



1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상(A00 ~ Y98)에 해당하는 질병 및 재해
- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 정신 및 행동 장애(F00 ~ F99)로 인한 질병
- ② 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)으로 인한 질병
- ③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
- ④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
- ⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
- ⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
- ⑦ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우

- 주) 1. ()안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행)상의 분류코드이며, 제9차 개정 이후 상기 “1. 보장대상이 되는 질병 및 재해” 및 “2. 보험금을 지급하지 않는 질병 및 재해” 해당 여부는 질병의 진단 및 재해 발생 당시에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 이 약관에서 정한 보장 여부의 판단은 질병의 진단 및 재해 발생 당시의 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 분류코드의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.



약관에서 정한 “악성신생물(암)”로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 대상질환을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 코 드
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성신생물(암)	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 ~ C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 ~ C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51 ~ C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60 ~ C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64 ~ C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 ~ C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 ~ C80
15. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물(암)	C81 ~ C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 정한 “악성신생물(암)” 해당 여부는 피보험자가 진단확정 받은 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 이 약관에서 정한 보장 여부의 판단은 질병의 진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 분류코드의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 소화기관의 악성신생물(C15~C26) 중 해당 약관(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. 요로의 악성신생물(C64~C68) 중 해당 약관(“비침습방광암”의 정의 및 진단확정)에서 정한

비침습방광암은 상기 분류표에서 제외됩니다.

5. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

악성신생물(암)

정상세포의 증식을 일으키지 않는 상태에서 통제할 수 없이 진행되는 불필요한 세포증식(신생물)중 주위 장기로 전이가 되는 것

진성 적혈구 증가증

혈구를 생산하는 골수계 세포들의 비정상적인 증식에 의해 혈액 속의 모든 혈구가 증가하는 병 중에서 특히 적혈구가 많이 증가하는 병



약관에서 정한 “제자리의 신생물”로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1시행) 중 다음에 적은 대상질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 코 드
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 정한 “제자리의 신생물” 해당 여부는 피보험자가 진단확정 받은 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 이 약관에서 정한 보장 여부의 판단은 질병의 진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 분류코드의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종(D01) 중 해당 약관(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암은 상기 분류표에서 제외됩니다.
4. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종(D09) 중 해당 약관(“비침습방광암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 비침습방광암은 상기 분류표에서 제외됩니다.

신생물

정상세포의 증식을 일으키지 않는 상태에서 통제할 수 없이 진행되는 불필요한 세포증식. 주위 장기로 전이가 되는 악성신생물(암)과 주위 장기로 전이가 되지 않는 양성신생물로 나뉨



약관에서 정한 “제자리의 신생물”로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1시행) 중 다음에 적은 대상질환을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 코 드
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 정한 “제자리의 신생물” 해당 여부는 피보험자가 진단확정 받은 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 이 약관에서 정한 보장 여부의 판단은 질병의 진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 분류코드의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

신생물

정상세포의 증식을 일으키지 않는 상태에서 통제할 수 없이 진행되는 불필요한 세포증식. 주위 장기로 전이가 되는 악성신생물(암)과 주위 장기로 전이가 되지 않는 양성신생물로 나뉨

표7 | 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표



약관에서 정한 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물”로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 대상질환을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 코 드
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 정한 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물” 해당 여부는 피보험자가 진단확정 받은 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 이 약관에서 정한 보장 여부의 판단은 질병의 진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 분류코드의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 만성 골수증식 질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 「9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물」에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.



약관에서 정한 “유방암”으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 대상질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 코 드
유방의 악성신생물(암)	C50

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 정한 “유방암” 해당 여부는 피보험자가 진단확정 받은 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 이 약관에서 정한 보장 여부의 판단은 질병의 진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 분류코드의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77 ~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.



약관에서 정한 “전립선암”으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 대상질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 코 드
전립선의 악성신생물(암)	C61

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 정한 “전립선암” 해당 여부는 피보험자가 진단확정 받은 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 이 약관에서 정한 보장 여부의 판단은 질병의 진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 분류코드의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77 ~C80[일차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.



