

「국민건강보험법 시행규칙」 일부개정령안

1. 개정 이유

국민 편익 증대를 위해 사용자가 건강보험 사업자 적용신고 시 통장사본 제출의무를 폐지하고, 중증 소아·청소년 환자의 지속적인 치료와 건강관리의 연속성 확보를 위해 요양비 급여품목과 중증 장애아동의 성장발달, 치료 및 건강유지·개선을 위해 필요한 장애인 보조기기를 건강보험 급여품목으로 확대하여 장애인의 의료비 부담을 완화하고자 함

또한 간호법 시행(‘25.6.21.)에 따른 요양기관 내 간호사 현황 파악을 위해 서식을 개정하는 등 현행 제도를 개선·보완하려는 것임

2. 주요내용

가. 건강보험 사업장 적용신고 시 통장사본 제출의무 폐지(안 규칙 제3조 및 별지 제2호서식)

나. 중증 소아청소년 환자의 재가치료를 위한 요양비 급여품목 확대

- 법 제49조1항에서 정하는 “보건복지부령으로 정하는 긴급하거나 그 밖의 부득이한 사유”에 산소포화도측정기, 기도흡인기, 경장영양주입펌프 구입·사용한 경우를 추가(안 시행규칙 제23조제1항, 제2항)
- 요양비 급여품목 확대에 따른 지급청구서(산소포화도측정기, 기도흡인기, 경장영양주입펌프) 필요서류 조항 신설(안 규칙 제23조제3항제8호)

- 「요양비 지급청구서」 서식 신설 및 기존 서식 「요양비 지급청구 위임장」 번호 변경(안 별지 제19호의6서식, 별지 제19호의7서식)

다. 장애인보조기기 급여품목 확대

- 장애인보조기기 급여품목에 몸통지지보행차, 유모차형 수동휠체어, 전동휠체어 다균 추가 등(안 제26조 제1항, 제2항, 별표 7 제1호가·나목·다·아·차목, 제2호아목1)라), 제2호아목12), 제2호아목18)다)
- 장애인보조기기 급여품목 추가건 서식 반영 및 작성 유의사항 추가 등 정비(안 별지 제21호서식, 제22호서식, 제22호의2서식, 제24호서식)

라. 요양기관에서 신고해야 하는 인력 현황 추가(전담·교육전담간호사) 및 기존 신고 목록(가정·보건·마취·정신전문간호사) 정비(안 별지 제14호서식)

3. 주요토의과제

없 음

4. 참고사항

가. 관계법령

- 건강보험 사업장 적용신고 시 통장사본 제출의무 폐지(안 규칙 제3조 및 별지 제2호서식)
 - 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률 시행규칙」 제7조(보험관계의 성립·소멸신고) 제1항2(“24.7.1. 개정완료)

- 「국민연금법 시행규칙」 개정안 입법예고('25.9.26.~'25.11.5.)

나. 예산조치 : 별도조치 필요 없음

다. 합 의 : 0000부 등과 합의되었음

라. 기 타 : 1) 신·구조문대비표, 별첨

2) 입법예고(9999. 12. 31. ~ 12. 31.) 결과, 특기할 사항
없음

3) 행정규제 : 규제개혁위원회와 협의 결과, 이견 없음

- 규제 신설·폐지 등, 없음

「국민건강보험법 시행규칙」 일부개정령안

국민건강보험법 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

제3조 전단 중 “적용신고서에 통장 사본 1부(자동이체를 신청하는 경우만 해당한다)를 첨부하여”를 “적용신고서를”로 한다.

제23조제1항에 제8호를 다음과 같이 신설한다.

8. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증 소아청소년 환자가 의사의 요양비처방전에 따라 산소포화도측정기, 기도흡인기 또는 경장영양주입펌프를 요양기관 외의 의료기기판매업소에서 구입·사용한 경우

제23조제2항에 제8호를 다음과 같이 신설한다.

8. 산소포화도측정기, 기도흡인기 또는 경장영양주입펌프를 판매하는 요양기관 외의 의료기기판매업소로서 공단에 등록된 업소

제23조제3항에 제8호를 다음과 같이 신설한다.

8. 제1항제8호에 해당하는 경우에는 별지 제19호의6서식의 요양비 지급 청구서와 다음 각 목의 서류
 - 가. 의사의 요양비처방전 1부
 - 나. 세금계산서, 현금영수증 등 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 각 1부

제23조제5항제2호 중 “별지 제19호의5서식까지의”를 “별지 제19호의6서

식까지의”으로 한다.

제26조제2항 각 호 외의 부분 및 같은 조 제3항 중 “전동휠체어”를 각각 “유모차형 수동휠체어, 몸통지지보행차, 전동휠체어”로 한다.

별표 7 제1호가목 중 “후방보행차”를 “후방·몸통지지보행차”로 하고, 같은 호 나목 전단, 다목 전단 및 아목 중 “전·후방보행차”를 각각 “보행차”로 하며, 같은 호 차목 단서 중 “전동휠체어”를 “유모차형 수동휠체어, 몸통지지보행차, 전동휠체어”로 하고, 같은 표 제2호아목1)수동휠체어란에 라)란을 다음과 같이 신설한다.

아. 그 밖의 보조기기	1) 수동휠체어	라) 18세 이하인 사람이 자세 일부지지 및 보조인의 도움으로 추진하여 이동하는 경우 사용	유모차형
-----------------	----------	--	------

별표 7 제2호아목 12)전동휠체어란에 다군란을 다음과 같이 신설한다

아. 그 밖의 보조기기	12) 전동휠체어	18세 이하인 보행이 불가능한 사람으로서 독립적인 이동을 위해 다른 사람의 도움 없이 전동휠체어를 안전하게 작동할 수 있는 경우 사용	다군
-----------------	-----------	--	----

별표 7 제2호아목 18)보행차란에 다) 몸통지지란을 다음과 같이 신설한다.

아. 그 밖의 보조기기	18) 보행차		
	다) 몸통지지	18세 이하인 사람이 몸통의 지지로 보행이 가능한 경우에 사용하는 보행 보조기구	

별지 제2호서식을 별지와 같이 한다.

별지 제14호서식을 별지와 같이 한다.

별지 제19호의6서식을 제19호의7 서식으로 하고, 같은 별지를 별지와 같이 하며, 별지 제19호의6 서식을 별지와 같이 신설한다.

별지 제21호서식, 제22호서식, 제22호의2서식 및 제24호서식을 각각 별지와 같이 한다.

부 칙

제1조(시행일) 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다. 다만, 제26조제2항, 별표 7 제1호가목·나목·다목·아목·차목과 제2호아목1)라)·12)·18)다의 개정규정은 2026년 3월 1일부터 시행하고, 제23조제1항8호·제2항8호·제3항제8호·제5항제2호, 별지 제19호의6서식 및 별지 제19호의7서식의 개정규정은 2026년 5월 1일부터 시행한다.

제2조(요양비 관련 서류 제출 등에 관한 적용례) 제23조제1항제8호·제2항제8호·제3항제8호·제5항제2호, 별지 제19호의6서식 및 별지 제19호의7서식의 개정규정은 이 규칙 시행일 이후 요양비를 청구하는 경우부터 적용한다.

개정(안)

국민건강보험법 시행규칙 [별지 제2호서식]

■ 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제2호서식] <개정 2025. . .>

국민연금 []당연적용사업장 해당신고서

건강보험 []사업장(기관) 적용신고서

고용보험 []보험관계설정신고서 []보험가입신청서(근로자 종사 사업장)

산재보험 []보험관계설정신고서 []보험가입신청서(근로자 종사 사업장)

※ 2쪽의 유의사항 및 작성방법을 읽고 작성하기 바라며, 색상이 어두운 난은 신고인(신청인)이 적지 않습니다. (4쪽 중 1쪽)

접수번호

접수일

처리기간 국민연금·건강보험 3일, 고용·산재보험 5일

신고	사업장	사업장관리번호		명칭		사업장 형태		[]법인 []개인	
		소재지 우편번호()							
		우편물 수령지 우편번호()				전자우편주소			
		전화번호 (휴대전화)				팩스번호			
		업태		종목 (주생산품)		업종코드			
		사업자등록번호		법인등록번호					
		환급(반환) 계좌 사전신고		은행명 예금주명		계좌번호		[]자동이체 계좌와 동일	
	사용자 (대표자)	성명		주민(외국인)등록번호		전화번호			
		주소							
	보험료 자동이체신청	은행명		계좌번호					
		예금주명		예금주 주민등록번호(사업자 등록번호)					
		합산자동이체 적용여부		[]적용 []미적용		이체희망일		[]납기일 []납기전월 말일(월별보험료)	
	전자고지 신청	고지방법		[]전자우편 []휴대전화 []전자문서교환시스템 []인터넷홈페이지(사회보험통합징수포털)					
		수신처(전자우편주소, 휴대전화번호 또는 아이디)							
		수신자 성명		수신자 주민등록번호					
국민연금/건강보험	건설현장사업장		[]해당 []비해당		건설현장 사업기간		~		
연금(고용)보험료 지원 신청	「국민연금법」 제100조의3 또는 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」 제21조에 따라 아래와 같이 연금(고용)보험료 지원을 신청합니다[근로자 수가 10명 미만인 사업(장)만 해당합니다].								
	국민연금 [] 고용보험 []								
국민연금	근로자 수		가입대상자 수		적용 연월일(YYYY.MM.DD)				
	분리적용사업장		[]해당 []비해당		본점사업장관리번호				
건강보험	적용대상자 수		본점사업장관리번호		적용 연월일				
	사업장 특성부호		회계종목(공무원 및 교직원기관만 작성)		1		2 3		
고용보험	상시근로자 수		피보험자 수		성립일				
	보험사무대행기관 (명칭)		(번호)						
	주된 사업장	명칭	사업자등록번호						
	우선지원 대상기업		[]해당 []비해당		관리번호				
산재보험	상시근로자 수		성립일		사업종류코드				
	사업의 형태		[]계속 []기간이 정해져 있는 사업(사업기간: -)						
	성립신고일(가입신청일) 현재 산업재해 발생 여부		[]있음 []없음						
	주된 사업장 여부		[]해당 []비해당		주된 사업장 관리번호				
	원사업주 사업장관리번호 또는 사업개시번호 (사내하도급 수급사업주인 경우만 적습니다)								

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 직원이 「전자정부법」 제36조제2항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 담당 직원 확인사항란의 행정정보를 확인하는 것에 동의합니다. * 동의하지 않는 경우에는 신고인(신청인)이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

신고인(신청인)

(서명 또는 인)

위와 같이 신고(신청)합니다.

