

산업재해보상보험 요양급여 산정기준

개정	1995. 3. 28.	노동부고시 제1995- 10호(1995. 5. 1. 시행)
	1996. 3.19.	노동부고시 제1996- 10호(1996. 3.20. 시행)
	1999. 8. 4.	노동부고시 제1999- 22호(1999. 8. 4. 시행)
	2000. 8.19.	노동부고시 제2000- 34호(2000. 8.19. 시행)
	2001.10. 6.	노동부고시 제2001- 56호(2001.10. 6. 시행)
	2001.12.29.	노동부고시 제2001- 70호(2001.12.29. 시행)
	2002. 4.25.	노동부고시 제2002- 7호(2002. 4.25. 시행)
	2003.12.30.	노동부고시 제2003- 40호(2003.12.30. 시행)
	2005. 1.31.	노동부고시 제2005- 4호(2005. 2. 1. 시행)
	2006. 2.28.	노동부고시 제2006- 6호(2006. 3. 1. 시행)
	2007. 3. 6.	노동부고시 제2007- 7호(2007. 3. 6. 시행)
	2008. 7. 1.	노동부고시 제2008- 47호(2008. 7. 1. 시행)
	2008.12.31.	노동부고시 제2008-102호(2009. 1. 1. 시행)
	2010. 4.27.	노동부고시 제2010- 33호(2010. 4.28. 시행)
	2010.11.21.	고용노동부고시 제2010- 24호(2010.11.21. 시행)
	2011.12.30.	고용노동부고시 제2011- 61호(2012. 1. 1. 시행)
	2012.12.31.	고용노동부고시 제2012-144호(2013. 1. 1. 시행)
	2014. 3.31.	고용노동부고시 제2014- 15호(2014. 4. 1. 시행)
	2015. 3.31.	고용노동부고시 제2015- 16호(2015. 4. 1. 시행)
	2015.12.30.	고용노동부고시 제2015- 96호(2016. 1. 1. 시행)
	2016.12.30.	고용노동부고시 제2016- 55호(2017. 1. 1. 시행)
	2017.12.29.	고용노동부고시 제2017-116호(2018. 1. 1. 시행)
	2018.12.27.	고용노동부고시 제2018- 95호(2019. 1. 1. 시행)
	2019.12.27.	고용노동부고시 제2019- 80호(2020. 1. 1. 시행)
전부개정	2020.12.29.	고용노동부고시 제2020-154호(2021. 1. 1. 시행)
개정	2021.12.30.	고용노동부고시 제2021 - 96호(2022. 1. 1. 시행)
개정	2022.12.30.	고용노동부고시 제2022 - 87호(2023. 1. 1. 시행)

제1조(목적) 이 고시는 「산업재해보상보험법」에 따른 업무상의 재해를 입은 근로자에 대한 요양급여의 범위 및 요양에 소요된 비용의 산정기준을 정함을 목적으로 한다.

제2조(요양급여의 범위) ① 업무상의 재해를 입은 근로자(이하 “산재근로자”라 한다)에 대한 요양급여의 범위는 다음 각 호에 따른다.

1. 「국민건강보험법」 제41조제2항 및 제3항에 따라 보건복지부령으로 정한 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」(이하 “건강보험 요양급여규칙”이라 한다) 제5조 및 제8조에 따른 요양급여
2. 「국민건강보험법」 제49조제1항 및 같은 법 시행규칙 제23조제1항에 따른 요양비

3. 「국민건강보험법」 제51조 및 같은 법 시행규칙 제26조제1항 관련 별표 7에 따른 장애인 보조기기

4. 「응급의료에 관한 법률」 제23조제1항에 따른 응급의료수가기준

② 제1항의 경우, 보건복지부장관이 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」(이하 “행위 및 상대가치점수”라 한다) 및 「요양급여의 적용 기준 및 방법에 관한 세부사항」의 인정기준을 초과하여 본인이 전액 부담하는 부분에 대해서는 산재근로자 진료를 위해 필요한 경우 인정할 수 있다.

제3조(요양급여의 비용 산정) ① 제2조에 따른 요양급여의 비용은 「국민건강보험법」 제45조, 제46조, 제49조, 같은 법 시행령 제22조, 같은 법 시행규칙 제23조제4항 및 건강보험요양급여규칙에 따라 보건복지부장관(보건복지부장관이 그 권한을 위임 하거나 위탁한 경우에는 그 위임 또는 위탁을 받은 자를 포함한다. 이하 같다)이 고시하는 요양급여의 내역 및 기준에 따른다.

② 「산업재해보상보험법」(이하 “법”이라 한다) 제11조제2항에 따라 근로복지공단(이하 “공단”이라 한다)에 두는 연구기관 또는 법 제43조제1항에 따른 산재보험 의료기관(이하 “산재보험 의료기관”이라 한다)에서 일반 환자에게 적용하는 진료 비용기준이 이 고시에 의한 기준보다 낮은 경우에는 낮은 수가에 따라 산정한다.
<개정 2021. 12. 30.>

제4조(산업재해보상보험에서 국민건강보험과 달리 정하거나 추가로 인정하는 요양급여의 범위 및 비용산정기준 등) ① 산업재해보상보험(이하 “산재보험”이라 한다)에서 국민 건강보험과 달리 정하는 요양급여의 범위 및 비용산정기준은 별표 1과 같다.

② 국민건강보험에서 요양급여로 정하지 않은 사항 중 산재보험에서 추가로 인정 하는 요양급여의 범위 및 비용산정기준은 별표 2와 같다. 이 경우, 요양급여의 비용은 별표 2에서 정한 금액의 범위에서 산재보험 의료기관이나 산재근로자가 구입한 가격 또는 실제 소요된 금액으로 한다.

③ 별표 2에서 정한 요양급여의 범위 및 비용산정기준이 국민건강보험 관련규정의 개정으로 새로이 국민건강보험의 요양급여의 범위 및 비용산정기준에 포함되는 경우에는 개정된 규정이 시행되는 날부터 국민건강보험 관련 규정에 따른다.

④ 공단 이사장은 산재근로자의 진료와 관련하여 국민건강보험 및 별표 1, 별표 2에서 요양급여로 정하지 아니한 진료항목과 비용 중 산재근로자의 진료에 필요하다고 판단 되는 진료항목과 비용에 대해서는 요양급여로 인정할 수 있다. 이 경우, 공단 이사장은 요양급여 승인 결과를 고용노동부장관에게 보고하여야 한다.

제5조(비급여대상) 법 제40조에 따른 요양급여의 범위에서 제외되는 사항은 다음 각 호의 어느 하나와 같다.

1. 업무상 부상 또는 질병의 치료목적이 아닌 진료 또는 투약
2. 제2조 및 제3조제1항의 규정에서 정하지 않은 요양급여
3. 상급병실 사용료. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.

가. 종합병원 이상에서 요양하는 경우로서 상병상태가 응급진료, 수술 등으로 입원 요양이 필요하나 일반병실이 없어 부득이하게 특실을 제외한 상급병실을 사용하는 경우에 7일의 범위에서 인정. 다만, 상급병실 사용 중 그 차급 또는 일반 병실이 있음에도 병실을 옮기지 않은 경우에는 불인정한다.

나. 증상이 위중하여 절대 안정이 필요하고, 의사 또는 간호사가 상시 감시하면서 수시로 적절한 조치를 해야 할 필요가 있다고 인정되나, 중환자실·격리실 등 집중 치료실이 없거나 여유 병상이 없어 불가피하게 상급병실을 사용한 경우

제6조(산재보험 의료기관에 대한 지원) ① 공단 이사장은 산재보험 의료기관 중 산재근로자의 재활치료 또는 화상치료를 전문적으로 담당하는 의료기관을 재활치료전문 산재보험 의료기관(이하 “재활인증의료기관”이라 한다) 또는 화상치료전문 산재보험 의료기관(이하 “화상인증의료기관”이라 한다)으로 따로 지정하여 운영할 수 있다.

<개정 2021. 12. 30.>

② 공단 이사장은 재활인증의료기관, 화상인증의료기관, 산재근로자를 재활인증의료기관으로 **의료기관 변경** 요양하게 한 산재보험 의료기관 및 법 제50조제1항에 따른 평가점수가 높은 산재보험 의료기관에 대하여 재정적으로 우대할 수 있다. 이 경우, 우대 기준, 방법 및 절차 등에 대해서는 별도로 정한 기준에 따른다.

<개정 2022. 12. 30.>

제7조(산재관리의사에 대한 지원) ① 공단 이사장은 산재보험 의료기관 소속 의사 중에서 산재보험에 대한 전문지식을 가지고 있는 의사, 치과의사, 한의사를 산재관리의사로 임명할 수 있다.

② 공단 이사장은 산재관리의사의 자격, 임명절차, 행정적·재정적 지원에 관하여 별도로 정할 수 있다.

제8조(권역외상센터에 대한 지원) 공단 이사장은 산재근로자의 진료와 관련하여 「응급의료에 관한 법률」 제30조의2에 따라 지정된 권역외상센터를 대상으로 요양급여의 지원범위 및 비용산정기준을 별도로 정하여 운영할 수 있다.

제9조(그 밖의 사항) ① 산재보험 의료기관은 이 고시에서 정한 요양급여의 범위 및 비용산정기준에 대해서는 산재근로자에게 그 비용을 부담하도록 해서는 안된다.

② 요양급여의 범위 및 비용산정기준에 관하여 국민건강보험에서 정하지 않았거나, 이 고시와 달리 정한 사항이 있는 경우에는 이 고시에서 정한 기준에 따른다.

제10조(재검토기한) 고용노동부 장관은 이 고시에 대하여 2021년 1월 1일 기준으로 매 3년이 되는 시점(매 3년째의 12월 31일까지를 말한다)마다 그 타당성을 검토하여 개선 등의 조치를 하여야 한다.

부 칙 <2020. 12. 29.>

제1조(시행일) 이 고시는 2021년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시 시행 전 행한 요양의 요양급여 범위 및 비용산정기준은 종전 규정을 따른다.

부 칙 <2021. 12. 30.>

제1조(시행일) 이 고시는 2022년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(보청기 산정기준에 대한 적용례) 별표 1 ‘국민건강보험과 달리 적용하는 요양급여의 범위 및 비용산정기준’ 중 “보청기”에 대한 개정규정은 이 고시 시행 이후 최초로 보청기 지급사유가 발생한 경우부터 적용한다.

부 칙 <2022. 12. 30.>

제1조(시행일) 이 고시는 2023년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 이 고시 시행 전 행한 요양의 요양급여 범위 및 비용산정기준은 종전 규정을 따른다.

제3조(재활보조기구에 대한 적용례) 별표 2 제2절 재활보조기구 수리료는 이 고시 시행 이후 지급사유가 발생한 경우부터 적용한다.

[별표 1] 국민건강보험과 달리 적용하는 요양급여의 범위 및 비용산정기준

[산정지침]

산재근로자에 대한 요양급여의 범위 및 비용산정에 대한 세부사항은 보건복지부장관이 고시한 행위 및 상대가치점수, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」, 「요양비의 보험급여 기준 및 방법」, 「장애인보조기기 보험급여 기준 등 세부사항」 및 「응급의료수가기준」에 따른다. 다만, 이 기준에서 달리 정한 사항은 이 기준에 따른다.

