

비급여 진료비용 고지

I. 행위

제1장 기본진료료

1-1 상급병실료 차액

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
상급병실료 차액	특실	ABZ11	병실차액(특실A)	320,000	320,000	320,000				CHAVA
상급병실료 차액	특실	ABZ11	병실차액(특실B)	430,000	430,000	430,000				CHAVB
상급병실료 차액	특실	ABZ11	병실차액(특실S)	430,000	430,000	430,000				CHAVS
상급병실료 차액	특실	ABZ11	병실차액(특실V)	520,000	520,000	520,000				CHAVV
상급병실료 차액	1인실	ABZ01001	병실차액(1인실A)	300,000	300,000	300,000			신관	CHA1A
상급병실료 차액	1인실	ABZ01001	병실차액(1인실B)	290,000	290,000	290,000				CHA1B
상급병실료 차액	1인실	ABZ01001	병실차액(통합병동 1인실C)	310,000	310,000	310,000				CHA1C
상급병실료 차액	1인실	ABZ01001	병실차액(소아 1인실)	300,000	300,000	300,000			소아병실	CHA1E

제2장 검사료

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
효소검사	엘라스타제검사	BZ155	Elastase-1	72,000	72,000	72,000			국외검사(비급여)급여65720-1403호	ELAST
효소검사	엘라스타제검사	BZ155	엘라스타제	72,000	72,000	72,000			국외검사(비급여)급여65720-1404호	ELAS
전기영동검사	양수 아세틸콜린에스터라제	BZ173	Acetylcholine esterase	181,000	181,000	181,000				ACHE
내분비검사	소마토스타틴	CZ194	소마토스타틴	157,000	157,000	157,000				SOMA
내분비검사	심방성나트륨이뇨펩타이드(사람심방성나트륨배설촉진인자) α-ANP	CZ195	ANP(심방성나트륨이뇨펩타이드)	115,000	115,000	115,000				CZ195
내분비검사	DHEA	CZ199	DHEA	159,000	159,000	159,000				DHEA

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
내분비검사	옥시토신	CZ201	Oxytocin	115,000	115,000	115,000				OXYTOC
내분비검사	성호르몬결합글로불린	CZ202	SHBG(Sex Hormone Binding Globulin)	74,000	74,000	74,000				SHBG
내분비검사	PAPP-A 검사	CZ212	PAPP-A검사(NT 1차)	52,000	52,000	52,000				CZ212
일반화학검사	아밀로이드 A	CZ242	Amyloid	52,000	142,000	142,000			국외검사(비급여)급여65720-1404호	AMYLO
일반화학검사	허혈성 변형 알부민 검사	CZ246	허혈성 변형 알부민 검사	63,000	63,000	63,000				CZ246
감염증 기타 검사	인플루엔자 A-B 바이러스항원검사 [현장검사]	CZ394	(비급여)Influenza A,B 항원키트검사	28,000	28,000	28,000				CZ394C
자가면역질환검사	항신경핵항체 1형	CZ422	Paraneoplastic antibody(항신경핵 항체)	165,000	165,000	165,000				CZ422
자가면역질환검사	항신경핵항체 1형		Paraneoplastic Antibody(CZ422,CZ423,CZ424)	300,000	300,000	300,000			(CZ422,CZ423,CZ424) 3종검사.국외 검사(비급여)급여65720-1417호	PARA
자가면역질환검사	항GD1b항체 [IgM]	CZ425	Anti GQ1b IgM	54,000	54,000	54,000			국외검사(비급여)급여65720-1417호	GQG
자가면역질환검사	항GM1항체 [IgG]	CZ261	Anti GM1 Ab IgG	54,000	54,000	54,000				ANTIGMG
자가면역질환검사	항GM1항체 [IgG]	CZ261	Anti GQ1b IgG	54,000	54,000	54,000			국외검사(비급여)급여65720-1417호	GQM
세포면역검사	인터루킨 IL-6	CZ476	NTERLEUKIN-6(IL-6)	399,000	399,000	399,000			국외검사(비급여)급여65720-1404호	CZ476
분자병리검사	기타 검사-파라인플루엔자바이러스 1,2,3 [이중중합효소연쇄반응]	CZ975	Parainfluenza Virus Ag	20,000	20,000	20,000				CZ975
분자병리검사	기타 검사	D6620	(비급여)SARS-Cov-2 항원검사:간이검사	26,000	26,000	26,000			보험인정기준외 비급여	D6620B
분자병리검사	기타 검사-아데노바이러스 [실시간 중합 효소연쇄반응]	CZ994	호흡기바이러스15종 PCR-핵산증폭 다중2	180,000	180,000	180,000			보험인정기준외 비급여	CZ994
호흡기능검사	후각기능(인지 및 역치)검사	FZ671	후각검사(KVSS TEST)	32,000	32,000	32,000				ODOR
호흡기능검사	호기 산화질소 측정	FZ672	호기산화질소측정(EXHALED NITRIC OXIDE MEASUREMENT)	54,000	54,000	54,000				FZ672
신경계기능검사	언어전반진단검사	FZ689	취학전 아동의 수용및 언어발달 척도(PRES)	55,000	55,000	55,000				FZ689P
신경계기능검사	언어전반진단검사	FZ689	영유아언어발달검사(SES1)	27,000	27,000	27,000				FZ689S
	언어전반진단검사	FZ689	신환 언어평가(new speech evaluation)	120,000	120,000	120,000				EVAL1
	언어전반진단검사	FZ689	구환 언어평가(follow up speech evaluation)	90,000	90,000	90,000				EVAL2
	언어전반진단검사	FZ689	수술전 언어평가(pre-operative speech evaluation)	150,000	150,000	150,000				EVAL3
	언어전반진단검사	FZ689	수술후 언어평가(post-operavive speech evaluation)	60,000	60,000	60,000				EVAL4

분류	항목	코드	가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭		구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
신경계기능검사	주의력검사	FZ690	주의력검사(FAIR)	48,000	48,000	48,000				FZ690
신경계기능검사	교육진단검사	FZ692	기초학습검사(읽기,쓰기,수학)	88,000	88,000	88,000				FZ692
신경계기능검사	영유아발달검사(한국판덴버발달검사)	FZ693	한국판덴버발달검사(영유아발달검사)	48,000	48,000	48,000				FZ693
신경계기능검사	덴버발달검사	FZ694	덴버발달검사(DENVER DEVELOPMENTAL TEST)	33,000	33,000	33,000				FZ694
신경계기능검사	미각검사[인지 및 역치검사]	FZ710	TASTE TEST	30,000	30,000	30,000				TAST
신경계기능검사	미각검사[인지 및 역치검사]	FZ710	미각검사(KVSS TEST)	30,000	30,000	30,000			미각검사[역치검사]	TASTE
신경계기능검사	전류인지역치(통증역치검사)	FY884	정량적감각기능검사(QST)	5,200	5,200	5,200				QST
신경계기능검사	자율신경계이상검사(기립성혈압검사)	FY891	기립성혈압검사(Orthostatic Blood Pressure Test)	5,200	5,200	5,200				FY891
신경계기능검사	자율신경계이상검사(발살바법)	FY892	발살바법 (Valsalva Maneuver)	10,500	10,500	10,500				FY892
신경계기능검사	자율신경계이상검사(심박변이도검사)	FY894	심박변이도검사(Heart Rate Variability test)	10,500	10,500	10,500				FY894
신경계기능검사	증상 및 행동 평가 척도(불안척도)-불안민감척도	FY701	불안민감척도	11,500	11,500	11,500				ANXIET
신경계기능검사	증상 및 행동 평가 척도(불안척도)-신경증불안평가	FY705	신경증불안평가	11,500	11,500	11,500				FY705
신경계기능검사	증상 및 행동 평가 척도(우울척도)-신경증우울평가	FY713	신경증우울평가	11,500	11,500	11,500				FY713
신경계기능검사	증상 및 행동 평가 척도(기타)-이화방어기제검사	FY737	이화방어기제검사	15,700	15,700	15,700				FY737
신경계기능검사	증상 및 행동 평가 척도(기타)-한국판아이젠크성격검사	FY738	한국판아이젠크성격검사	15,700	15,700	15,700				FY738
신경계기능검사	증상 및 행동 평가 척도(기타)-한국판성격평가척도(KPAI)	FY739	한국판성격평가척도(KPAI)	42,000	42,000	42,000				FY739
신경계기능검사	증상 및 행동 평가 척도(기타)-한국판성격평가척도(KPAI)		실어증검사-신경언어장애선별검사(STAND)	61,000	61,000	61,000				FZ042
신경계기능검사	증상 및 행동 평가 척도(기타)-한국판성격평가척도(KPAI)		실어증검사: SNSB동시검사-신경언어장애선별검사(STAND)	35,000	35,000	35,000				FZ042S
평형 및 청각기능검사	비디오전기안전검사	FZ733	비디오전기안전검사 VIDEO-NYSTAGMOGRAPHY	190,000	190,000	190,000				FZ733
평형 및 청각기능검사	비디오전기안전검사	FZ733	비디오전기안전검사(자발,주시+두위및두위변환+두진후안전검사)	98,000	98,000	98,000				FZ733A
평형 및 청각기능검사	비디오전기안전검사	FZ733	비디오전기안전검사(시운동성및시운동후검사+급속안구운동+시표추적검사)	98,000	98,000	98,000				FZ733B
외피, 근골기능검사	체온열검사	EZ776	상부체열촬영	37,000	37,000	37,000				DIT5
외피, 근골기능검사	체온열검사	EZ776	하부체열촬영	37,000	37,000	37,000				DIT6
외피, 근골기능검사	체온열검사	EZ776	유방체열촬영	26,000	26,000	26,000				DIT9