년 월 일

신고인·신청인(사용자·대표자)

(서명 또는 인)

[]보험사무대행기관(고용·산재보험만 해당)

(서명 또는 인)

국민연금공단 이사장/국민건강보험공단 이사장/근로복지공단 00지역본부(지사)장 귀하

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

신고인 (신청인) 제출서류	근로자 과반수의 동의서 1부(고용보험 임의적용 가입신청의 경우에만 제출합니다)	
담당 직원 확인사항	1. 사업자등록증 사본 2. 주민등록표 초본[고용·산재보험의 경우로서, 신고인(신청인)이 개인의 경우만 해당합니다]. 다만, 신고인(신청인)이 직접 신고서(신청서)를 제출하면서 신분증명서(주민등록증, 운전면허증, 여권을 말합니다)를 제시하는 경우에는 그 신분증명서의 확인으로 주민등록표 초본의 확인을 갈음합니다. 3. 법인 등기사항증명서[신고인(신청인)이 법인인 경우만 해당합니다]	수수료 없음

유의사항

- 국민연금, 건강보험의 건설현장사업장은 건설일용근로자만 가입된 사업장을 말하고, 건설현장사업장으로 적용받으려는 사업장이 일괄경정 고지 신청서(해당 공단 서식)를 제출하고 사업장 자격관리 등을 위해 해당 공단에 운영하는 정보통신망(ID)에 가입하면 일괄경정고지를 받을 수 있습니다.
- 전자고지는 「국민건강보험법」 제79조에 따라 송달의 효력이 발생하며, 별도의 우편고지서는 발송하지 않습니다.
- 건설업 및 벌목업의 경우는 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」 제19조에 따른 확정보험료 신고·납부기한부터 30일 이내에 고용보험료 지원을 신청하기 바랍니다.
- 국민연금·고용보험료 지원 대상 사업장은 전년도 월평균 근로자 수가 10명 미만이거나 신청 직전 3개월 동안(지원신청이 속한 연도로 한정하며, 보험관계성립일 이후 3개월이 지나지 않은 경우에는 그 기간 동안) 연속하여 근로자 수가 10명 미만이고, 신청월 말일 기준으로 10명 미만이어야 합니다.
※ 법인사업장은 법인 단위로 10명 미만 여부를 판단하나, 공동주택관리사무소의 경우 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률 시행령」 제12조제2항에 따라 관리사무소 협참사로 10명 미만 여부를 판단합니다.
- 신청 연도의 근로자 수가 3개월 연속 10명 이상인 경우 4개월째부터 해당 연도 말까지 연금(고용)보험료 지원 대상에서 제외됩니다.
- 국민연금·고용보험료 지원은 국민연금 및 고용보험의 자격취득이 된 사람으로 인정하여 이루어지므로 현재까지 자격취득이 안 된 근로자는 반드시 해당 기간에 자격취득신고서(일용근로자의 경우 근로내용확인신고서)를 제출해야 혜택을 받을 수 있습니다. (신고관련 문의: 국민연금 1355, 고용보험 1588-0075)
- 국민연금·고용보험료 지원 대상에 해당하는 경우에 신청 월부터 해당 연도 말까지 지원되며, 매월 해당 월의 보험료가 납부한 이내에 모두 납부된 경우에만 보험료가 지원됩니다. 따라서 납부기한이 지나서 납부하거나 일부만 납부한 월에는 지원을 받을 수 없습니다.
- 국민연금·고용보험료는 근로자의 보수액) 수준 등에 따라 사용자와 근로자의 연금보험료와 고용보험료 부담분의 일부가 지원됩니다. 다만, 근로자의 재산(「지방세법」 제105조에 따른 토지, 건축물, 주택, 항공기 등 선박) 및 「소득세법」 제4조제1항제1호에 따른 종합소득이 근로복지부장관(고용노동부장관)이 고시한 기준 이상에 해당할 경우 지원대상에서 제외되며, 해당 근로자의 지원 여부를 결정하기 위해 국민연금·근로복지공단은 해당 근로자의 재산 및 종합소득자료를 수집하여 확인합니다.
- 국민연금·고용보험료를 지원받고 있는 사업(장)에 신규로 자격을 취득한 근로자가 있을 경우 연금·고용보험료 지원신청이 없어도 해당 가입자가 보험료 지원요건을 충족할 경우 연금·고용보험료를 지원받을 수 있습니다(고용보험의 경우 건설업 및 벌목업은 해당하지 않습니다).
- 국민연금·고용보험료 지원 대상 요건에 해당되지 않음에 추후 확인된 경우에는 이미 지원한 금액에 대해 국가가 환수할 수 있습니다.
- 국민연금공단과 근로복지공단에서 국민연금과 고용보험의 지원 여부를 확인하여 처리 결과를 각각 통보합니다.
- 국민연금의 경우 18세 미만의 근로자도 사업장가입자입니다. 다만, 본인이 원하지 않으면 가입하지 않을 수 있습니다.
- 고용·산재보험 신고(신청) 시 「건설업 및 벌목업」 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」 제8조에 따른 일괄적용 대상 사업은 제외합니다)의 경우에는 별도 서식을 이용하여 근로복지공단에 제출하여 주시기 바랍니다.
- 자동이체 신청 시 고용·산재보험료의 처리 대상은 월별보험료 및 분할납부보험료(2·47)이며, 일시납부하는 개산보험료와 분할납부보험료(1기)는 자동이체 처리되지 않습니다. 합산자동이체는 월납보험료를 합산 출금합니다(고용·산재보험 일시납, 분할납부보험료는 제외).
- 산재보험 적용사업(장)은 「임금체결보장법」 및 「석면피해구제법」 ①상시근로자수가 20명 이상인 사업주(건설업은 제외), ②건설업 사업주(「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」 제8조제1항의 적용을 받지 않는 건설공사는 제외)를 당연간 적용받게 됩니다.
- 4대 사회보험료 고지서는 한 장의 고지서에 합산된 금액(보험별 금액도 표기)으로 발송합니다. 월별보험료를 합산고지하며 고용·산재보험의 일시납부하는 개산보험료와 분할납부보험료는 합산고지 대상이 아닙니다. 보험별 각각의 고지서를 받기 원하시면 지사로 신청하기 바랍니다.

작성방법

공통 사항	1. “사용자(대표자)” 란은 개인사업의 경우 개인사업주, 법인의 경우 대표자 인적사항을 적습니다. 2. “업태와 종목” 란은 사업자등록증 상의 업태와 종목을 적습니다. 3. “환급(반환)계좌 사전신고” 란에는 사업장 환급(반환)금 발생 시 지급받을 은행의 은행명, 계좌번호 등을 적습니다. 4. “자동이체신청” 란의 예금주 주민등록번호는 계좌개설 시 주민등록번호로 등록되었으면 그 주민등록번호를, 사업자등록번호로 등록되었으면 그 사업자등록번호를 적습니다. “합산자동이체 적용여부”는 4대 사회보험료 모두 합산하여 출금 원하는 경우 적용에 “[√]” 표시, 원하지 않는 경우는 미적용에 “[]” 표시를 합니다. 원하는 “이체희망일”에 “[√]” 표시하며, 월별보험료인 경우 납기전월 말일을 선택할 수 있습니다. 5. “전자고지 신청” 란은 전자고지를 받으려는 방법에 해당하는 부분에 “[√]” 표시를 하고, 전자우편이나 휴대전화를 선택한 경우에는 “수신처”에 전자고지를 받으려는 정확한 전자우편주소 또는 휴대전화번호를 적으며, 전자문서교환시스템을 선택한 경우에는 “수신처”에 건강보험 Web ID) 또는 사회보험 EDI 중 하나를 선택하여 적고 아이디도 같이 적으며, 인터넷 홈페이지(사회보험통합징수포털)를 선택한 경우에는 “수신처”에 아이디를 적습니다.
국민 연금	1. “적용 연월일” 란에는 사업장이 1명 이상의 근로자를 사용하게 된 날을 적습니다. 2. “가입대상자 수” 란에는 사업장의 18세 이상 60세 미만의 근로자와 사용자를 더하되, 18세 미만 근로자도 가입을 희망하면 포함합니다. 3. “근로자 수” 란에는 법인의 대표자는 포함하고, 개인사업장의 사용자는 포함하지 마십시오. 4. “분리적용사업장” 이란 이미 국민연금에 가입된 본점(모사업장)으로부터 분리하여 별개의 사업장으로 가입한 경우를 말하며, 이러한 분리적용사업장으로 가입하려는 경우에만 본점 명세를 적습니다.
건강 보험	1. “적용 연월일” 란에는 사업장이 1명 이상의 근로자를 사용하게 된 날을 적습니다. 2. 사업장 특성부호: 1. 공무원사업장 3. 사립학교교직원사업장 5. 군 기관 7. 일반근로자사업장 중에서 해당되는 번호를 적습니다. 3. “회계종목” 란은 공무원 및 교직원사업장만 회계종목 사항을 적습니다. 4. 관할 단위사업장 및 부서가 있을 때에는 3쪽의 단위사업장 현황 및 영업소 현황을 적고, 고용보험의 경우 보험관계 성립 사업장이 둘 이상일 때에는 4쪽의 신고대상사업장 현황을 계속 적습니다.
고용 보험	1. “상시근로자 수” 및 “피보험자 수” 란에는 성립 또는 가입 사업 단위의 내용을 적습니다. 2. “우선지원 대상기업” 란은 「고용보험법 시행령」 제12조에 따른 “우선지원 대상기업에 해당하는 기업” 인지 여부를 적습니다. 3. 주된사업장의 “관리번호” 란은 주된 사업장의 보험관계가 이미 성립한 경우에만 적습니다. 4. 제출된 서식만으로 사실 여부 확인이 곤란한 경우 관련 서류의 보완 요구가 있을 수 있습니다.
산재 보험	※ “원사업주 사업장관리번호 또는 사업개시번호” 란은 사내하도급 근로자를 고용하여 사내하도급을 수행하는 수급사업주가 원사업주의 산재보험 사업장관리번호(원사업주가 일괄적용 사업장이면 원사업주의 사업개시번호)를 적습니다(건설업은 제외됩니다). 1. “사내하도급” 이란 원사업주로부터 업무를 도급받거나 위탁받은 사업을 수행하는 것을 말합니다. 2. “수급사업주” 란 업무를 도급받거나 위탁받은 사업을 위탁하는 사업주를 말합니다. 3. “원사업주” 란 업무를 도급하거나 위탁하는 사업을 위탁하는 사업주를 말합니다. 여러 차례의 도급이 있는 경우에는 최상위의 원사업주를 말합니다. 4. “사내하도급 근로자” 란 수급사업주가 원사업주로부터 도급받거나 위탁 받은 일을 완성하거나 업무를 처리하기 위해 고용한 근로자를 말합니다. 5. 원사업주가 다수 있는 경우에는 사내하도급 근로자가 가장 많은 사업장의 원사업주 원수급 사업장관리번호를 적습니다. 6. 제출된 서식만으로 사실 여부 확인이 어려우면 관련 서류의 보완 요구가 있을 수 있습니다(원사업주는 수급사업주에게 사업장관리번호 제공에 협조해야 합니다).