약관에서 정한 “갑상선암”으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 대상질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 코 드
갑상선의 악성신생물(암)	C73

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 정한 “갑상선암” 해당 여부는 피보험자가 진단확정 받은 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 이 약관에서 정한 보장 여부의 판단은 질병의 진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 분류코드의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 합니다.



“재진단암”(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 및 비침습방광암 제외)이란 “첫 번째 암”(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암 제외) 또는 “재진단암”(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 및 비침습방광암 제외) 진단 확정일로부터 2년 경과 후 다음 각 호의 “암”에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 새로운 원발암
2. 동일장기 또는 타부위에 전이된 암
3. 동일장기에 재발된 암
4. 최초로 발생한 “암”(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 및 비침습방광암 제외)이 재진단암 보장개시일 이후에도 암세포가 남아있는 경우
5. 재진단암 보장개시일 이전에 발생한 “암”(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 및 비침습방광암 제외)이 재진단암 보장개시일 이후에도 남아 있는 경우

- 주) 1. 다만, 기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 및 비침습방광암인 경우는 보험금을 지급하지 않습니다.
2. “재진단암”의 진단 확정은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “재진단암”으로 진단 또는 치료(재진단암의 치료를 직접적인 목적으로한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 하며, 치료시점의 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.
3. 재진단암 보장개시일
- ① 첫 번째 재진단암 : 첫 번째 암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암 제외) 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날
 - ② 두 번째 이후 재진단암 : 직전 재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 및 비침습방광암 제외) 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날

표10-3 | 남성12대주요암 분류표



약관에서 정한 “남성12대주요암”으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 대상질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 코 드
1. 입술의 악성신생물(암)	C00
2. 혀바닥의 악성신생물(암)	C01
3. 혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물(암)	C02
4. 잇몸의 악성신생물(암)	C03
5. 입바닥의 악성신생물(암)	C04
6. 구개의 악성신생물(암)	C05
7. 입의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물(암)	C06
8. 식도의 악성신생물(암)	C15
9. 위의 악성신생물(암)	C16
10. 간 및 간내 담관의 악성신생물(암)	C22
11. 담낭의 악성신생물(암)	C23
12. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물(암)	C24
13. 후두의 악성신생물(암)	C32
14. 기관의 악성신생물(암)	C33
15. 기관지 및 폐의 악성신생물(암)	C34
16. 흉선의 악성신생물(암)	C37
17. 심장, 종격 및 흉막의 악성신생물(암)	C38
18. 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40
19. 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C41
20. 음경의 악성 신생물(암)	C60
21. 고환의 악성신생물(암)	C62

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 정한 “남성12대주요암” 해당 여부는 피보험자가 진단확정 받은 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 이 약관에서 정한 보장 여부의 판단은 질병의 진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 분류코드의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

표10-4 | 여성12대주요암 분류표



약관에서 정한 “여성12대주요암”으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 대상질환을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 코 드
1. 입술의 악성신생물(암)	C00
2. 혀바닥의 악성신생물(암)	C01
3. 혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물(암)	C02
4. 잇몸의 악성신생물(암)	C03
5. 입바닥의 악성신생물(암)	C04
6. 구개(구개)의 악성신생물(암)	C05
7. 입의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물(암)	C06
8. 식도의 악성신생물(암)	C15
9. 위의 악성신생물(암)	C16
10. 간 및 간내 담관의 악성신생물(암)	C22
11. 담낭의 악성신생물(암)	C23
12. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물(암)	C24
13. 후두의 악성신생물(암)	C32
14. 기관의 악성신생물(암)	C33
15. 기관지 및 폐의 악성신생물(암)	C34
16. 흉선의 악성신생물(암)	C37
17. 심장, 종격 및 흉막의 악성신생물(암)	C38
18. 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40
19. 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C41
20. 자궁경부의 악성신생물(암)	C53
21. 자궁체부의 악성신생물(암)	C54
22. 자궁의 상세불명 부분의 악성신생물(암)	C55
23. 난소의 악성신생물(암)	C56

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 정한 “여성12대주요암” 해당 여부는 피보험자가 진단확정 받은 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 이 약관에서 정한 보장 여부의 판단은 질병의 진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 분류코드의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.



