



한화손보

한화 실손의료보험

(갱신형)V 무배당

약관

이 약관은 보험 소비자의 권익 보호 및 보험상품에 대한 이해 증진을 위해 「금융 소비자 보호에 관한 법률」에 의거, 내부통제 절차를 거쳐 작성한 자료입니다.

확인필-제2026-상품손익-약관02291E-전사(26.04.29~27.04.28) | 개정 2026.05.06



한화손보 고객센터

1566-8000

www.hwgeneralins.com



GET IT ON
Google Play

Download on the
App Store

한화손보 모바일 앱을 만나보세요!

모집질서 확립 및 신고센터 안내

보험계약 체결과 관련한 특별이익제공 행위는 보험업법에 의하여 처벌받을 수 있습니다
보험모집질서 위반행위 신고센터 전화 국번없이 1332 / 인터넷 www.fss.or.kr

제작 상품손익파트 / 제작일자 2026.05.06



한화손보

약관을 쉽게 이용할 수 있는
약관 이용 가이드북

? 보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 보험계약자와 보험회사의 권리 및 의무를 규정하고 있습니다. 특히, 청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항 등 약관의 중요사항에 대한 설명이 들어 있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

🔍 한 눈에 보는 약관의 구성

1. 약관 이용 가이드북

약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 약관의 구성, 쉽게 찾는 방법 등의 내용을 담고 있는 지침서

2. 약관 요약서

약관을 쉽게 이해할 수 있도록 계약 주요내용 및 유의사항 등을 시각적 방법을 이용하여 약관을 간단 요약

3. 보험약관(주계약&특약)

보통약관 기본계약을 포함한 공통 사항을 정한 기본약관

특별약관 보통약관에 정한 사항 외 선택가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관

4. 용어해설 및 색인(索引) 등

약관 이해를 돕기 위한 어려운 법률보험용어의 해설, 가나다 順 특약 색인, 관련 법류 등을 소비자에게 안내

📱 QR코드를 통한 편리한 정보 이용


QR(Quick Response) 코드란?

스마트폰으로 해당 QR코드를 스캔하거나 사진촬영하면 상세 내용 등을 편리하게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상	보험금 지급절차	전국 지점
		

🔍 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(보통약관 기준)

보험약관 핵심사항 등과 관련된 해당 조문, 페이지 및 영상자료 등을 안내해 드리오니, 보험회사로부터 약관을 받으신 후, 해당 내용을 반드시 확인·숙지하시기 바랍니다.

보험금 지급 및 지급제한 사항	보험금의 지급사유 보험금을 지급하지 않는 사유	
-------------------------	------------------------------	---

※ 고객님의께서 가입한 특약을 확인하여 가입특약별 「보험금 지급사유 및 미지급사유」도 반드시 확인할 필요가 있습니다.

청약 철회	청약의 철회	
계약 취소	약관교부 및 설명의무 등	
계약 무효	계약의 무효	
계약 前 알릴 의무 및 위반효과	<ul style="list-style-type: none"> · 계약 전 알릴 의무 · 알릴 의무 위반의 효과 	
계약 後 알릴 의무 및 위반효과	<ul style="list-style-type: none"> · 상해보험계약 후 알릴 의무 · 알릴 의무 위반의 효과 	
보험료 연체 및 해지	보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지	
부활(효력회복)	보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)	
해약환급금	<ul style="list-style-type: none"> · 계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회 · 해약환급금 	
보험계약대출	보험계약대출	

📖 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

아래 7가지 꿀팁을 활용하시면 약관을 보다 쉽고 편리하게 이용할 수 있습니다.

☰ 한 눈에 보는 약관의 구성

1. 약관요약서 활용

시각화된 '약관요약서'를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.

2. 약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기 활용

'약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기'를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.

3. 가나다 순 특약 색인 활용

'가나다 순 특약 색인'을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다.

4. 예시 참고

약관 내용 중 어려운 보험용어는 용어해설, 약관본문 예시 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.

5. QR코드 스캔

스마트폰으로 QR코드를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 쉽게 안내 받을 수 있습니다.

6. 법규해설집 항목 활용

'약관에서 인용된 법령'항목을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.