처리절차

신고서(신청서) 작성	➔	접수 및 확인	➔	신고서(신청서) 처리	➔	사업장 해당(적용) ·보험관계 성립 확인통지	➔	수령
신고인(신청인)				국민연금공단 · 국민건강보험공단 · 근로복지공단				신고인(신청인)

공동대표자 현황

번호	성명	주민(외국인)등록번호	취임일	주소	전화번호
				우편번호()	
				우편번호()	
				우편번호()	
				우편번호()	
				우편번호()	
				우편번호()	
				우편번호()	

단위사업장 현황(건강보험)

번호	단위사업장기호	단위사업장명	소재지	전화번호

영업소 현황(건강보험)

번호	영업소기호	영업소명	소재지	전화번호

유의사항 및 작성방법

1. 관할 단위사업장 및 부서가 있을 때에는 “단위사업장 현황”, “영업소 현황” 을 작성하여 주시기 바랍니다.
2. 영업소기호는 사업장에서 영업소별로 부여하여 관리하시기 바랍니다.
3. 색상이 어두운 난은 국민건강보험공단에서 작성하므로 신고인(신청인)이 적지 않습니다.

성립 또는 가입 사업 현황(고용보험)

사업장(2)	명칭	☐ 근로자 종사 사업(장) ☐ 예술인 종사 사업(장) ☐ 노무제공자 종사 사업(장)		전화번호
	소재지			
	업태	종목 (주생산물:)		업종코드
	상시근로자 수	명	피보험자 수	명
	예술인 수	명	노무제공자 수	명
	보험관계성립일		보험사무대행기관번호	
	사업장관리번호			
사업장(3)	명칭	☐ 근로자 종사 사업(장) ☐ 예술인 종사 사업(장) ☐ 노무제공자 종사 사업(장)		전화번호
	소재지			
	업태	종목 (주생산물:)		업종코드
	상시근로자 수	명	피보험자 수	명
	예술인 수	명	노무제공자 수	명
	보험관계성립일		보험사무대행기관번호	
	사업장관리번호			
사업장(4)	명칭	☐ 근로자 종사 사업(장) ☐ 예술인 종사 사업(장) ☐ 노무제공자 종사 사업(장)		전화번호
	소재지			
	업태	종목 (주생산물:)		업종코드
	상시근로자 수	명	피보험자 수	명
	예술인 수	명	노무제공자 수	명
	보험관계성립일		보험사무대행기관번호	
	사업장관리번호			
사업장(5)	명칭	☐ 근로자 종사 사업(장) ☐ 예술인 종사 사업(장) ☐ 노무제공자 종사 사업(장)		전화번호
	소재지			
	업태	종목 (주생산물:)		업종코드
	상시근로자 수	명	피보험자 수	명
	예술인 수	명	노무제공자 수	명
	보험관계성립일		보험사무대행기관번호	
	사업장관리번호			

[업무분야별 운영현황]

1. 의약분업 예외지역기관 [] 2. 응급의료기관 [] 3. 공동이용기관 [] 4. 개방병원 [] 5. 가정간호 실시기관 [] 6. 인공달팽이관이식기관(인공와우이식기관) []
7. 사회복지시설 축탁의 및 협약기관(장기요양기관 제외) [] 8. 장기이식 의료기관 [] 9. 외국인근로자 등 소외계층 의료서비스 지원사업기관 []
10. 호스피스전문기관 []

■ 신청대상 번호란 []에 “√” 표시로 구분합니다. 첨부서류는 아래의 1~10번에 해당하는 서류를 첨부해야 합니다.

1. 의약분업 예외지역 개설 확인증 사본 2. 응급의료기관 지정서 사본 3. 공동이용계약서 사본 4. 개방병원이용계약서 사본 5. 가정간호 전담부서 운영 관련 사본 6. 인공달팽이관 이식기관(인공와우이식기관) 인력(기술경험자), 시설 및 장비 현황 사본 7. 축탁의 및 협약사회복지시설 계약 관련 서류 사본 8. 장기이식 의료기관 지정서 사본 9. 외국인근로자 등 소외계층 의료서비스 지원사업기관 인증서 사본 10. 호스피스전문기관 지정서 사본

[진료 과 목 현 황] 총 _____ 과목

코드	진료과목	전문의	레지던트	계	코드	진료과목	전문의	레지던트	계	코드	진료과목	전문의	레지던트	계	코드	진료과목	전문의	레지던트	계	코드	진료과목	전문의	전문의 수련의	계
01	내과	① ②		명	11	소아청소년과	① ② ③		명	21	재활의학과			명	50	구강악안면외과			명	61	통합치의학과			명
02	신경과			명	12	안과			명	22	해부학과			명	51	치보철과			명	80	한방내과			명
03	정신건강의학과	① ②		명	13	이비인후과			명	23	가외과			명	52	치교정			명	81	한방부인과			명
04	외과			명	14	피부과			명	24	응급의학과			명	53	소아치과			명	82	한방소아과			명
05	정형외과			명	15	비뇨의학과			명	25	직업환경건강관리			명	54	치주과			명	83	한방안과· 피부과			명
06	신경외과			명	16	영상의학과			명	26	예방의학과			명	55	치보존과			명	84	한방신경과	① ②		명
07	영상의학과			명	17	방사선학과			명						56	구강내과			명	85	침구과			명
08	상해외과			명	18	병리과			명						57	영상치의학과			명	86	한방재활과			명
09	마취통증의학과			명	19	전문의학과			명						58	구강리강외과			명	87	사상체질과			
10	산부인과			명	20	결핵과			명						59	예방치과			명					

1. 진료과목 표기는 해당 과목 코드에 ○표 하고, 진료과목별 인원 현황은 전문의, 레지던트 및 전문수련의 자격 종류에 따른 인원만 기록합니다.
2. 내과전문의는 감염내과전문의를 구분(①총인원, ②감염내과전문의)하여 기록하고, 소아청소년과 전문의는 감염소아과, 내분비 전공으로 구분(① 총인원, ② 감염소아청소년과전문의, ③내분비전공)하여 기록, 내과 및 소아청소년과의 계는 ①과 ②를 제외하고 기록합니다.
3. 정신건강의학과 레지던트는 1-4년차로 구분 (①1-2년차, ②3-4년차)하여 기록하고, 한방신경정신과의 전문수련의는 1-3년차로 구분(①1-2년차, ②3년차)하여 기록합니다.

[인 원 현 황] 총 _____ 명 (정신건강전문요원 제외)

01	의사	계	명	04	조산사	명	13	치과위생사	명
	일반의	명					14	보건의료정보관리사	명
	인턴	명		05	간호사	명	15	동위원소취급자(일반)	명
	레지던트	명			간호사	명	16	동위원소취급자(특수)	명
	전문	명			전문간호사	명	17	방사선취급감독자	명
	(조혈모세포 이식 담당 의사)	명			전담간호사	명	18	영양사	명
					교육전담간호사	명	19	조리사	명
02	치과	계	명	06	간호조무사	명	20	사회복지사	명
	일반의	명					21	조식담당포자	명
	인턴	명		07	약사	명	22	안경사	명
	레지던트	명			약사	명	23	기타종사자	명
	전문	명			한약사	명			
03	한의사	계	명	08	임상병리사	명			
	일반의	명		09	방사선사	명	25	정신건강전문요원	명
	인턴	명		10	물리치료사	명		정신건강간호사	명
	레지던트	명		11	작업치료사	명		정신건강임상심리사	명
	전문	명		12	치과기공사	명		정신건강사회복지사	명
								정신건강작업치료사	명

[illegible]

- 현황에 적는 인력은 의사, 한의사, 치과의사, 약사(한약사), 조산사, 물리치료사, 작업치료사, 임상병리사, 사회복지사, 전문간호사, 정신건강전문요원 및 동위원소 취급자(일반, 특수)로 한정합니다. 다만, 요양병원의 경우 보건의료정보관리사, 방사선사를 포함하여 제출합니다.
- 근무형태란에는 상근, 비상근, 기타를 구분하여 기록하며 비상근, 기타의 경우 1일 근무시간 및 근무일자(또는 근무요일)를 기록합니다.
- 인턴, 레지던트는 비고란에 "인턴", "레지던트"로 기록하고, 한방의 경우 일반수련의, 전문수련의는 비고란에 "일반", "전문"으로 기록(자격종류란에 "레지던트" 또는 "전문수련의"의 전공과목 기록)합니다.
- "비고"에는 동통재활분야 등 해당 교육을 이수한 경우에는 "○○○해당교육 이수"라고 기록합니다.
- 개설자는 개설자 구분란에 "주개설자", "공동개설자"를 선택하여 기록합니다.

신고인 제출서류	1. 의료기관 개설신고증, 의료기관 개설허가증 사본 1부(제12조제4항에 따라 의료기관의 개설에 대해 시장·군수·구청장에게 신고하거나 시·도지사가 허가·등록한 경우에는 제출을 생략합니다), 2. 요양기관의 인력에 관한 면허나 자격을 확인할 수 있는 서류 사본 1부[면허증, 자격증, 교육이수증, 세부 전문의 자격증. 다만, 신규발급자의 경우에만 제출하되, 사회복지사, 전문간호사, 정신건강전문요원, 세부 전문의 자격증과 동위원소 취급자(일반, 특수), 보건의료정보관리사, 임상병리사, 방사선사의 면허증은 모두 제출합니다] 3. 통장 사본 1부	수수료 없음
담당 직원 확인사항	1. 사업자등록증명(신고인이 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호 및 제5호에 따른 요양기관인 경우는 제외합니다) 2. 법인 등기사항증명서(법인인 경우만 해당합니다)	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 직원이 「전자정부법」 제36조제2항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 처리기관 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

※ 동의하지 않는 경우에는 신고인이 직접 관련 서류(사업자등록증 사본)를 제출해야 합니다.

신고인 (서명 또는 인)

신고인 (서명 또는 인)

신설(안) 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제19호의6서식]

■ 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제19호의6서식] <개정 2025. 00. 00.>

요양비 지급청구서 ([] 산소포화도측정기 [] 기도흡인기 [] 경장영양주입펌프)

※ 요양기관에 입원하여 요양급여와 요양비를 중복하여 급여를 받거나 국외 체류기간 중 구입한 경우 지급된 요양비는 환수될 수 있습니다.
 ※ 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 난은 청구인이 적지 않습니다.