분류	항 목	코드	가격정보(단위: 원)					특이사항	본원 수가코드	
	명칭		구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부			약제비 포함여부
시기능검사	눈의 계측검사 (레이저간섭계 이용)	EZ797	눈의 계측검사(레이저간섭계이용)	45,078	45,078	45,078			중별가산적용-보험인정기준외 비급여	EZ797
내분비기능검사	연속혈당측정검사	FZ811	연속혈당측정검사	72,000	72,000	72,000			기준외비급여	FZ811
알레르기검사	주사제 약물 유발시험	EZ847	경구약물유발검사	52,000	52,000	52,000				APT
알레르기검사	주사제 약물 유발시험	EZ847	피부 약물유발 시험	52,000	52,000	52,000				PST
순환기 기능검사	동맥경화도검사(맥파전달속도측정)	EZ868	동맥경화협착검사(ATHEROSCLEROSIS)	69,000	69,000	69,000				ATHER
순환기 기능검사	동맥경화도검사(맥파전달속도측정)	EZ868	스트레스 동맥경화협착검사(STRESS ATHEROSCLEROSIS)	38,000	38,000	38,000				ATHERS
신경계기능검사	신경인지기능검사-지각 및 사공간능 력검사-인식력검사[시각]	FZ431	시지각능력평가	27,000	27,000	27,000				FZ051
신경계기능검사	족부수분검사	FZ715	족부수분검사(소요재료포함)	66,000	66,000	66,000				FZ715
외피, 근골기능검사	체온열검사	EZ776	전신체열촬영 EZ776	78,000	78,000	78,000				DIT1
외피, 근골기능검사	체온열검사	EZ776	DI1I 추적검사(전신)	78,000	78,000	78,000				DIT12
외피, 근골기능검사	체온열검사	EZ776	DI1I 추적검사(적추)	37,000	37,000	37,000				DIT13
외피, 근골기능검사	체온열검사	EZ776	DI1I 추적검사(기타)	26,000	26,000	26,000				DIT14
생식,임산,분만기능검사	자궁경부확대촬영검사	EZ886	자궁경부확대촬영(CERVICOGRAPHY)	36,000	36,000	36,000				EZ886
기타			Anti-TSB(Thyroid Stimulating Blocking) Ab	280,000	280,000	280,000			국외검사(비급여)급여65720- 1409호	ANTITSB
기타			(검진용)혈액점도검사	42,000	42,000	42,000				BVT
기타			C1 Inactivator Activity	110,000	110,000	110,000			국외검사(비급여)급여65720- 1403호	C1INACTA
기타			약물검사-정성:정밀(Amphetamine)(검진용)	15,600	15,600	15,600				C450239
기타			약물검사-정성:정밀(Cannabinoid)	15,600	15,600	15,600				C450240
기타			약물검사-정성:정밀(Cocaine)	15,600	15,600	15,600				C450241
기타			약물검사-정성:정밀(Opiate)	15,600	15,600	15,600				C450242
기타			Chromosome Amniotic Fluid	492,000	492,000	492,000			국외검사(비급여)급여65720- 1408호	CHROAF
기타			Coxsackie virus Group B Type5(MT)	63,000	63,000	63,000			국외검사(비급여)급여65720- 1417호	COXB5
기타			HBV-DNA Polymerase(정량):핵의학적방법	89,000	89,000	89,000			국외검사(비급여)급여65720- 1403호	CX743
기타			ANTI MULLERIAN HORMONE(항물런관호르몬-불임&폐경)	85,000	85,000	85,000			보험인정기준외 비급여	CZ214

분류	항목		가격정보(단위: 원)					특이사항	본원 수가코드	
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부			약제비 포함여부
기타			정액검사(임신사전건강관리 지원검사)	30,000	30,000	30,000			정밀형태검사 안함	E7300B
기타			HVA(Homovanilic Acid)-Blood,CSF	42,000	42,000	42,000			국외검사(비급여)급여65720-1417호	HVA
기타			Anti Insulin Receptor Ab	487,300	487,300	487,300			국외검사(비급여)급여65720-1417호	INSUR
기타			내 몸 자세히 알기 검사	630,000	630,000	630,000				LSH
기타			여자생체나이 기본검진 및 호르몬검진	303,000	303,000	303,000				LSHF
기타			남자생체나이 기본검진 및 호르몬검진	296,000	296,000	296,000				LSHM
내시경			수면내시경(위)	85,000	85,000	85,000			동시 시행시 주된 수면관리료100%, 2번째50%	SLEEP
내시경			수면기관지내시경	184,000	184,000	184,000			행정해석 [급여65720-483호] 수면내시경검사	SLEEPB
내시경			대장내시경(수면)	138,000	138,000	138,000			동시 시행시 주된 수면관리료100%, 2번째50%	SLEEPC
내시경			수면경식도초음파	89,000	89,000	89,000			행정해석 [급여65720-483호] 수면내시경검사	SLEEPT
내시경			캡슐내시경검사(대장)(비급여)	350,000	350,000	350,000			기준외 비급여	EZ944B
기타			양수천자검사(의뢰)	525,000	525,000	525,000				AMNIO
기타			양수천자검사(의뢰)-직원용	420,000	420,000	420,000				AMNIOB
기타			검진목적혈핵반응검사 (튜베르쿨린 피피디 알티 23 에스에스아이 0.4mcg/mL, 1.5mL)	33,000	33,000	33,000			검진목적	BPPD
기타			하지교정검사(간단)	11,500	11,500	11,500			미용목적	LEGA
기타			하지교정검사(복잡)	22,000	22,000	22,000			미용목적	LEGB
기타			INBODY(비만관리)	16,000	16,000	16,000			미용목적	INB
기타			수면중음경팽창검사	157,000	157,000	157,000				NOCT
기타			ANTHROPOMETRY	21,000	21,000	21,000				ANTHRO
기타			음경팽창검사(VISUAL SEXUAL STIMULATION)	52,000	52,000	52,000				AVSS
기타			24시간이내 활력증후 심질환 조기 위험감시(1일당)	15,000	15,000	15,000			신의료기술신청함	CARS
기타			24시간이내 활력증후 심질환 조기 위험감시(7일이후 1일당)	1,570	1,570	1,570			신의료기술신청함	CARS1
기타			URINE HCG(PREGNANCY TEST)	19,000	19,000	19,000				HCG
기타			해부병리슬라이드	13,000	13,000	13,000			타병원으로 가져가는 경우	SLIDE

분류	항목		가격정보(단위: 원)					특이사항	본원 수가코드	
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부			약제비 포함여부
기타			자궁질도말세포병리검사-검진목적	20,810	20,810	20,810			검진목적	CS920B
기타			Vitamin K	252,000	252,000	252,000			국외검사(비급여)급여65720-1403호	VITK
기타			RDOMS TEST(TOS 산화스트레스검사)	70,000	70,000	70,000			노화방지클리닉	RDOMS
기타			BAP TEST(TAS 항산화검사)	34,000	34,000	34,000			노화방지클리닉	BAP
기타			친자확인검사	577,000	577,000	577,000			국외검사(비급여)급여65720-1403호	STR
기타			VMA-정량, 고성능 액체크로마토그래피법(PLASMA)	50,000	50,000	50,000			국외검사(비급여)급여65720-1403호	VMAP
기타			선전성대사이상검사	13,420	13,420	13,420				NEO
기타			Nicotine	26,000	26,000	26,000			국외검사(비급여)급여65720-1411호	NICOTI
기타			Nitrazepam(Mogadon)	68,000	68,000	68,000			국외검사(비급여)급여65720-1411호	NITRA
기타			Anti PF4 Heparin Complex Antibody	120,770	120,770	120,770			국외검사(비급여)급여65720-1411호	PF4
기타			SPINK1 PRSS1 MUTATION	750,000	750,000	750,000			국외검사(비급여)급여65720-1411호	SPINK
기타			NK 세포 활성화 검사	88,000	88,000	88,000			건강검진목적	NKC
기타			Neonatal TSH	17,750	17,750	17,750			건강검진목적(위탁관리료포함)	NTSH
기타			올리고머화 아말로이드베타 [화학발광면역측정법]	172,000	172,000	172,000			신의료기술신청함	OAB
기타			Organic Acid(건강증진(지표)기능검사)	330,000	330,000	330,000				ORGAC
기타			SLX(Sialy 1 Lex-1 Ag)	66,000	66,000	66,000			국외검사(비급여)급여65720-1411호	SLX
기타			성전파성질환(Candida species)	36,000	36,000	36,000			위탁관리료 별도	STDA
기타			성전파성질환(Gardnerella vaginalis)	36,000	36,000	36,000			위탁관리료 별도	STDB
기타			성전파성질환(Haemophilus ducreyi)	36,000	36,000	36,000			위탁관리료 별도	STDC
기타			성전파성질환(HSV type 1)	36,000	36,000	36,000			위탁관리료 별도	STDD
기타			성전파성질환(HSV type 2)	36,000	36,000	36,000			위탁관리료 별도	STDE
기타			성전파성질환(HPV screening)	36,000	36,000	36,000			위탁관리료 별도	STDH
기타			성전파성질환(Trichomonas vaginalis)	36,000	36,000	36,000			위탁관리료 별도	STDJ
기타			성전파성질환(Treponema pallidum)	36,000	36,000	36,000			위탁관리료 별도	STDF

