

비급여 진료비용 (자산의료재단 제천시서울병원)

I. 행위

적용일시2024-03-06

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

제2장 검사료

면역혈청검사	갑상선자극면역글로불린[생물발광법]	CZ213		80,300						
종양표지자검사	CA-125[정밀면역검사]	D4311		29,780					검진목적 비급여	2025.01.01
감염증 기타 검사	인플루엔자 A·B 바이러스항원검사 [현장검사]	CZ394		35,000						
자가면역질환검사	항CCP항체[IgG]	CZ432	Anti-CCP Ab	58,000						
기능검사료	동맥경화도검사(맥파전달속도측정)	EZ868		50,000						
	Nicotine Metabolite (의뢰)호흡기바이러스검사	D6801066		30,000					급여기준외 비급여	
	지카 바이러스 PCR			253,730					급여기준외 비급여	
	OAB test (의뢰)TBPE			150,000						
	항물리관호르몬[정밀면역검사]	D3730		80,000					급여기준외 비급여	
	코로나신속항원검사	D6620		20,000					급여기준외 비급여	
	유전자검사5종			100,000						2023.2.1
	유전자검사10종			200,000						2023.2.1
	알츠온검사			200,000						2023.2.1
	친자확인검사			770,000						2025.1.15
	니코틴 대사산물			42,000						2025.1.16
	니코틴 정성			10,000						2025.1.16
	아밀로이드 A (SAA)	CZ242		60,000						2023.3.28

제2-1장. 초음파 검사료

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
초음파 검사료	혈관-뇌혈류 초음파	EB4810000		120,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	혈관-두개외 혈관 도플러 초음파-경동맥	EB4820000		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	혈관-뇌혈류 초음파	EB411		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	초음파검사-두경부-안와[편측]	EB412		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	초음파검사-두경부-안계측[편측]	EB413		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	두경부-경부 초음파-갑상선·부갑상선	EB4140000	갑상선, 부갑상선	100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	두경부-경부 초음파-갑상선·부갑상선 제외한 경부	EB4150000	경부	100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	초음파검사-두경부-후두	EB416		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	초음파검사-두경부-비·부비동	EB416		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	흉부-유방·액와부 초음파-일반	EB4210000		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	흉부-흉벽, 흉막, 늑골 등 초음파	EB4220000		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	초음파검사-심장-경식도심 초음파-일반	E9431		150,000					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		
초음파 검사료	심장-경흉부 심초음파-단순	EB4310000		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	심장-경흉부 심초음파-일반	EB4320000		150,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	초음파검사-심장-경흉부심초음파	EB4330000		200,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	초음파검사-복부,골반-복부-간·담낭·담도·비장·췌장-일반	EB441		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	초음파검사-복부,골반-복부-간·담낭·담도·비장·췌장-정밀	EB442		130,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	복부-복부 초음파-총수	EB4430001		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	복부-복부 초음파-소장·대장	EB4440001		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	복부-복부 초음파-서혜부	EB4450001		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	초음파검사-복부,골반-복부-직장	EB446		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	복부-복부 초음파-항문	EB4470001		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	복부-비뇨기계 초음파-신장·부신·방광	EB4480001		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	복부-비뇨기계 초음파-신장·부신	EB4490001		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		
초음파 검사료	복부-비뇨기계 초음파-방광	EB4500001		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	초음파검사-복부,골반-복부-골반장기	EB441		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	복부-남성생식기 초음파-전립선·정낭	EB4510001		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	복부-남성생식기 초음파-전립선·정낭(경북부로 실시)	EB4520001		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	복부-남성생식기 초음파-음경	EB4530001		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	복부-남성생식기 초음파-음낭	EB4540001		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	근골격, 연부-관절 초음파-손가락(편측)	EB4610000		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	근골격, 연부-관절 초음파-발가락(편측)	EB4620000		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	근골격, 연부-관절 초음파-주관절(편측)	EB4630000		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	근골격, 연부-관절 초음파-주관절(편측)	EB4640000		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	근골격, 연부-관절 초음파-고관절(편측)	EB4650000		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	근골격, 연부-관절 초음파-견관절(편측)	EB4660000		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		
초음파 검사료	근골격, 연부-관절 초음파- 손목관절(편측)	EB4670000		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	근골격, 연부-관절 초음파- 발목관절(편측)	EB4680000		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	신경-말초신경 초음파(편 측)	EB5030000		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	근골격, 연부-연부조직 초음 파-일반	EB4700000		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	근골격, 연부-연부조직 초음 파-정밀	EB4710000		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	혈관-사지혈관 도플러 초음 파-상지-동맥	EB4840000		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	혈관-사지혈관 도플러 초음 파-상지-정맥	EB4850000		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	혈관-사지혈관 도플러 초음 파-하지-동맥	EB4870000		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	혈관-사지혈관 도플러 초음 파-하지-정맥	EB4880000		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	혈관-대동맥 도플러 초음파	EB4900000		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	혈관-사지혈관 도플러 초음 파-동정맥류의 혈류 및 협착 측정	EB4860000		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	초음파검사-혈관-동정맥류- 혈관지도검사	EB486		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		
초음파 검사료	초음파검사-Upper Extremity Doppler(편측)	EB463010		120,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	초음파검사-Lower Extremity Doppler(편측)	EB468010		120,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	사지혈관 Doppler(하지정 맥류, 편측)	EB489		130,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	초음파검사-Vaginal(초진) - OBGY	EB402		50,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	초음파검사-Vaginal(재진) - OBGY	EB401		40,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	임산부 초음파-제1삼분기- 일반	EB5110000		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	임산부 초음파-제2,3삼분기 -일반	EB5150000		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	복부-여성생식기 초음파-일 반	EB4550001		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	복부-여성생식기 초음파-정 밀	EB4570001		120,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	USG 응급(단일)-1부위	EB521		30,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	USG 응급(단일)-2부위	EB522		50,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	수술 중 초음파	EZ9850000		50,000					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		
초음파 검사료	유도초음파 I	EB5610000		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	단순초음파 I	EB4010000		30,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파 검사료	단순초음파 II	EB4020000		30,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	