(앞쪽)

접수번호		접수일		처리기간		40일(정보통신망을 통하여 제출한 경우에는 15일)	
[] 본인부담액 경감 대상자		「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목1)에 해당 []		「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목2)에 해당 []			
① 진료받은 사람	성명	연락처	(자택) (휴대전화)	주민등록번호 (외국인등록번호)			
② 요양기관	요양기관 명칭(요양기관 기호)		③ 상병명 (상병코드)	④ 요양비처방전 발행일 /전자처방전 등록번호		. . .	
⑤ 진료받은 사람 외 청구인	가족	성명	주민등록번호(외국인등록번호)	진료받은 사람과의 관계	연락처	(자택) (휴대전화)	
	준요양기관	상호	사업자등록번호	대표자	연락처	(업소) (휴대전화)	
⑥ 기기 구입 금액	종류	구입금액 (판매금액)	준요양기관 상호 /사업자등록번호	구분	승인번호	작성·거래일	합계금액
	[] 산소포화도측정기	원		⑧ 전자세금 계산서			
	[] 기도흡인기	원					
	[] 경장영양주입펌프	원		⑨ 현금영수증			
⑦ 소모품 구입 금액	[] 산소포화도측정기 소모품	원					
⑩ 수령 계좌	가입자 또는 피부양자 계좌		[] 금융기관명	계좌번호			
	준요양기관 계좌		[]				
	진료받은 사람의 요양비등수급계좌		[] 예금주 성명	주민등록번호(외국인등록번호)			

「국민건강보험법 시행규칙」 제23조제3항제8호에 따라 위와 같이 요양비 지급을 청구합니다.

⑪ 청구인

(서명 또는 인)

전화번호 ()

진료받은 사람과의 관계:

진료받은 사람의 ()

년 월 일

국민건강보험공단 이사장 귀하

297mm×210mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

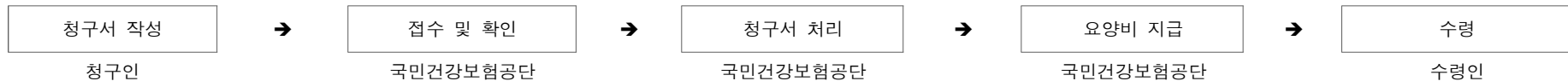
(뒤쪽)

첨부서류	1. 의사의 요양비처방전 1부. 다만, 전자처방전등록번호를 적은 경우에는 제출하지 않습니다. 2. 세금계산서, 현금영수증 등 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 각 1부 - 진료받은 사람 본인 또는 가족이 요양비를 수령하는 경우: 현금영수증(신용카드 매출전표) 1부 - 준요양기관이 요양비를 수령하는 경우: 현금영수증(신용카드 매출전표) 및 세금계산서 각 1부 ※ 전자세금계산서 또는 현금영수증의 승인번호, 작성·거래일 및 합계금액을 기재한 경우에는 해당 서류를 제출하지 않습니다. 3. 진료받은 사람 본인의 요양비등수급계좌(압류방지 계좌)를 신청하는 경우에는 행복지킴이 통장 사본(계좌번호가 기록되어 있는 면의 사본을 말합니다) 1부	수수료 없음
------	--	-----------

작성방법

- ① 진료받은 사람의 성명, 주민등록번호(외국인등록번호), 연락처를 적습니다.
- ② 의사가 발행한 요양비처방전에 기재된 요양기관 명칭, 요양기관 기호를 적습니다.
- ③ 의사가 요양비처방전을 발행한 날을 연·월·일로 적되, 전자처방전을 발행 받은 경우에는 전자처방전 등록번호를 적습니다.
- ④ 의사의 요양비처방전에 따라 의료기기를 구입한 날부터 실제 사용한 날인 요양비 청구기간을 월 단위로 적습니다.
(예시: 기도흡인기를 2026년 1월 15일에 구입하고 2029년 1월 14일까지 사용한 경우 → 2026.1. ~ 2029.1.)
※ 산소포화도측정기 처방기간: 96개월, 기도흡인기 처방기간: 36개월
- ⑤ 진료받은 사람의 가족 또는 준요양기관에서 청구하는 경우에 작성하며, 요양비를 청구할 수 있는 가족은 진료받은 사람과 건강보험증을 같이 하거나 주민등록이 같이 되어 있는 배우자, 직계존비속, 형제자매 또는 직계비속의 배우자입니다.
- ⑥ 구입한 의료기기의 종류에 “√” 표시를 하고, 구입금액, 준요양기관의 상호, 사업자등록번호, 대표자를 적습니다. 구입금액(판매금액)은 의료기기의 실제 구입금액(판매금액)을 적습니다. 진료받은 사람 또는 가족이 요양비를 수령하는 경우에는 현금영수증(신용카드 매출전표)에 기재된 금액과 일치해야 하며, 준요양기관이 요양비를 수령하는 경우에는 현금영수증(신용카드 매출전표)과 세금계산서에 각각 기재된 금액의 합계와 일치해야 합니다.
- ⑦ 소모품 구분에 “√” 표시하고 구입금액(판매금액)을 적습니다. 구입금액(판매금액)은 구입한 소모품의 실제 구입금액(판매금액)을 적어야 하는데, 진료받은 사람 또는 가족 요양비를 수령하는 경우에는 현금영수증(신용카드 매출전표)에 기재된 금액과 일치해야 하며, 준요양기관이 요양비를 수령하는 경우에는 현금영수증(신용카드 매출전표)과 세금계산서에 각각 기재된 금액의 합계와 일치해야 합니다.
- ⑧·⑨ 승인번호란, 작성·거래일란 및 합계금액란은 해당 전자세금계산서 또는 현금영수증의 승인번호, 작성·거래일 및 합계금액을 적으며, 전자세금계산서의 승인번호를 작성하는 경우 앞 8자리 숫자는 생략할 수 있습니다.
- ⑩ 요양비를 수령할 계좌를 선택하여 “√” 표시를 하고, 금융기관명, 예금계좌번호, 예금주 성명, 예금주 주민등록번호(외국인인 경우에는 외국인등록번호)를 정확히 적습니다.
* 예금주는 다음에 해당해야 합니다.
- 가입자 또는 피부양자 계좌: 진료받은 사람, 진료받은 사람과 건강보험증을 같이 하거나 주민등록이 같이 되어 있는 배우자, 직계존비속, 형제자매 또는 직계비속의 배우자
- 진료받은 사람의 요양비등수급계좌(압류방지 계좌): 진료받은 사람 본인
* 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 것이어야 합니다.(예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금 또는 가계당좌예금 등)
* 준요양기관의 계좌로 신청하는 경우에는 「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제19호의6서식의 요양비 지급청구 위임장에 적은 요양비 수령계좌와 일치해야 합니다.
- ⑪ 청구인은 진료받은 사람, 진료받은 사람과 건강보험증을 같이 하거나 주민등록이 같이 되어 있는 배우자, 직계존비속, 형제자매 또는 직계비속의 배우자여야 합니다. 이 경우 청구인은 본인의 이름을 적은 후 서명을 하거나 도장을 찍어야 하되, 청구인(진료받은 사람만 해당합니다)이 제한능력자일 경우 법정대리인이 서명을 하거나 도장을 찍어 청구할 수 있습니다.

처리절차



주의사항

1. 국민건강보험공단은 「국민건강보험법」 제49조제3항에 따라 요양비 청구를 받은 경우 적정성 및 사실관계의 확인 결과에 따라 요양비의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.
2. 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람·준요양기관에 대해서는 「국민건강보험법」 제57조에 따라 그 보험급여에 상당하는 금액을 징수합니다.

개정(안) 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제19호의7서식]

■ 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제19호의7서식] <개정 2025. 00. 00.>

요양비 지급청구 위임장

※ 뒤쪽의 유의사항을 읽고 작성해 주시기 바라며, []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다. (앞쪽)

① 위임인	가입자 또는 피부양자	성명	
		주민(외국인)등록번호	
	법정대리인 또는 가족	성명	
		생년월일	
		가입자·피부양자와의 관계	
전화번호 (위임사항 및 지급내역 수신용)	[] 문자메시지 수신동의(문자메시지 수신을 동의한 경우에만 발송) ※ 위임처리결과 및 지급내역 등을 전송받을 연락처로 정확히 적어 주시기 바랍니다.		
② 준요양기관	상호		
	사업자등록번호 (법인등록번호)		
	대표자		
	전화번호 (휴대전화번호)		
③ 요양비 수령 계좌	수령자		
	수령계좌	금융기관명	
		예금주	
		계좌번호	
④ 위임사항 ※ 중복 표시 가능	1) [] 자동복막투석 소모성 재료 [] 복막관류액		
	2) [] 가정용 산소발생기 [] 휴대용 산소발생기		
	3) [] 당뇨병 소모성 재료 [] 연속혈당측정용 전극(센서)		
	4) [] 자가도뇨 소모성 재료		
	5) [] 인공호흡기 및 기본소모품 [] 선택소모품		
	6) [] 기침유발기		
	7) [] 양압기 및 소모품		
	8) [] 연속혈당측정기 [] 인슐린자동주입기		
	9) [] 산소포화도측정기 [] 소모품		
	10) [] 기도흡인기		
	11) [] 경장영양주입펌프		
	12) [] 출산비		
⑤ 위임기간	년 월 일부터	년 월 일까지 (최장 5년)	

「국민건강보험법」 제49조제3항 및 같은 법 시행규칙 제23조제4항에 따라 요양비 지급 청구에 관한 사항을 위와 같이 위임합니다.

년 월 일
위임인 (서명 또는 인)

작성방법

- ① 각 항목에 따라 다음과 같이 작성합니다.
 - 가입자·피부양자: 피부양자·가입자는 진료받은 사람을 의미하며, 가입자·피부양자의 성명과 주민(외국인)등록번호를 기재합니다.
 - 법정대리인 또는 가족: 법정대리인 또는 가족의 성명과 생년월일 및 가입자·피부양자와의 관계를 기재합니다. 가입자·피부양자 외에 위임인이 될 수 있는 가족은 가입자·피부양자와 건강보험증을 같이 하거나 주민등록이 같이 되어 있는 배우자 및 직계존비속, 형제자매, 직계비속의 배우자이며, 가입자·피부양자 본인이 위임을 할 수 없는 경우에 위임인이 될 수 있습니다.
 - 전화번호: 위임처리결과 및 요양비 지급내역 등을 문자메시지로 받을 휴대전화번호로 정확히 기재하시기 바랍니다.
- ② 준요양기관의 상호, 사업자등록번호(또는 법인등록번호), 대표자 성명, 전화번호를 정확히 적습니다.
 - ※ 전화번호는 실제로 담당자와 연락 가능한 번호를 적습니다.(대표번호나 고객센터번호는 적지 않습니다)
- ③ 요양비 수령자는 위임인 또는 준요양기관입니다. 금융기관명, 예금주, 계좌번호는 요양비가 실제 입금될 정보이므로 정확히 기재합니다.
 - ※ 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 예금통장이어야 합니다.
 - <예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금, 가계당좌예금>
- ④ 위임할 요양비 종류에 [✓]표시를 합니다.
 - 중복되는 위임사항에 [✓]표시 가능합니다.
 - <예시: [[✓]당뇨병 소모성 재료 + [✓]연속혈당측정용 전극(센서) + [✓]연속혈당측정기], [[✓]가정용 산소발생기 + [✓]휴대용 산소발생기] 등>
- ⑤ 위임할 기간을 적습니다. 위임 기간은 최장 5년간 가능하며 5년 만료 후에는 자동해지 되므로 계속 위임하고자 할 경우에는 위임장을 새로 작성하셔야 합니다.