7. 약관 주의 깊게 확인

약관조항 등이 음영·컬러화 되거나 진하게 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.

☰ 기타 문의사항

※ 기타 문의사항은 한화손보 홈페이지(www.hwgeneralins.com), 고객상담센터(1566-8000)으로 문의

※ 보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 등은 금융감독원 금융소비자정보 포털(FINE, www.fine.fss.or.kr)에서 확인



한화손보

약관을 쉽게 이용할 수 있는
약관 요약서

보험 가입을 감사드립니다!

보험계약을 청약할 때 보험약관 및 보험계약자 보관용 청약서를 받으셨나요?
아래의 내용을 다시 한번 확인해 보세요.

한화 실손의료보험 (갱신형)V 무배당

보험회사명 한화손해보험 주식회사

보험상품명 한화 실손의료보험
(갱신형)V 무배당

보험의종목 장기손해보험 / 장기기타

상품의 주요특징

피보험자의 급여 본인부담금 및 비급여 의료비를 보장하는 실손의료비 단독 상품입니다. 다만, 비급여 의료비는 기본형 실손의료비에서 보상하지 않으며, 특약형 실손의료비를 가입한 경우에만 보장받을 수 있습니다.

상품명으로 보는 상품의 특징

무배당 계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.

실손보험 상해, 질병으로 인한 의료비 실비를 보장하는 상품입니다.

갱신형 보험계약 갱신 시 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 보험료가인상될 수 있습니다.

보험금 지급제한사항

이 보험에는 면책기간, 감액지급, 보장한도 및 자기부담금 등 보험금 지급제한 조건이 부가되어 있습니다. 보다 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.

면책기간

보험금
미지급

면책기간

이 보험에는 보험금이 지급되지 않는 기간(면책기간)이 설정된 담보가 있을 수 있습니다.

면책기간 적용 담보 예시

구분	담보명	면책기간
암진단특약	암진단비	가입 후 90일간 보장 제외
치매진단특약	경도이상치매진단비	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보장 제외

※ 보험금 지급제한 조건에 대한 예시로 실제 가입하신 담보 또한 면책사항이 있을 수 있으니 세부내용은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.

☐ 민원사례

A씨는 암보험 가입 후 2개월이 지나서 위암을 판정받아 보험회사에 암 진단비를 청구

➔ 보험회사는 보험가입 후 90일이 경과하지 않아 보험금 지급이 어려움을 안내

감액지급

50%

[1년 이내]

감액지급

이 보험에는 일정기간 보험금이 일부만 지급(감액지급)이 되는 담보가 있을 수 있습니다.

감액지급 적용 담보 예시

구분	담보명	감액 기간 및 비율
뇌혈관질환진단특약	뇌혈관질환진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급

※ 보험금 지급제한 조건에 대한 예시로 실제 가입하신 담보 또한 감액사항이 있을 수 있으니 세부내용은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.

보장한도최초
1회한**보장한도**보험금
지급한도 적용

보장한도

이 보험에는 보험금 지급 한도가 설정된 담보가 있을 수 있습니다.

보장한도 적용 담보 예시

구분	담보명	면책기간
허혈성심장질환 진단특약	허혈성심장질환 진단비	최초 1회에 한하여 보장

※ 보험금 지급제한 조건에 대한 예시로 실제 가입하신 담보의 보장한도는 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.

자기부담금차감 후
지급

자기부담금 차감

이 보험에는 일정금액 또는 일정비율의 자기부담금을 차감하고 보험금을 지급하는 담보가 있을 수 있습니다.

자기부담금을 차감하는 담보 예시

구분	담보명	자기부담금
기본형	상해급여형 질병급여형	입원 급여 본인부담금의 20%
		통원 통원1회당 의료기관별 1~2만원, 보장대상의료비의 20%와 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 중 큰 금액
실손 의료 보험	특약형1 상해중증비급여형 질병중증비급여형	입원 비급여 의료비의 30%
		통원 통원1회당 3만원과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액
		상급병실료차액 비급여 병실료의 50%, 1일 평균 10만원 한도 보상
	3대중증비급여형	근골격계이학요법치료 ·체외중격파치료 1회당 3만원과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액
		주사료 자기공명영상진단
특약형2	상해비중증비급여형 질병비중증비급여형	입원 비급여 의료비의 50%
		통원 통원1회당 5만원과 보장대상의료비의 50% 중 큰 금액
	상급병실료차액 비급여 병실료의 50%, 1일 평균 10만원 한도 보상	
	3대비중증비급여형 자기공명영상진단 1회당 5만원과 보장대상의료비의 50% 중 큰 금액	

※ 보험금 지급제한 조건에 대한 예시로 실제 가입하신 담보의 보장한도는 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.