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
기타			성전파성질환(Condyloma(HPV)	36,000	36,000	36,000			위탁관리료 별도	STDG
기타			Trypsin	84,000	84,000	84,000			국외검사(비급여)급여65720-1410호	TRYPS
기타			alpha2-Macroglobulin	51,000	51,000	51,000			국외검사(비급여)급여65720-1404호	A2MACRO
기타			Vitamin B12 binding capacity	252,000	252,000	252,000			국외검사(비급여)급여65720-1417호	VB12
기타			Triple Marker(산모)	63,000	63,000	63,000				TRIPLEOB
기타			안지오텐신 II	168,000	168,000	168,000			국외검사(비급여)급여65720-1417호	ANGIO2
기타			모발미네랄검사	126,000	126,000	126,000			국외검사(비급여)급여65720-1417호	TMA
기타			Nicotine(URINE)	7,000	7,000	7,000			금연판정비용	NICOTIU
기타			헬리코박터 파이로리 우레아제 항원간이검사	63,000	63,000	63,000			신의료기술신청	HPAG
기타			(유학용)결핵반응검사	31,000	31,000	31,000			검진목적	PPDA
기타			환자동의후 검진목적-골밀도검사(2부위이상)	46,320	46,320	46,320			검진목적	DBM60
기타			안구광학단층촬영(편측):비급여	40,000	40,000	40,000				OCTA
기타			안구광학단층촬영(양측):비급여	80,000	80,000	80,000				OCTB
기타			마약류검사(TBPE)	10,329	10,329	10,329			건강검진목적(위탁관리료포함)	TBPE
기타			마약선별검사6종(검진용)	45,000	45,000	45,000				DOA
기타			마약선별검사4종(검진용)	35,000	35,000	35,000				DOA4
기타			마약선별검사6종(검진용)	45,000	45,000	45,000				DOA6
기타			약물검사-ECSTASY(검진)	16,640	16,640	16,640				ECST
기타			약물검사-KETAMINE(검진)	16,640	16,640	16,640				KETAB
기타			HDV Ab,Total	300,000	300,000	300,000			국외검사(비급여)급여65720-1417호	HDV
기타			자가기록부	1,000	1,000	1,000				ECGRE

제2-1장. 초음파 검사료

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
초음파 검사료			AGITATED SALINE CONTRAST ECHO	44,000	44,000	44,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ASECHO
초음파 검사료			양측 뇌혈관 도플러	282,000	282,000	282,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	D01
초음파 검사료			부분 뇌혈관 도플러	190,000	190,000	190,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	D02
초음파 검사료			안와 혈관 도플러	73,000	73,000	73,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	D03
초음파 검사료			경부 혈관 도플러(편측)	142,000	142,000	142,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	D04
초음파 검사료			추적 검사Transcranial Doppler	190,000	190,000	190,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	D05
초음파 검사료			말초혈관 도플러(편측)	112,000	112,000	112,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	D06
초음파 검사료			족배동맥도플러	38,000	38,000	38,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	D08
초음파 검사료			양측 뇌혈관 도플러(TCD MORNITORING)	321,000	321,000	321,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	D09
초음파 검사료			하지혈관 도플러(PORTABLE)	30,000	30,000	30,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	D10
초음파 검사료			심장초음파	306,000	306,000	306,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ECHO
초음파 검사료			심장초음파(재시행)	213,000	213,000	213,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ECHOF
초음파 검사료			UTERUS SOUNDRY	13,600	13,600	13,600			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	SOUND
초음파 검사료			TRANSESOPHAGEAL ECHOCARDIOGRAPHY	463,000	463,000	463,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	TEE
초음파 검사료			Ultrasonogram abdomen(여성생식기)임신사전지원검사	45,000	45,000	45,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRAA
초음파 검사료			Ultrasonogram(OBGY)	73,000	73,000	73,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRAB

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
초음파 검사료			ULTRASONO URO(PROSTATE)	117,000	117,000	117,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRAC
초음파 검사료			3-D Ultrasonogram	105,000	105,000	105,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRAD
초음파 검사료			ULTRASONO URO(PROSTATE) F/U	73,000	73,000	73,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRAF
초음파 검사료			ULTRASONO URO(PROSTATE외추가KIDNEY)	37,000	37,000	37,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRAK
초음파 검사료			ULTRASONO URO(KUB,SCROTUM)	90,000	90,000	90,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRAM
초음파 검사료			ULTRASONO URO(KUB,SCROTUM) F/U	73,000	73,000	73,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRAN
초음파 검사료			산부인과초음파(COLOR)	89,000	89,000	89,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRAO
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-기타		ULTRASONO (진단용)	58,000	58,000	58,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRAP
초음파 검사료			ULTRASONO(탄순-RH)F/U	29,000	29,000	29,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRARH1
초음파 검사료			ULTRASONO(천자,주입-RH)	72,000	72,000	72,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRARH2
초음파 검사료			Ultrasonogram OBGY(S)	120,000	120,000	120,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRAS
초음파 검사료			태아정밀초음파	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRAT
초음파 검사료			안초음파(양측)	70,000	70,000	70,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRB
초음파 검사료			BREAST SONOGRAM	151,000	151,000	151,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRBR
초음파 검사료			BREAST&THYROID SONOGRAM	213,000	213,000	213,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRBT
초음파 검사료			복부초음파(응급실용)	89,000	89,000	89,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRE
초음파 검사료			OTHERS A SONOGRAM(GS)	29,000	29,000	29,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRGS1
초음파 검사료			OTHERS B SONOGRAM(GS)	40,000	40,000	40,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRGS2
초음파 검사료			OTHERS C SONOGRAM(GS)	58,000	58,000	58,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRGS3

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
초음파 검사료			OTHERS D SONOGRAM(GS)	73,000	73,000	73,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRGS4
초음파 검사료			ULTRASONO RM(단순)	40,000	40,000	40,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRMA
초음파 검사료			ULTRASONO RM(복합)	70,000	70,000	70,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRMB
초음파 검사료			ULTRASONO RM(특수)	120,000	120,000	120,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRMC
초음파 검사료			ULTRASONO RM(F/U)	29,000	29,000	29,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRMD
초음파 검사료			OTHERS SONOGRAM	89,000	89,000	89,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRO
초음파 검사료			안구초음파	29,000	29,000	29,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRO1
초음파 검사료			안와초음파	40,000	40,000	40,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRO2
초음파 검사료			계측 안 초음파	73,000	73,000	73,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRO3
초음파 검사료			ULTRASONO OS(단순)	58,000	58,000	58,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTROA
초음파 검사료			ULTRASONO OS(복합)	89,000	89,000	89,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTROB
초음파 검사료			ULTRASONO OS(특수)	120,000	120,000	120,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTROC
초음파 검사료			ULTRASONO OS (F/U)	40,000	40,000	40,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTROD
초음파 검사료			안초음파(편측)	37,000	37,000	37,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTROH
초음파 검사료			THYROID GLAND SONOGRAM	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRT
초음파 검사료			F/U THYROID GLAND SONOGRAM	93,000	93,000	93,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRTF
초음파 검사료			ULTRASONO URO	224,000	224,000	224,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRU
초음파 검사료			VARICOSE VEIN EXTREMITY (UNILATERAL)SONOGRAM	126,000	126,000	126,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRV
초음파 검사료			VARICOSE VEIN EXTREMITY (BILATERAL)	157,000	157,000	157,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRVB

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
초음파 검사료			UPPER ABDOMEN(LIVER,G.B,PANCREAS,SPLEEN)	166,000	166,000	166,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US01
초음파 검사료			PROSTATE	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US05
초음파 검사료			SCROTUM	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US06
초음파 검사료			APPENDIX	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US07
초음파 검사료			BREAST SONOGRAM	151,000	151,000	151,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US09
초음파 검사료			THYROID GLAND	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US10
초음파 검사료			PICC & CVP& SNB &ANGIO 카테터 삽입부위 위치확인	70,000	70,000	70,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US11
초음파 검사료			CHEST ULTRASONO	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US12
초음파 검사료			혈류 및 협착 측정 동정맥루초음파	120,000	120,000	120,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US14
초음파 검사료			기타부위	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US24
초음파 검사료			초음파(소변잔량측정)비뇨기과	29,000	29,000	29,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US25
초음파 검사료			초음파(소변잔량측정)2회이상 비뇨기과	34,000	34,000	34,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US25F
초음파 검사료			K.U.B	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US30
초음파 검사료			PELVIS	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US32
초음파 검사료			PENILE DOPPLER	181,000	181,000	181,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US36
초음파 검사료			NEUROSONOGRAPHY	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US38
초음파 검사료			FACE AND ORBIT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US39
초음파 검사료			NECK	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US40
초음파 검사료			CAROTID DOPPLER	244,000	244,000	244,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US41