유의사항

사전급여제한자는 「국민건강보험법」 제53조에 따라 급여제한 대상이므로 준요양기관은 지급거절 등 불이익을 받지 않도록 급여보장포털에서 사전급여제한자 여부를 반드시 확인하시기 바랍니다.

개정(안) 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제21호서식]

■ 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제21호서식] <개정 2025. 00. 00.>

보조기기 급여 지급청구서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 적지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다. (제1쪽)

접수번호		접수일		처리기간 7일	
본인부담액		[] 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목1)에 해당하는 사람			
경감 대상자		[] 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목2)에 해당하는 사람			
① 급여를 받을 사람	성명		주민(외국인)등록번호		
	자택 전화번호		휴대전화 번호		
	장애명		장애 정도 []심한 장애 []심하지 않은 장애		
② 보조기기 (제품정보)	명칭		구입일		
	모델명		제조(수입)업소명		제조일
	제품제조번호		표준코드		
③ 급여를 받을 사람 외 청구인	가족	성명	주민등록번호	급여를 받을 사람과의 관계	
		연락처 (자택)		(휴대전화)	
	판매업자	상호	사업자등록번호	대표자	
		연락처 (업소)		(휴대전화)	
④ 구입처	상호		대표자		
	사업자등록번호		전화번호		
	주소(미등록 업소만 기록합니다)				
⑤ 기준액	⑥ 고시금액	⑦ 실구입(판매)금액 (⑧+⑨)		⑧ 본인부담액	⑨ 청구금액
원	원	원	원	원	원
원	원	원	원	원	원
원	원	원	원	원	원
원	원	원	원	원	원
⑩ 수령 계좌	[] 가입자 또는 피부양자 계좌		금융기관명		계좌번호
	[] 보조기기 판매업자 계좌				
	[] 급여를 받을 사람 본인의 요양비등 수급계좌 (압류방지 계좌)		예금주		주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호
				호	

「국민건강보험법 시행규칙」 제26조제2항 및 제4항에 따라 위와 같이 보조기기 급여의 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑪ 청구인 (서명 또는 인) 주민등록번호

급여를 받을 사람과의 관계 [] 문자메시지 수신동의 (휴대)전화번호

국민건강보험공단 이사장 귀하

정보 이용 동의서

본인은 위 보조기기 급여의 지급 관련 정보(급여 지급 여부·품목, 사용 가능 기간 등)를 「사회보장기본법」 제37조에 따라 사회보장정보시스템에 제공하는 것에 동의합니다.

급여를 받을 사람 (서명 또는 인)

210mm × 297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

1. 보조기기 품목별로 다음 각 목의 서류를 제출합니다.

보조기기 품목	첨부서류
■ 활동형 수동휠체어 ■ 틸팅형 수동휠체어 ■ 리클라이닝형 수동휠체어 ■ 유모차형 수동휠체어 ■ 전동휠체어 ■ 의료용 스쿠터 ■ 이동식전동리프트 ■ 몸통지지보행차	가. 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 7 제1호다목에 따라 공단에 등록된 보조기기 판매업소에서 발행한 전자세금계산서 1부 나. 전자세금계산서, 현금영수증 등 공단이 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 다. 표준코드와 바코드를 확인할 수 있는 보조기기 사진 라. 가입자나 피부양자의 위임을 받아 보조기기 판매업자가 보조기기에 대한 보험금 여의 지급을 청구하는 경우에는 그 위임 사실을 확인할 수 있는 서류 1부
■ 자세보조용구	가. 「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제23호서식의 보조기기 검수확인서 1부 나. 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 7 제1호다목에 따라 공단에 등록된 보조기기 판매업소에서 발행한 전자세금계산서 1부 다. 전자세금계산서, 현금영수증 등 공단이 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 1부 라. 표준코드와 바코드를 확인할 수 있는 보조기기 사진 마. 가입자나 피부양자의 위임을 받아 보조기기 판매업자가 보조기기에 대한 보험금 여의 지급을 청구하는 경우에는 그 위임 사실을 확인할 수 있는 서류 1부
■ 지팡이 ■ 목발 ■ 힌지팡이 ■ 전동휠체어 및 의료용 스쿠터용 전지	가. 보조기기 판매업소에서 발행한 전자세금계산서 1부 나. 전자세금계산서, 현금영수증 등 공단이 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 1부 다. 가입자나 피부양자의 위임을 받아 보조기기 판매업자가 보조기기에 대한 보험금 여의 지급을 청구하는 경우에는 그 위임 사실을 확인할 수 있는 서류 1부
■ 일반형 수동휠체어 ■ 욕창예방방석 ■ 욕창예방매트리스 ■ 전·후방보행차 ■ 돋보기 ■ 망원경	가. 「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제22호서식, 별지 제22호의2서식, 별지 제22호의4서식에 따른 보조기기 처방전 및 해당 검사 관련 서류 각 1부 나. 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 7 제1호다목에 따라 공단에 등록된 보조기기 판매업소에서 발행한 전자세금계산서 1부 다. 전자세금계산서, 현금영수증 등 공단이 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 1부 라. 표준코드와 바코드를 확인할 수 있는 보조기기 사진(욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 전·후방보행차만 해당) 마. 가입자나 피부양자의 위임을 받아 보조기기 판매업자가 보조기기에 대한 보험금 여의 지급을 청구하는 경우에는 그 위임 사실을 확인할 수 있는 서류 1부
■ 그 밖의 보조기기	가. 「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제22호서식 및 별지 제22호의2서식부터 제22호의4서식까지에 따른 보조기기 처방전 및 해당 검사 관련 서류 각 1부 나. 「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제23호서식의 보조기기 검수확인서 1부 다. 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 7 제1호다목에 따라 공단에 등록된 보조기기 판매업소에서 발행한 전자세금계산서, 현금영수증 라. 전자세금계산서, 현금영수증 등 공단이 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 1부 마. 표준코드와 바코드를 확인할 수 있는 보조기기 사진(일반형 수동휠체어, 보청기만 해당) 바. 가입자나 피부양자의 위임을 받아 보조기기 판매업자가 보조기기에 대한 보험금 여의 지급을 청구하는 경우에는 그 위임 사실을 확인할 수 있는 서류 1부
※ 전자세금계산서, 현금영수증 등 공단이 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류는 다음과 같습니다. - 급여를 받을 사람 본인 또는 가족이 급여를 수령하는 경우: 현금영수증(신용카드 매출전표) 1부 - 보조기기 판매업자가 급여를 수령하는 경우: 현금영수증(신용카드 매출전표) 및 전자세금계산서 각 1부	

2. 보조기기 판매업자가 급여를 받을 사람 본인 또는 급여를 받을 사람의 가족으로부터 위임을 받아 급여를 직접 청구하는 경우에는 제1호의 서류 중 해당하는 서류와 함께 보조기기의 판매업자가 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람임을 증명하는 서류 1부를 제출합니다. 다만, 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 7 제1호다목에 따라 공단에 등록된 보조기기 판매업자인 경우, 지팡이·목발 또는 힌지팡이를 판매한 경우 및 보조기기 제조·수입업자가 해당 보조기기의 소모품 중 전동휠체어 및 의료용 스쿠터용 전지를 판매한 경우에는 제외합니다.

가. 「장애인복지법」에 따라 개설된 의지·보조기 제조·수리업자

나. 「의료기기법」에 따라 신고한 의료기기 판매업자

다. 「의료기기법」에 따라 신고한 의료기기 수리업자(전동휠체어 및 의료용 스쿠터용 전지의 경우)

3. 보조기기 급여 수령계좌가 급여를 받을 사람 본인의 요양비등 수급계좌(압류방지 계좌)인 경우에는 행복지킴이 통장 사본(계좌번호가 기록되어 있는 면의 사본을 첨부합니다) 1부를 제출합니다.

유의사항

- ① 수동휠체어, 보청기, 전동휠체어, 의료용 스쿠터, 자세보조용구, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트, 보행차의 경우에는 공단에 등록된 제품에 대해서만 보험급여를 실시하며, 의지(소모품 포함)·보조기, 맞춤형 교정용 신발, 수동휠체어, 보청기, 전동휠체어, 의료용 스쿠터, 자세보조용구, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트, 보행차의 경우에는 공단에 등록된 업소에서 구입했을 때에만 보험급여를 실시하므로 보조기기 구입 전 공단 등록 여부를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- ② 국민건강보험공단은 보조기기 보험급여 청구를 받은 경우 적정성 및 사실관계의 확인 결과에 따라 보험급여의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.(국민건강보험법 제51조제2항)
- ③ 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람·보조기기 판매업자에 대하여 그 보험급여에 전부 또는 일부를 징수합니다.(국민건강보험법 제57조)
- ④ 국가유공자, 산업재해대상자 등 다른 법령에 따라 보조기기에 상당하는 급여를 받을 수 있는 경우, 보조기기 급여가 제한됩니다.(해당 기관에서 지급이 불가할 경우, 이를 확인할 수 있는 서류를 첨부해야 합니다.)