해약환급금에 관한 사항

보험계약자가 보험계약을 중도에 해지할 경우 보험회사는 해약환급금을 지급합니다.

🔔 주의사항

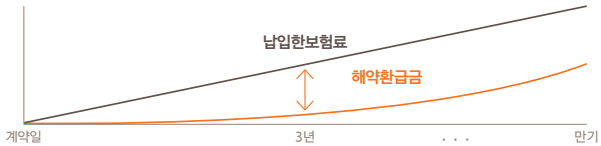
해약환급금

0원

[납입기간 중 해지시]

① 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

※ 해약환급금: 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험 보장에 사용

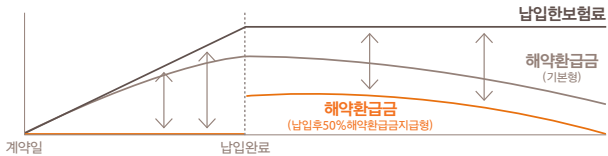


해약환급금

기본형 대비 50%

[납입기간 중 해지시]

② 납입후50%해약환급금지급형은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지될 경우 “기본형”해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

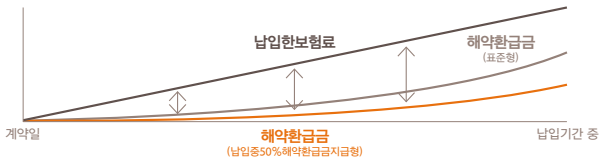


해약환급금

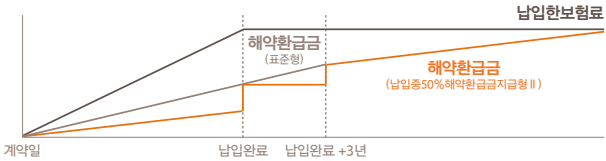
[납입기간 중 해지시]

표준형 대비 50%

③ 납입중50%해약환급금지급형은 보험료 납입기간 중 계약을 해지할 경우 “표준형”해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.



④ 납입중50%해약환급금지급형Ⅱ은 보험료 납입기간 중 계약을 해지할 경우 “표준형”해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다. 보험료 납입기간 및 보험료 납입 완료 시점부터 3년 미만의 기간 중 보험 계약을 해지할 경우 “표준형”해약환급금 보다 해약환급금이 적습니다.



갱신 시 보험료 인상 가능성

이 보험에는 갱신 시 보험료가 변동되는 갱신형 계약이 포함되어 있을 수 있습니다.



⚠ 주의사항

갱신형 계약은 갱신할 때 마다 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 보험료가 인상될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

갱신형 담보 예시

상해수술비(갱신형), 질병사망(갱신형)

실손보상형 담보

이 보험에는 실제 발생한 손해를 보상(실손보상)하는 담보가 포함되어 있을 수 있습니다.



⚠ 주의사항

- ① 동일한 위험을 보장하는 2개 이상의 계약에 중복 가입하더라도 실제 발생한 손해(비용)를 초과하여 보험금을 지급하지 않습니다. (중복 가입 시 비례 보상)
- ② 동일한 위험을 보장하는 여러 개의 실손보상형 담보에 가입하여 불필요하게 보험료를 납입하지 않도록 주의하시기 바랍니다.

실손보상형 담보 예시

가족일상생활중배상책임, 자동차사고대인벌금

소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

보장성보험



⚠ 주의사항

- ① 보장성보험은 상해, 질병보장을 주목적으로 하며, 저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.
- ② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.

저축성보험



⚠ 주의사항

- ① 저축성보험은 은행의 예·적금 및 펀드 등과 다른 상품입니다.
- ② 중도에 해지할 경우 원금 손실이 발생할 수 있습니다.