[행위목록 및 산정기준] <개정 2021. 12. 30., 2022. 12. 30.>

행위목록	분류	분류번호	산정기준
일반사항	요양기관 종별가산율		1. 행위 및 상대가치점수 제1편제1부Ⅱ. 요양기관 종별가산율에 다음 각 호의 비율을 가산하여 산정한다. 가. 가목(상급종합병원)은 15% 나. 나목(종합병원)은 12% 다. 다목(병원)은 1% 2. 위 제1호를 적용함에 있어 공단에 두는 의료기관에 대해서는 법 시행규칙 제10조제2항에 따라 고용노동부장관의 승인을 얻어 조정한 등급을 적용한다.
제1장 기본진료료	입원료	가-2	1. 행위 및 상대가치점수 제1편제2부제1장 [산정지침] 2. 입원료 등 라목 및 분류번호 가-2에 따른 입원료는 다음 각 호에 따라 산정한다. 가. 상급종합병원 및 공단에 두는 의료기관: 입원기간에 관계없이 행위 및 상대가치점수 중 소정점수(이하 “소정점수”라 한다)의 100분의 100에 병원관리료의 100분의 100을 가산하여 산정 나. 종합병원: 입원기간에 관계없이 소정점수의 100분의 100을 산정 다. 병원(요양병원은 제외한다) 및 의원: 입원일부터 50일째까지는 소정점수의 100분의100, 입원 51일째부터 150일째까지는 소정점수의 100분의 90, 입원 151일째부터는 소정점수의 100분의 85를 산정 2. 위 제1호에 따른 입원료 산정 시 공단에 두는 의료기관에 대해서는 법 시행규칙 제10조제2항에 따라 고용노동부장관의 승인을 얻어 조정한 등급을 적용한다.
	의약품관리료	가-11 나	행위 및 상대가치점수 제1편제2부제1장 가-11 나. 입원환자 의약품 관리료의 의료기관 종류별 1일분 의약품관리료에 투약일수를 곱하여 산정한다.
제2장	신경인지	나-628	1. 업무상 재해로 인한 뇌의 장애나 정신질환의 진단 또는 치료를

행위목록	분류	분류번호	산정기준
검사료	기능검사		위해 표준화된 평가도구를 사용하여 실시한 경우에는 연령과 관계없이 인정한다. 2. 요양기간 중 1회 인정하며 추적검사는 6개월 마다 인정한다. 다만, 환자의 급박한 상태 변화 등으로 진료 상 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우에는 추가로 인정할 수 있다.
	관절가동 범위검사	너-773	다발성 병변으로 같은 날 여러 부위에 검사를 실시한 경우 상지, 하지, 수부(신체의 양측은 별개 부위로 본다)로 나누어 각각 산정한다.
	초음파검사	나-940~나-944 나-946 나-948 나-950~나-952 나-956 나-961	1. 일반 또는 그 밖의 특수검사방법으로 진단이 곤란하다고 인정되는 손상 및 질환에 대하여 해당 부위별로 1회 인정한다. 2. 위 제1호에도 불구하고 장해상태 확인을 위한 특진 또는 촬영 시점이 장기간 경과되어 상병상태의 확인을 위한 검사가 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우 추가로 인정할 수 있다.
제3장 영상진단 및 방사선치료료	자기공명 영상진단 (Magnetic Resonance Imaging)	다-246	업무상 부상 또는 질병 진단을 위해 실시한 경우 1회 인정한다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 경우에는 추가로 인정할 수 있다. 가. 장해상태의 확인을 위한 경우 나. 상병상태가 호전되지 않거나 악화되어 진료방향을 결정하기 위한 촬영의 필요성이 의학적으로 인정되는 경우 다. 수술 후 상병상태 확인을 위한 촬영의 필요성이 의학적으로 인정되는 경우
제7장 이학요법료	기본물리치료	사-101~사-106	진료 상 반드시 필요하다는 의사의 소견서가 있는 경우 보건복지부장관이 정한 산정횟수를 초과하여 인정할 수 있다.
	단순재활치료 전문재활치료	사-110~사-120 사-121~사-131 서-121,서-141	
	기립경사훈련	사-46	업무상 재해로 다음 각 호에 해당하는 질환 및 증상이 있는 경우에 인정한다. 가. 스스로 보행이 불가능한 중추신경계 손상 나. 심장신경성 실신환자 다. 기립성저혈압이 있는 환자 라. 장기간 침상안정을 했던 환자
제18장 치과의보철료	광중합형 복합레진충전	차-13 다	업무상 재해로 인한 일부 치아과절에 적용한 경우 연령 제한 없이 인정한다.
	레진상 완전틀니	찬-1	업무상 재해로 인해 발생한 상악 또는 하악의 완전 무치악에 적용한 경우 연령 제한 없이 인정한다. 이 경우, 보철은 총 2회에 한하여 지급하되, 2회째 보철 지급은 별표 2 제1절 [진료원칙] 제6호에 따른다.
	임시레진상 완전틀니	찬-2	
	금속상	찬-5	

행위목록	분류	분류번호	산정기준
	완전틀니		
	부분틀니	찬-3	1. 업무상 재해로 인해 고정성 가공의치로는 기능회복이 어려운 치아 결손이 발생한 경우 연령 제한 없이 인정한다. 이 경우, 보철은 총 2회에 한하여 지급하되, 2회째 보철 지급은 별표 2 제1절 [진료원칙] 제6호에 따른다.
	임시레진상 부분틀니	찬-4	2. 위 제1호에도 불구하고 임시레진상 부분틀니는 치과임플란트 시술 중 임시치아가 필요한 경우에도 산정할 수 있다.
	치과임플란트	찬-11	1. 업무상 재해로 승인된 치과상병에 대해 연령 제한 없이 1치 당 1개 인정한다. 2. 치과임플란트 시술 중 치과외사의 의학적 판단에 따라 불가피하게 시술을 중단하는 경우에는 인정개수에 포함하지 아니한다.
제19장 응급의료수가	응급의료 관리료	응-1	휴일·야간 근로 등으로 인하여 발생한 업무상 재해의 진료를 위해 부득이 휴일 또는 야간에 응급의료센터 및 응급의료기관을 이용한 경우에는 응급의료관리료 산정대상 응급증상에 해당하지 아니하더라도 “응급의료관리료”를 지급한다.
건강보험 요양비	산소치료	파-1	1. <u>진폐 및 진폐 합병증</u> 등으로 통원요양 중 시행한 <u>검사 결과</u> 가 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에도 그 비용을 지급한다. 이 경우 산소치료 처방전을 발행할 수 있는 의사에 그 진폐환자를 진료하고 있는 직업환경의학과 전문의를 포함한다. <u>가. 동맥혈 가스검사 결과</u> 1) 동맥혈 산소분압이 55mmHg 이하 2) 동맥혈 산소포화도가 88% 이하 3) <u>다음의 어느 하나에 해당하면서 적혈구중(헤마토크릿이 55%를 넘는 경우를 말한다. 이하 같다)이 있거나, 울혈성 심부전을 시사하는 말초부종이 있거나, 폐동맥고혈압이 있는 경우</u> 가) 동맥혈 산소분압이 56~59mmHg 나) 동맥혈 산소포화도가 89% 이상 <u>나. 산소포화도 검사 결과</u> 1) 산소포화도가 88% 이하 2) 산소포화도가 89% 이상이면서 적혈구 증가증이 있거나, 울혈성 심부전을 시사하는 말초부종이 있거나, 폐동맥고혈압이 있는 경우 2. 산소치료서비스 제공대상 산재근로자에게는 전기요금 등의 비용으로 월 30,000원을 정액으로 지급한다.
장애인 보조기기	보청기	타-34	1. 편측: 「장애인보조기기 보험급여 기준 등 세부사항」에서 정한 편측 보청기 인정기준에 따른다. 다만 업무상 재해로 다음 각 호에 해당하는 청력장애가 발생한 경우에는 추가로 인정한다. 가. 두 귀의 평균 청력손실치가 각각 50dB 이상 나. 한쪽 귀의 평균 청력손실치가 70dB 이상 2. 양측: 업무상 재해로 양측 청력장애가 발생한 자로서 위 제1호 편측

행위목록	분류	분류번호	산정기준
			지급대상에 해당하고 「장애인보조기기 보험급여 기준 등 세부사항」에서 정한 양측 보청기 인정기준 중 연령제한 기준을 제외한 모든 청력장애 기준을 충족하는 경우 인정한다. 3. 위 제1호 및 제2호에도 불구하고 의식이 명료하지 않거나 보청기로 청각재활이 어렵다고 이비인후과 전문의가 판단한 경우에는 보청기 적용을 제외한다.

[별표 2] 산재보험에서 추가로 인정하는 요양급여의 범위 및 비용산정기준

제1절 치과보철

[진료원칙]

1. 보철재료는 금합금, 팔라듐합금, 코발트 크롬합금 또는 지르코니아를 사용한다.
2. 보철재료대, 행위진료에 대한 가산을 및 보철진료 중 실시한 국소 마취료는 별도 계산하지 아니한다.
3. 보철시행 시 산재로 인한 것이 아닌 환부(결손치 등)가 있을 때 환자가 희망하면 본인 부담으로 할 수 있다.
4. 보철설계 시행 시 같은 조건의 두 가지 설계방법 중 하위의 가격으로 기능회복이 가능한 것을 상위가격으로 할 수 없으며, 보철재료 중 귀금속은 비귀금속에 과민 반응이 있는 경우에 적용할 수 있다.
5. 가공치는 인접 지대치에 시행된 보철방법을 준용하여 수가를 산출한다.
6. 보철은 총 2회에 한하여 지급하되, 2회째 보철은 최초 보철일부터 5년이 경과된 후에 지급한다. 다만, 의학적 소견이 있는 등 부득이한 사유가 있을 경우에는 5년 경과 이전이라도 지급할 수 있다.

[보철원칙 및 금액] <개정 2021. 12. 30., 2022. 12. 30.>

분류번호	분 류	보 철 원 칙	금액(원)
카-1	주조금관	75wt.% 이상의 금과 백금족 원소를 함유한 치과주조용 금 합금으로 하며, 구치부에 적용할 수 있다.	425,000
카-2	3/4금관	75wt.% 이상의 금과 백금족 원소를 함유한 치과주조용 금 합금으로 하며, 전치부 및 소구치부에 적용할 수 있다.	318,410
카-3	도재전장주조관 (귀금속)	심미적 회복이 요구되는 전치부 또는 소구치부에 적용하되, [진료원칙] 제4항을 적용하지 아니한다. ○ 금 77.8~87.5%, 백금 4.0~9.1%, 팔라듐 5.5~9.9%의 조성비를 가지면서 백금의 순도는 97% 이상이어야 한다.	510,000
카-4	도재전장주조관 (비귀금속)	심미적 회복이 요구되는 전치부 또는 소구치부에 적용할 수 있다.	347,650
카-5	국소의치 (백금가금주조)(1악)	고정성 가공의치로는 기능 회복이 어려운 경우에 적용하여야 한다.	1,718,470

분류번호	분 류	보 철 원 칙	금액(원)
		백금가금은 순금 70%, 은 10%, 동 10%, 백금 10%의 비율로 하면서 백금의 순도는 60% 이상이어야 한다.	
카-9	포스트 (캐스트코아)	전치부 또는 구치부에서 치관부의 3분의 2 이상이 파절되거나 손상이 심하여 치관부에서 인공치관의 유지가 곤란한 경우 또는 치경부를 포함한 우식증이나 불규칙한 파절을 치수 치료 한 경우에 지대치를 보강하기 위하여 적용한다. 사용재료는 팔라듐이 25%이상인 팔라듐-은합금으로 한다.	170,000
카-10	포스트 (기성품)	치관부의 3분의 2 미만이 파절되거나 손상되어 치수 치료한 치아로써 잔존치질이 부족하여 사용 중 파절의 우려가 있는 경우에 지대치를 보강하기 위하여 적용한다.	110,500
카-11	악안면보철 (귀금속: 유치악)	악안면보철은 구개부 및 악골 절제 등으로 생긴 실질결손에 대해 그 기능과 형태를 전부 또는 부분적으로 회복하기 위해 적용하며, 보철물의 사용재료는 유치악의 경우는 부분틀니에 준하고 무치악의 경우는 완전틀니에 준한다.	1,677,290
카-12	악안면보철 (코발트크롬: 유치악)	카-11 악안면보철(귀금속: 유치악) 보철원칙과 같다.	1,179,780
카-13	악안면보철 (코발트크롬: 무치악)	카-11 악안면보철(귀금속: 유치악) 보철원칙과 같다.	1,487,000
카-14	임시레진관	보철완료시까지 임시적으로 치아를 사용하기 위하여 지급한다.	26,710
카-18	지르코니아 크라운	심미적 회복이 요구되는 전치부, 소구치부, 대구치부에 적용하되, [진료원칙] 제4항을 적용하지 아니한다. 사용재료는 순수지르코니아(ZrO_2)에 약3~5% 정도의 안정화제(stabilizer)를 첨가하며, 국제 표준화 시험법(ISO 6872, ISO 13356, ISO 10993)에 적합하여야 한다.	502,380

※ 재료대와 기술료를 합한 금액임

제2절 재활보조기구

[지급원칙]

1. 재활보조기구는 해당 신체부위 또는 기능 상실에 대한 보조를 위하여 각각의 유형 및 용도별로 지급하되, 신체부위 또는 기능 상실에 대한 보조의 목적이 동일한 경우에는 산재근로자가 선택한 1개의 품목만 지급한다. 다만, 수동휠체어와 전동휠체어(또는 전동스쿠터)를 각각 신청한 경우에는 「국민건강보험법 시행규칙」 제26조 및 별표7에 따른 「장애인보조기기 보험급여 기준 등 세부사항」의 대상자 인정 기준에 따라 각각 지급할 수 있다.
2. 재활보조기구의 수가는 산재보험 의료기관 등급과 관계없이 동일하다.
3. 재활보조기구의 장착수수료 및 기타비용 중 이 기준에서 따로 정하지 아니한 비용은 수가에 포함된 것으로 간주한다.
4. 상지의지는 반자동형(기능형)을 지급함을 원칙으로 한다. 다만, 산재근로자가 요청한 경우에는 미관형을 지급한다.
5. 하지의지는 일반형 소켓을 지급함을 원칙으로 한다. 다만, 절단 후 남아있는 신체 부분(Stump)이 불안정하여 실리콘형 소켓이 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우에는 실리콘형 소켓을 지급할 수 있다.
6. 넓적다리의지는 타-14-1(공압식 또는 유압식)을 지급함을 원칙으로 한다. 다만, 산재근로자가 요청한 경우에는 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 7의 넓적다리 의지를 지급하며, 장착의 필요성이 의학적으로 인정되는 경우에는 공단에 두는 연구기관에서 타-15(인공지능식)를 지급한다.
7. 재활보조기구는 요양종결 시 지급하되, 내구연한을 초과하여 장착이 필요한 경우에는 내구연한 경과 시마다 추가 지급할 수 있으며, 내구연한 내라도 진료담당 의사가 재활보조기구의 훼손, 마모 또는 신체 변형 등으로 재활보조기구를 수리하여도 계속 장착하기가 부적절하거나 교체하여야 할 필요가 있다고 판단한 경우에는 추가 지급할 수 있다. 다만, 재요양기간 중 재활보조기구의 내구연한이 도래할 경우에는 재요양 종결 시에 지급하며, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 재활보조기구를 치료 중에도 지급할 수 있다.
 - 가. 사지절단환자 또는 신경마비 등으로 인하여 치료종결 후에도 계속적으로 재활보조기구의 장착이 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우
 - 나. 경추, 흉추, 요추 등 척추손상 또는 척추질환의 치료를 위해 보조기 착용이 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우