제3-1장. 초음파영상료

초음파검사료	유도초음파 II	EB5620000		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파영상료	초음파영상-검사 유도목적-체간	EB562		80,000						
초음파영상료	초음파영상-검사 유도목적-상지	EB562		80,000						
초음파영상료	초음파영상-검사 유도목적-하지	EB562		80,000						
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-두경부	EB562		80,000						
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-체간	EB562		80,000						
초음파검사료	초음파영상-시술 유도목적-상지	EB562		80,000						
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-하지	EB562		80,000						
초음파영상료	심장-경식도 심초음파	EB6110000		657,920					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
초음파영상료	수술중초음파(SONO OR)	EZ985		50,000						

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
뇌[뇌, 해마]	[MRI] BRAIN (ROUTINE)	HE101001		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
뇌[뇌, 해마]	Brain MRI(Contrast)-뇌	HE201		580,000				조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
뇌[뇌, 해마]	뇌-제한적 MRI(방사선 치료 범위 및 위치결정 등)	HE401		480,000	300,000	480,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
뇌[뇌, 해마]	해마-일반	HE102		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
뇌[뇌, 해마]	해마-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE202		580,000				조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
뇌[뇌, 해마]	해마-제한적 MRI(방사선 치료 범위 및 위치결정 등)	HE402		480,000	300,000	480,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
두경부	안면-일반	HE103		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
두경부	안면-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE203		580,000				조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
두경부	안면-제한적 MRI(방사선 치료 범위 및 위치결정 등)	HE403		480,000	300,000	480,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
두경부	부비동-일반	HE104		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
두경부	부비동-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE204		580,000				조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
두경부	부비동-제한적 MRI(방사선 치료 범위 및 위치결정 등)	HE404		480,000	300,000	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		
두경부	[MRI] ORBIT	HE1050001		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
두경부	안와-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE205		580,000				조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
두경부	안와-제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)	HE405		300,000	300,000	480,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
두경부	측두골-일반	HE106		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
두경부	측두골-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE206		580,000				조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
두경부	[MRI] TMJ	HE1070001		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
두경부	측두하악관절-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE207		580,000				조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
두경부	[MRI] NECK	HE1080001		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
두경부	경부-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE208		580,000				조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
척추	[MRI] C-SPINE	HE1090000		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
척추	경추-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE209		580,000				조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
척추	[MRI] T-L SPINE	HE1100000		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		
척추	흉추-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE210		580,000				조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
척추	[MRI] L-SPINE	HE1110000		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
척추	요천추-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE211		580,000				조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
척추	척추강-일반	HE112		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
척추	척추강-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE212		580,000				조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] LEFT SHOULDER	HE1150000		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] RIGHT SHOULDER	HE1150000		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] LEFT SHOULDER (CONTRAST)	HE2150000		580,000				조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] RIGHT SHOULDER (CONTRAST)	HE2150000		580,000				조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] LEFT ELBOW	HE1160000		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] RIGHT ELBOW	HE1160000		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] LEFT ELBOW (CONTRAST)	HE2160000		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		
근골격계	[MRI] RIGHT ELBOW (CONTRAST)	HE2160000		580,000				조영제포 함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] LEFT HAND	HE1170000		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] RIGHT HAND	HE1170000		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] LEFT WRIST	HE1170000		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] RIGHT WRIST	HE1170000		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] LEFT HAND(CONTRAST)	HE2170000		580,000				조영제포 함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] RIGHT HAND(CONTRAST)	HE2170000		580,000				조영제포 함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] LEFT WRIST(CONTRAST)	HE2170000		580,000				조영제포 함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] RIGHT WRIST (CONTRAST)	HE2170000		580,000				조영제포 함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] HIP JOINT	HE1180000		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] HIP JOINT(CONTRAST)	HE2180000		580,000				조영제포 함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	천장골관절-일반	HE119		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		