금리연동형보험



⚠ 주의사항

- ① 계약자 적립액 산출에 적용되는 이율은 매월 변동 됩니다.
- ② 동 이율은 납입한 주계약(또는 적립) 보험료에서 계약체결, 유지관리에 필요한 경비 및 위험보장을 위한 보험료를 차감한 금액에 대해서만 적용됩니다.
- ③ 보장성보험의 최저보증이율*은 연복리 0.3%입니다.

*자산운용이익률, 시장금리가 하락하는 경우 회사가 보증하는 적용이율의 최저한도

- ④ 저축성보험의 최저보증이율*은 경과 기간에 따라 상이합니다.

경과기간	5년 이하	5년 초과~10년 이하	10년 초과
최저보증이율	연복리 1.0%	연복리 0.75%	연복리 0.3%

*자산운용이익률, 시장금리가 하락하는 경우 회사가 보증하는 적용이율의 최저한도

유병력자보험



⚠ 주의사항

- ① 유병력자보험은 질병을 앓고 있거나 과거 병력이 있는 소비자가 간단한 심사절차를 통해 가입할 수 있는 상품입니다.
- ② 일반보험 상품보다 보험료가 비싸므로 건강한 일반인이 가입한 경우 불리할 수 있습니다.

예금자보호제도에 관한 사항



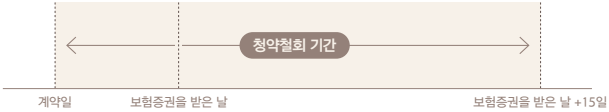
⚠ 주의사항

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 "1억원까지"(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 "1억원까지" 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

보험계약 시 알아두실 사항

청약을 철회할 수 있는 권리

계약자는 보험증권을 받은 날로부터 15일 이내에 보험계약의 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



⚠ 청약철회가 불가한 경우

- ① 청약일로부터 30일(만 65세 이상 보험계약자 & 전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 초과한 경우
- ② 회사가 건강상태진단을 지원하는 계약

보험계약을 취소할 수 있는 권리

보험계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

- ⊙ 보험계약을 청약할 때 보험약관 및 보험계약자 보관용 청약서를 전달받지 못한 경우
- ⊙ 보험약관의 중요내용을 설명 받지 못한 경우
- ⊙ 보험계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우



보험계약의 무효

보험회사는 다음의 경우 보험계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

- ⊙ 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우
- ⊙ 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유(피보험자 지정)로 한 경우
- ⊙ 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

계약 전 알릴의무 및 위반시 효과

보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 청약할 때 청약서의 질문사항(중요사항)에 대하여 반드시 사실대로 알려야 합니다.



🔔 주의사항

- ① 청약서의 질문사항에 대하여 보험설계사에게만 구두로 알렸을 경우 보험계약 전 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.
- ② 전화 등 통신수단을 통한 보험계약의 경우 보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항을 대신하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.

📄 민원사례

A씨는 고지혈증, 당뇨병으로 90일간 투약처방 받은 사실을 보험설계사에게만 알려주고, 청약서에 기재 하지 않은 채 OO질병보험에 가입하였으며, 가입 이후 1년간 당뇨병으로 통원치료를 받아 보험금을 청구

➔ 보험회사는 보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내

📖 법률지식

[대법원 2007. 6. 28 선고 2006다59837]

일반적으로 보험설계사는 독자적으로 보험회사를 대리하여 보험계약을 체결할 권한이나 고지의무를 수령할 권한이 없음

계약 전 알릴의무 및 위반시 효과

보험계약자 등은 피보험자의 직업·직무 변경 등이 발생한 경우 지체없이 보험회사에 알려야 하며, 이를 위반하는 경우 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

보험계약 후 알릴의무

아래와 같은 변경사항이 발생한 경우 반드시 보험회사에 알려주셔야 합니다.



🔔 주의사항

보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로

- ① 위험이 감소한 경우 보험료를 감액하고 정산금액을 환급하여 드리며,
- ② 위험이 증가한 경우 보험료가 증액되고 정산금액의 추가 납입이 필요할 수 있습니다.