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
초음파 검사료			EXTREMITY ARTERY(UNILATERAL)	166,000	166,000	166,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US43
초음파 검사료			EXTREMITY ARTERY(BILATERAL)	250,000	250,000	250,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US44
초음파 검사료			EXTREMITY VEIN(UNILATERAL)	166,000	166,000	166,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US45
초음파 검사료			VARICOSE VEIN EXTREMITY (UNILATERAL)	166,000	166,000	166,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US45A
초음파 검사료			EXTREMITY VEIN(BILATERAL)	250,000	250,000	250,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US46
초음파 검사료			VARICOSE VEIN EXTREMITY (BILATERAL)	250,000	250,000	250,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US46B
초음파 검사료			SHOULDER BOTH	204,000	204,000	204,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US47B
초음파 검사료			SHOULDER LEFT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US47L
초음파 검사료			SHOULDER RIGHT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US47R
초음파 검사료			ELBOW BOTH	204,000	204,000	204,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US48B
초음파 검사료			ELBOW LEFT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US48L
초음파 검사료			ELBOW RIGHT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US48R
초음파 검사료			WRIST BOTH	204,000	204,000	204,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US49B
초음파 검사료			WRIST LEFT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US49L
초음파 검사료			WRIST RIGHT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US49R
초음파 검사료			HAND&FINGER BOTH	204,000	204,000	204,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US50B
초음파 검사료			HAND&FINGER LEFT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US50L
초음파 검사료			HAND&FINGER RIGHT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US50R
초음파 검사료			HIP BOTH	204,000	204,000	204,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US51B

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
초음파 검사료			HIP LEFT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US51L
초음파 검사료			HIP RIGHT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US51R
초음파 검사료			KNEE BOTH	204,000	204,000	204,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US52B
초음파 검사료			KNEE LEFT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US52L
초음파 검사료			KNEE RIGHT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US52R
초음파 검사료			ANKLE BOTH	204,000	204,000	204,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US53B
초음파 검사료			ANKLE LEFT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US53L
초음파 검사료			ANKLE RIGHT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US53R
초음파 검사료			FOOT&TOE BOTH	204,000	204,000	204,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US54B
초음파 검사료			FOOT&TOE LEFT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US54L
초음파 검사료			FOOT&TOE RIGHT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US54R
초음파 검사료			ARM BOTH	204,000	204,000	204,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US55B
초음파 검사료			ARM LEFT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US55L
초음파 검사료			ARM RIGHT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US55R
초음파 검사료			FOREARM BOTH	204,000	204,000	204,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US56B
초음파 검사료			FOREARM LEFT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US56L
초음파 검사료			FOREARM RIGHT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US56R
초음파 검사료			THIGH BOTH	204,000	204,000	204,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US57B
초음파 검사료			THIGH LEFT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US57L

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
초음파 검사료			THIGH RIGHT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US57R
초음파 검사료			LOWER LEG BOTH	204,000	204,000	204,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US58B
초음파 검사료			LOWER LEG LEFT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US58L
초음파 검사료			LOWER LEG RIGHT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US58R
초음파 검사료			BACK BOTH	204,000	204,000	204,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US59B
초음파 검사료			BACK LEFT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US59L
초음파 검사료			BACK RIGHT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US59R
초음파 검사료			BUTTOCK BOTH	204,000	204,000	204,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US60B
초음파 검사료			BUTTOCK LEFT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US60L
초음파 검사료			BUTTOCK RIGHT	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US60R
초음파 검사료			MISCELLANEOUS SONO	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US63
초음파 검사료			PTGBD SONO	151,000	151,000	151,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US71
초음파 검사료			CYSTOSTOMY SONO	56,000	56,000	56,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US73
초음파 검사료			PORTABLE	135,000	135,000	135,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US75
초음파 검사료			중뇌경두계초음파	166,000	166,000	166,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US79
초음파 검사료			중재적시술중 초음파	120,000	120,000	120,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US80
초음파 검사료		EZ992	EUS(담관, 담낭, 췌장)초음파 내시경	367,000	367,000	367,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	EZ9921
초음파 검사료		EZ992	EUS(식도, 위, 십이지장)초음파 내시경	367,000	367,000	367,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	EZ9922
초음파 검사료		EZ992	초음파내시경 세침흡입 및 조직검사(췌담도)	945,000	945,000	945,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	EZ9923

제3장 영상진단 및 방사선 치료료

제3-1장. 초음파영상료

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
초음파영상료	초음파영상-검사 유도목적-기타		FINE NEEDLE BIOPSY SONO	221,000	221,000	221,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	US64
초음파영상료	초음파영상-검사 유도목적-기타		NEEDLE ASPIRATION SONO	221,000	221,000	221,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	US65
초음파영상료	초음파영상-검사 유도목적-두경부		Ultrasono guided Thyroid Aspiration(내과)	221,000	221,000	221,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	USTHY
초음파영상료	초음파영상-검사 유도목적-기타		INTRA VASCULAR ULTRA SOUND	337,000	337,000	337,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	IVUS
초음파영상료	초음파영상-검사 유도목적-하지		PROSTATE NEEDLE BIOPSY SONO	282,000	282,000	282,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	US81
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-두경부		수술중 도플러(DOPPLER)	228,000	228,000	228,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	D11
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-체간		수술중초음파(3CM이하)	330,000	330,000	330,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	USA
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-체간		수술중초음파(3CM이상~5CM미만)	492,000	492,000	492,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	USB
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-체간		수술중초음파(5CM이상)	653,000	653,000	653,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	USC
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-기타		ULTRASONO GUIDED BIOPSY SONO(GS)	221,000	221,000	221,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	USIM
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-기타		ULTRASONO URO(VAPORIZATION)	166,000	166,000	166,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	ULTRAV
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-기타		GS용 HD CATHTER수술유도 VESSEL ULTRASOUND	120,000	120,000	120,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	US14A
초음파영상료	초음파영상-시술		ENCOR MAMMOTOME (1CM 미만)	728,000	728,000	728,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	ENCOA
초음파영상료	초음파영상-시술		ENCOR MAMMOTOME (1~2CM 미만)	849,000	849,000	849,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	ENCOB
초음파영상료	초음파영상-시술		ENCOR MAMMOTOME (2~3CM 미만)	1,093,000	1,093,000	1,093,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	ENCOC

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
초음파영상료	초음파영상-시술		ENCOR MAMMOTOME (3CM 이상)	1,458,000	1,458,000	1,458,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	ENCOD
초음파영상료	초음파영상-시술		ENCOR MAMMOTOME (추가1개당)	486,000	486,000	486,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	ENCOE
초음파영상료	초음파영상-시술		ULTRASONO HEMATOMA(GS)	132,000	132,000	132,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	USHT

3-2장. 자기공명영상진단료(MRI)

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI ROUTINE(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR01
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI ROUTINE	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR01N
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+MRA(CE)-조영제사용	1,168,000	1,168,000	1,168,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR02
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+ICA(CE)-조영제사용	1,168,000	1,168,000	1,168,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR021
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+ICA	1,055,000	1,055,000	1,055,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR021N
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+MRA+DIFFUSION+PERFUSION(CE)-조영제사용	1,392,000	1,392,000	1,392,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR02ADP
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+ICA+DIFFUSION+PERFUSION(CE)-조영제사용	1,669,000	1,669,000	1,669,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR02AIP
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+MRA+PERFUSION(CE)-조영제사용	1,254,000	1,254,000	1,254,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR02AP
뇌[뇌, 해마]			Brain MRA+ICA+B-MRI+Diffusion+Perfusion-조영제주입	1,890,000	1,890,000	1,890,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR02APF
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+MRA	1,055,000	1,055,000	1,055,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR02N
뇌[뇌, 해마]			SELLA MRI(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR03
뇌[뇌, 해마]			SELLA MRI	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR03N

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
뇌[뇌, 해마]			HIPPOCAMPUS MRI(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR04
뇌[뇌, 해마]			HIPPOCAMPUS MRI	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR04N
뇌[뇌, 해마]			BRAIN DIFFUSION MRI	502,000	502,000	502,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR121
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRA(ARTERY)	721,000	721,000	721,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR122
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRA(CE)-조영제사용(ARTERY&VEIN)	832,000	832,000	832,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR122N
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRA+DIFFUSION(CE):조영제 사용	1,048,000	1,048,000	1,048,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR123
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRA+DIFFUSION	888,000	888,000	888,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR123N
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRA+DIFFUSION+FLAIR	888,000	888,000	888,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR124
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+DIFFUSION(CE)-조영제사용	1,000,000	1,000,000	1,000,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR125
뇌[뇌, 해마]			Brain MRI+Diffusion+Perfusion-조영제주입	1,111,000	1,111,000	1,111,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR125DP
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+DIFFUSION	888,000	888,000	888,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR125N
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+MRA+DIFFUSION(CE)-조영제사용	1,439,000	1,439,000	1,439,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR126
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+MRA+DIFFUSION	1,421,000	1,421,000	1,421,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR126N
뇌[뇌, 해마]			BRAIN CISS MRI	361,000	361,000	361,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR127
뇌[뇌, 해마]			WITH BRAIN CISS MRI(동시 촬영)	223,000	223,000	223,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR127W
뇌[뇌, 해마]			BRAIN PERFUSION MRI(CE)	664,000	664,000	664,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR129
뇌[뇌, 해마]			기타MRI(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR130
뇌[뇌, 해마]			기타MRI	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR130N
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRA+CAROTID MRA	888,000	888,000	888,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR133