작성방법

- ① 보조기기를 구입한 사람: 보조기기를 구입한 사람의 해당사항을 적습니다.
- ② 보조기기(제품정보): 구입한 보조기기의 명칭, 보조기기를 구입한 연월일, 모델명, 제조(수입)업소명, 제조 연월일, 제품제조번호 및 표준코드를 적습니다.
※ 제품제조번호와 표준코드는 전동휠체어, 의료용 스쿠터, 이동식전동리프트, 자세보조용구, 수동휠체어, 보청기, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 보행차를 구입한 경우에만 적습니다.
- ③ 급여를 받을 사람 외 청구인: 급여를 받을 사람의 가족 또는 판매업자가 청구하는 경우에 작성하며, 가족·판매업자 정보 및 연락처를 적습니다.
* 가족의 범위: 급여를 받을 사람의 배우자 및 직계존비속, 급여를 받을 사람과 건강보험증을 같이 하거나 주민등록이 같이 되어 있는 형제자매 또는 직계비속의 배우자
- ④ 구입처: 보조기기를 구입한 업소의 명칭, 대표자 성명, 사업자등록번호, 전화번호 및 주소(미등록 업소만 해당합니다)를 적습니다.
- ⑤ 기준액: 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 7 제3호가목에 따라 보조기기의 유형 및 구분 항목별로 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 적습니다. 다만, 보청기의 경우 후기적합관리비용을 제외한 금액을 적습니다.
(예시: 자세보조용구 몸통 및 골반지지대/머리 및 목지지대를 동시에 장착한 경우에는 880,000원/210,000원을 각각 적습니다)
- ⑥ 고시금액: 「국민건강보험법 시행규칙」 별표7 제1호나목에 따라 보건복지부장관이 고시한 금액을 적습니다.
- ⑦ 실구입(판매)금액: 구입한 보조기기의 실제 구입(판매)금액을 적고, 자세보조용구는 유형 및 구분 항목별로 실구입(판매)금액을 적습니다. 실구입(판매)금액은 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류에 기재된 금액의 합계와 일치해야 합니다.
- ⑧ 본인부담액: 급여를 받을 사람의 부담액을 적습니다. 실구입(판매)금액이 기준액보다 적은 경우에는 기준액·고시금액·실구입(판매)금액 중 가장 낮은 금액의 10%에 해당하는 금액을 적고, 실구입(판매)금액이 기준액보다 많은 경우에는 기준액·고시금액·실구입(판매)금액 중 가장 낮은 금액의 10%에 해당하는 금액과 실구입(판매)금액과 기준액의 차액[실구입(판매)금액이 고시금액보다 많은 경우에는 고시금액과 기준액의 차액을 말합니다]을 합산한 금액을 적습니다. 다만, 자세보조용구는 실구입(판매)금액을 적습니다.
- ⑨ 청구금액: ⑤, ⑥ 및 ⑦ 중 가장 낮은 금액의 90%에 해당하는 금액을 적습니다. 다만, 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목 1)·2)에 해당하는 경감 대상자는 가장 낮은 금액의 100%에 해당하는 금액을 적습니다.
<예시 1> 가군 전동휠체어(기준액 2,360,000원, 고시금액 2,500,000원)를 2,000,000원에 구입한 경우 ⑧ 본인부담액란과 ⑨ 청구금액란에 기준액·고시금액·실구입(판매)금액 중 가장 낮은 금액인 2,000,000원의 10%인 200,000원, 90%인 1,800,000원을 각각 적습니다.
<예시 2> 의료용 스쿠터(기준액 1,920,000원, 고시금액 2,000,000원)를 2,000,000원에 구입한 경우 ⑧ 본인부담액란에는 기준액·고시금액·실구입(판매)금액 중 가장 낮은 금액인 1,920,000원의 10%인 192,000원과 실구입금액과 기준액의 차액인 80,000원을 합산한 금액인 272,000원을 적고, ⑨ 청구금액란에는 가장 낮은 금액인 1,920,000원의 90%인 1,728,000원을 적습니다.
<예시 3> 개인용 음성증폭기(기준액 500,000원)를 550,000원에 구입한 경우 ⑧ 본인부담액란에는 기준액·고시금액·실구입(판매)금액 중 가장 낮은 금액인 500,000원의 10%인 50,000원과 실구입금액과 기준액의 차액인 50,000원을 합산한 금액인 100,000원을 적고, ⑨ 청구금액란에는 가장 낮은 금액인 500,000원의 90%인 450,000원을 적습니다.
- ⑩ 수령계좌: 보조기기 급여를 받을 계좌를 선택하여 √ 표시를 하고, 금융기관명, 계좌번호, 예금주 성명, 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호를 적습니다.
※ 예금주는 선택한 계좌에 따라 다음의 구분에 따른 사람이어야 합니다.
- 가입자 또는 피부양자 계좌: 급여를 받을 사람, 급여를 받을 사람의 가족
- 보조기기 판매업자 계좌: 급여를 받을 사람 본인이나 급여를 받을 사람의 가족이 보조기기 판매업자에 급여를 직접 수령하도록 위임한 경우에는 해당 판매업자
- 급여를 받을 사람 본인의 요양비등 수급계좌(압류방지 계좌): 급여를 받을 사람
※ 예금통장은 온라인 계좌입금이 가능한 예금통장이어야 합니다.
(예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금 및 기업자유예금 등)
- ⑪ 청구인은 급여를 받을 사람의 배우자 및 직계비속, 급여를 받을 사람과 건강보험증을 함께 하거나 주민등록이 함께 되어 있는 형제자매 또는 직계비속의 배우자여야 합니다. 이 경우 청구인은 본인의 이름을 적은 후 서명을 하거나 도장을 찍어야 하되, 청구인이 급여를 받을 사람으로서 제한능력자인 경우에는 법정대리인이 서명을 하거나 도장을 찍어 청구할 수 있습니다.

개정(안)

국민건강보험법 시행규칙 [별지 제22호서식]

■ 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제22호서식] <개정 2025. 00. 00.>

보조기기(자세보조용구, 의지·보조기 등) 처방전

※ 뒤쪽의 유의사항 및 작성방법을 읽고 작성하시기 바라며, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

(앞쪽)

[] 장애인 등록 전

① 진료받은 사람	성명 집 전화번호	주민(외국인)등록번호 휴대전화번호
② 장애 구분	장애유형(주장애) 중복장애유형(부장애)	세부유형 척수손상 [] 완전 [] 불완전
③ 처방 보조기기	[] 자세보조용구(앉기형) [] 자세보조용구(서기형) [] 이동식전동리프트 [] 맞춤형 교정신발류 [] 의지·보조기	[] 몸통 및 골반 지지대 [] 팔 지지대 및 랩트레이(lap tray) [] 욕창예방매트리스 [] 욕창예방방석 [] 전방보행차 [] 후방보행차 [] 목통지보행차 유형: [] 우 [] 좌 넓적다리 의지 ([] 일반형 소켓 [] 실리콘형 소켓 [] 실리콘라이너) 교체 종아리 의지 ([] 일반형 소켓 [] 실리콘형 소켓 [] 실리콘라이너) 교체 무릎관절 의지 ([] 일반형 소켓 [] 실리콘형 소켓 [] 실리콘라이너) 교체 발목 의지 ([] 실리콘형 소켓 [] 실리콘라이너) 교체
④ 검사결과	자세보조용구(앉기형) 영상의학검사	자세보조용구(서기형) 키 몸무게
이동식전동리프트· 욕창예방매트리스	수정바델지수(MBI) 검사	총 점 의자·침대 이동항목 점
목통지보행차	다리 맨손근력검사 큰동작기능분류체계(GMFCS) 균형척도검사(Pediatric balance scale)	우 () 등급, 좌 () 등급 우 () 등급, 좌 () 등급

⑤ 환자상태 및 진료소견(처방의견을 포함하여 구체적으로 적습니다)

위와 같이 보조기기를 처방합니다.

※ 처방전은 발행일부터 6개월 동안만 유효합니다.

요양기관 명칭(요양기관 기호)
담당의사 성명
면허번호
전문과목년 월 일
(서명 또는 인)
전문의 자격번호:210mm × 297mm [백상지 80g/m²]

유의사항

1. 지팡이, 목발, 흰지팡이 및 전동휠체어·의료용 스쿠터용 전지는 작성 대상이 아닙니다.
2. 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.
3. 등록된 장애유형과 관련된 보조기기만 처방해야 합니다.
 - ※ 자세보조용구, 이동식전동리프트, 욕창예방매트리스, **몸통지지보행차**는 정도가 심한 사람에게만 처방할 수 있습니다.
 - ※ 실리콘형 다리 의지는 절단 후 남아있는 신체부분이 불안정하여 실리콘형 소켓이 필요하다는 진료담당의사의 의학적 소견이 있는 경우에만 처방할 수 있습니다.
4. 처방전에 따라 구입한 보조기기는 반드시 전문과목의 전문의로부터 보조기기 검수 확인서를 받아야 합니다.
 - ※ 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트 및 전·후·**몸통지지보행차**에 대해서는 보조기기 검수확인을 받지 않습니다.
5. 장애인 등록 전인 사람에게 급여대상 보조기기를 처방하려는 경우에는 「장애인복지법」에 따라 해당 장애에 대한 장애 정도를 받을 것으로 예상되는 경우에만 처방전을 발급해야 하며, 발급 시 "[] 장애인 등록 전"의 []에 √ 표시를 합니다.
 - ※ 또한, 장애인 등록 전에 구입한 보조기기(장애인 등록 이전 6개월 이내에 구입한 보조기기만 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 해당 유형의 장애인으로 등록한 경우에만 청구할 수 있습니다.
 - ※ 자세보조용구 및 이동식전동리프트는 「장애인복지법」에 따라 등록한 장애인에게만 처방할 수 있습니다.

작성방법

- ① 진료받은 사람: 실제 급여를 받는 장애인에 대한 인적사항을 적습니다.
- ② 장애구분: 보조기기별 보험급여 대상에 해당하는 장애유형 및 장애정도를 적고, 세부유형란에는 구체적인 장애부위(다리절단, 다리관절 등)를 적으며, 척수손상의 경우 해당란에 √ 표시를 합니다.
 - ※ 중복장애가 있는 경우에는 추가로 적습니다.
- ③ 처방 보조기기: 해당 보조기기의 품목에 √ 표시를 합니다. 이 경우 손가락 의지를 장착하면 해당 손가락(오른쪽 1,2,3,4,5 및 왼쪽 1,2,3,4,5)을 적어야 합니다.
- ④ 검사결과: 해당 항목별 검사에 대한 결과를 적고, 해당 검사 결과 관련 서류를 반드시 첨부해야 합니다. 다만, 이동식전동리프트 처방 대상자가 2019. 6. 30. 이전에 지체·뇌병변 장애 1급 판정을 받았거나, 욕창예방매트리스 처방 대상자가 2019. 6. 30. 이전에 지체·뇌병변 장애 1급 또는 2급 판정을 받은 경우에는 MBI 검사 또는 다리 맨손근력검사를 생략할 수 있고, 큰동작기능 분류체계(GMFCS)에 관한 검사 결과 관련 서류가 없는 경우에는 검사 내용이 표기된 경과 기록지 등으로 이를 대체할 수 있습니다.
- ⑤ 환자상태 및 진료소견: 보조기기 처방을 위한 장애상태 및 진료소견과 보조기기 제작 시 주의할 사항 및 처방품목 내역 등에 대한 소견을 적습니다.
 - ※ 다리의지는 일반형 소켓 급여가 원칙이며, 실리콘형 소켓은 절단 후 남아있는 신체부분이 불안정하여 실리콘형 소켓이 필요하다는 진료담당의사의 의학적 소견이 있어야 합니다.

작성방법

① 각 항목에 따라 다음과 같이 작성합니다.