- 다. 관절손상 등으로 인한 관절운동의 제한 또는 관절의 고정을 위하여 보조기 착용이 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우
 - 라. 하지골절 등으로 요양하는 동안 목발 또는 지팡이가 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우
8. 이미 장착하고 있던 재활보조기구가 일부 훼손되어 본래의 기능회복을 위한 수리가 필요한 경우에는 보수할 수 있다. 다만, 근전전동의수 배터리는 내구연한을 2년으로 하고, 이동식 리프트 배터리는 내구연한을 3년으로 한다.
9. 재활보조기구 지급품목 중 다음 각 목에 해당하는 재활보조기구의 추가지급 및 이에 따른 단순외과적 처치 및 수리는 공단에 두는 의료기관 및 연구기관에서 담당한다. 다만, 거리·교통편의 등의 불가피한 사유로 공단에 두는 의료기관 및 연구기관에서 추가지급, 처치 또는 수리하는 것이 곤란하다고 인정되는 경우에는 산재 근로자가 거주지 관내 의료기관에서 구입, 처치 또는 수리한 후 그 비용을 공단에 청구할 수 있다.
- 가. 근전전동의수: 아주 짧은 아래팔, 짧은 아래팔, 표준 아래팔, 손목관절
 - 나. 넓적다리 의지(공압식 또는 유압식): 일반형 소켓, 실리콘형 소켓
 - 다. 넓적다리 의지(인공지능식): 일반형 소켓, 실리콘형 소켓
 - 라. 설치형 전동리프트: 차량용, 벽체용
10. 수전동 휠체어(바퀴분리형), 욕창예방매트리스(고무제-공기격자형), 근전전동의수, 설치형 전동리프트(차량용, 벽체용)는 제조 또는 수입업체가 공단에 두는 연구기관에 해당 제품을 등록·신청하여 다음 각 목의 요건을 충족한 제품에 대하여 지급한다.
- 가. 수전동 휠체어(바퀴분리형): 수동 및 전동 겸용 기능을 갖추어야 하며, 식품의약품안전처 전동휠체어(B, C형) 기준 규격에 적합하여야 하고, 의료기기 허가를 필요하여야 한다.
 - 나. 욕창예방매트리스(고무제-공기격자형): 한국산업표준 KS P 0234 규격에 적합하여야 하며, 의료기기 허가를 필요하여야 한다.
 - 다. 근전전동의수
 - 1) 의수의 전체 파지력은 100N 이상 이어야 한다.
 - 2) 근전위센서는 건식형이어야 하며, 침수시험을 만족하여야 한다(KS C IEC 60529: IPX7).
 - 3) 소켓을 제외한 전체 구성품의 무게는 800g 이하를 만족하여야 한다.

4) 의수의 내구성 시험은 10,000회 반복 개폐 동작시험을 만족하여야 한다.

라. 설치형 전동리프트: 국가산업기술표준 KS P ISO 10535의 관련 규격에 적합하여야 하며, 의료기기 신고를 필하여야 한다.

11. 근전전동의수는 산재보험 의료기관에서 재활의학과 또는 정형외과 전문의가 처방한 경우에 지급한다.
12. 집노기는 1회에 2개를 지급한다.
13. 요양이 종결된 후 재활보조기구의 제작 또는 장착을 위하여 의료기관에서 한 진찰·검사·처치 등에 소요된 비용은 요양급여로 지급한다.

[재활보조기구 유형별 지급대상, 금액 및 내구연한] <개정 2021. 12. 30>

1. 의지

구분	분류 번호	분 류	지급대상	금액(원)	내구 연한
팔의지	타-6-1	아주 짧은 아래팔 근전전동의수	팔꿈치 관절부터 아래팔뼈 길이의 35% 이하를 남기고 팔이 상실되었으며 단단부 잔존근육의 근전도 신호가 명확하게 나타나고, 대상자의 재활의지 및 연령 등을 고려하여 반자동형보다 는 근전전동의수가 적합한 경우	5,610,000	5년
	타-7-1	짧은 아래팔 근전전동의수	팔꿈치 관절부터 아래팔뼈 길이의 35%~55%를 남기고 팔이 상실되었으며 단단부 잔존 근육의 근전도 신호가 명확하게 나타나고, 대상자의 재활의지 및 연령 등을 고려하여 반자동형보다는 근전전동의수가 적합한 경우	5,500,000	5년
	타-8-1	표준 아래팔 근전전동의수	팔꿈치 관절부터 아래팔뼈 길이가 55% 이상 남았거나 손목관절 바로 위 부위를 남기고(손목 관절은 상실) 팔이 상실되었으며 단단부 잔존 근육의 근전도 신호가 명확하게 나타나고, 대상자의 재활의지 및 연령 등을 고려하여 반자동형보다는 근전전동의수가 적합한 경우	5,500,000	5년
	타-9-1	손목관절 근전전동의수	손목관절면을 남기고 손 전체가 상실되었으며 단단부 잔존 근육의 근전도 신호가 명확하게 나타나고, 대상자의 재활의지 및 연령 등을 고려 하여 반자동형보다는 근전전동의수가 적합한 경우	5,700,000	5년
다리 의지	타-14-1	넓적다리 의지 (A-K prosthesis) (공압식 또는 유압식 : Pneumatic or Hydraulic Control Type)	엉덩이관절부터 넓적다리뼈 길이의 25% 이상을 남기고 다리가 상실된 경우		
		가. 일반형 소켓 (일반형 인공발)		1,905,000	3년
		가-1. 일반형 소켓 (고기능형 인공발)		2,365,000	3년
		나. 실리콘형 소켓 (일반형 인공발)		2,735,000	5년
		나-1. 실리콘형 소켓 (고기능형 인공발)		3,195,000	5년

	타-15	넓적다리 의지 (A-K prosthesis) (인공지능식: Intelligent Control Type)	엉덩이관절부터 넓적다리뼈 길이의 25% 이상을 남기고 다리가 상실된 경우		
		가. 일반형 소켓 (일반형 인공발)		3,284,000	3년
		가-1. 일반형 소켓 (고기능형 인공발)		3,744,000	3년
		나. 실리콘형 소켓 (일반형 인공발)		4,116,000	5년
		나-1. 실리콘형 소켓 (고기능형 인공발)		4,576,000	5년

2. 보조기

구분	분류 번호	분 류	지급대상	금액(원)	내구 연한
팔 보조기	타-23-다	짧은팔 보조기 - 각도조절형	손목 관절운동의 제한 또는 기능 발휘를 위한 경우	142,000	3년
	타-22-라	어깨 보조기 (Shoulder Sling)	어깨 부위의 뼈나 근육이 손상되어 어깨관절과 위팔을 받쳐주어 손상 부위를 보호하기 위한 경우 사용	120,000	3년
척 추 보조기	타-24-라	목뼈 보조기 (cervical spine brace) - 4지주	머리와 목뼈의 회선, 굴곡을 제한해야 할 정도의 중증인 경우	203,000	3년
	타-25-마	등·허리뼈보조기 (dorsal, lumber spinal brace) - 나이트식	등·허리뼈의 관절운동을 제한 또는 고정하는 경우	136,000	3년
다 리 보조기	타-29-라	무릎관절보조기 (knee ankle cage) - 플라스틱 (수가공품)	무릎관절 또는 넓적다리무릎뼈관절의 운동을 견고 하게 제한 또는 고정하는 경우로서, 무릎관절에 변형이나 단축 등의 신체적 특성으로 기성품을 사용 할 수 없어 수가공품의 플라스틱 보조기 제작이 필요 한 경우	282,000	3년

3. 기타

구분	분류 번호	분 류	지급대상	금액(원)	내구 연한
휠체어	타-32-4	수·전동휠체어 (Electric power wheelchair convertible to Manual control) - 바퀴분리형	보행이 불가능한 자로서 팔 기능이 약화 또는 전폐 되어 수동휠체어를 혼자서 조작할 수 없는 사람 등이 다른 사람의 도움 없이 전동휠체어를 안전하게 작동할 수 있는 경우	3,934,000	6년
기 타	타-37-1	가발(wig)	환자 상병정도 및 체형 등에 따라 착용이 필요하 다는 의학적 소견이 있는 경우	시 가	5년
	타-37-5	욕창예방매트리스 (고무제-공기격자형)	뇌손상, 척수손상 등으로 스스로 체위변경이 불 가능한 사지마비 또는 사지마비에 준하는 마비로 인하여 욕창이 발생하였거나, 욕창이 발생할 위험이 있는 경우	1,449,000	3년
	타-37-6	집뇨기(urine bag) (고무제-역류방지형)	뇌손상, 척수손상, 말초신경 손상, 비뇨기계 손상 등으로 인해 배뇨제어가 어려운 경우	57,000	1년
기 타	타-37-8	설치형 전동리프트	신경손상, 근 약화 등의 사유로 스스로 체위변환 및 이동을 할 수 없어 타인에 의하여 이동을 하여야 하는 사람에게 사용하는 경우		
		가. 차량용		2,500,000	5년
		나. 벽체용		2,500,000	5년

4. 재활보조기구 수리료 <개정 2021. 12. 30., 2022. 12. 30.>

구 분	분류번호	분 류	금액(원)
팔의지	타-38	위팔 의지 소켓 교환	201,000
	타-39	위팔 의지 관절장식 교환	538,000
	타-39-1	위팔 의지 관절장식 교환(기능형)	930,000
	타-41	아래팔 의지 소켓 교환	148,000
	타-42	흑크 교환	655,000
	타-43	의수 교환(기능형)	532,000
	타-44	케이블 교환	119,000
	타-45	어깨밴드 교환	24,000
	타-45-1	실리콘 의수 교환(미관형)	403,330
	타-45-2	팔꿈치관절 의지 장식 교환(기능형)	964,000
	타-45-3	아래팔 의지 장식 교환	454,000
	타-45-4	근전전동의수 소켓 교환	784,000
	타-45-5	근전전동의수 배터리 교환 : 2개 1세트	105,000
	타-45-6	근전전동의수 변속기부 교환	654,510
	타-45-7	근전전동의수 모터부 교환	444,510
	타-45-8	근전전동의수 기어부 교환	150,510
	타-45-9	근전전동의수 골격부 교환	948,510
	타-45-10	근전전동의수 센서부 교환	339,510
	타-45-11	근전전동의수 제어부 교환	444,510
	타-45-12	근전전동의수 외피 교환	194,610
	타-45-13	기능성 의수 내피 교환	156,810
	타-45-14	위팔의지 폼카바 교환	172,570
	타-45-15	위팔의지 스타키넷트 교환	30,800
	타-45-16	상완밴드 교환	24,000
	타-45-17	근전전동의수 손목꺾임장식	631,510
다리의지	타-46	<삭제 2021.2.28.>	
	타-46-1	넓적다리 의지 허리벨트 교환	180,390
	타-47	넓적다리 의지 무릎관절장식 교환	865,240
	타-47-1	넓적다리 의지 무릎관절장식 교환(인공지능식)	2,681,980
	타-47-2	무릎관절 의지 무릎관절장식 교환	1,060,000
	타-48	발목장식 교환(일반형)	158,000
	타-48-1	넓적다리의지 발목장식 교환(고기능형)	638,760
	타-49	족부외피 교환(일반형)	99,810
	타49-1	족부외피 교환(고기능형)	267,920
	타-50	넓적다리 의지 폼카바 교환	137,000
	타-51	흡인 밸브 교환	14,000
	타51-1	음압식 밸브 교환(넓적다리)	130,330
	타51-2	음압식 밸브 교환(종아리)	122,980
	타-52	넓적다리 의지 스타키넷트 교환	24,000
	타-53	종아리 의지 폼카바 교환	104,000