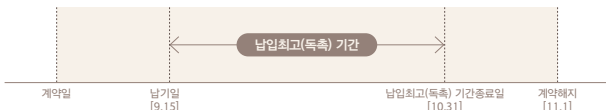
보험료 납입연체* 및 보험계약의 해지

보험료 납입이 연체 중인 경우 보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며, 납입최고(독촉) 기간* 내에 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지됩니다.

*보험료 납입연체 보험료 납입이 연체중인 경우

*납입최고(독촉) 기간 14일 이상(보험기간 1년 미만인 경우 7일 이상)

보험계약 해지 예시



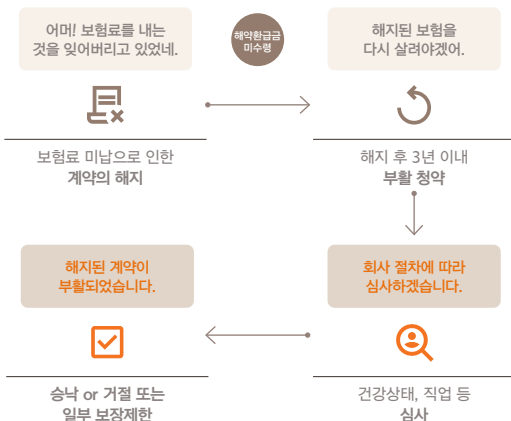
해지된 보험계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우 해지된 날부터 3년 이내에 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

⚠ 주의사항

보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

보험계약 부활 절차



보험계약대출

보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

예시



⚠ 주의사항

- ① 상환하지 않은 보험계약대출금 및 이자는 해약환급금 또는 보험금에서 차감될 수 있습니다.
- ② 순수보장성보험 등 보험상품 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수 있습니다.
- ③ 보험계약자는 대출신청 전에 보험계약대출이율을 반드시 확인하시기 바랍니다.

보험금 청구절차 및 서류

보험금은 청구서류 접수일로부터 3영업일 이내에 지급하는 것이 원칙입니다. (단, 보험금 지급사유의 조사·확인이 필요한 경우 30영업일이 소요될 수 있습니다.)

보험금 청구 절차



보험금 청구 서류

구분	진단서	입·퇴원확인서	수술확인서	통원확인서	진단사실확인서류	공통
사망	○ (사망진단서)					청구서 신분증
장해	○ (장해진단서)					
진단	○				○ (검사결과지 등)	
입원	△	○				
수술	△		○			
실손	△	○ (입원시)	○ (수술시)	○ (통원시)		

⚠ 주의사항

소액 보험금 청구시 진단서 제출이 면제되는 등 청구서류가 간소화되는 경우가 있으니, 보험금 청구 전에 보험회사에 제출서류를 확인하시기 바랍니다.

신용정보 제공 활용에 대한 고객권리 안내문

금융서비스의 이용

고객의 신용정보는 고객이 동의한 이용목적만으로 사용되며, 보험관련 금융서비스는 제휴회사 등에 대한 정보의 제공·활용 동의여부와 관계없이 이용하실 수 있습니다. 다만, 제3자에 대한 정보의 제공·활용 동의하지 않으시는 경우에는 제휴·부가서비스, 신상품서비스 등은 제공받지 못할 수도 있습니다. 또한, 한화손보의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님의게 발생한 손해에 대해 관계 법령등에 따라 보상 받으실 수 있습니다.

고객 신용정보의 제공·활용 중단 신청

고객은 가입신청 시 동의한 본인정보의 제3자에 대한 제공 또는 당사의 보험·금융상품(서비스) 소개 등 영업목적 사용에 대하여 전체 또는 사안별로 제공·활용을 중단 시킬 수 있습니다. 다만, 신용정보 인프라를 해하거나, 신용정보 집중기관, 신용정보업자, 업무위탁회사 등에 대한 정보를 제한함으로써 금융회사의 업무효율성을 저해할 우려가 있는 경우의 동의철회는 제한됩니다.