근골격계	천장골관절-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE219		580,000				조영제포 함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] LEFT KNEE	HE1200000		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] RIGHT KNEE	HE1200000		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] LEFT KNEE (CONTRAST)	HE2200000		580,000				조영제포 함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] RIGHT KNEE (CONTRAST)	HE2200000		580,000				조영제포 함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] LEFT ANKLE	HE1210000		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] LEFT ANKLE	HE1210000		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] LEFT ANKLE (CONTRAST)	HE2210000		580,000				조영제포 함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] RIGHT ANKLE (CONTRAST)	HE2210000		580,000				조영제포 함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] LEFT FOREARM	HE1220000		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] RIGHT FOREARM	HE1220000		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] LEFT UPPER ARM	HE1220000		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		
근골격계	[MRI] RIGHT UPPER ARM	HE1220000		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] LEFT FOREARM (CONTRAST)	HE2220000		580,000				조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] RIGHT FOREARM (CONTRAST)	HE2220000		580,000				조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] LEFT UPPER(CONTRAST)	HE2220000		580,000				조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] RIGHT UPPER (CONTRAST)	HE2220000		580,000				조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] LEFT FOOT	HE1230000		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] RIGHT FOOT	HE1230000		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] LEFT LOW LEG	HE1230000		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] RIGHT LOW LEG	HE1230000		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] LEFT THIGH	HE1230000		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] RIGHT THIGH	HE1230000		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] RGHTE LOW LEG(CONTRAST)	HE2230000		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		
근골격계	[MRI] RGHTE LOW LEG(CONTRAST)	HE2230000		580,000				조영제포 함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] RIGHT FOOT (CONTRAST)	HE2230000		580,000				조영제포 함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] LEFT LOW LEG(CONTRAST)	HE2230000		580,000				조영제포 함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] RIGHT THIGH(CONTRAST)	HE2230000		580,000				조영제포 함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
근골격계	[MRI] LEFT THIGH(CONTRAST)	HE2230000		580,000				조영제포 함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
흉부	흉부-일반	HE125		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
흉부	흉부-조영제 주입 전 후 촬 영판독	HE225		580,000				조영제포 함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
흉부	유방-일반	HE126		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
흉부	유방-조영제 주입 전 후 촬 영판독	HE226		580,000				조영제포 함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
복부	복부-일반	HE127		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
복부	복부-조영제 주입 전 후 촬 영판독	HE227		580,000				조영제포 함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
복부	골반-일반	HE128		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	골반-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE228		580,000				조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
복부	췌장-일반	HE129		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
복부	췌장-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE229		580,000				조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
복부	신장 및 부신-일반	HE130		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
복부	신장 및 부신-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE230		580,000				조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
복부	음낭 및 음경-일반	HE131		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
복부	음낭 및 음경-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE231		580,000				조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
복부	간-일반	HE132		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
복부	간-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE232		580,000				조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
복부	[MRI] ABDOMEN MRCP	HE1330001		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
복부	담췌관-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE233		580,000				조영제포함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
복부	[MRI] PROSTATE	HE1340001		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	전립선-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE234		580,000				조영제포 함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
복부	전립선-제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)	HE434		300,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
혈관	[MRI] BRAIN MR ANGIO(NON CONTRAST)	HE1350001		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
혈관	Brain MR Angio(contrast)	HE235		580,000				조영제포 함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
혈관	[MRI] CAROTID ANGIO(NON CONTRAST)	HE1360001		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
혈관	경부혈관-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE236		580,000				조영제포 함	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
혈관	사지혈관-일반	HE139		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
혈관	사지혈관-조영제 주입 전 후 촬영판독	HE239		580,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
혈관	Carotid Angio	HE136		480,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
특수검사	[MRI] BRAIN MRI DIFFUSION ONLY	HF1010000		250,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
특수검사	관류 [3차원자기공명영상 포함]	HF102		480,000				조영제별 도	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
특수검사	Dynamic	HF105		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		
기타	자기공명영상-외부필름판독		촬영부위별 산정		46100	136700			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
기타	Spine MRI(NS diagnostic)		촬영부위별 산정	200,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	