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRA+CAROTID MRA-조영제사용	1,177,000	1,177,000	1,177,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR133D
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRA+CAROTID MRA+DIFFUSION	1,055,000	1,055,000	1,055,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR134
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRA+CAROTID MRA+DIFFUSION-조영제사용	1,191,000	1,191,000	1,191,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR134D
뇌[뇌, 해마]			B.MRI+B.MRA+CAROTID MRA+DIFFUSION(CE)-조영제사용	1,510,000	1,510,000	1,510,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR135
뇌[뇌, 해마]			B.MRI+B.MRA+CAROTID MRA+DIFFUSION	1,421,000	1,421,000	1,421,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR135N
뇌[뇌, 해마]			B.MRI+B.MRA+CAROTID MRA+PERFUSION(CE)-조영제사용	1,634,000	1,634,000	1,634,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR135P
뇌[뇌, 해마]			B.MRI+B.MRA+CAROTID MRA(CE)-조영제사용	1,207,000	1,207,000	1,207,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR136
뇌[뇌, 해마]			B.MRI+B.MRA+CAROTID MRA	1,073,000	1,073,000	1,073,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR136N
뇌[뇌, 해마]			B.MRA+CAROTID MRA+DIFFUSION+FLAIR	1,055,000	1,055,000	1,055,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR137
뇌[뇌, 해마]			B.MRA+CAROTID MRA+DIFFUSION+FLAIR-조영제사용	1,191,000	1,191,000	1,191,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR137D
뇌[뇌, 해마]			자기공명혈관조영 영상을 활용한 인공지능기반 뇌동맥류 검출	18,100	18,100	18,100			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	TX000
두경부			NECK(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR128
두경부			NECK	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR128N
두경부			CAROTID MRA(CE)-조영제사용	888,000	888,000	888,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR138
두경부			CAROTID MRA+DIFFUSION	888,000	888,000	888,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR138D
두경부			CAROTID MRA	721,000	721,000	721,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR138N
두경부			TEMPORAL BONE MRI(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR05
두경부			TEMPORAL BONE MRI	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR05N
두경부			ORBIT MRI(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR06

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
두경부			FACE MRI(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR06F
두경부			FACE MRI	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR06FN
두경부			ORBIT MRI	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR06N
두경부			TM JOINT MRI(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR07
두경부			TM JOINT MRI	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR07N
두경부			MRI PNS(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR08
두경부			MRI PNS	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR08N
척추			MRI C-SPINE(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR40
척추			MRI C-SPINE(FORAMEN VIEW)(CE)-조영제사용	957,000	957,000	957,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR40F
척추			MRI C-SPINE	888,000	888,000	888,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR40N
척추			MRI C-SPINE(FORAMEN VIEW)	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR40NF
척추			MRI CERVICAL+THORACIC SPINE(2부위)(CE)-조영제사용	1,381,000	1,381,000	1,381,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR41
척추			MRI CERVICAL+THORACIC SPINE(2부위)	1,335,000	1,335,000	1,335,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR41N
척추			MRI T-SPINE(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR42
척추			MRI T-SPINE	888,000	888,000	888,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR42N
척추			MRI THORACIC+LUMBOSACRAL SPINE(2부위)(CE)-조영제사용	1,381,000	1,381,000	1,381,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR43
척추			MRI THORACIC+LUMBOSACRAL SPINE(2부위)	1,335,000	1,335,000	1,335,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR43N
척추			MRI LUMBAR SPINE(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR44
척추			MRI LUMBAR SPINE	888,000	888,000	888,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR44N

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
척추			MRI SACRUM(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR45
척추			MRI SACRUM	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR45N
척추			POST OP MRI(수술후1주일이내)	249,000	249,000	249,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR48
척추			동시촬영WHOLE SPINE ONLY SAGITTAL MRI	115,000	115,000	115,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR48W
척추			MRI CERVICAL+THORACIC+LUMBOSACRAL SPINE(3부위):조영제 사용	1,843,000	1,843,000	1,843,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR49
척추			MRI CERVICAL+THORACIC+LUMBOSACRAL SPINE(3부위)	1,695,000	1,695,000	1,695,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR49N
척추			MRI CERVICAL+LUMBOSACRAL(2부위)(CE)	1,381,000	1,381,000	1,381,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR87
척추			MRI CERVICAL+LUMBOSACRAL(2부위)	1,335,000	1,335,000	1,335,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR87N
근골격계			MRI SHOULDER LEFT(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR50L
근골격계			MRI SHOULDER LEFT	888,000	888,000	888,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR50LN
근골격계			MRI SHOULDER RIGHT(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR50R
근골격계			MRI SHOULDER RIGHT	888,000	888,000	888,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR50RN
근골격계			MRI HUMERUS LEFT(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR51L
근골격계			MRI HUMERUS LEFT	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR51LN
근골격계			MRI HUMERUS RIGHT(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR51R
근골격계			MRI HUMERUS RIGHT	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR51RN
근골격계			MRI ELBOW LEFT(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR52L
근골격계			MRI ELBOW LEFT	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR52LN
근골격계			MRI ELBOW RIGHT(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR52R

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
근골격계			MRI ELBOW RIGHT	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR52RN
근골격계			MRI FOREARM LEFT(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR53L
근골격계			MRI FOREARM LEFT	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR53LN
근골격계			MRI FOREARM RIGHT(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR53R
근골격계			MRI FOREARM RIGHT	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR53RN
근골격계			Wrist MRI+ARTHROGRAM	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR54A
근골격계			MRI WRIST LEFT(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR54L
근골격계			MRI WRIST LEFT	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR54LN
근골격계			MRI WRIST RIGHT(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR54R
근골격계			MRI WRIST RIGHT	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR54RN
근골격계			MRI HAND LEFT(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR55L
근골격계			MRI HAND LEFT	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR55LN
근골격계			MRI HAND RIGHT(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR55R
근골격계			MRI HAND RIGHT	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR55RN
근골격계			MRI HIP JOINT(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR56
근골격계			MRI HIP JOINT	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR56N
근골격계			MRI THIGH LEFT(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR57L
근골격계			MRI THIGH LEFT	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR57LN
근골격계			MRI THIGH RIGHT(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR57R

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
근골격계			MRI THIGH RIGHT	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR57RN
근골격계			MRI KNEE LEFT(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR58L
근골격계			MRI KNEE LEFT	888,000	888,000	888,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR58LN
근골격계			MRI KNEE RIGHT(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR58R
근골격계			MRI KNEE RIGHT	888,000	888,000	888,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR58RN
근골격계			MRI LT LOWER EXTREMITY(CE)	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR59L
근골격계			MRI LT LOWER EXTREMITY	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR59LN
근골격계			MRI RT LOWER EXTREMITY(CE)	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR59R
근골격계			MRI RT LOWER EXTREMITY	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR59RN
근골격계			MRI ANKLE LEFT(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR60L
근골격계			MRI ANKLE LEFT	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR60LN
근골격계			MRI ANKLE RIGHT(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR60R
근골격계			MRI ANKLE RIGHT	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR60RN
근골격계			MRI FOOT LEFT(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR61L
근골격계			MRI FOOT LEFT	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR61LN
근골격계			MRI FOOT RIGHT(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR61R
근골격계			MRI FOOT RIGHT	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR61RN
근골격계			MR ARTHROGRAM+MR SHOULDER LEFT	888,000	888,000	888,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR62LA
근골격계			MR ARTHROGRAM+MR SHOULDER RIGHT	888,000	888,000	888,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR62RA

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
근골격계			MR ARTHROGRAM +MR KNEE LEFT	888,000	888,000	888,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR63LA
근골격계			MR ARTHROGRAM+MR KNEE RIGHT	888,000	888,000	888,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR63RA
근골격계			MRI SACROILIAC(CE)	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR80
근골격계			MRI SACROILIAC	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR80N
근골격계			MRI UPPER EXTREMITY(CE)	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR81
근골격계			MRI UPPER EXTREMITY	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR81N
흉부			BRACHIAL PLEXUS Lt(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR127L
흉부			BRACHIAL PLEXUS Lt	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR127LN
흉부			BRACHIAL PLEXUS Rt(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR127R
흉부			BRACHIAL PLEXUS Rt	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR127RN
흉부			BREST(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR15
흉부			MRI BREST	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR15N
흉부			MRI CHEST(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR16
흉부			MRI CHEST	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR16N
흉부			MRI HEART	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR17
흉부			MRI HEART(CE)	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR17C
흉부			MRI HEART ISCHEMIA(CE)	1,038,000	1,038,000	1,038,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR17S
흉부			CORONARY MRA(CE)	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR18
흉부			CORONARY MRA	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR18N