본인정보

**본인정보의 활용 제한중단을 원하시는 고객은
아래의 연락처로 신청하여 주시기 바랍니다.**

대표전화 1566-8000 / 홈페이지 www.hwgeneralins.com

위의 신청과 관련한 불편과 애로가 있으신 경우에는 당사의 개인정보관리보호인 또는 손해보험협회 및 금융감독원 정보보호담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

당사 신용정보 관리보호인	손해보험협회 개인정보보호담당자	금융감독원 개인정보보호담당자
(02)316-0475 서울시 영등포구 여의대로56 한화금융센터 한화손보 준법감시인	(02) 3702-8500 서울시 종로구 종로1길 50 케이트윈타워	(02) 3145-5427 서울시 영등포구 여의대로38 금융감독원 정보화전략실 정보보안팀

보험금 청구 서류

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 및 「신용정보업감독규정」 등에 따라 아래의 권리가 부여되어 있습니다. 동 권리의 세부내용에 대해서는 한화손보 홈페이지(www.hwgeneralins.com) 또는 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에 게시되어 있으며, 동 권리를 행사하고자 하는 고객은 당사 고객상담센터 및 지점으로 신청하여 주시기 바랍니다.

신용정보 제공사실 통보 요구권(법 제35조)

고객이 본인의 신용정보를 신용정보업자 등에게 제공한 주요정보 내용 등을 통보 요구할 수 있는 권리

신용정보 열람 및 정정요구권(법 제38조)

고객은 신용정보업자 등이 보유하는 본인정보의 열람청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우 이의 정정 요구 및 정정 처리 결과에 이의가 있는 경우 금감위에 시정 요청 가능

고객은 본인 신용정보를 신용평가회사(NICE평가정보, 서울신용평가정보, 코리아크레딧뷰로 등)를 통하여 연간 일정범위 내에서 무료로 확인할 수 있습니다.

- NICE평가정보(주) 대표전화 02-2122-4000 / 홈페이지 www.niceinfo.co.kr
- 서울신용평가정보(주) 대표전화 1588-4753 / 홈페이지 www.sci.co.kr
- 코리아크레딧뷰로(주) 대표전화 02-708-1000 / 홈페이지 www.koreacb.com

상담 및 분쟁/범죄 신고센터 안내

상담안내 및 보험분쟁조정

보험에 관한 상담 및 분쟁이 있을 때에는 먼저 한화손보 고객상담센터로 연락하시고, 처리결과에 이의가 있으시면 금융감독원에 민원 또는 분쟁조정을 신청하실 수 있습니다.

한화손보 고객상담센터	금융감독원
1566-8000 서울시 영등포구 여의대로56(여의도동) 한화금융센터 고객상담센터	1332 서울시 영등포구 여의대로38 금융감독원

보험모집질서 위반행위 신고센터

보험계약과 관련한 보험모집질서 문란행위는 보험업법에 의해 처벌받을 수 있습니다.

한화손보	금융감독원
www.hwgeneralins.com 02-316-0592 (Fax) 02-316-0593	www.fss.or.kr 1332

금융감독원 보험사기방지센터

금융감독원
www.fss.or.kr/fss/main/contents.do?menuNo=200524 1332 / 02-3145-5114

목 차

가입자 유의사항	5
주요내용 요약서	9
보험금 청구 구비서류 안내	13
보험금 청구절차 및 알아두실 내용	17
보험가입부터 보험금지급까지	21
주요 민원사례 안내	23
주요 보험용어 해설	27

한화실손의료보험(갱신형)V 무배당 보통약관

제1관. 일반사항 및 용어의 정의	31
제1조(보장종목)	31
제2조(용어의 정의)	31
제2관. 회사가 보상하는 사항	31
제3조(보장종목별 보상내용)	31
제3관. 회사가 보상하지 않는 사항	37
제4조(보상하지 않는 사항)	37
제4조의2(특별약관에서 보상하는 사항)	40
제4관. 보험금의 지급	41
제5조(보험가입금액 한도 등)	41
제5조의2(보험가입금액 한도 등에 대한 설명 의무)	41
제6조(보험금 지급사유 발생의 통지)	42
제7조(보험금의 청구)	42
제8조(보험금의 지급절차)	42
제9조(보험금을 받는 방법의 변경)	44
제10조(주소변경의 통지)	44
제11조(대표자의 지정)	44
제5관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	45