- 가입자·피부양자: 피부양자·가입자는 진료받은 사람을 의미하며, 가입자·피부양자의 성명과 주민(외국인) 등록번호를 기재합니다.
- 법정대리인 또는 가족: 법정대리인 또는 가족의 성명과 생년월일 및 가입자·피부양자와의 관계를 기재합니다. 가입자·피부양자 외에 위임인이 될 수 있는 가족은 **급여를 받을 사람의 배우자 및 직계존비속, 급여를 받을 사람과 건강보험증을 같이 하거나 주민등록이 같이 되어 있는 형제자매 또는 직계비속의 배우자**이며, 가입자·피부양자 본인이 위임을 할 수 없는 경우에 위임인이 될 수 있습니다.
- 전화번호: 위임처리결과 및 요양비 지급내역 등을 문자메시지로 받을 휴대전화번호로 정확히 기재하시기 바랍니다.

② 보조기기 판매업자의 상호와 사업자등록번호(또는 법인등록번호), 대표자 성명, 전화번호를 기재합니다.

※ 전화번호는 실제로 담당자와 연락 가능한 번호를 적습니다.(대표번호나 고객센터번호는 적지 않습니다)

③ 급여 청구를 위임할 보조기기 품목명을 작성합니다.

④ 위임기간은 보조기기를 구입한 날부터 내구연한 만료일까지입니다. 다만, 보청기의 위임기간은 보청기를 구입한 날부터 후기적합관리 급여 지급완료일까지이며, 다른 보청기 판매업소에서 적합관리를 받게되는 경우, 새로운 위임장을 작성하여야 합니다.

유의사항

사전급여제한자는 「국민건강보험법」 제53조에 따라 급여제한 대상이므로 보조기기 판매업자는 지급거절 등 불이익을 받지 않도록 급여보장포털에서 사전급여제한자 여부를 반드시 확인하시기 바랍니다.

개정(안)

국민건강보험법 시행규칙 [별지 제22호의2서식]

■ 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제22호의2서식]<개정 2025. 00. 00.>

보조기기(수동 · 전동휠체어 및 의료용 스쿠터) 처방전

※ 뒤쪽의 유의사항과 작성방법을 읽고 작성하시기 바라며, []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

(1쪽)

[] 장애인 등록 전(일반형 수동휠체어를 처방하는 경우에만 해당합니다)

① 진료받은 사람	성명	주민(외국인)등록번호				
	집 전화번호	휴대전화번호				
② 장애 구분	장애유형(주장애)	세부유형	척수손상	[]완전 []불완전	장애 정도	[]심한 장애 []심하지 않은 장애
	중복장애유형(부장애)	세부유형	척수손상	[]완전 []불완전	장애 정도	[]심한 장애 []심하지 않은 장애
③ 처방 보조기기	[] 수동휠체어	[] 일반형 [] 활동형 [] 틸팅형 [] 리클라이닝형	[] 유모차형			
	[] 전동보조기기	[] 가군 [] 나군 [] 다군 전동휠체어 [] 의료용 스쿠터				

④ 일반상태	수동 휠체어	구분		일반상태		해당 여부
		지체 장애 · 뇌병변 장애 · 심장· 호흡기 장애	공통사항	의지·보조기, 지팡이 등 다른 보조기기를 사용해도 실외 보행하기 어렵다.		[]
			활동형	양팔 및 자세균형 제어 기능이 양호하여 다른 사람의 도움 없이도 휠체어를 안전하게 작동할 수 있다.		[]
			틸팅형·리클라이닝형	스스로 앉기가 어렵고, 기대지 않고서는 독립적으로 앉은 자세를 유지하지 못하며 압박과 자세관리가 필요하다.		[]
			유모차형	18세 이하인 정도가 심한 지체·뇌병변 장애인으로 자세 일부지지 및 보조인의 도움으로 추진하여 이동하는 경우 필요하다.		[]
④ 일반상태	전동 휠체어 · 의료용 스쿠터	장애유형		일반상태		해당 여부
		가군	지체 장애 · 뇌병변 장애	팔에 기능장애가 있다.		[]
				내부기관 중복장애가 있다.		[]
			하지절단 · 관절·기능· 변형 등	절단장애가 발생한 날부터 1년이 경과했다.		[]
				의지를 장착한 상태로 평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.		[]
		뇌병변 장애	척수	완전손상	척수신경 중 10번 가슴신경(T10)부터 목신경 사이에 손상이 있다.	[]
				불완전손상	평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.	[]
			뇌병변	평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.		[]
		심장· 호흡기 장애	공통사항	전신기능 저하로 평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.		[]
			호흡기	기관절개관을 유지하고 24시간 인공호흡기로 생활한다.		[]
		나군 전동 휠체어	지체·뇌병변장애	가군 전동휠체어 대상자로 정도가 심한 지체·뇌병변 장애인이다.		[]
				수정바델지수(MBI) 항목 중 화장실 이용, 대·소변 관리의 점수가 5점 이하이다.		[]
				스스로 앉기가 어렵고, 기대지 않고는 독립적으로 앉은 자세를 유지하지 못한다.		[]
				의사의 평가 및 소견 결과 나군 전동휠체어가 필요하다.		[]
				방광 관리를 위해 카테터 삽입을 이용하거나, 휠체어에서 침대로 독립적으로 이동할 수 없다.		[]
				증가된 근긴장도 또는 떨림을 관리하기 위해 전동식 자세변경장치 가 필요하다.		[]

뒤쪽에 작성란이 있습니다.

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

(2쪽)

	다군	장애유형	일반상태	해당 여부
	전동 휠체어	18세 이하 정도가 심한 지체 · 뇌병변장애	평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.	[]

⑤ 검사 결과 (전동휠체어 가군, 나군 및 의료용 스 쿠터만 해당 합니다)	구분		검사 결과	
	공통 사항	일상생활동작 검사[수정바델 지수(MBI) 이용]	[] 적합 [] 부적합	
		조작능력 평가		[] 적합 [] 부적합
		인지 기능	간이 인지 기능 검사(MMSE)	() 점
		팔 기능	맨손근력 검사	() 급
	심장 기능		운동부하 검사	() METs
	심폐 기능	폐 기능 검사(FEV ₁ , DLco)	() %	
		동맥혈가스 검사(산소분압)	() mmHg	
	※ 해당 검사 결과 관련 서류를 반드시 첨부해야 합니다.			

⑥ 검사 결과 (전동휠체어 다군 및 수동 휠체어 유모 차형만 해당 합니다)	구분		검사 결과	
	공통 사항	다리 맨손근력검사	우 () 등급, 좌 () 등급	
		큰동작기능분류체계(GMFCS)		
	전동 휠체 어 다군	인지기능	간이 인지 기능 검사(MMSE)	() 점
			또는 사회성숙도 검사(SMS)	또는 SQ () 점
		일상생활동작 검사[수정바델 지수(MBI) 이용]		[] 적합 [] 부적합
휠체어 조작기술 훈련법		[] 적합 [] 부적합		
※ 해당 검사 결과 관련 서류를 반드시 첨부해야 합니다.				

⑦ 환자상태 및 진료소견 (처방의견을 포함하여 구체적으로 적습니다.)

위와 같이 보조기기를 처방합니다.

※ 처방전은 발행일부터 6개월 동안만 유효합니다.

년 월 일

요양기관 명칭(요양기관 기호)

담당의사 성명

(서명 또는 인)

면허번호

전문과목

전문 의 자격번호

210mm × 297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(3쪽)

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.
2. 등록된 장애유형과 관련된 보조기기만 처방해야 합니다.
 - ※ 팔에 기능장애가 있어 수동휠체어를 조작할 수 없다고 판단되는 경우 전동휠체어 또는 의료용 스쿠터를 처방할 수 있고, 팔에 기능장애가 없는 경우라도 내부기관 중복장애(간질장애를 제외한 신장장애, 심장장애, 간장애, 호흡기장애 및 요루·장루장애)가 있다고 판단되는 경우 의료용 스쿠터를 처방할 수 있습니다.
3. 장애인 등록 전인 사람에게 일반형 수동휠체어를 처방하려는 경우에는 「장애인복지법」에 따라 해당 장애에 대한 장애 정도를 받을 것으로 예상되는 경우에만 처방전을 발급해야 하며, 발급 시 "[] 장애인 등록 전"의 []에 √ 표시를 합니다.
 - ※ 또한, 장애인 등록 전에 구입한 보조기기(장애인 등록 이전 6개월 이내에 구입한 보조기기만 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 해당 유형의 장애인으로 등록한 경우에만 청구할 수 있습니다.
 - ※ 일반형 수동휠체어를 제외한 보조기기(활동형·틸팅형·리클라이닝형 수동휠체어, 전동휠체어 및 의료용 스쿠터)는 「장애인복지법」에 따라 등록된 장애인에게만 처방할 수 있습니다.

작성방법

- ① 진료받은 사람: 실제 급여를 받는 장애인에 대한 인적사항을 적습니다.
- ② 장애구분: 보조기기별 보험급여 대상에 해당하는 장애유형 및 장애 정도를 적고, 세부유형란에는 구체적인 장애부위(다리절단, 다리관절 등)를 적으며, 척수손상의 경우에는 해당란에 √ 표시를 합니다.
 - ※ 중복장애가 있는 경우에는 추가로 적습니다.
- ③ 처방 보조기기: 해당 보조기기의 품목에 √ 표시를 합니다.
- ④ 일반상태: 보조기기 세부 인정기준에 따른 내용을 확인하고 이에 해당하는 경우 √ 표시를 합니다.
- ⑤ 검사결과: 해당 항목별 검사에 대한 결과를 적고, 해당 검사에 대한 결과지를 반드시 첨부해야 합니다. 이 경우 팔에 대한 맨손 근력 검사 결과 양쪽 최대근력 등급이 상이한 경우 낮은 쪽의 최대근력 등급을 기재합니다.
 - ※ 팔에 대한 맨손근력 검사 결과 최대 근력이 4등급이라도 근육 노화 등 그 밖의 사유로 팔 기능을 유지하기 힘든 경우에는 전동 휠체어를 처방할 수 있습니다.
- ⑥ 환자상태 및 진료소견: 보조기기 처방을 위한 장애상태 및 진료소견과 처방품목 내역 등에 대한 소견을 적습니다.

개정(안)

국민건강보험법 시행규칙 [별지 제24호서식]

■ 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제24호서식] <개정 2025. 00. 00.>

보조기기 급여 사전 승인 신청서

※ 활동형 수동휠체어, 틸팅형 수동휠체어, 리클라이닝형 수동휠체어, 유모차형 휠체어, 몸통지지보행차, 가군 전동휠체어, 나군 전동휠체어, 다군 전동휠체어, 의료용 스쿠터, 자세보조용구 및 이동식전동리프트 품목 신청에 한정하며, 바탕색이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다.