구 분	분류번호	분 류	금액(원)
다리의지	타-54	<삭제 2021.2.28.>	
	타-54-1	종아리 의지 스타키넷트 교환	21,000
	타-54-2	종아리 의지 스타키넷트카바 교환	18,000
	타-55	넓적다리 의지 스타키넷트카바 교환	21,000
	타-56	종아리 의지 장식 교환	119,000
	타-57	<삭제 2021.2.28.>	
	타-58	종아리 의지 콜셋밴드 교환	41,000
	타-59	<삭제 2021.2.28.>	
	타-59-1	다리 의지 파이프어답터 교환	75,000
	타-59-2	회전테이블 교환	302,000
	타-59-3	<삭제 2021.2.28.>	
	타-59-4	<삭제 2021.2.28.>	
	타-59-5	엉덩이관절 의지 장식 교환	1,478,650
	타-59-6	엉덩이관절 의지 소켓 교환	546,000
	타-59-7	<삭제 2021.2.28.>	
	타-59-8	<삭제 2021.2.28.>	
	타-59-9	무릎관절용 소켓연결 어답터 교환	197,000
	타-59-10	더마실 교환	108,000
	타-59-11	디지털 컵 교환	113,000
	타-59-12	종아리의지 실리콘 슬리브 교환	168,000
보조기	타-60	엉덩-무릎-발목-발 보조기 장식 교환	91,000
	타-61	듀랄루민 커프 교환	25,000
	타-62	발목장식 교환	33,000
	타-63	커프용 가죽밴드 교환	21,000
	타-64	무릎띠 교환	19,000
	타-65	크렌자크식 발목-발 보조기 장식 교환	68,000
	타-66	다리보조기용 속신 교환	162,000
	타-66-1	다리보조기용 정형용 구두 교환	100,000
휠 제어	타-68	시트 교환(일반형)	27,000
	타-69	등받이 교환(일반형)	27,000
	타-70	뒷바퀴 전체 교환(일반형)	49,000
	타-70-3	뒷바퀴 타이어 교환(일반형)	12,000
	타-70-4	뒷바퀴 튜브 교환(일반형)	6,000
	타-70-5	뒷바퀴 타이어 교환(활동형)	14,000
	타-70-6	뒷바퀴 튜브 교환(활동형)	7,000
	타-71	앞바퀴 교환(일반형)	25,000
	타-71-1	앞바퀴 교환(전동)	31,000
	타-72	팔받침 교환(일반형)	12,000
	타-72-1	팔받침 교환(활동형)	13,000
	타-72-2	팔받침 교환(수·전동 바퀴분리형)	13,000
	타-73	발판 교환(일반형)	14,000
	타-74	핸드림 교환(일반형)	25,000
	타-75	브레이크 교환(일반형)	14,000

구 분	분류번호	분 류	금액(원)
휠체어	타-76	브레이크 교환(활동형)	29,000
	타-77	12" 뒷바퀴 전체 교환(전동)	58,000
	타-77-2	12인치 뒷바퀴 타이어 교환(전동)	22,000
	타-77-3	12인치 뒷바퀴 튜브 교환(전동)	10,000
	타-77-4	14인치 뒷바퀴 타이어 교환(전동)	24,000
	타-77-5	14인치 뒷바퀴 튜브 교환(전동)	11,000
	타-78	16" 뒷바퀴 전체 교환(전동)	85,000
	타-78-2	16인치 뒷바퀴 타이어 교환(전동)	28,000
	타-78-3	16인치 뒷바퀴 튜브 교환(전동)	12,000
	타-79	시트 교환(전동)	29,000
	타-80	등받이 교환(전동)	35,000
	타-81	팔받침 교환(전동)	14,000
	타-82	발판 교환(전동)	16,000
	타-83	옆받이 교환(일반형)	16,000
	타-84	옆받이 교환(활동형)	26,000
	타-85	요크 교환(일반형)	30,000
	타-86	요크 교환(활동형)	43,000
	타-94	팔걸이 교환(일반형)	17,000
	타-94-1	팔걸이 교환(활동형)	18,000
	타-94-2	팔걸이 교환(전동)	19,000
	타-94-3	팔걸이 교환(수·전동 바퀴분리형)	17,000
	타-95	발걸이 교환(일반형)	35,000
	타-95-1	발걸이 교환(활동형)	36,000
	타-95-2	발걸이 교환(전동)	42,000
	타-95-3	발걸이 교환(수·전동 바퀴분리형)	35,000
전동스쿠터	타-88	10인치 앞바퀴 전체교환(전동스쿠터)	50,000
	타-88-1	10인치 뒷바퀴 전체교환(전동스쿠터)	50,000
	타-88-2	10인치 타이어 교환(전동스쿠터)	12,000
	타-88-3	10인치 튜브 교환(전동스쿠터)	8,000
	타-89	11인치 앞바퀴 전체교환(전동스쿠터)	60,000
	타-89-1	11인치 뒷바퀴 전체교환(전동스쿠터)	60,000
	타-89-2	11인치 타이어 교환(전동스쿠터)	16,000
	타-89-3	11인치 튜브 교환(전동스쿠터)	10,000
	타-90	12인치 앞바퀴 전체교환(전동스쿠터)	70,000
	타-90-1	12인치 뒷바퀴 전체교환(전동스쿠터)	70,000
	타-90-2	12인치 타이어 교환(전동스쿠터)	20,000
	타-90-3	12인치 튜브 교환(전동스쿠터)	12,000
기타	타-91	이동식 리프트용 배터리 교환: 2개 1세트	47,600
	타-96	벨크로 교환(개당)	15,760

제3절 보험급여청구서 확인 및 진단서 발급수수료 등

[지급원칙] <개정 2021. 12. 30., , 2022. 12. 30.>

1. 보험급여청구서에 대한 산재보험 의료기관의 확인 또는 진단서 발급 수수료는 매수에 관계없이 확인 또는 발급회수를 기준으로 하여 산정한다.
2. 같은 건에 대한 재확인 또는 재발급 수수료는 인정하지 아니한다.
3. 복합상병에 대해 전문과목별로 장해보상청구용 진단서를 발급하는 경우에는 해당 수수료를 각각 산정할 수 있다.
4. 요양급여신청서용 진단서 발급수수료는 최초 및 재요양에 대한 진료담당 의사의 초진소견서를 제출하는 경우에 지급한다.
5. 진료계획서용 진단서 발급수수료는 같은 요양기간에 대하여는 1회만 지급하고, 같은 산재보험 의료기관에서 같은 산재근로자의 진료계획을 2회 이상 제출하는 경우, 2회째는 해당 수수료의 100분의 70, 3회째부터는 해당 수수료의 100분의 50을 지급한다. 다만, 산재보험 의료기관에서 제출한 진료계획의 내용만으로 산재근로자의 상병상태 및 치료계획에 대한 판단이 곤란한 경우에는 수수료를 지급하지 아니할 수 있다.
6. 신체감정용 진단서 발급수수료는 법 제76조에 따른 보험급여의 일시지급 신청과 관련하여 공단이 신체감정을 의뢰하는 경우에 지급한다.
7. 다차원심리검사(L형) 수수료는 산재보험 의료기관에서 심리적 안정이 필요한 요양 중인 산재근로자에 대해 검사를 실시하고, 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제2조에 따른 고용·산재정보통신망(이하 “토탈서비스”라 한다.)을 이용하여 제출한 경우에 지급하되, 동일한 의료기관에서 실시한 검사에 대해서는 1회만 인정한다.
8. 의료기관 변경 요양 신청 소견서 발급수수료는 법 제48조제1항제1호 또는 제3호의 사유로 의료기관 변경 요양하는 경우에 지급한다. 다만, 토탈서비스를 이용하여 의료기관 변경 요양 소견서를 제출한 경우에 한하여 지급한다.
9. 재활특진 의뢰 소견서 발급수수료는 법 제119조에 따른 진찰 사유가 전문적인 재활 치료가 필요한지 여부에 대하여 진찰이 필요한 경우에 지급한다.
10. 간병요구도 평가 소견서 발급수수료는 법 제61조에 따른 간병급여를 지급받기 위하여 간병요구도 평가 결과에 대한 소견서를 제출한 경우에 지급한다.
11. 방사선 등 영상진단 필름CD/DVD 복사수수료 및 진료기록부 등 복사수수료는 공단이 산재보험 의료기관에 방사선 영상자료 또는 진료기록부 등 사본 제출을 요청하여

받은 경우에 지급하며 그 비용 산정은 보건복지부 장관이 고시하는 「의료기관의 제증명수수료 항목 및 금액에 관한 기준」에 따른다.

12. 토탈서비스 이용 수수료는 산재보험 의료기관이 보험급여청구서의 확인 또는 진단서를 발급하고 토탈서비스를 이용하여 제출한 경우에 산정한다. 이 경우, 산재근로자가 부담한 다른 의료기관의 요양비를 토탈서비스를 이용하여 대행 청구한 경우에도 요양비가 발생한 의료기관별로 각각 추가로 산정할 수 있다.
13. 요양급여신청서(최초) 대행 신청 수수료는 산재보험 의료기관이 산재신청인의 위임(동의)을 받아 토탈서비스를 이용하여 대행 신청한 경우 산정하고, 산재근로자가 의료기관에 최초 내원한 날부터 10일 이내에 요양급여신청서(최초)가 제출된 경우 100분의 100을 가산하여 수수료를 지급한다.
14. 주치의 면담료는 주치의가 공단직원과 대면하여 산재근로자에 대한 치료·재활·직업복귀 가능성 등 상담을 실시한 경우 지급하되, 동일한 산재근로자에 대하여 1일 2회 이상 상담을 실시하더라도 1일 1회만 산정한다. 다만, 공단에 두는 의료기관의 소속직원이 주치의와 면담한 경우에는 지급하지 아니한다.
15. 영상정보제공 수수료는 「의료법」 제21조의2제3항에 따른 “진료기록전송지원시스템”을 통해 공단이 요청한 영상정보를 제공하고 그 제공 여부를 토탈서비스에 등록한 경우 산정한다. 이 경우, 같은 영상자료에 대해서는 방사선 등 영상진단 복사 수수료를 별도 산정하지 아니한다.
16. 진료내역 확인 수수료는 공단이 산재보험 의료기관에 산재근로자의 진료내역 등 자료 제출을 요청하여 받은 경우에 산정한다. 이 경우, 산재보험 의료기관은 산재근로자의 진료내역을 공단이 제공한 서식에 따라 토탈서비스를 이용하여 제출하여야 한다.
17. 토탈서비스 이용 방사선 등 영상진단 자료 제출 수수료는 공단이 산재보험 의료기관에 방사선 등 영상자료 사본 제출을 요청하여 받은 경우에 산정한다. 이 경우, 산재보험 의료기관은 토탈서비스를 이용하여 제출하여야 한다.

[수수료] <개정 2021. 12. 30., 2022. 12. 30.>

분류 번호	분 류	금액(원)			
		상급종합 병 원	종합병원	병원	의원
너-1	장해보상청구용 진단서 발급	40,000	30,000	25,000	20,000
너-4	중증요양상태등급 신고용 진단서 확인	40,000	30,000	25,000	20,000
너-5	요양비 청구서 확인	6,000	5,000	4,000	3,000
너-6	요양급여신청서용 진단서	20,000	18,000	17,000	15,000
너-6-1	진료계획서용 진단서	20,000	20,000	20,000	20,000
너-7	특별진찰에 대한 소견서	50,000	40,000	—	—
너-7-1	신체감정용 진단서	100,000	—	—	—
너-8	소견조회 등 회신	10,000	10,000	10,000	10,000
너-9	방사선 등 영상진단 필름 복사수수료(매당)	「의료기관의 제증명 수수료항목 및 금액에 관한 기준」에 따름			
너-9-1	방사선 등 영상진단 CD 복사수수료(개당)	「의료기관의 제증명 수수료항목 및 금액에 관한 기준」에 따름			
너-9-2	방사선 등 영상진단 DVD 복사수수료(개당)	「의료기관의 제증명 수수료항목 및 금액에 관한 기준」에 따름			
너-11	다차원심리검사(L형)수수료	13,000	13,000	13,000	13,000
너-12	업무상질병 전문소견서	50,000	50,000	50,000	50,000
너-13	의료기관 변경 요양 신청 소견서 발급 수수료	50,000	50,000	50,000	50,000
너-14	재활특진 의뢰 소견서 발급 수수료	50,000	50,000	50,000	50,000
너-15	간병요구도 평가 소견서 발급 수수료	40,000	30,000	25,000	20,000
너-16	진료기록부 등 복사수수료(1~5매까지, 1매당)	「의료기관의 제증명 수수료항목 및 금액에 관한 기준」에 따름			
너-16-1	진료기록부 등 복사수수료(6매부터, 1매당)	「의료기관의 제증명 수수료항목 및 금액에 관한 기준」에 따름			
너-17	토탈서비스 이용 수수료	2,000	2,000	2,000	2,000
너-17-1	토탈서비스 이용 최초요양급여신청(대행) 수수료	10,000	10,000	10,000	10,000
너-17-3	토탈서비스 이용 방사선 등 영상진단 자료 제출 수수료	10,000	10,000	10,000	10,000
너-18	주치의 면담료	20,000	20,000	20,000	20,000
너-19	영상정보제공 수수료	40,000	40,000	40,000	40,000
너-20	진료내역 확인 수수료	5,000	5,000	5,000	5,000

제4절 화상환자에게 인정하는 약제 및 치료재료 등

[산정지침] <개정 2021. 12. 30., 2022. 12. 30.>

1. 화상환자에게 인정하는 약제 및 치료재료 등은 같은 부위에 대해 각각 한 번만 인정하며 의료기관 중별 행위가산은 적용하지 않는다.
2. 자기유래피부각질세포(홀로덤, 케라힐)는 급성기 화상환자로서 화상의 범위가 체표면적의 40% 이상이고 3도 화상의 범위가 체표면적의 30% 이상으로 사용가능한 자기 피부가 부족한 경우에 인정하되, 창상치유를 위한 드레싱용으로는 인정하지 않는다. 이 경우, 자기유래피부각질세포를 사용한 피부이식술은 자기유래배양피부 이식술로 산정하며 동시에 여러 부위에 수술을 시행하는 경우에는 보건복지부장관이 고시하는 “식피술 수가산정방법”에 따라 그 비용을 산정한다.
3. Versajet(변연절제용 Hydrosurgery System)은 화상치료를 위한 수술시 사용하는 경우 산정하며, 수술 당 1개 인정한다.

