

# 제주대학교병원

Jeju National University Hospital

제주특별자치도 제주시 아란13길 15 | TEL: 064-717-1234 | FAX: 064-717-1131

## 세 부 진료 비 확인서

(건강보험 요양급여비용 명세)

### ■ 환자 정보

환자성명	김 보 비	생년월일	1995. 03. 15	성별	여
환자번호	P-2026-00384	진료과	정형외과	담당의	박정민
구분	입원	입원일	2026. 02. 18	퇴원일	2026. 02. 20
재원일수	3일	진료기간	2026.02.18~02.20		

### ■ 상병명 (진단코드)

구분	KCD코드	상병명	진료과
주상병	M51.1	요추 및 기타 추간판장애에서의 신경근병증	정형외과
부상병	M54.5	요통	정형외과
부상병	G55.1	추간판장애에서의 신경근 압박	신경외과

### ■ 진료비 항목별 합계

항목	총액	보험자부담	본인부담 (급여)	본인부담 (비급여)	비급여
01. 진찰료	46,800	32,760	14,040	-	-
02. 입원료	189,000	132,300	56,700	-	-
03. 투약/조제료	30,600	21,420	9,180	-	-
04. 주사료	57,800	40,460	17,340	-	-
05. 영상진단	608,000	367,600	182,400	58,000	-
06. 검사료	38,500	26,950	11,550	-	-
07. 처치/수술료	350,000	245,000	70,000	35,000	-
08. 마취료	45,000	31,500	13,500	-	-
09. 재활치료	122,000	29,400	12,600	-	80,000

### ■ 진료비 총계

구분	총액	보험자부담	본인부담(급여)	본인부담(비)	비급여
합 계	1,487,700	927,390	387,310	93,000	80,000

★ 환자 본인 납부 총액

560,310 원

세부진료비확인서 - 진료행위 상세내역

환자: 김보비 (P-2026-00384) | 진료기간: 2026.02.18 ~ 2026.02.20 | 정형외과 | 담당의: 박정민

01. 진찰료										
일자	EDI코드	진료행위명	단위	횟수	일수	총액	보험자	본인(금)	본인(비)	비급여
02-18	AA157	입원 초진 진찰료	회	1	1	25,200	17,640	7,560	-	-
02-19	AA254	입원 재진 진찰료	회	1	1	10,800	7,560	3,240	-	-
02-20	AA254	입원 재진 진찰료	회	1	1	10,800	7,560	3,240	-	-
소 계						46,800	32,760	14,040	-	-
02. 입원료										
일자	EDI코드	진료행위명	단위	횟수	일수	총액	보험자	본인(금)	본인(비)	비급여
02-18	AH100	일반병실 입원료 (6인실)	일	1	3	189,000	132,300	56,700	-	-
소 계						189,000	132,300	56,700	-	-
03. 투약 및 조제료										
일자	EDI코드	진료행위명	단위	횟수	일수	총액	보험자	본인(금)	본인(비)	비급여
02-18	641600020	셀레룩시브 200mg	정	2	3	5,400	3,780	1,620	-	-
02-18	642900150	가바펜틴 300mg	캡슐	3	3	8,100	5,670	2,430	-	-
02-18	653400070	에소메프라졸 20mg	정	1	3	4,500	3,150	1,350	-	-
02-18	BF101	조제료 (입원)	일	1	3	12,600	8,820	3,780	-	-
소 계						30,600	21,420	9,180	-	-
04. 주사료										
일자	EDI코드	진료행위명	단위	횟수	일수	총액	보험자	본인(금)	본인(비)	비급여
02-18	644001870	케토로락 30mg 주사	바이알	1	2	9,600	6,720	2,880	-	-
02-18	650800230	텍사메타손 5mg 주사	앰플	1	1	3,200	2,240	960	-	-
02-18	KK101	정맥주사 (수액)	회	1	3	45,000	31,500	13,500	-	-
소 계						57,800	40,460	17,340	-	-
05. 영상진단 및 방사선										
일자	EDI코드	진료행위명	단위	횟수	일수	총액	보험자	본인(금)	본인(비)	비급여
02-18	HE545	MRI 요추부 (조영)	회	1	1	580,000	348,000	174,000	58,000	-
02-18	GY401	X-ray 요추 AP/LAT	매	2	1	28,000	19,600	8,400	-	-
소 계						608,000	367,600	182,400	58,000	-
06. 검사료										
일자	EDI코드	진료행위명	단위	횟수	일수	총액	보험자	본인(금)	본인(비)	비급여
02-18	CZ394	일반혈액검사 (CBC)	종	1	1	8,900	6,230	2,670	-	-
02-18	CZ271	간기능검사 (LFT)	종	1	1	12,400	8,680	3,720	-	-
02-18	CZ245	신기능검사 (BUN/Cr)	종	1	1	7,800	5,460	2,340	-	-

세부진료비확인서 - 진료행위 상세내역

환자: 김보비 (P-2026-00384) | 진료기간: 2026.02.18 ~ 2026.02.20 | 정형외과 | 담당의: 박정민

06. 검사료 (계속)										
일자	EDI코드	진료행위명	단위	횟수	일수	총액	보험자	본인(급)	본인(비)	비급여
02-18	CZ186	CRP (C-반응성단백)	종	1	1	6,200	4,340	1,860	-	-
02-18	CZ164	ESR (적혈구침강속도)	종	1	1	3,200	2,240	960	-	-
소 계						38,500	26,950	11,550	-	-
07. 처치 및 수술료										
일자	EDI코드	진료행위명	단위	횟수	일수	총액	보험자	본인(급)	본인(비)	비급여
02-19	SZ084	경막외 신경차단술	회	1	1	350,000	245,000	70,000	35,000	-
소 계						350,000	245,000	70,000	35,000	-
08. 마취료										
일자	EDI코드	진료행위명	단위	횟수	일수	총액	보험자	본인(급)	본인(비)	비급여
02-19	LA322	국소마취 (리도카인)	회	1	1	45,000	31,500	13,500	-	-
소 계						45,000	31,500	13,500	-	-
09. 재활 및 물리치료										
일자	EDI코드	진료행위명	단위	횟수	일수	총액	보험자	본인(급)	본인(비)	비급여
02-19	MX032	심층열치료 (극초단파)	부위	1	2	24,000	16,800	7,200	-	-
02-19	MX121	경피적 전기신경자극	부위	1	2	18,000	12,600	5,400	-	-
02-20	MX145	도수치료 (30분)	회	1	1	80,000	0	-	-	80,000
소 계						122,000	29,400	12,600	-	80,000

■ 유의사항

- 1. 본 확인서는 환자 본인의 요청에 의해 발급되었으며, 진료비 청구 및 보험금 청구 목적으로 사용됩니다.
- 2. 급여 항목의 본인부담금은 건강보험 관련 법령에 따라 산정되었습니다.
- 3. 비급여 항목은 건강보험 적용이 되지 않는 항목으로, 전액 환자가 부담합니다.
- 4. EDI 코드(진료행위코드)는 건강보험심사평가원 기준 코드입니다.
- 5. 본 확인서는 발급일로부터 1년간 유효합니다.
- 6. 위 내용에 이의가 있을 경우 의무기록실(064-717-1300)로 문의하시기 바랍니다.

발급번호	: R-2026-02-00384	제주대학교병원
발급일자	: 2026년 02월 20일	원장 홍 길 등
요양기관기호	: 제주-의-12345	<div>제주대학교 병원 장</div>
발급목적	: 보험금 청구용	

위와 같이 진료비 세부내역을 확인합니다.

2026년 02월 20일

제 주 대 학 교 병 원 장