접수번호	접수일	처리기간	7일
급여를 받을 사람	주민(외국인)등록번호 성명	주소 장애 유형	장애 정도 [] 심한 장애 [] 심하지 않은 장애
	신청 보조기기명		
	유의사항 ※ 현재 장기요양시설에 입소중이고 시설에서 보조기기를 제공하는 등 경우에 따라 보조기기 급여가 제한될 수 있습니다. [] 확인 ※ 구입일 기준 장기요양수급자인 경우 등급에 따라 급여가 제한될 수 있습니다. [] 확인		

「국민건강보험법 시행규칙」 제26조제3항에 따라 위와 같이 보조기기 급여를 신청합니다.

신청인
급여를 받을 사람과의 관계
전화번호

년 월 일
(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

첨부서류	「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제22호서식 및 별지 제22호의2서식부터 별지 제22호의4서식까지에 따른 보조기기 처방전 1부	수수료 없음		
처리 절차				
신청서 작성 신청인	→ 접수 및 확인 국민건강보험공단	→ 신청서 처리 국민건강보험공단	→ 급여 대상 여부 결정 및 통보 국민건강보험공단	→ 결정통보서 수령 (보조기기 구입 후 급여비 지급 신청) 신청인

보조기기 급여 대상 여부 결정통보서

「국민건강보험법 시행규칙」 제26조제4항에 따라 아래와 같이 결정 통보합니다.

국민건강보험공단 이사장 (인)

년 월 일

보조기기 품목	
결정사항	1. 급여 대상에 해당함 2. 급여 대상에 해당하지 않음
급여 대상에 해당하지 않는 사유	

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

신 · 구조문대비표

현 행	개 정 안
제3조(사업장의 적용 · 변경 · 탈퇴 신고) ① 사용자는 해당 사업장이 법 제6조제2항에 따라 직장가입자가 되는 근로자 · 공무원 및 교직원을 사용하는 사업장이 된 경우에는 그 때부터 14일 이내에 별지 제2호서식의 사업장(기관) <u>적용신고서에 통장 사본 1부(자동이체를 신청하는 경우만 해당한다)를 첨부하여</u> 공단에 제출해야 한다. 이 경우 공단은 「전자정부법」 제36조제2항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 사업자등록증명 및 법인 등기사항증명서를 확인해야 하며, 신고인이 사업자등록증명을 확인하는 것에 동의하지 않는 경우에는 사업자등록증 사본을 첨부하도록 해야 한다.	제3조(사업장의 적용 · 변경 · 탈퇴 신고) ① ----- ----- ----- ----- ----- ----- <u>적용신고서를</u> ----- -----, ----- ----- ----- ----- ----- -----.
제23조 (요양비) ① 법 제49조제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 긴급하거나 그 밖의 부득이한 사유"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.	제23조 (요양비) ① (현행과 같음)

현행	개정안
1. ~ 7. (생략) <u><신설></u> ② 법 제49조제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 기관"(이하 "준요양기관"이라 한다)이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 기관을 말한다. 1. ~ 7. (생략) <u><신설></u> ③ 가입자나 피부양자가 법 제49조제1항에 따른 요양비를 지급받으려면 다음 각 호의 서류를 공단에 제출해야 한다. 1. ~ 7. (생략)	1. ~ 7. (현행과 같음) 8. <u>보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증 소아청소년 환자가 의사</u> <u>의 요양비 처방전에 따라 산소</u> <u>포화도측정기, 기도흡인기 또는</u> <u>경장영양주입펌프를 요양기관</u> <u>외의 의료기기판매업소에서 구</u> <u>입·사용한 경우</u> ② (현행과 같음) 1. ~ 7. (현행과 같음) 8. <u>산소포화도측정기, 기도흡인기</u> <u>또는 경장영양주입펌프를 판매</u> <u>하는 요양기관 외의 의료기기판</u> <u>매업소로서 공단에 등록한 업소</u> ③ ----- ----- ----- -----. 1. ~ 7. (현행과 같음)

현행	개정안
<u><신 설></u> ④ (생략) ⑤ 제3항 및 제4항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 해당 서류의 제출을 생략한다. 1. (생략) 2. 별지 제18호서식, 별지 제19호서식 및 별지 제19호의2서식부터 <u>별지 제19호의5서식</u>까지의 요양비 지급청구서에 전자세금계산서 또는 현금영수증의 승인번호, 작성·거래일 및 합계금액을 모두 기재하여 공단에 제출한 경우: 요양비 지급청구서에 기재된 승인번호에 해당하는 전자세금계산서 및 현금영수증	8. 제1항제8호에 해당하는 경우에는 <u>별지 제19호의6서식의 요양비 지급청구서와 다음 각 목의 서류</u> 가. <u>의사의 요양비처방전 1부</u> 나. <u>세금계산서, 현금영수증 등 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 각 1부</u> ④ (현행과 같음) ⑤ ----- ----- ----- -----. 1. (현행과 같음) 2. ----- ----- <u>별지 제19호의6서식</u>----- ----- ----- ----- ----- ----- -----.

현행	개정안
⑥ ~ ⑨ (생략) 제26조 (장애인 보조기기에 대한 보험급여기준 등) ① (생략) ② 보조기기[제3항에 따른 활동형 수동휠체어, 틸팅형 수동휠체어(등받이 및 좌석 경사 조절형 수동휠체어를 말한다), 리클라이닝형 수동휠체어(등받이 경사 조절형 수동휠체어를 말한다), 전동휠체어, 의료용 스쿠터, 자세보조용구 및 이동식전동리프트는 제외한다]에 대한 보험급여를 받으려는 사람은 별지 제21호서식의 보조기기 급여 지급청구서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 공단에 제출해야 한다. 1. 1의2. 2. 3. (생략) ③ 보조기기 중 활동형 수동휠체어, 틸팅형 수동휠체어, 리클라이닝형 수동휠체어, 전동휠체어, 의료용 스쿠터, 자세보조용구 및 이동식전동리프트에 대한 보험급여를 받으려는 사람은 별지 제24호서식의 보조기기 급여 사전승인 신청서에 별지 제22호서식	⑥ ~ ⑨ (현행과 같음) 제26조 (장애인 보조기기에 대한 보험급여기준 등) ① (현행과 같음) ② ----- ----- ----- ----- -----, <u>유모차형 수동휠체어, 몸통지지보행차, 전동휠체어</u>, 의료용 스쿠터, 자세보조용구 및 이동식전동리프트는 제외한다]에 대한----- ----- ----- -----. 1. 1의2. 2. 3. (현행과 같음) ③ ----- ----- -----<u>유모차형 수동휠체어, 몸통지지보행차, 전동휠체어</u>, 의료용 스쿠터, 자세보조용구 및 이동식전동리프트에----- ----- -----

현행	개정안
및 별지 제22호의2서식부터 별지 제22호의4서식까지에 따른 보조기기 처방전과 해당 검사 결과 관련 서류를 첨부하여 공단에 보조기기 급여 사전 승인을 신청해야 한다. ④ ~ ⑦ (생략)	----- ----- ----- ----- ----- -----. ④ ~ ⑦ (현행과 같음)

■ 국민건강보험법 시행규칙 [별표 7] 보조기기에 대한 보험급여기준(제26조제1항 관련)

현행	개정안
[별표7] 제1호 가. 보조기기 중 의지(義肢)·보조기는 「장애인복지법」에 따라 의지·보조기 기사가 제조·수리한 것(팔보조기는 「의료기사 등에 관한 법률」에 따라 의사 ¹ 의 지도를 받아 작업치료사가 제조한 것을 포함한다)이어야 하고, 의료기기는 「의료기기법」에 따라 신고하거나 허가받은 것이어야 하며, 자세보조용구 및 후방보행차------(생략)-----	가. ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----후방·몸통지지보행차------(생략)----- -----.
나. 수동휠체어, 보청기, 전동휠체어, 의료용 스쿠터, 자세보조용구, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트, 전·후방보행차 및 ----- (생략)-----	나. ----- ----- -----보행차----- (생략)-----.
다. 의지·보조기, 맞춤형 교정용 신발, 수동휠체어, 보청기, 전동휠체어, 의료용 스쿠터, 자세보조용구, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트, 전·후방보행차 및 ------(생략)-----	다. ----- -----보행차------(생략)-----.
아. 수동휠체어, 보청기, 전동휠체어, 의료용 스쿠터, 자세보조용구, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트 및 전·후방보행차----- (생략)-----	아. ----- -----보행차----- (생략)-----.
차. 「장애인복지법」에 따라 장애인 등록을 한 가입자 및 피부양자가 그 장애인 등록 전 6개월 이내에 구입한 보조기기(해당 장애와 관련하여 해당 과목 전문의가 발행한 보조기기 처방전에 따라 구입한 것으로 한정한다)에 대해서도 보험급여를 한다. 다만, 활동형 수동휠체어, 틸팅형 수동휠체어, 리클라이닝형 수동휠체어, 전동휠체어, 의료용 스쿠터, 자세보조용구 및 이동식전동리프트는 제외한다.	차. ----- ----- ----- -----활동형 수동휠체어, 틸팅형 수동휠체어, 리클라이닝형 수동휠체어, 유모차형 수동휠체어, 몸통지지보행차, 전동휠체어, 의료용 스쿠터, 자세보조용구,----- -----(생략)----- -----.

■ 국민건강보험법 시행규칙 [별표 7] 보조기기에 대한 보험급여기준(제26조제1항 관련)

[별표7] 제2호 <신설>

- **아목1라)** '1) 수동휠체어 라) 18세 이하인 사람이 자세 일부지지 및 보조인의 도움으로 추진하여 이동하는 경우 사용 유모차형' 추가

아. 그 밖의 보조기기	1) 수동휠체어	라) 18세 이하인 사람이 자세 일부지지 및 보조인의 도움으로 추진하여 이동하는 경우 사용	유모차형
--------------	----------	--	------

- **아목12)** '12) 전동휠체어 18세 이하인 보행이 불가능한 사람으로서 독립적인 이동을 위해 다른 사람의 도움 없이 전동휠체어를 안전하게 작동할 수 있는 경우 사용 다균' 추가

아. 그 밖의 보조기기	12) 전동휠체어	18세 이하인 보행이 불가능한 사람으로서 독립적인 이동을 위해 다른 사람의 도움 없이 전동휠체어를 안전하게 작동할 수 있는 경우 사용	다균
--------------	-----------	--	----

- **아목18다)** '18) 보행차 다) 몸통지지 18세 이하인 사람이 몸통의 지지로 보행이 가능한 경우에 사용하는 보행 보조기구' 추가

아. 그 밖의 보조기기	18) 보행차		
	다) 몸통지지	18세 이하인 사람이 몸통의 지지로 보행이 가능한 경우에 사용하는 보행 보조기구	

< 의안 소관 부서명 >

보건복지부 보험정책과	
연 락 처	(044) 202 - 2708