과목	항목		가격정보(단위: 원)					특이사항	본원 수가코드	
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부			약제비 포함여부
복부			Cholangiogram MRI-조영제주입	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MRCP
복부			Cholangiogram MRI-조영제주입(프리모비스트주사)	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MRCPP
복부			MRI ABDOMEN(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR20
복부			MRI ABDOMEN	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR20N
복부			MRI PELVIS(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR30
복부			MRI PELVIS	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR30N
복부			MRI PROSTATE(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR31
복부			MRI PROSTATE	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR31N
복부			MRI KIDNEY OR ADRENAL(CE)-조영제사용	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR32
복부			MRI KIDNEY & ADRENAL	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR32N
복부			MRI PANCREAS(CE)	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR79
복부			MRI PANCREAS	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR79N
복부			MRI PENILE & SCROTUM(CE)	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR82
복부			MRI PENILE & SCROTUM	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR82N
복부			MRI LIVER(CE)	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR83
복부			MRI LIVER	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR83N
복부			MRI LIVER(CE)(프리모비스트주사)	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR83P
복부			MRI LIVER +CHOLANGIOGRAM(CE)	1,191,000	1,191,000	1,191,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR84
복부			MRI LIVER +CHOLANGIOGRAM(CE)(프리모비스트주사)	1,191,000	1,191,000	1,191,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR84P

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
복부			ABDOMINAL MRA(CE)	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR85
복부			ABDOMINAL MRA	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR85N
특수검사			MR SPECTROSCOPY	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR71
특수검사			MR FUNCTIONAL	959,000	959,000	959,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR72
특수검사			MR CHOLANGIOGRAPHY	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR73
특수검사			MR MYELOGRAPHY	633,000	633,000	633,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR74
특수검사			MR DYNAMIC	633,000	633,000	633,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR75
특수검사			MR CINE	823,000	823,000	823,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR76
전신			MRI WHOLE BODY(CE)	1,517,000	1,517,000	1,517,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR78
전신			MRI WHOLE BODY	1,024,000	1,024,000	1,024,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR78N
혈관			EXTREMITY MRA(CE)	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR86
혈관			EXTREMITY MRA	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR86N
혈관			THORACIC MRA	802,000	802,000	802,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR21
혈관			THORACIC MRA(CE)	919,000	919,000	919,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR21C
기타	자기공명영상-외부필름판독		타병원필름판독-Cervical MRI	133,730	133,730	133,730			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1091
기타	자기공명영상-외부필름판독		타병원필름판독-Thoracic MRI	133,730	133,730	133,730			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1101
기타	자기공명영상-외부필름판독		타원필름판독료-Lumbosacral spine MRI	133,730	133,730	133,730			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1110
기타	자기공명영상-외부필름판독		타원필름판독료-C-T-L spine MRI	133,730	133,730	133,730			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1110G
기타	자기공명영상-외부필름판독		타병원필름판독-Myelogram MRI	133,730	133,730	133,730			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1121

분류	항 목		가격정보(단위: 원)					특이사항	본원 수가코드	
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부			약제비 포함여부
기타	자기공명영상-외부필름판독		타원필름판독료-shoulder MRI	71,280	71,280	71,280			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1150
기타	자기공명영상-외부필름판독		타병원필름판독-Elbow MRI	71,280	71,280	71,280			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1161
기타	자기공명영상-외부필름판독		타병원필름판독-Wrist MRI	71,280	71,280	71,280			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1171
기타	자기공명영상-외부필름판독		타병원필름판독-Hip MRI	71,280	71,280	71,280			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1181
기타	자기공명영상-외부필름판독		타병원필름판독-Sacroiliac MRI	71,280	71,280	71,280			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1191
기타	자기공명영상-외부필름판독		타원필름판독료-KNEE MRI	71,280	71,280	71,280			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1200
기타	자기공명영상-외부필름판독		타원필름판독료-ANKLE MRI	71,280	71,280	71,280			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1210
기타	자기공명영상-외부필름판독		타병원필름판독-Upper Extremity MRI	71,280	71,280	71,280			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1221
기타	자기공명영상-외부필름판독		타원필름판독료-Lower Extremity MRI	71,280	71,280	71,280			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1230
기타	자기공명영상-외부필름판독		타병원필름판독-Extremity MRA	71,280	71,280	71,280			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1391
기타	자기공명영상-외부필름판독		타병원필름판독-Whole Spine MRI	133,730	133,730	133,730			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HJ613

제5장 주사료

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
주사료	알레르겐 면역요법	KZ001	주사료(알레르겐 면역요법)	1,480	1,480	1,480				AIMMU
주사료			영양제수액수기료	29,000	29,000	29,000				INFU
주사료			IMS(Intramuscular Stimulation): 한부위	22,000	22,000	22,000	포함	포함	신의료기술신청함	IMSA
주사료			IMS(Intramuscular Stimulation): 두부위이상	44,000	44,000	44,000	포함	포함	신의료기술신청함	IMSB
주사료			IMS(Intramuscular Stimulation):Round needle	105,000	105,000	105,000	포함	포함	신의료기술신청함	IMSC

제7장 이학요법료(물리치료료)

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
물리치료료	언어치료	MZ006	성인신경언어장애평가-실어증(읽기,말하기검사)	24,000	24,000	24,000				SLEA1
물리치료료	언어치료	MZ006	성인신경언어장애평가-실어증(듣고 이해하기,쓰기검사)	24,000	24,000	24,000				SLEA2
물리치료료	언어치료	MZ006	성인신경언어장애평가-실어증(유형성 검사:K-BNT)	24,000	24,000	24,000				SLEA3
물리치료료	언어치료	MZ006	성인신경언어장애평가-구어실행증 검사(APRAXIA OF SPEECH)	24,000	24,000	24,000				SLEA4
물리치료료	언어치료	MZ006	마비성구어장애평가-공명음성검사	24,000	24,000	24,000				SLEB1
물리치료료	언어치료	MZ006	마비성구어장애평가-조음맞음운검사	24,000	24,000	24,000				SLEB2
물리치료료	언어치료	MZ006	마비성구어장애평가-구강기능검사	24,000	24,000	24,000				SLEB3

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
물리치료료	언어치료	MZ006	마비성구어장애평가-실어증 선별검사	24,000	24,000	24,000				SLEB4
물리치료료	언어치료	MZ006	성인/아동 장애 진단용 평가	152,000	152,000	152,000				SLEC
물리치료료	언어치료	MZ006	발달(소아)신경언어장애평가	75,000	75,000	75,000				SLED
물리치료료	언어치료	MZ006	언어장애평가	75,000	75,000	75,000				SLEE
물리치료료	언어치료	MZ006	성인정력선별평가	36,000	36,000	36,000				SLEF1
물리치료료	언어치료	MZ006	소아정력선별평가	36,000	36,000	36,000				SLEF2
물리치료료	언어치료	MZ006	성인신경언어장애 치료	55,000	55,000	55,000				SLTA
물리치료료	언어치료	MZ006	발달(소아)신경언어장애 치료	50,000	50,000	50,000				SLTB
물리치료료	언어치료	MZ006	음향학적 치료	17,800	17,800	17,800				SLTC
물리치료료	언어치료	MZ006	그룹치료	33,000	33,000	33,000				SLTD
물리치료료	신장분사치료	MZ007	신장분사치료(극저온치료기)	25,000	25,000	25,000				MZ007
물리치료료	비침습적 무통증 신호요법	MZ012	비침습적 무통증 신호요법	111,000	111,000	111,000				MZ012
물리치료료	체외자기장 요실금치료 [1일당]	MX033	체외자기장 요실금치료 1회	11,000	11,000	11,000				EMI1
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	전문도수치료(정형계ORTHOPEdic MANUAL THERAPY)	88,000	88,000	88,000				MX122
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	스포츠재활도수치료A(ORTHOPEdic MANUAL THERAPY)	126,000	126,000	126,000				MX122A
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	스포츠재활도수치료B(ORTHOPEdic MANUAL THERAPY)	208,000	208,000	208,000			1일 2회제공 선수용	MX122B
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	스포츠재활도수치료(ORTHOPEdic MANUAL THERAPY)+체외충격파치료(ESWT)	164,000	164,000	164,000			2000타+ESWT10분내외 적용)	MX122C
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	골프재활스포츠재활도수치료(ORTHOPEdic MANUAL THERAPY)	181,000	181,000	181,000				MX122D
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	골프스포츠재활도수치료(ORTHOPEdic MANUAL THERAPY)+체외충격파치료(ESWT)	218,000	218,000	218,000				MX122E

