	2021.02.16
	임플란트 식립 (overdenture)			1,200,000			○	x		
	GBR(상악동)		Small Implant	500,000			○	x		
교정	Lingual arch			300,000			○	x		
	스포츠용 스플린트(sports splint) 3개			500,000			○	x		
	턱관절 스플린트(TMD splint)			800,000			○	x		
	불소바니쉬			30,000			x	x		

기타										
기타	보호자식			6,520			x	x		2024.01.04
기타	공기밥		식사외 별도	1,000			x	x		

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
	(의뢰)Biopsy 슬라이드제작 비			11,000			x	x		
	(미용)토닝			60,000			x	x	VAT별도	
	(미용)프락셀			80,000			x	x	VAT별도	
	(미용)점제거술		레이저(개당)	5,000			x	x	VAT별도	
	(미용)보톡스		부위별	50,000			x	x	VAT별도	
	(미용)필러		부위별	200,000			x	x	VAT별도	
	(미용)검버섯제거		면적당	100,000			x	x	VAT별도	
	골연령검사			50,000			x	x	건강검진목적	2024.03.27
	영유아발달검사(한국판 DEN버발달검사)	FZ6930000			15,000	50,000	x	x	초검, 재검 구분	2025.01.13