제7장 이학요법료(물리치료료)

물리치료료	FIMS(Functional Intramuscular Stimulation)	MZ001		30,000	20,000	150,000				
물리치료료	신장분사치료	MZ007		3,000	3,000	10,000				
물리치료료	연하재활 기능적전기자극치료	MZ008		50,000			재료대포함			
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122			30,000	100,000			시간, 부위, 난이도 별 구분	2024.04.17
물리치료료	Prolotherapy 증식치료(사지관절-관절부위당)	MY142	Prolotherapy	40,000					관절부위당	
물리치료료	Prolotherapy 증식치료(척추-척추레벨당)	MY143	Prolotherapy	40,000					척추레벨당	

제9장 처치 및 수술료 등

근골	(NS)(PENS)추간판내 고주파 시술(IDET)	SZ0830000	고주파디스크성형	3,500,000			재료대포함			
근골	체외충격파치료[근골격계질환]-1부위 (각부위별)	SZ0840000		40,000			마그네틱치료포함		각부위별	2022.2.1
	체외충격파치료-2부위이상 (마그네틱치료포함, 각부위별)	SZ0840000		60,000			마그네틱치료포함		마그네틱치료포함, 각부위별	2022.2.1
내분비기	증상이 있는 갑상선양성결절의 고주파열치료술	PZ612		700,000			재료대포함			
신경	경피적 경막외강 신경성형술	SZ634			1,400,000	2,200,000	재료대포함		재료대별	
	경피적 풍선확장 경막외강 신경성형	SZ641			2,000,000	3,000,000	재료대포함		재료대별	

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
	경피적풍선확장+경막외강 신경성형+추간판내고주파 열치료	SZ083			4,000,000	4,700,000	재료대포함		동시수술	
	추간판고주파(+PENS)	SZ083			3,500,000				재료대별	
	경피적 척추공 성형술	SZ634		3,500,000			재료대포함			
	경피적 척추공 성형술+경피적 경막외강 신경성형술	SZ634		3,800,000			재료대포함		동시수술	
	내시경적 경막외강 신경근 성형술(SELD)	SZ631		5,000,000			재료대포함			
	내시경적 경막외강 신경근 성형술(EEN)	SZ6310000		4,500,000			재료대포함			
	레이저정맥폐쇄술(편측)	OZ304		900,000			재료대포함			
	레이저정맥폐쇄술(양측)	OZ304		1,600,000			재료대포함			
	지속적 대퇴신경 통증자가 조절법(슬관절전치환술)	LZ6100000			100,000	150,000			재료대포함	
	가온가습고유량비강캐놀라 요법(마취시)			150,000			o	x	신의료신청	2023.5.15
	고압산소요법				100,000	180,000			시간에 따라 구분	2023.12.01
	포경수술		소아	150,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	
	포경수술		성인	200,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	

제10장 치과 처치·수술료

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	UZ001	주조포스트 (금)	150,000						
치아질환 처치	보철물 장착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core	UZ001	주조포스트 (금을 제외한 금속)	150,000						
치아질환 처치	보철물 장착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core	UZ001	주조포스트 (세라믹)	150,000						

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
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)	UZ004	인레이 간접충전 2)세라믹		400,000					
치아질환 처치	인레이(Inlay) 및 온레이(Onlay) 간접충전(금 등을 사용한 충전치료)	UZ004	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						
치주질환수술	심미적 치관형성술	UZ113	치아당	50,000						
기타치료비	protection splint(3개)			500,000						
	1년후 조정비		1회당	30,000						
	sealant(치아홈메우기)			30,000						
	diastema filling			100,000						
	Niti		치아당	12,000						

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
	MTA(근당)	BL7601QX	신경치료용	150,000						
	MTA(근당)		치수복조용	150,000						
	Scaling				50,000	60,000				
	SPT+TBI			30,000						
	Glasslonomer	60050050		30,000						
	Dental CT			150,000					임플란트등비급여진료시 정밀진단목적	