분류	항 목		가격정보(단위: 원)					특이사항	본원 수가코드	
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부			약제비 포함여부
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	전문도수치료C(ELECTRICALNERVE MANUAL THERAPY):전기신경치 료+도수치료	126,000	126,000	126,000				MX122EN
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	스포츠헌도수치료(HOME PROGRAM TEACHING)	72,000	72,000	72,000				MX122ET
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	안면도수치료	56,000	56,000	56,000				MX122F
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	전문도수치료A(ORTHOPEDIC MANUAL THERAPY)	79,000	79,000	79,000				MX122NA
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	전문도수치료B(ORTHOPEDIC MANUAL THERAPY)	149,000	149,000	149,000				MX122NB
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	전문도수치료+비침습적무통증 신호요법	138,000	138,000	138,000				MX122PJ
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	단순도수치료(ORTHOPEDIC MANUAL THERAPY)	56,000	56,000	56,000				MX122S
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	단순도수치료+CPM	69,000	69,000	69,000				MX122SA
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	단순도수치료+신장분사	69,000	69,000	69,000				MX122SB
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	단순도수치료(P-BAR WALKING)	56,000	56,000	56,000				MX122SP
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	전문도수치료(소아사경)	54,000	54,000	54,000				MX122T
물리치료료	증식치료(사지관절부위)	MY142	증식치료(간단)PROLOTHERAPY-사지관절부위	110,000	110,000	110,000				BB207A
물리치료료	증식치료(척추부위)	MY143	증식치료(간단) PROLOTHERAPY-척추부위	110,000	110,000	110,000				BB207B
물리치료료	증식치료(사지관절부위)	MY142	증식치료(복잡)PROLOTHERAPY-사지관절부위	220,000	220,000	220,000				BB207C
물리치료료	증식치료(척추부위)	MY143	증식치료(복잡) PROLOTHERAPY-척추부위	220,000	220,000	220,000				BB207D
물리치료료			기공요법1회(건강증진목적)	8,400	8,400	8,400			건강증진목적	MM602
물리치료료			파킨슨기공요법1(건강증진목적)	42,000	42,000	42,000			건강증진목적	MM605
물리치료료			파킨슨기공요법3(건강증진목적)	126,000	126,000	126,000			건강증진목적	MM606

제8장 정신요법료

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
정신요법료	인지치료	MZ009	인지치료(전산화인지재활치료(주의.기억))	48,000	48,000	48,000				INT
정신요법료	인지치료	MZ009	인지치료평가(전산화인지재활치료(주의.기억))	48,000	48,000	48,000				INTE
정신요법료	인지치료	MZ009	인지기능치료	76,000	76,000	76,000				INTF
정신요법료	인지치료	MZ009	CIT-SB (인지중재치료:슈퍼브레인)	120,000	120,000	120,000				CIT

제9장 처치 및 수술료 등

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
근골	추간판내 고주파 열치료술	SZ083	고주파 수핵 감압술(추간판내 고주파열치료술)	1,785,000	1,785,000	1,785,000				SZ083
근골	체외충격파치료[근골격계질환]	SZ084	EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE THERAPY(체외충격파치료-근골격계질환)	136,000	136,000	136,000				SZ084
근골	체외충격파치료[근골격계질환]	SZ084	EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE THERAPY(20분이내)(체외충격파치료-근골격계질환)	75,000	75,000	75,000				SZ084A
근골	연골결손 환자에서의 자가 골수 줄기세포 치료술 (동 행위를 위해 실시한 골수천자, 미세천공술 및 관절경 치료재료대 포함)	SZ085	자가골수 줄기세포 치료(연골결손)	1,260,000	1,260,000	1,260,000				SZ085
순환기	레이저정맥폐쇄술[유도료 포함]	OZ304	(양측)GREAT STAPHENOUS VEIN LASER TREATMENT(재료대포함)	2,200,000	2,200,000	2,200,000	미포함			GSVB
순환기	레이저정맥폐쇄술[유도료 포함]	OZ304	(편측)GREAT STAPHENOUS VEIN LASER TREATMENT(재료대포함)	1,100,000	1,100,000	1,100,000	미포함			GSVS

분류	항목	코드	가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭		구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
순환기	레이저정맥폐쇄술[유도로 포함]	OZ304	(양측)SMALL STAPHENOUS VEIN LASER TREATMENT(재료대포함)	1,050,000	1,050,000	1,050,000	미포함		LSVB	
순환기	레이저정맥폐쇄술[유도로 포함]	OZ304	(편측)SMALL STAPHENOUS VEIN LASER TREATMENT(재료대포함)	525,000	525,000	525,000	미포함		LSVS	
순환기	경피적 기계화학 정맥폐쇄술	OZ308	GSV 경피적 기계화학 정맥폐쇄술(MOCA using Clarivein)	1,100,000	1,100,000	1,100,000	미포함	미포함	OZ308G	
순환기	경피적 기계화학 정맥폐쇄술	OZ308	LSV 경피적 기계화학 정맥폐쇄술(MOCA using Clarivein)	525,000	525,000	525,000	미포함	미포함	OZ308L	
순환기	초음파 유도하 혈관경화요법	OZ305	초음파 유도하 혈관경화요법(3부위 이하)	250,000	250,000	250,000	미포함	미포함	OZ305	
순환기	초음파 유도하 혈관경화요법	OZ305A	초음파 유도하 혈관경화요법(4부위 이상)	350,000	350,000	350,000	미포함	미포함	OZ305A	
순환기	초음파 유도하 혈관경화요법	OZ305B	수술후 초음파 유도하 혈관경화요법	100,000	100,000	100,000	미포함	미포함	OZ305B	
순환기	고주파정맥내막폐쇄술[유도로 포함]-교통정맥결찰술을 동반하지 않은 경우	OY202	고주파정맥내막폐쇄술-GSV 1개	1,200,000	1,200,000	1,200,000	미포함	미포함	OY202	
순환기	고주파정맥내막폐쇄술[유도로 포함]-교통정맥결찰술을 동반하지 않은 경우	OY202A	고주파정맥내막폐쇄술-SSV 1개	800,000	800,000	800,000	미포함	미포함	OY202A	
직장 및 항문	초음파 유도하 치핵동맥결찰술	QZ492	LASER TREATMENT HEMORRHOIDECTOMY(LASER단독으로 수술하는 경우)	344,000	344,000	344,000	미포함	미포함	HEMOAI	
비뇨기	초음파 유도하 치핵동맥결찰술	QZ493	LASER TREATMENT HEMORRHOIDECTOMY(LASER병용으로 수술하는 경우)	187,000	187,000	187,000	미포함	미포함	HEMOBI	
여성생식기, 임신과 분만	고주파 자궁근종용해술	RZ564	Radiofrequency Myolysis Ablation	473,970	473,970	473,970	미포함	미포함	R4122R	
신경	내시경적 경막외강 신경근성형술	SZ631	내시경적 경막외강 신경근성형술: EEN	1,995,000	1,995,000	1,995,000	미포함		SZ631	
신경	경피적 경막외강 신경성형술	SZ634	경피적 경막외강 신경성형술	1,102,000	1,102,000	1,102,000	미포함		SZ634	
신경	경피적 경막외강 신경성형술	SZ641	경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술(BALLOON PEN:SPINUT-H)	1,741,000	1,741,000	1,741,000	미포함		SZ641	
신경	경피적 풍선확장 경막외강 유착박리술	SZ641	경피적 풍선확장 경막외강 유착박리술	1,659,000	1,659,000	1,659,000	미포함		SZO641	
기타	경두개자기자극술	QZ962	경두개 자기자극술(TMS:TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION)	92,000	92,000	92,000			QZ962	
기타			PESSARY RING삽입(재료대포함):피임목적	262,000	262,000	262,000			PESSARY	
기타			보톡스주사시술료--Chronic hemifacial spasm(G51.3)	55,000	55,000	55,000			BOTA	

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
기타			보톡스주사시술료--Blepharospasm(G24.5)	72,000	72,000	72,000				BOTB
기타			보톡스주사시술료--만성편두통	231,000	231,000	231,000				BOTC
기타			피부미용 나보타주사 시술료(ENT)	60,000	60,000	60,000				BOTE
기타			신경인성 배뇨근 보톡스주사시술료	330,000	330,000	330,000			나보타 50U 사용예정(턱, 미간, 이마등)	BOTU
기타			보톡스주사비급여시술료A(RM)	61,000	61,000	61,000				RBOTA
기타			보톡스주사비급여시술료B(RM)	88,000	88,000	88,000				RBOTB
기타			대장세척	73,000	73,000	73,000				COLON
기타			카보젝트 처치료	10,500	10,500	10,500				CVT
기타			난관결찰술 (비급여)	1,102,000	1,102,000	1,102,000				TUBALL
기타			자궁내장치삽입(IUD)-비급여	52,000	52,000	52,000				IUD
기타			음경성형술(PENOPLASTY)	735,000	735,000	735,000				PENIS
기타			음경보형물제거술(RING)	525,000	525,000	525,000				PENIR
기타			음경보형물제거술(RING)	315,000	315,000	315,000				PENIR1
기타			음경보형물제거술	840,000	840,000	840,000				PENIST
기타			유방성형술(breat plasty)	525,000	525,000	525,000				N7134B
기타			DORSAL SLIT	84,000	84,000	84,000				DOS
기타			DORSAL SLIT(대)	84,000	84,000	84,000				DOSA
기타			DREAMCORE VAGINA BAND	1,500,000	1,500,000	1,500,000				DREAM
기타			코성형술(palatopharyngoplasty)	1,575,000	1,575,000	1,575,000				Q2196B