[약제 및 치료재료] <개정 2021. 12. 30.>

분류번호	분류	규격	단위	금액(원)	회사명
더-1	Holoderm	56cm ²	1장	784,000	테고사이언스(주)
더-5	케라힐	1ml	1바이알	3,122,640	바이오솔루션
더-6	Versajet (변연절제용 Hydrosurgery System)	15도 45도	1개	484,500	스미스앤드네퓨

[처치·수술료]

분류번호	분류	금액(원)
더-7	가. 자기유래배양피부이식술-안면 또는 관절부(25cm ² 미만)	270,800
	나. 자기유래배양피부이식술-안면 또는 관절부(25cm ² 이상)	367,180
	다. 자기유래배양피부이식술-기타(25cm ² 미만)	181,680
	라. 자기유래배양피부이식술-기타(25cm ² 이상~100cm ² 미만)	263,120
	마. 자기유래배양피부이식술-기타(100cm ² 이상~400cm ² 미만)	408,140
	바. 자기유래배양피부이식술-기타(400cm ² 이상~900cm ² 미만)	568,650
	사. 자기유래배양피부이식술-기타(900cm ² 이상)	819,250

제5절 재활보조기구 처방 및 검수료

[산정지침] <개정 2021. 12. 30., 2022. 12. 30.>

1. 재활보조기구 처방 및 검수료는 산재보험 의료기관에서 해당 전문의가 재활보조기구를 품목별 지급원칙 및 지급대상(용도)에 맞게 처방·검수하여 산재근로자에게 직접 지급하고 별지 서식의 재활보조기구 처방전 및 검수확인서를 제출한 경우에 산정한다. 다만, 집뇨기, 재활보조기구 수리료 및 「국민건강보험법 시행규칙」 제26조 제2항에 따라 장애인보조기기의 검수확인을 제외하도록 되어 있는 품목은 재활보조기구 처방 및 검수료를 산정하지 않는다.

2. 재활보조기구 처방 및 검수료를 산정할 수 있는 분류(유형)별 전문의는 다음 각목과 같다.

가. 의지: 재활의학과, 정형외과

나. 저시력보조안경, 돋보기, 망원경, 콘택트렌즈, 의안: 안과

다. 보청기, 개인용 음성 증폭기: 이비인후과

라. 그 밖의 품목: 재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과, 외과

[처방 및 검수료]

분류번호	분 류	금 액(원)			
		상급 종합병원	종합병원	병원	의원
러-1	의지(미관형 팔의지 제외)	24,680	21,700	18,720	16,580
러-2	미관형 팔의지·의지 이외의 품목	12,340	10,850	9,360	8,290

제6절 이송료

(법 시행규칙 제16조제2항 관련)

[산정지침]

1. 의료기관 등의 구급차를 이용하여 환자를 이송한 경우 구급차 이용비용을 지급하되, 비용은 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제11조 관련 별표 3 “이송처치료의 기준”에 따라 산정한다.
2. 구급차 이외의 교통비는 순로(정상적 교통수단 및 경로)에 따라 산재근로자 및 그와 동행하는 간호인의 이송에 실제로 드는 금액으로 하되, 다음의 원칙을 고려하여 교통수단별 이용기준 및 등급기준에 따라 지급한다.
 - 가. 등급의 차이가 있는 교통수단을 이용하는 경우에는 제2등급에 해당하는 등급을 기준으로 산정하되, 산재근로자의 상병상태로 보아 상위등급의 교통수단을 이용하는 것이 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우에는 제1등급을 기준으로 지급
 - 나. 순로에 따른 이송이 아닌 경우에는 교통수단별 이용기준 및 등급기준에 따라 정상적인 교통수단 및 경로에 따른 비용을 지급
 - 다. 자가용을 이용하는 경우에는 지역별 일반택시요금의 100분의 50을 지급
3. 숙박비 및 식대는 산재근로자 및 그와 동행하는 간호인 중 숙박이 필요한 경우에만 지급하되, 「공무원여비규정」 제16조제1항 별표 2 제2호에 따른 숙박비 및 식비에 준하여 지급한다.

[교통수단별 이용기준]

구 분	이 용 기 준
근거리 대중 교통수단	퇴원, 통원 하는 경우로 시내·시외버스, 농어촌버스, 마을버스, 전철 및 그 밖에 이에 준하는 교통수단의 이용이 가능하다는 의학적 소견이 있는 경우
원거리 대중 교통수단	고속버스, 시외버스, 철도 및 그 밖에 이에 준하는 교통수단을 통한 원거리 이송이 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우
자가용·택시	1. 근거리 대중교통수단으로 이동이 가능한 구간임에도 불구하고 상병상태로 보아 다른 대중교통수단의 이용이 불가하다는 의학적 소견이 있는 경우 2. 원거리 이송 필요성이 인정되나 상병상태로 보아 간호인 동행에도 불구하고 다른 대중교통수단 이용이 불가능하여 그 이용이 유일한 수단이라는 의학적 소견이 있는 경우
선박·항공기	지리적 여건으로 다른 교통수단 이용이 불가능하거나, 응급치료 등 긴급한 경우로 그 이용이 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우

[교통수단별 등급기준]

구 분		등 급 기 준		비 고
		1등급	2등급	
근거리 대중교통수단		—	시내·외 버스, 전철, 마을버스, 농어촌버스 등	직행좌석형, 좌석형, 일반형 등 등급 구분 없이 실제 부담한 금액
원거리 대중 교통수단	고속버스	우등고속	일반고속, 시외버스	운행계통, 시설, 요금 등이 고속버스에 준하는 시외버스는 고속버스로 분류
	철도	KTX 특실, 새마을호 특실	KTX 보통실, 새마을호 보통실	새마을호, KTX 비통과 구간은 그 노선의 이용 열차 운임 적용
택 시		—	소형·중형택시	대형, 모범형, 고급형 배제
선 박		1등실	2등실	특등실 배제(2개 등급의 경우 아래 등급 인정)
항공기		Business Class	Economy Class	First Class 배제(2개 등급의 경우 아래 등급 인정)

제7절 치료보조기구

[지급원칙]

1. 치료보조기구는 해당 유형별 지급대상에 해당하는 경우에 상한금액의 범위에서 한 번만 지급하되, 자가도뇨기구는 월 1개를 지급한다.
2. 치료보조기구에 필요한 소모품 비용은 이 기준에서 정한 것 외에는 별도 지급하지 아니한다.

[치료보조기구 유형별 지급대상 및 금액]

분류번호	분 류	지급대상	금액(원)
머-1	이동형 산소치료기	산소치료서비스 지급 대상자로서 이동시에도 이동형 산소치료기가 필요한 경우	
	가. 산소절약기 부착		739,000
	나. 산소절약기 미부착		371,000
머-2	의료용흡입기 (Inhalators for medical use)	통원 요양 중인 산재근로자로서 기관지확장제 등 흡입제의 투여가 필요한 경우	219,000
머-3	의료용흡인기 (Aspirators for medical use)	통원 요양 중인 산재근로자로서 의식장애 또는 호흡기장애 등으로 스스로 객담을 배출하기 어려운 경우	397,000
머-4	자가도뇨기구	척수손상 등으로 인하여 약물로 조절되지 않는 배뇨장애가 있고 잔뇨량이 100cc 이상인 경우, 그 밖에 자가도뇨기구 사용이 불가피하다는 주치의의 소견이 있는 경우	14,000
머-5	할로베스트 (Halovest)	할로베스트 골건인술 대상자로서 경추골절의 척추 안정 또는 수술 후 경추부의 확고한 고정이 필요한 경우	1,800,000
머-6	팔걸이 (Arm Sling)	상지 골절 또는 근육 손상 등으로 부목이나 캐스트 후 손상부위의 고정을 위해 필요한 경우	10,000
머-6-1	어깨 밴드 가. 쇄골밴드 나. 8자형 밴드	견·쇄관절 탈구 도수정복술 후 손상부위의 고정을 위해 필요한 경우	10,000
	10,000		
머-6-2	석고 신발 (Cast shoe)	하지 골절 또는 손상 등으로 캐스트 또는 부목 시행 후 필요한 경우	10,000
머-6-3	벨포붕대 (Velpeau Bandage)	어깨 또는 상완의 손상으로 고정이 필요한 경우	17,000

제8절 한방 첩약 및 검사료 등

1 한방첩약 및 탕전료

[산정지침]

1. 한방 첩약은 한방 의료기관에서 요양 중인 산재근로자의 진료 상 반드시 필요한 경우에 지급한다.
2. 첩약은 1일 2첩, 입원 60일, 외래 30일을 원칙으로 하되, 상병상태가 추가 첩약 치료가 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우 추가로 인정할 수 있다.

[지급대상 및 금액]

분류번호	분 류	금액(원)
버-1	한방 첩약(1첩당)	6,690
버-2	한방 탕전료(1첩당)	670

2 한방검사료

[산정지침] <개정 2021. 12. 30.>

1. 검사에 사용된 약제 및 그 밖의 재료대 등은 검사료에 포함되므로 별도 산정하지 아니하며 의료기관 종별 행위가산은 적용하지 않는다.
2. 검사료는 해당 검사료 산정기준에 따라 산정하며 검사료 산정기준의 횟수제한에도 불구하고 진료 상 반드시 필요하다는 한의사의 소견이 있는 경우에는 추가로 인정할 수 있다.

[지급대상 및 금액] <개정 2021. 12. 30.>

분류번호	분 류	산정기준	금액(원)
버-3	혈액어혈검사	1. 뇌심혈관질환 관련 한의학적 진단 및 치료를 위해 실시한 경우 산정 2. 진단 시 1회 인정하며 진단 시를 포함하여 치료기간 중 총 2회 산정	25,500

제9절 전신해부에 따른 비용

[산정지침]

1. 전신해부비용은 분진직업에 종사하고 있거나 종사하였던 근로자의 사망원인을 알 수 없는 경우에 그 유족의 의뢰에 의하여 전신해부 지정 의료기관에서 전신해부를 실시한 경우에 지급한다.
2. 전신해부 행위료는 사체의 전신 검안 및 머리·가슴·배 등의 주요 장기의 해부 행위를 실시한 경우에 지급한다.

분류번호	분 류	금액(원)
서-1	전신해부 행위료	500,000

3. 전신해부와 관련된 검사비용은 보건복지부장관이 고시하는 「행위 및 상대가치점수」 제1편제2부제2장 검사료 및 제3장 영상진단 및 방사선치료료에 따라 산정한다.
4. 전신해부와 관련된 병리검사는 반드시 5대 장기(뇌·심장·폐·간·신장) 절편 조직검사를 실시하여야 하며, 필요시 부검의의 판단에 따라 골조직병리검사, 조직 전자현미경검사, 면역조직(세포)화학검사 등의 정밀검사를 실시할 수 있다.
5. 전신해부와 관련하여 독극물 검사가 필요한 경우에는 공단에 두는 연구기관에 의뢰 하여 실시하며, 이에 소요되는 비용은 별도 산정하지 않는다.
6. 해부소견서 발급수수료는 매수에 관계없이 1회 지급하며, 전신해부를 실시한 후 그 결과를 작성하여 공단에 제출한 경우에 지급한다.

분류번호	분 류	금액(원)
서-2	해부 소견서	300,000

7. 사체 이송료는 전신해부를 실시하기 위하여 사체를 전신해부의료기관을 경유하여 장례를 위한 최초 도착지까지 이송하는데 드는 비용을 지급하며, 그 비용은 「응급 의료에 관한 법률 시행규칙」 제11조 별표 3 “이송처치료의 기준”의 특수구급차 지급기준에 따라 산정한다.

제10절 재활치료료

1 전문재활치료료

[산정지침] <개정 2022. 12. 30.>

1. 해당 항목의 재활치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과 전문의가 상근하고, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사 또는 해당분야 전문치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다.
2. 전문재활치료료는 산정기준의 산정횟수 제한에도 불구하고 진료 상 필요하다는 **의사의 소견이 인정되는 경우 추가로 산정할 수 있다.**
3. 행위진료료 가산특례는 증식치료 및 도수치료, 체외충격파치료에 대하여만 적용한다.
4. 언어재활사의 자격기준은 「장애인복지법」에 따른다.