제18장 치과의 보철료

보철	Gold cr(A Type)	UW607F320	금합량 46%	600,000					21.2.16일자적용	#####
	PFM cr	UW608F310			400,000	450,000			치아부위별	
	PFZ	UW609F350			500,000	600,000			치아부위별	
	Collarless cr		PFM(전치부)	450,000						
	올세라믹			600,000						
	SS Crown			130,000						
	Full zirconia			500,000						
	Laminate			700,000						
	Provision			150,000						
	최후방구치			50,000						
	임시틀니			350,000						
	본틀니			1,500,000						
	틀니수리			200,000						
	리베이스			250,000						
	릴라이닝			150,000						
	1년이후 조정비(1회당)		릴라이닝, 리베이스 없 이	30,000						
	치경부 레진			60,000						
	전치부레진(면당)			150,000						
	구치부 레진			130,000						
	전치부 레진(palatal)			60,000						
	소아 Resin			100,000						
	Diastema(치간이개)			300,000						
	Diastema(치간이개)-인접 면당			150,000						
	Diastema(치간이개)-치아 면			100,000						
	PRR(예방적레진수복)			60,000						
	post core			100,000						
	Resin core			100,000						

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
	멀티메이트 cr(레진)			600,000						
	오버레이			200,000						
	진단비			250,000						
	진단모델			50,000						
임플란트	임플란트(외래)	UB0010000		1,200,000					21.2.16일자 적용	#####
	GBR(뼈이식수술)		Small	500,000						
	GBR(뼈이식수술)		Large, 상악동거상술	1,000,000						
	플리퍼			250,000						
	자가치아뼈이식재- powder			300,000						
	자가치아뼈이식재- block			400,000						
	over denture(틀니용) implant			1,200,000						
	멤브레인(뼈이식덮개)			100,000						
	임플란트(전치부) 질코니아		ccm	100,000						
	임플란트 크라운(구치부 Cr.Zirconia)			500,000						
	임플란트(전치부) 질코니아		질코니아 cr	200,000						
	임플란트 크라운(구치부 Cr.PFZirconia)			600,000						
교정	레진 브라켓			4,500,000						
	자가결찰 브라켓			6,000,000						
	부분교정		6치이하	1,500,000						
	부분교정		1악당	2,500,000						
	MTM교정		1치	1,000,000						
	microscrew			100,000						
	월비용(1달)			10,000						
	교정중 형태수정 & 레진			20,000						
	교정 브라켓 제거		전악장치까지	200,000						
	교정 브라켓 제거		부분장치까지	100,000						
	band loop			250,000						
	Lingual arch			300,000						
	Nance arch			300,000						
	할터만 6번맹출치료			600,000						
	브라이스스라이어 6번맹출치료			600,000						
	스테인제거 1악			90,000						
	스포츠통 스플린트 3개			500,000						

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
	턱관절 스플린트(TMD)			800,000						
	치아미백(home bleaching)		4개	500,000						
	치아미백 시린지		1개	50,000						
	치아미백 splint			300,000						
	불소바니쉬			30,000						
기타										
진정관리료	진정내시경 환자관리료 I	EA0010000		71,560			x	x	시술료및약제 별도	2022.2.1
	진정내시경 환자관리료 II	EA0020000		103,820			x	x	시술료및약제 별도	2022.2.1
	진정내시경 환자관리료 III	EA0030000		159,100			x	x	시술료및약제 별도	2022.2.1
	진정내시경 환자관리료 IV	EA0040000		220,040			x	x	시술료및약제 별도	2022.2.1
	진정(수면)내시경관리료(위+대장 동시)	VB3000003		150,000			x	x	시술료및약제 별도	2022.2.1
기타	x-ray film copy			5,000						
	보호자식대	ANT197015		6,210						2023.1.1
	공기밥		식사의 별도	1,000						
	Biopsy 슬라이드 제작비			11,000						
	IPL(토닝)			60,000						
	프락셀			80,000						
	점제거술			5,000					레이저(개당)	
	보톡스			50,000					부위별	
	필러			200,000					부위당	
	검버섯제거			100,000					면적당	
	골연령검사			50,000					건강검진목적	2024.03.27
	영유아발달검사(한국판덴버 발달검사)				15,000	50,000			초검, 재검 구분	2025.01.13
검진	종합검진(남성)				400,000				검사항목 추가당 변경됨	2023.2.1
	종합검진(여성)				450,000				검사항목 추가당 변경됨	2023.2.1
	소아과 검진(개인, 단체)			10,000						
	개인구강검진			10,000						
	총포신체검사			60,000						
	화약신체검사			35,000						

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	최종변경일
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
	일반건강진단			50,000						
	기타건강진단			50,000						
	기타채용신체검사				35,000	130,000			사업장별 검사종목 및 비용상이함	
	시설 입소자 건강진단				50,000	80,000			시설별 검사종목 및 비용상이함	
	국제결혼 진단			60,000						
	건강진단(의료인)			35,000						
	건강진단(비의료인)			70,000						
	운전면허적성검사(신규,갱 신)			8,000						