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
기타			액취증성형술A	315,000	315,000	315,000				N0190B3
기타			액취증성형술B	420,000	420,000	420,000				N0190B4
기타			액취증성형술C	525,000	525,000	525,000				N0190B5
기타			질성형술(OBGY)	750,000	750,000	750,000				COLP
기타			질성형술(URO)	1,050,000	1,050,000	1,050,000				COLPU
기타			수면중무호흡증후군수술A(구개인두성형)	945,000	945,000	945,000				LAUPA
기타			수면중무호흡증후군수술B(구개인두성형)	735,000	735,000	735,000				LAUPB
기타			수면중무호흡증후군수술C(구개인두성형)	525,000	525,000	525,000				LAUPC
기타			수면중무호흡증후군수술D(구개인두성형)	840,000	840,000	840,000				LAUPD
기타			CIRCUMCISION(소)	262,000	262,000	262,000				CIR
기타			CIRCUMCISION(대)	315,000	315,000	315,000				CIRL
기타			CIRCUMCISION(20만원)	210,000	210,000	210,000				CIRS
기타			PERINEOPLASTY(OBGY)	840,000	840,000	840,000				PERINP
기타			피부성형목적 레이저시술A(점제거)	52,000	52,000	52,000				LASEA
기타			피부성형목적 레이저시술B(점제거)	105,000	105,000	105,000				LASEB
기타			정관절제술 또는 결찰술(비급여)	441,000	441,000	441,000				VASEC
기타			정관절제술 또는 결찰술(비급여)	315,000	315,000	315,000				VASEC1
기타			LABIOPLASTY(OBGY)(양측)	1,000,000	1,000,000	1,000,000				LABIOB
기타			LABIOPLASTY&CLITOROPLASTY(OBGY)(양측)	1,050,000	1,050,000	1,050,000				LABIOC

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
기타			음핵교정술(OBGY)	735,000	735,000	735,000				CLITO
기타			안검수술양안(성형목적)	1,260,000	1,260,000	1,260,000				BLEPHAB
기타			안검수술단안(성형목적)	630,000	630,000	630,000				BLEPHAU
기타			인공고환이식술	420,000	420,000	420,000				TESTIS
기타			안과 지방종제거술 (성형&미용목적)	210,000	210,000	210,000				LIPOE
기타			피부성형술A	105,000	105,000	105,000				PLASTYA
기타			피부성형술B	315,000	315,000	315,000				PLASTYB
기타			코메돈(여드름치료) 1개당	3,100	3,100	3,100				ACNE
기타			성형목적-외성기종양적출술(양성인것)	210,000	210,000	210,000				R4001A
기타			성형목적-외성기종양적출술(재수술)	157,000	157,000	157,000				R4001B
기타			결막레이저시술(미용목적)	5,000	5,000	5,000				ZCONL
기타			레이저 결막모반제거술(미용목적)	105,000	105,000	105,000				LCN
기타			극들기간 연성 고정술	735,000	735,000	735,000			신의료기술 신청함	IDS
기타			전신마취 중 ANI감시	30,000	30,000	30,000				LZ001

기타

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
기타			종합건진료 차감액(부부,직원소개)	20,000	20,000	20,000				AH20
기타			숙박종합건진180	1,800,000	1,800,000	1,800,000				AH31
기타			숙박종합건진200	2,000,000	2,000,000	2,000,000				AH32
기타			일반건진료	20,000	20,000	20,000				AH73
기타			종합건진료(엘지그룹)여	390,000	390,000	390,000				AHLGFA
기타			종합건진료(엘지그룹)남	857,000	857,000	857,000				AHLGM
기타			생체나이검사(업체검진시 원하는 경우)	30,000	30,000	30,000				BC30A
기타			가족등록비	30,000	30,000	30,000				FMR
기타			가족등록 FILE	5,000	5,000	5,000				FMRX
기타			건진부인암센터등록	20,000	20,000	20,000				GYCAR
기타			체육특기생선발(축구)	45,000	45,000	45,000				ZZA4142
기타			체육특기생선발(야구,볼링,배드민턴)	54,000	54,000	54,000				ZZA4143
기타			전화료	50	50	50				YL002
기타			CD저장(진료기록영상)	10,000	10,000	10,000				ZBCD
기타			전자파일(오디오,비디오자료) 시청,청취(1편)	1,500	1,500	1,500				ZCTV1
기타			전자파일(오디오,비디오자료) 시청,청취(1편)-30분초과 10분마다	500	500	500				ZCTV2
기타			전자파일(오디오,비디오자료) 복제-1GB마다	800	800	800				ZCTV3

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
기타			빈소사용료 일반실(1일당)	80,000	80,000	80,000				ZDK
기타			DVD 저장(진료기록영상)	20,000	20,000	20,000				ZDVD
기타			FILM 저장(진료기록영상)	5,000	5,000	5,000				ZFIL
기타			의무기록복사료1~5장까지(1매당)	1,000	1,000	1,000				ZMRL5
기타			의무기록복사료1장당(6장부터)(1매당)	100	100	100				ZMRL
기타			진료비세부산정내역서 추가발행료1~5장까지(1매당)	1,000	1,000	1,000				ZMR5
기타			진료비세부산정내역서 추가발행료1장당(6장부터)(1매당)	100	100	100				ZMR6
기타			계약처 건강진단검사료(효민생활관입사용)	15,000	15,000	15,000				ZZA12B
기타			계약처 건강진단검사료(동의과학대간호학실습)	25,000	25,000	25,000				ZZA12C
기타			계약처 건강진단검사료(동의과학대실습)	30,000	30,000	30,000				ZZA12D
기타			계약처 건강진단검사료	25,000	25,000	25,000				ZZA12E
기타			계약처 건강진단검사료(방사선작업종사 자):Hemoglobin,WBC,Platelet	15,000	15,000	15,000				ZZA12F
기타			계약처 건강진단검사료(일반뇨검사포함)	30,000	30,000	30,000				ZZA12G
기타			계약처 특수건강진단검사료(일반건강진단+CBC,UA,RPR검사추가)	40,000	40,000	40,000				ZZA12H
기타			계약처 감염여부검사료 및 확인서(부산여대간호학과실습생)	90,000	90,000	90,000				ZZA12I
기타			계약처 감염여부검사료 및 확인서(동의과학대간호학과실습생)	130,000	130,000	130,000				ZZA12J
기타			계약처 감염여부검사료 및 추가실습용건강진단서(동의과학대간호 학과4학년)	100,000	100,000	100,000				ZZA12K
기타			계약처 건강진단검사료(임상간호실습생)	200,000	200,000	200,000				ZZA12L
기타			계약처 건강진단검사료(동의과학대응급구조학과실습생)	90,000	90,000	90,000				ZZA12M

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
기타			계약처 건강진단검사료(흉부X-선및노검사포함)	30,000	30,000	30,000				ZZA12N
기타			계약처 건강진단검사료(조리,이미용 등)	45,000	45,000	45,000				ZZA12O
기타			해상선원 일반건강진단검사료	30,000	30,000	30,000				ZZA12P
기타			해상선원 특수건강진단검사료	35,000	35,000	35,000				ZZA12Q
기타			계약처 유학용건강진단검사료(동의학생)	45,000	45,000	45,000				ZZA13D
기타			해외취업용건강진단검사료(진단서포함)	30,000	30,000	30,000				ZZA14
기타			잠복결핵검진검사(IGRA검사+CHEST PA)	80,000	80,000	80,000				ZZB16H
기타			QuantiFERON-TB(채용시 IGRA검사만 추가)	70,000	70,000	70,000				ZZB16VG
기타			채용신검직원용(IGRA검사)	60,000	60,000	60,000				ZZB16VI
기타			계약처 채용신검이마트용검사료(EKG추가)	35,000	35,000	35,000				ZZB19
기타			외국인채용신검검사료(검사비포함)	110,000	110,000	110,000				ZZB21
기타			운수종사자 의료적성검사	60,000	60,000	60,000				ZZB23
기타			위생분야종사자건강진(요식업)	20,000	20,000	20,000				ZZJ5B
기타			엠블라스사용료(10KM까지)	20,000	20,000	20,000				BAMB
기타			엠블라스10KM추가 1KM당	1,000	1,000	1,000				BAMB1
기타			공무원 채용 검진료	50,000	50,000	50,000				BODY
기타			외국인기타비용	1,000	1,000	1,000				FRN
기타			사후처치	18,000	18,000	18,000				TA8260
기타			신검검사비용	1,000	1,000	1,000				SING

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
기타			비급여식대(보호자특식식대)	12,000	12,000	12,000				SIGA
기타			비급여식대(보호자식대)	8,200	8,200	8,200				SIGB
기타			일반식(밥)추가	2,000	2,000	2,000				SIGR
기타			잡곡식(밥)추가	2,200	2,200	2,200				SIGR1
기타			특식(비급여식대)	12,000	12,000	12,000				SIGV
기타			호박죽(영양죽비급여식대)	9,300	9,300	9,300				SIGV1
기타			전복죽(영양죽비급여식대)	13,200	13,200	13,200				SIGV2
기타			새알팔죽(영양죽비급여식대)	9,300	9,300	9,300				SIGV3
기타			새우살죽(영양죽비급여식대)	10,500	10,500	10,500				SIGV4
기타			꼬리곰탕(고급식비급여식대)	18,900	18,900	18,900				SIGV6
기타			고급식(비급여식대)	18,900	18,900	18,900				SIGV7
기타			약선비빔밥(고급식비급여식대)	18,900	18,900	18,900				SIGV8
기타			프로셀리프 스프레이베리어필름(장루용)(50ML)	28,000	28,000	28,000				ZPRC
기타			RELEASE ADHESIVE REMOVER(장루용)(50ML)	35,000	35,000	35,000				ZRAR
기타			OBESITY CT(비만도측정)	100,000	100,000	100,000				OBCT
기타			OBESITY CT FOLLOW UP(비만도측정)	50,000	50,000	50,000				OBCTF