[치료 종류 및 금액] <개정 2021. 12. 30., 2022. 12. 30.>

분류번호	분 류	산정기준	금액(원)
어-1	언어치료 (Speech and Language Therapy) [1일당]	1인의 언어재활사가 별도로 구분된 언어치료실에서 1인의 환자를 대상으로 30분 이상 실시한 경우에 산정	42,420
어-2	전산화인지재활치료 (주의·기억) [Computer-Assisted Cognitive Rehabilitation Therapy(Attention·Memory)] [1일당]	1인의 작업치료사가 1인의 환자를 대상으로 전산화인지치료도구를 이용하여 30분 이상 실시한 경우에 산정	26,780
어-3	증식치료(Prolotherapy) [1일당] 가. 사지관절부위 나. 척추부위	1. 전문재활치료료 산정지침 제1호에도 불구하고, 재활의학과전문의 또는 동통재활분야 교육을 이수한 의사가 직접 실시한 경우에 산정 2. 사용된 약제 및 유도료는 소정금액에 포함되므로 별도 산정하지 않음 3. 관절 및 그 주위부를 1부위(요·천추부위는 1부위)로 하며, 동일예 2이상의 부위에 각각 실시한 경우에는 소정금액의 50%를 가산하여 산정하되, 실시부위를 불문하고 최대 2부위 이내만 산정 4. ‘가’, ‘나’ 각각 치료기간 중 1주 이상의 간격으로 6회까지 인정, 다만, 치료 후 6개월 이상 경과되어도 증상에 호전이 없어 추가치료가 필요하다는 의학적 소견이 인정되는 경우에는 ‘가’, ‘나’ 각각 6회까지 추가로 산정	 5,750 11,520

분류번호	분 류	산정기준	금액(원)
어-4	도수치료 (Manual Therapy) [1일당]	1. 카이로프랙틱(Chiropractics), 정골의학(Osteopathy), 정형도수치료(Orthopedic manual therapy) 등의 도수치료는 치료방법에 따라 다음 각 목에 해당하는 전문과목의 전문의 또는 물리치료사가 실시한 경우 산정하며, 도수치료는 주 3회 이내 산정하되, 치료기간 중 15회 이내만 산정 가. 전문재활치료료 산정지침 제1호에도 불구하고 도수치료는 재활 의학과, 정형외과, 신경외과 전문의가 10분 이상 실시한 경우에 산정 나. 위 “가”의 규정에도 불구하고 정골의학(Osteopathy), 정형도수치료(Orthopaedic manual therapy)는 의사의 지시 감독 하에 물리치료사가 30분 이상 실시한 경우에 산정 2. 시술부위를 불문하고 소정금액을 산정 3. 행위 및 상대가치점수 제7장 이학요법료 맞사지치료(사-105)는 소정금액에 포함되며, 운동치료(사-106, 사-116) 또는 재활기능치료(사-130)와 동시에 실시한 경우에는 주된 항목의 소정금액만 산정	36,080
어-5	체외충격파치료 (Extracorporeal Shock Wave Therapy)	1. 근골격계 질환(가관절, 골절 지연 유합, 석회화성 건초염, 족저근막염, 종골 골극, 상완골 내상과염 및 외상과염, 동결건, 견관절 회전근개파열, 어깨 건초염 및 활액낭염) 또는 척추질환(추간판탈출증, 척추협착증)이 발병하고 3개월간 보존적인 치료에도 호전이 없는 통증 환자에 대하여 실시한 경우에 산정 2. 전문재활치료료 산정지침 제1호에도 불구하고, 재활 의학과 또는 정형외과, 신경외과 전문의가 직접 10분 이상 실시한 경우에 주 1회 산정하되, 최초 시술시 부터 4회 이내만 산정 3. 다만, 상병명, 환자의 상태 및 동 치료에 대한 환자의 반응 등에 따라 제통되지 않을 경우에는 치료의 방향 등을 고려하여 2회에 한하여 추가 산정	42,030

2 검사료

[산정지침]

1. 검사료에는 검사에 필요한 약제, 판독료 및 그 밖의 재료대가 포함된 것으로 간주하며, 행위진료료 가산특례는 적용하지 않는다.
2. 검사료는 산정기준의 산정횟수 제한에도 불구하고 진료 상 필요하다는 [의사의 소견이 인정되는 경우 추가로 산정할 수 있다.](#)
3. 언어재활사의 자격기준은 「장애인복지법」에 따른다.

[검사의 종류 및 금액] <개정 2021. 12. 30.>

분류번호	분 류	산정기준	금액(원)
여-1	언어전반진단검사 (Language Assessment)	중추신경계 손상 및 질환에 의한 언어장애가 있는 1인 의 환자에 대하여 1인의 의사 또는 언어재활사가 표준화된 도구(K-WAB 등)를 이용하여 30분 이상 검사를 실시하고 그 결과를 작성한 경우에 산정	40,190
여-2	발음 및 발성검사 (Assessment of Speech and Voice disorder) 가. 발음검사 나. 발성검사	말장애(말더듬 포함), 음성장애, 조음장애가 있는 1인의 환자에 대하여 1인의 의사 또는 언어재활사가 언어치료실 에서 30분 이상 구강구조기능검사, 한국어발음의 위치별 정확도 측정, 최대모음연장발성시간, 조음교대운동속도 등을 측정한 후 검사결과를 작성한 경우에 산정	28,130 56,260
여-4	체온열검사 (Thermography)	1. 복합부위통증증후군, 신경병증성 통증, 말초혈관질환 (레이노증후군포함) 환자에게 실시한 경우 산정하며, 요양기관에 상근하는전문의 및 전공의의 처방에 따라 의사 또는 임상병리사가 실시하고 그 결과를 진료 기록부에 기록한 경우에 산정 2. 실시부위는 체간(얼굴 포함)·좌·우·상·하지의 5부위로 구분하여 각 부위별 소정금액을 각각 산정하며, 2부위 검사부터는 소정금액의 50%씩 가산하되, 최대 5부위 까지 산정할 수 있으며, 치료기간 중 2회만 산정	33,270
여-5	10미터 걷는 동안 속도 평 가 (10-meter timed walking test)	1. 중추신경계 손상 또는 질환에 의해 보행에 이상이 있는 환자에 대하여 재활치료 평가를 목적으로 10분 이상 정형화된 평가도구를 사용하여 걷는 속도(Time) 및 보조기 사용여부 등의 평가를 실시하고, 평가 결과지를 작성· 비치한 경우에만 산정 2. 월 1회 이상 실시하더라도 1회만 산정	9,850
여-6	장비를 이용한 근력검사	1. 뇌질환, 뇌손상, 척수질환, 척수손상, 장기간 침상에 누워 있는 환자, 근골격계 질환 또는 손상 및 수술후 근육의 약화와 마비 등 재활이 필요한 환자로 근력평가가 필요한 경우에 측정장비를 이용한 근력검사를 실시하고 시스템을 통한 평가를 시행한 경우에 부위별(상·하지, 척추 - 최대 3부위)로 산정 2. 같은 날 도수근력검사(나-661) 또는 등속성운동기능 검사(너- 775)를 실시한 경우에는 주된 항목의 소정 금액만 산정 3. 월 1회 이상 실시하더라도 1회만 산정	9,260

분류번호	분 류	산정기준	금액(원)
여-7	연하장애 임상평가 (Clinical evaluation of Swallowing Difficulty)	1. 연하장애가 있거나 의심되는 환자에 대하여 재활치료 평가를 목적으로 10분 이상 정형화된 평가도구를 사용하여 구강인두기능 신체사정 및 연하 시 증상 사정 등의 평가를 실시하고, 평가 결과지를 작성·비치한 경우에만 산정 2. 월 1회 이상 실시하더라도 1회만 산정	9,850

3 기본진료료

[산정지침]

1. 중추신경계 손상 또는 질환, 사지절단, 신경근골격계 손상 또는 질환 등으로 재활 치료를 실시한 경우에 산정한다.
2. 재활치료팀 회의료는 재활의학과 전문의 또는 전공의, 물리치료사, 작업치료사, 사회복지사 등 해당 분야 전문가 4명 이상이 참여하여 팀 회의를 실시한 경우에 산정한다. 이 경우 팀 회의에는 재활의학과 전문의 또는 전공의가 참여하여야 한다.
3. 팀 회의료는 재활의학과 전문의 또는 전공의 처방에 따라 의사의 주도로 팀 회의를 실시하고, 물리치료 및 작업치료 등 평가내용을 근거로 진료기록부에 치료목표와 연결되는 재활치료계획서(별지 제9호 서식)를 작성·비치한 경우에 산정한다.
4. 팀 회의료는 입원 요양기간 중 최대 3회까지 인정하며, 최초 팀 회의료는 재활치료 시작일 부터 2주 이내에 실시한 경우에만 산정한다. 한편, 최초 팀 회의료를 산정할 수 없을 때에는 입원 요양기간 중 최대 2회까지 인정한다.
5. 2회 차 및 3회 차 팀 회의는 전회 차 팀 회의 실시일 부터 4주 이상의 기간을 두어 실시한 경우에 산정한다. 다만, 퇴원 직전 2주 이내에 실시하는 팀 회의료는 전회 차 팀 회의 실시일 부터 4주 이내에 실시한 경우에도 산정할 수 있다.
6. 행위진료료 가산 특례는 적용하지 않는다.

[치료 종류 및 금액]

분류번호	분 류	금액(원)
오-1	재활치료 팀 회의료	
	가. 최초 나. 2회차 부터	30,150 20,100

제11절 냉각부하검사료

[산정지침]

1. 레이노증후군 진단을 목적으로 의사의 처방에 따라 검사를 실시하고 그 결과를 작성한 경우에 산정한다.
2. 냉각부하검사료에는 검사에 필요한 촬영료, 판독료 및 재료대가 포함된 것으로 간주하며, 행위진료료 가산특례는 적용하지 않는다.

[검사의 종류 및 금액]

분류번호	분 류	금액(원)
요-1	냉각부하검사	50,000

제12절 처치료

[산정지침]

1. 의사 또는 한의사의 처방에 따라 처치를 시행하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다.
2. 처치에 사용된 약제 및 치료재료대는 별도로 명시한 경우를 제외하고는 각 분류 항목의 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.
3. 행위진료료 가산 특례는 적용하지 않는다.

[처치 종류 및 금액]

분류번호	분 류	산정기준	금액(원)
우-1	사후처치료	의사 또는 한의사의 사망진단이 내려진 후 병실 등에서 사망한 환자에게 사후처치를 시행한 경우 산정	20,000

제13절 예방접종비용

[산정지침]

1. 만65세 미만의 진폐증, 만성폐쇄성폐질환(COPD), 천식환자에게 폐렴구균이나 인플루엔자 백신을 접종한 경우에 산정한다. 다만, 연령기준은 「국가예방접종 지원사업 관리지침」이 정하는 기준에 따라 달리 적용한다.
2. 예방접종비용은 「예방접종업무의 위탁에 관한 규정」 제5조(예방접종비용)에 따라 해마다 정하는 백신비와 예방접종 시행비용을 산정하고, 행위진료료 가산특례는 적용하지 않는다.
3. 예방접종 실시방법은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙」 제26조(예방접종의 실시기준과 방법)에 따라 의사의 처방에 의해 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다.

[예방접종 종류 및 산정기준] <개정 2022. 12. 30.>

분류번호	분류	산정기준
유-1	폐렴구균 가. PCV(단백결합) 13 나. PPSV(다당질) 23	요양기간 중 총 1회 산정
유-2	인플루엔자 QIV(0.5ml) (4가 인플루엔자백신)	요양기간 중 1년에 1회 산정
유-3	예방접종 시행비용 가. 폐렴구균 백신 나. 인플루엔자 백신	