약관에서 정한 "뇌혈관질환"으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 대상질환을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 코 드
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62
뇌경색증	I63
출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
기타 뇌혈관질환	I67
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
뇌혈관질환의 후유증	I69

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 정한 "뇌혈관질환" 해당 여부는 피보험자가 진단확정 받은 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 이 약관에서 정한 보장 여부의 판단은 질병의 진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 분류코드의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

거미막하출혈

뇌동맥류의 파열이나 뇌동정맥 기형 등의 원인으로 거미막하 공간에서 출혈이 발생하는 증상



약관에서 정한 “뇌출혈”로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 대상질환을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 코 드
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 정한 “뇌출혈” 해당 여부는 피보험자가 진단확정 받은 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 이 약관에서 정한 보장 여부의 판단은 질병의 진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 분류코드의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

거미막하출혈

뇌동맥류의 파열이나 뇌동정맥 기형 등의 원인으로 거미막하 공간에서 출혈이 발생하는 증상



약관에서 정한 “뇌경색증”으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 대상질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 코 드
뇌경색증	I63

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 정한 “뇌경색증” 해당 여부는 피보험자가 진단확정 받은 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 이 약관에서 정한 보장 여부의 판단은 질병의 진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 분류코드의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.



약관에서 정한 "허혈심장질환"으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 대상질환을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 코 드
협심증	I20
급성심근경색증	I21
후속심근경색증	I22
급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
기타 급성 허혈심장질환	I24
만성 허혈심장병	I25

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 정한 “허혈심장질환” 해당 여부는 피보험자가 진단확정 받은 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 이 약관에서 정한 보장 여부의 판단은 질병의 진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 분류코드의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

심근경색증

피를 공급하는 혈관이 막혀 동맥으로 영양분을 공급받는 심장 부위가 괴사하는 것. 상당히 진행된 동맥경화증에 의해, 또는 동맥경화로 혈관이 좁아져 있는 상태에서 혈전이 생길 때 발생함



약관에서 정한 “급성심근경색증”으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 대상질환을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 코 드
급성 심근경색증	I21
후속 심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 정한 “급성심근경색증” 해당 여부는 피보험자가 진단확정 받은 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 이 약관에서 정한 보장 여부의 판단은 질병의 진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 분류코드의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

표12-3 | 특정 급성심근경색증 분류표



약관에서 정한 “특정 급성심근경색증”으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 대상질환을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 코 드
급성 심근경색증	I21

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 정한 “특정 급성심근경색증” 해당 여부는 피보험자가 진단 확정 받은 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 이 약관에서 정한 보장 여부의 판단은 질병의 진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 분류코드의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.



I. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25cm ² 이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25cm ² 미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함] [치(齒) · 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靱帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술 [개흉술을 수반하는 것]	4

구분	수술명	수술종류
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술[하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외]	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(胰臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] [단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함]	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외	4
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1

구분	수술명	수술종류
비뇨기계 · 생식기계의 수술 [인공임신중절수 술은 제외함]	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	47. 방광류·요실금 교정수술	1
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	49. 음경(陰莖) 절단수술 [포경수술 및 음경이물제거수술은 제외]	3
	50. 고환(睪丸), 부고환(副睪丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관 혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2
	51. 음낭관혈수술	1
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 [단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외]	2
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간 주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
내분비기계의 수술	55. 질탈(膣脫)근본수술	1
	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
신경계의 수술	58. 부신(副腎) 절제수술	4
	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	60. 신경(神經) 관혈수술	2
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술 (안검내반증 제외)	1
	64. 누소관(淚小管)형성수술 (누관튜브삽입술 포함)	1
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	68. 각막, 공막 이식수술	2
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간 주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2

구분	수술명	수술종류
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)	3
	76. 안와내종양절제수술	3
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1
	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
청각기(聽覺器)의 수술	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	83. 내이(內耳) 관혈수술	3
	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] *체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)-고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	88-1. 뇌, 심장	3
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

(※) 상기 1 ~ 87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다.