【별지 제1호 서식】 <개정 2021. 12. 30.>

산업재해보상보험 재활보조기구 처방전 및 검수확인서(팔 의지) ☐ 최초 ☐ 추가지급					
성명		생년월일		재해발생일	
절단부위 길이	☐ 좌 ☐ 우, -----절단 -----관절로부터 -----cm	전화번호	자택 휴대폰		
상병명					
의학적 소견		납품희망일	20		
처방 내역					
품목 분류 (코 드)	☐ 어깨가슴 의지-미관형(20011)	☐ 어깨가슴 의지-기능형(20012)			
	☐ 어깨관절 의지-미관형(20021)	☐ 어깨관절 의지-기능형(20022)			
	☐ 위팔 의지-미관형(20033)	☐ 위팔 의지-기능형(20034)			
	☐ 팔꿈치관절 의지-미관형(20051)	☐ 팔꿈치관절 의지-기능형(20052)			
	☐ 아래팔 의지-미관형(20053)	☐ 아래팔 의지-기능형(20054)			
	☐ 짧은 아래팔 근전전동의수(20073)	☐ 아주 짧은 아래팔 근전전동의수(20063)			
	☐ 표준 아래팔 근전전동의수(20083)	☐ 손목관절 근전전동의수(20093)			
	☐ 손목관절 의지-미관형(20091)	☐ 손목관절 의지-기능형(20092)			
	☐ 손 의지-미관형(20101)	☐ 손 의지-기능형(20102)			
	☐ 손가락 의지-미관형(20110)	☐ 기타()			
소켓 유형	☐ 흡착식 ☐ 차입식 ☐ 유창식 ☐ 기타 -----				
소켓 재질	☐ 플라스틱 ☐ 레진(호마이카)				
현수 장치	☐ 흉곽벨트 ☐ 8자하네스 ☐ 안장식 멜빵 ☐ 기타 -----				
	☐ 커프 ☐ 실레시안밴드(아래팔 의지 이하만 해당)				
손목관절 장치	☐ 마찰식 ☐ 신축교환식 ☐ 굴곡식				
팔꿈치관절 장치	☐ 마찰식 ☐ 힌지식 ☐ 수동식 ☐ 기타 -----				
어깨관절 장치	☐ 유니버설 ☐ 굴곡외전식 ☐ 기타 -----				
손의 종류	☐ 흑크 ☐ 반자동 ☐ 근전전동 ☐ 기타 -----				
케이블 어셈블리	☐ 있음 ☐ 없음				
손 재료	☐ 실리콘 ☐ PVC(손 의지 및 손가락 의지만 해당)				
특이사항 : 기본 처방에서 벗어난 특수 수정사항 및 그 이유를 나타내시오. 					
위와 같이 재활보조기구를 처방합니다. 의료기관 명칭(의료기관 코드) : 년 월 일 담당의사 : (서명 또는 날인) 면허번호 제 호					
의지.보조기 기사 ----- 인도 예정일 -----					
검 수 확 인	품 목		코 드		
	구 입 일 자		구 입 처		
	구 입 가 격	원	기 타		
	(재활보조기구의 적합성 여부 등 검수한 내용을 구체적으로 기재)				
위와 같이 재활보조기구 검수를 확인합니다. 의료기관 명칭(의료기관 코드) : 년 월 일 담당의사 : (서명 또는 날인) 면허번호 제 호					

210mm × 297mm (일반용지 60g/m²(재활용품))

【별지 제2호 서식】 <개정 2021. 12. 30.>

산업재해보상보험 재활보조기구 처방전 및 검수확인서(다리 의지) □ 최초 □ 추가지급					
성 명		생년월일		재해발생일	
절단부위 길이	□ 좌 □ 우, -----절단 -----관절로부터 -----cm	전화번호	자 택 휴대폰		
상 병 명					
의학적 소견		납품희망일	20		
처방 내역					
품 목 분 류 (코 드)	□ 골반 의지(20120)		□ 엉덩이관절 의지(20130)		
	□ 넓적다리 의지-일반형(20131)		□ 넓적다리 의지-실리콘형(20132)		
	□ 넓적다리 의지(공압식 또는 유압식)-일반형, 일반형 인공발(20145)		□ 넓적다리 의지(공압식 또는 유압식)-실리콘형, 일반형 인공발(20146)		
	□ 넓적다리 의지(공압식 또는 유압식)-일반형, 고기능형 인공발 (20155)		□ 넓적다리 의지(공압식 또는 유압식)-실리콘형, 고기능형 인공발 (20156)		
	□ 넓적다리 의지(인공지능식)-일반형, 일반형인공발(20151)		□ 넓적다리 의지(인공지능식)-실리콘형, 일반형 인공발(20152)		
	□ 넓적다리 의지(인공지능식)-일반형, 고기능형 인공발(20157)		□ 넓적다리 의지(인공지능식)-실리콘형, 고기능형 인공발(20158)		
	□ 무릎관절 의지-일반형(20161)		□ 무릎관절 의지-실리콘형(20162)		
	□ 종아리 의지-일반형(20173)		□ 종아리 의지-실리콘형(20174)		
	□ 발목 의지-일반형(20201)		□ 발목 의지-실리콘형(20202)		
	□ 발 의지-일반형(20211)		□ 발 의지-실리콘형(20212)		
□ 기타 ()					
소켓 재질	□ 플라스틱 □ 레진(호마이가)				
소켓 유형	□ 사각소켓 □ MAS □ CATCAM □ 기타 -----				
	□ PTB식 □ KBM식 □ 기타 ----- ※ 종아리 의지만 해당				
	□ 유창식 □ 차입식 □ 싸임식 ※ 발목관절 의지만 해당				
현수 장치	□ 흡입식 □ 실레시안밴드 □ 허리밴드 □ 태뮬코르셋 □ 기타 -----				
엉덩이관절 장치	□ 유압식 □ 기계식 ()				
무릎관절 장치	□ 기계식 □ 유압식 □ 공압식 □ 인공지능식				
무릎잠금 장치	□ 없음 □ 하중브레이크 □ 고정식				
신진보조 장치	□ 있음 □ 없음 ※ 있으면 유형 표시 -----				
발·발목 어셈블리	□ SACH □ 단축식 □ 에너지저장형 □ 기타 -----				
기타 장치	□ 회전테이블 □ 토크업소바 □ 기타 -----				
특이사항 : 기본 처방에서 벗어난 특수 수정사항 및 그 이유를 나타내시오.					
위와 같이 재활보조기구를 처방합니다. 의료기관 명칭(의료기관 코드) : 담당의사 : 년 월 일 (서명 또는 날인) 면허번호 제 호					
의지.보조기 기사 ----- 인도 예정일 -----					
검 수 확 인	품 목		코 드		
	구 입 일 자		구 입 처		
	구 입 가 격	원	기 타		
	(재활보조기구의 적합성 여부 등 검수한 내용을 구체적으로 기재)				
위와 같이 재활보조기구 검수를 확인합니다. 의료기관 명칭(의료기관 코드) : 담당의사 : 년 월 일 (서명 또는 날인) 면허번호 제 호					

210mm × 297mm (일반용지 60g/m²(재활용품))

산업재해보상보험					
재활보조기구 처방전 및 검수확인서(팔 보조기)				□ 최초 □ 추가지급	
성 명		생년월일		재해발생일	
주 소		전화번호	자 택 휴대폰		
상 병 명					
의학적 소견			납품희망일	20	
처방 내역					
품목 분류 (코 드)	☐ 어깨 보조기(20222)				
	☐ 어깨 보조기 - shoulder sling(20224)				
	☐ 팔꿈치-손목-손 보조기 - 일반형(20221)				
	☐ 팔꿈치-손목-손 보조기 - 각도조절형(20223)				
	☐ 손목-손 보조기(20231)				
	☐ 손가락 보조기(20232)				
	☐ 짧은 팔 보조기-각도조절형(20233)				
	☐ 기타 :				
제작법 구분	☐ 취형 제작법 ☐ 치수측정 제작법				
관절 제한	☐ 어 깨 관 절 : ☐ 고정 ☐ 유동 ☐ 제한 (각도 도)				
	☐ 팔 관 절 : ☐ 고정 ☐ 유동 ☐ 제한 (각도 도)				
	☐ 손 목 관 절 : ☐ 고정 ☐ 유동 ☐ 제한 (각도 도)				
	☐ 손허리뼈 관절 : ☐ 고정 ☐ 유동 ☐ 제한 (각도 도)				
	☐ 첫마디뼈 관절 : ☐ 고정 ☐ 유동 ☐ 제한 (각도 도)				
	☐ 끝마디뼈 관절 : ☐ 고정 ☐ 유동 ☐ 제한 (각도 도)				
	☐ 기타()				
특이사항 : 기본 처방에서 벗어난 특수 수정사항 및 그 이유를 나타내시오.					
위와 같이 재활보조기구를 처방합니다.					
		년 월 일			
의료기관 명칭(의료기관 코드) :					
담당의사 :		(서명 또는 날인)		면허번호 제	호
의지 . 보조기 기사 -----		인도 예정일 -----			
검 수 확 인	품 목		코 드		
	구 입 일 자		구 입 처		
	구 입 가 격	원	기 타		
	(재활보조기구의 적합성 여부 등 검수한 내용을 구체적으로 기재)				
위와 같이 재활보조기구 검수를 확인합니다.					
		년 월 일			
의료기관 명칭(의료기관 코드) :					
담당의사 :		(서명 또는 날인)		면허번호 제	호

- 39 -

【별지 제4호 서식】 <개정 2021. 12. 30.>

[illegible]210mm × 297mm (일반용지 60g/m²(재활용품))

【별지 제5호 서식】 <개정 2021. 12. 30.>

산업재해보상보험 재활보조기구 처방전 및 검수확인서(골반·다리 보조기) ☐ 최초 ☐ 추가지급					
성 명		생년월일		재해발생일	
주 소		전화번호	자 택		
			휴대폰		
상 병 명					
의학적 소견		납품희망일	20	.	.
처방 내역					
품목 분류 (코 드)	☐ 골반 보조기(20260)				
	☐ 엉덩-무릎-발목-발 보조기 : ☐ 한쪽(20271) ☐ 양쪽(20280)				
	☐ 무릎-발목-발 보조기(20272)				
	☐ 무릎 보조기 : ☐ 관절운동 제한장치 부착형(20291) ☐ 레녹스 힐(20292) ☐ 인대손상용(20293) ☐ 플라스틱(수가공품)(20294)				
	☐ 발목-발 보조기 : ☐ 체중부하식(20304) ☐ 일체형-플라스틱(20305) ☐ 90도 고정형-플라스틱(20306) ☐ 90도 고정형-금속형(20303) ☐ 크렌자크식-플라스틱(20307) ☐ 크렌자크식-금속형(20302)				
	☐ 기타()				
제작법 구분	☐ 취형 제작법 ☐ 치수측정 제작법				
관절 제한	☐ 발목관절 : ☐ 고정 ☐ 유동 ☐ 제어 : ☐ 배굴 ☐ 도/저굴 ☐ 스프링조절식 ☐ 플라스틱관절조인트 : ☐ 고정식 ☐ 유동식 ☐ 조인트 없음				
	☐ 무릎관절 : ☐ 고정 ☐ 유동 ☐ 제어 : ☐ 굴곡 ☐ 도/신전 ☐ 회전방지부착 ☐ 다이알 로크 ☐ 다축식				
	☐ 엉덩이관절 : ☐ 고정 ☐ 유동 ☐ 제어 : ☐ 굴곡 ☐ 도/신전 ☐ 회전방지부착 ☐ 내외전경첩부착				
특이사항 : 기본 처방에서 벗어난 특수 수정사항 및 그 이유를 나타내시오.					
위와 같이 재활보조기구를 처방합니다. 의료기관 명칭(의료기관 코드) : 년 월 일 담당의사 : (서명 또는 날인) 면허번호 제 호					
의지.보조기 기사 인도 예정일					
검 수 확 인	품 목		코 드		
	구 입 일 자		구 입 처		
	구 입 가 격	원	기 타		
	(재활보조기구의 적합성 여부 등 검수한 내용을 구체적으로 기재)				
위와 같이 재활보조기구 검수를 확인합니다. 의료기관 명칭(의료기관 코드) : 년 월 일 담당의사 : (서명 또는 날인) 면허번호 제 호					

210mm × 297mm (일반용지 60g/m²(재활용품))

【별지 제6호 서식】

산업재해보상보험 재활보조기구 처방전 및 검수확인서(휠체어·스쿠터) □ 최초 □ 추가지급					
성명		생년월일		재해발생일	
주소		전화번호	자택		
			휴대폰		
상병명					
의학적 소견		납품희망일	20	.	.
처방 내역					
품목 분류 (코드)	☐ 휠체어 : ☐ 일반형(20320) ☐ 활동형(20323) ☐ 틸팅형/리클라이닝형(20325) ☐ 수·전동-바퀴분리형(20324) ☐ 전동(20321)				
	☐ 전동스쿠터(20322) : ☐ 3륜식 ☐ 4륜식				
	☐ 기타 :				
휠 체 어	시트	☐ 폭 cm, 길이 cm ☐ 바닥으로부터의 높이 cm (수동 휠체어만 해당)			
	팔받이	☐ 표준형 ☐ 데스크 식			
	발판 및 다리받이	☐ 발판 : ☐ 고정 ☐ 스윙아웃기능 ☐ 착탈기능 ☐ 길이조절가능 ☐ 엘리베이팅 기능 ☐ 다리받침대 : ☐ 양측겸용 ☐ 편측독립 ☐ 발 받침대 : ☐ 표준식 ☐ 꺾임식			
	브레이크	☐ 레버형 ☐ 토글형 (수동 휠체어만 해당)			
	등받이	☐ 등받이 높이 : cm, 시트와의 각도 : 도 ☐ 표준형 ☐ 리클라이닝 ☐ 안전벨트 : ☐ 필요 ☐ 불필요			
	머리받이	☐ 필요 ☐ 불필요			
	후륜	☐ 고정식 ☐ 착탈식 (수동 휠체어만 해당) ☐ 타이어 : ☐ 솔리드식 ☐ 공기튜브식 ☐ 타이어 지름 : ☐ 24인치 ☐ 22인치 ☐ 20인치 ☐ 16인치 ☐ 14인치 ☐ 12인치			
	캐스터	☐ 사이즈 : ☐ 9인치 ☐ 8인치 ☐ 7인치 ☐ 6인치 ☐ 5인치 ☐ 방식 : ☐ 솔리드식 ☐ 공기튜브식			
특이사항 : 기본 처방에서 벗어난 특수 수정사항 및 그 이유를 나타내시오.					
위와 같이 재활보조기구를 처방합니다. 의료기관 명칭(의료기관 코드) : 년 월 일 담당의사 : (서명 또는 날인) 면허번호 제 호					
의지.보조기 기사 인도 예정일					
검 수 확 인	품목		코드		
	구입일자		구입처		
	구입가격	원	기타		
	(재활보조기구의 적합성 여부 등 검수한 내용을 구체적으로 기재)				
위와 같이 재활보조기구 검수를 확인합니다. 의료기관 명칭(의료기관 코드) : 년 월 일 담당의사 : (서명 또는 날인) 면허번호 제 호					

210mm × 297mm (일반용지 60g/m²(재활용품))

【별지 제7호 서식】 <개정 2021. 12. 30.>

산업재해보상보험 재활보조기구 처방전 및 검수확인서(기타) ☐ 최초 ☐ 추가지급					
성 명		생년월일		재해발생일	
주 소		전화번호	자 택		
			휴대폰		
상 병 명					
의학적 소견		납품희망일	20	.	.
처방 내역					
품목 분류 (코 드)	☐ 목발(20330)	☐ 지팡이(20331)			
	☐ 보청기(20340)	☐ 저시력보조안경(20350)			
	☐ 콘택트렌즈(20351)	☐ 망원경(20352)			
	☐ 돋보기(20353)	☐ 의안(20360)			
	☐ 가발(20370)	☐ 흰지팡이(20371)			
	☐ 개인용 음성 증폭기(20372)	☐ 집뇨기(20376)			
	☐ 욕창예방방석-고무제·공기격자형(20374)				
	☐ 욕창예방매트리스-교대부양형(20373)				
	☐ 욕창예방매트리스-고무제·공기격자형(20375)				
	☐ 이동식 전동리프트(20379)				
	☐ 설치형 전동리프트-차량용(20361)				
	☐ 설치형 전동리프트-벽체용(20362)				
	☐ 보행차 : ☐ 전방(20930) ☐ 후방(20931)				
	☐ 구두 : ☐ 맞춤형교정용신발-19세 이상인 사람으로서 발에 기능장애 있는자(20311) ☐ 맞춤형교정용신발-18세 이하인 사람으로서 발에 기능장애 있는자(20314)				
	☐ 기타()				
특이사항 : 기본 처방에서 벗어난 특수 수정사항 및 그 이유를 나타내시오.					
위와 같이 재활보조기구를 처방합니다.					
의료기관 명칭(의료기관 코드) : 년 월 일 담당의사 : (서명 또는 날인) 면허번호 제 호					
의지.보조기 기사 ----- 인도 예정일 -----					
검 수 확 인	품 목		코 드		
	구 입 일 자		구 입 처		
	구 입 가 격	원	기 타		
	(재활보조기구의 적합성 여부 등 검수한 내용을 구체적으로 기재)				
위와 같이 재활보조기구 검수를 확인합니다.					
의료기관 명칭(의료기관 코드) : 년 월 일 담당의사 : (서명 또는 날인) 면허번호 제 호					

210mm × 297mm (일반용지 60g/m²(재활용품))

산업재해보상보험 재활보조기구 처방전 및 검수확인서(수리료) □ 최초 □ 추가지급					
성 명	생년월일			재해발생일	
주 소		전화번호	자 택		
			휴대폰		
상 병 명					
의학적 소견 및 처방 내역		납품희망일	20		
코 드	품목 분류	코 드	품목 분류		
	< 팔 의 지 >				
20380	☐ 위팔 의지 소켓 교환	20580	☐ 종아리 의지 콜렛밴드 교환		
20390	☐ 위팔 의지 관절장식 교환	20590	☐ 종아리 의지 실리콘라이너		
20391	☐ 위팔 의지 관절장식 교환(기능형)	20591	☐ 다리의지 파이프어답터 교환		
20410	☐ 아래팔 의지 소켓 교환	20592	☐ 회전테이블 교환		
20420	☐ हु크 교환	20593	☐ 넓적다리 의지 소켓-실리콘형		
20430	☐ 의수 교환(기능형)	20594	☐ 종아리 의지 소켓-실리콘형		
20440	☐ 케이블 교환	20595	☐ 엉덩이관절 의지 장식 교환		
20450	☐ 어깨밴드 교환	20596	☐ 엉덩이관절 의지 소켓 교환		
20451	☐ 실리콘 의수 교환(미관형)	20597	☐ 넓적다리 의지 실리콘라이너		
20452	☐ 팔꿈치관절 의지 장식 교환(기능형)	20598	☐ 발목 의지 실리콘라이너		
20453	☐ 아래팔 의지 장식 교환	20599	☐ 무릎관절용 소켓연결 어답터 교환		
20454	☐ 근전전동의수 소켓 교환	20990	☐ 더마실 교환		
20455	☐ 근전전동의수 배터리 교환: 2개 1세트	20991	☐ 디지털 컵 교환		
20950	☐ 근전전동의수 변속기부 교환	20992	☐ 종아리 의지 스타키넷트 교환		
20951	☐ 근전전동의수 모터부 교환	20993	☐ 종아리 의지 스타키넷트카바 교환		
20952	☐ 근전전동의수 기어부 교환	20961	☐ 종아리 의지 실리콘 슬리브 교환		
20953	☐ 근전전동의수 골격부 교환	< 보 조 기 >			
20954	☐ 근전전동의수 센서부 교환	20600	☐ 엉덩-무릎-발목-발 보조기 장식 교환		
20955	☐ 근전전동의수 제어부 교환	20610	☐ 듀랄루민 커프 교환		
20956	☐ 근전전동의수 외피 교환	20620	☐ 발목장식 교환		
20957	☐ 기능성 의수 내피 교환	20630	☐ 커프용 가죽밴드 교환		
20958	☐ 위팔 의지 폼카바 교환	20640	☐ 무릎띠 교환		
20959	☐ 위팔 의지 스타키넷트 교환	20650	☐ 크렌자크식 발목-발 보조기 장식 교환		
20962	☐ 상완밴드 교환	20660	☐ 다리보조기용 속신교환		
20963	☐ 근전전동의수 손목꺾임장식	20661	☐ 다리보조기용 정형용 구두 교환		
	< 다 리 의 지 >		< 혈 제 어 >		
20460	☐ 넓적다리 의지 소켓-일반형	20680	☐ 시트 교환(일반형)		
20461	☐ 넓적다리 의지 허리벨트 교환	20690	☐ 등받이 교환(일반형)		
20470	☐ 넓적다리 의지 무릎관절장식 교환	20700	☐ 뒷바퀴 전체 교환(일반형)		
20471	☐ 넓적다리 의지 무릎관절장식 교환(인공지능식)	20703	☐ 뒷바퀴 타이어 교환(일반형)		
20472	☐ 무릎관절 의지 무릎관절장식 교환	20704	☐ 뒷바퀴 튜브 교환(일반형)		
20480	☐ 발목장식 교환(일반형)	20705	☐ 뒷바퀴 타이어 교환(활동형)		
20960	☐ 넓적다리 의지 발목장식 교환(고기능형)	20706	☐ 뒷바퀴 튜브 교환(활동형)		
20490	☐ 족부외피 교환(일반형)	20710	☐ 앞바퀴 교환(일반형)		
20491	☐ 족부외피 교환(고기능형)	20711	☐ 앞바퀴 교환(전동)		
20500	☐ 넓적다리 의지 폼카바 교환	20720	☐ 팔받침 교환(일반형)		
20510	☐ 흡인 밸브 교환	20730	☐ 발판 교환(일반형)		
20511	☐ 음압식 밸브 교환(넓적다리)	20740	☐ 핸드림 교환(일반형)		
20512	☐ 음압식 밸브 교환(종아리)	20750	☐ 브레이크 교환(일반형)		
20520	☐ 넓적다리 의지 스타키넷트 교환	20760	☐ 브레이크 교환(활동형)		
20530	☐ 종아리 의지 폼카바 교환	20770	☐ 12" 뒷바퀴 전체 교환(전동)		
20540	☐ 종아리 의지 소켓-일반형	20772	☐ 12" 뒷바퀴 타이어 교환(전동)		
20550	☐ 넓적다리 의지 스타키넷트카바 교환	20773	☐ 12" 뒷바퀴 튜브 교환(전동)		
20560	☐ 종아리 의지 장식 교환	20774	☐ 14" 뒷바퀴 타이어 교환(전동)		
20570	☐ <삭제>	20775	☐ 14" 뒷바퀴 튜브 교환(전동)		
		20780	☐ 16" 뒷바퀴 전체 교환(전동)		

210mm × 297mm (일반용지 60g/m²(재활용품))

(뒷 면)

산업재해보상보험	
재활보조기구 처방전 및 검수확인서(수리료)	□ 최초 □ 추가지급

코 드	품목 분류	코 드	품목 분류
20782	☐ 16" 뒷바퀴 타이어 교환(전동)		< 전동스쿠터 > ☐ 10" 앞바퀴 전체 교환(전동스쿠터) ☐ 10" 뒷바퀴 전체 교환(전동스쿠터) ☐ 10" 타이어 교환(전동스쿠터) ☐ 10" 튜브 교환(전동스쿠터) ☐ 11" 앞바퀴 전체 교환(전동스쿠터) ☐ 11" 뒷바퀴 전체 교환(전동스쿠터) ☐ 11" 타이어 교환(전동스쿠터) ☐ 11" 튜브 교환(전동스쿠터) ☐ 12" 앞바퀴 전체 교환(전동스쿠터) ☐ 12" 뒷바퀴 전체 교환(전동스쿠터) ☐ 12" 타이어 교환(전동스쿠터) ☐ 12" 튜브 교환(전동스쿠터) < 기 타 > ☐ 이동식 리프트 배터리 교환: 2개 1세트 ☐ 벨크로 교환(개당)
20783	☐ 16" 뒷바퀴 튜브 교환(전동)	20880	
20790	☐ 시트 교환(전동)	20881	
20800	☐ 등받이 교환(전동)	20882	
20810	☐ 팔받침 교환(전동)	20883	
20820	☐ 발판 교환(전동)	20890	
20830	☐ 옆받이 교환(일반형)	20891	
20840	☐ 옆받이 교환(활동형)	20892	
20850	☐ 요크 교환(일반형)	20893	
20860	☐ 요크교환(활동형)	20900	
20870	☐ 배터리 교환(전동): 2개 1세트	20901	
20911	☐ 팔받침 교환(활동형)	20902	
20912	☐ 팔받침 교환(수·전동-바퀴분리형)	20903	
20913	☐ 팔걸이 교환(일반형)		
20914	☐ 팔걸이 교환(활동형)		
20915	☐ 팔걸이 교환(전동)	20910	
20916	☐ 팔걸이 교환(수·전동-바퀴분리형)	20970	
20924	☐ 발걸이 교환(일반형)		
20925	☐ 발걸이 교환(활동형)		
20926	☐ 발걸이 교환(전동)		
20927	☐ 발걸이 교환(수·전동-바퀴분리형)		

위와 같이 재활보조기구 수리를 처방합니다.	
년 월 일	
의료기관 명칭(의료기관 코드) :	
담당의사 :	(서명 또는 날인) 면허번호 제 호
의지.보조기 기사 -----	인도 예정일 -----

검 수 확 인	품 목		코 드	
	구 입 일 자		구 입 처	
	구 입 가 격	원	기 타	
	(재활보조기구의 적합성 여부 등 검수한 내용을 구체적으로 기재)			

위와 같이 재활보조기구 검수를 확인합니다.	
년 월 일	
의료기관 명칭(의료기관 코드) :	
담당의사 :	(서명 또는 날인) 면허번호 제 호
위와 같이 재활보조기구 수리를 처방합니다.	
년 월 일	
의료기관 명칭(의료기관 코드) :	
담당의사 :	(서명 또는 날인) 면허번호 제 호

210mm × 297mm (일반용지 60g/m²(재활용품))

【별지 제9호 서식】

재 활 치 료 계 획 서				
산재근로자	성 명		주민등록번호	
	재해일자		내원일자	
주 치 의			팀 회의 일자	20 . . .
승인상병				
장 해 (Impairment)				
활동 제한 (Activity limitation)				
기 왕 증				
회의 참석자				
주요 안건				
평가내용	물리치료평가	※ 근력, 균형, 보행여부 등의 내용		
	작업치료평가	※ 정량적 일상생활동작(K-MBI) 등의 내용		
	재활사회사업	※ Need 파악, 가족지지, 향후 퇴원이후 계획 등의 내용		
	재활심리평가	※ MMSE, 치료동기, 행동장애 여부 등의 내용		
	재활간호평가	※ 혈압, 당뇨 등 내과적 문제, 욕창여부 등의 내용		
	기타 평가	※ 통증평가, 언어치료 평가 등 표준화된 검사내용을 기재		
특이사항				
종합평가 및 치료계획	※ 평가내용을 근거로 치료목표와 연결되는 재활치료계획(치료목표 및 치료방법, 예상 치료기간 등)을 기재			
전문과목 : 재활의학과 면허번호 : 의사성명 : (서명)				

210mm × 297mm (일반용지 60g/m²(재활용품))