다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1 ~ 87항)의 수술로 적용합니다.

II. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5
1-1. 기타피부암(C44)	3
2. 내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등에 의한 악성신생물 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술 보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술 보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3

- (※) 1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'I. 일반 질병 및 재해치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.
- 조혈모세포이식술(일련의 과정 '추출, 필터링, 배양, 제거, 주입'을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정)을 제외한 근치수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술급여금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복지급이 가능합니다.
 - 다만, 약물 등을 투여하기 위한 시술(예: 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.

III. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	수술종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

- (※) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(1~5종 수술분류표 사용 지침)

1. “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 <1~5종 수술분류표>에 정한 행위를 말합니다. “수술”은 기구를 사용하여 생체에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡検査) 등]은 “수술”에서 제외합니다.
2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. '관혈적 악성신생물 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 광청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. <1~5종 수술분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준<1~5종 수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 “수술”의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
 - 1) 1~5종 수술분류표상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 1~5종 수술분류표상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신 수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.
 - 2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 '일반 질병 및 재해치료 목적의 수술' 88항 (악성신생물의 경우는 '악성신생물 치료목적의 수술' 2항)을 우선 적용합니다.
6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료'라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생하는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치

료하는 방법입니다.

7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로써 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
8. 다음과 같은 수술은 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
- 1) 미용 성형상의 수술
 - 2) 피임(避妊) 목적의 수술
 - 3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
 - 4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

표26-1 | 재해골절(치아파절 제외) 분류표



약관에서 정한 “재해골절(치아파절 제외)”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 분류항목을 말합니다.

분 류 항 목	분 류 코 드
1. 척추 및 척수의 출산손상	P11.5
2. 출산손상으로 인한 두개골골절	P13.0
3. 두개골의 기타 출산손상	P13.1
4. 대퇴골의 출산손상	P13.2
5. 기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
6. 출산손상으로 인한 쇄골의 골절	P13.4
7. 기타 골격 부분의 출산손상	P13.8
8. 상세불명의 골격의 출산손상	P13.9
9. 두개골 및 안면골의 골절(치아파절 제외)	S02(S02.5는 제외)
10. 목의 골절	S12
11. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
12. 요추 및 골반의 골절	S32
13. 어깨 및 위팔의 골절	S42
14. 아래팔의 골절	S52
15. 손목 및 손부위의 골절	S62
16. 대퇴골의 골절	S72
17. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
18. 발목을 제외한 발의 골절	S92
19. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
20. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
21. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
22. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
23. 상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 정한 “재해골절(치아파절 제외)” 해당 여부는 피보험자가 진단 확정 받은 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 이 약관에서 정한 보장 여부의 판단은 진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 분류코드의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.



약관에서 정한 “대상포진”으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 대상질환을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 코 드
대상포진	B02

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 정한 “대상포진” 해당 여부는 피보험자가 진단확정 받은 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 이 약관에서 정한 보장 여부의 판단은 질병의 진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 분류코드의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.



약관에서 정한 “통풍”으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 대상질환을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 코 드
통풍	M10

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 정한 “통풍” 해당 여부는 피보험자가 진단확정 받은 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 이 약관에서 정한 보장 여부의 판단은 질병의 진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 분류코드의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

표57 | 의료기관의 시설규격(중환자실)



“의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 시설규격)”에 따른 “별표4(의료기관의 시설규격) 2.중환자실”의 시설규격은 다음과 같습니다.

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
- 마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 심장충격기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료를 갖추어야 한다.
- 사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과 하여서는 아니 된다.
- 자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
- 차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
- 카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