제12조(계약 전 알릴 의무)	45
제13조(상해보험계약 후 알릴 의무)	45
제14조(알릴 의무 위반의 효과)	47
제15조(사기에 의한 계약)	48
제6관. 보험계약의 성립과 유지	49
제16조(보험계약의 성립)	49
제17조(청약의 철회)	50
제18조(약관교부 및 설명의무 등)	50
제19조(계약의 무효)	52
제20조(계약내용의 변경 등)	52
제21조(보험나이 등)	53
제22조(계약의 소멸)	53
제7관. 보험료의 납입	54
제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	54
제24조(제2회 이후 보험료의 납입)	55
제25조(보험료의 자동대출납입)	55
제26조(해외장기체류자의 보험료 운영에 관한 사항)	56
제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	56
제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	57
제29조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	57
제8관. 계약의 해지 및 해약환급금 등	58
제30조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권)	58
제30조의2(위법계약의 해지)	59
제31조(중대사유로 인한 해지)	59
제32조(회사의 파산선고와 해지)	60
제33조(해약환급금)	60
제34조(보험계약대출)	60
제35조(배당금의 지급)	60
제9관. 다수보험의 처리 등	60
제36조(다수보험의 처리)	60
제37조(연대책임)	61

제10관. 자동갱신 및 재가입에 관한 사항 등	61
제38조(계약의 자동갱신)	61
제39조(계약의 보험기간)	61
제40조(자동갱신의 적용)	62
제41조(갱신후 계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해제)	62
제42조(갱신후 계약의 보장개시)	62
제43조(갱신후 계약의 보험료 계산)	62
제44조(보장내용 변경주기)	63
제45조(계약의 재가입에 관한 사항)	64
제46조(재가입후 계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해제)	65
제47조(재가입후 계약의 보장개시)	65
 제11관. 분쟁의 조정 등	 65
제48조(분쟁의 조정)	65
제49조(관할법원)	66
제50조(소멸시효)	66
제51조(약관의 해석)	66
제52조(상품설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	66
제53조(회사의 손해배상책임)	67
제54조(개인정보보호)	67
제55조(준거법)	67
제56조(예금보험에 의한 지급보장)	67

한화실손의료보험(갱신형)Ⅴ 무배당 특별약관

1. 특약형1(중증 비급여) 실손의료비(갱신형) 특별약관 71
2. 특약형2(비중증 비급여) 실손의료비(갱신형) 특별약관 91

한화실손의료보험(갱신형)Ⅴ 무배당 제도성 특별약관

1. 이륜자동차운전중상해 부담보 특별약관 115
2. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 116
3. 보험료자동납입 특별약관 118

4. 지정대리청구서비스 특별약관	119
5. 전자서명 특별약관	120
6. 특별조건부(표준하체보험료할증) 특별약관	121
7. 법률연계보장의 계약내용 변경 특별약관	122
8. 출생전자녀가입 특별약관	124
9. 출산육아휴직 보험료 납입유예 특별약관	128

한화실손의료보험(갱신형)V 무배당 별표 및 부록

【별표1】 용어의 정의	135
【별표2】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	139
【별표3】 장애분류표	140
<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표	164
【별표4】 특정 신체부위·질병 분류표	166
【부록】 약관에서 인용된 법령	171

가나다순 특별약관 색인 241

가입자 유의사항

[보험계약 관련 특히 유의할 사항]

1. 보험계약관련 유의사항

1. 보험계약 전 알릴 의무 위반

- ☑ 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급 받지 못할 수 있습니다.
- ☑ 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- ☑ 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질 의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

2. 건강보험

- ☑ 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- ☑ 갱신형인 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

3. 태아보험

- ☑ 피보험자가 출생전 자녀(태아)인 경우 출생을 조건으로 보험계약 체결 시점에 소급하여 피보험자가 됩니다.
- ☑ 태아가 다태아로 출생한 경우에 계약자는 출생아 중 1인을 피보험자로 지정할 수 있으며, 피보험자로 지정된 출생아 이외의 출생아에 대해서는 추가 계약 체결을 통해 각각 피보험자로 지정할 수 있습니다.
- ☑ 계약체결시 피보험자가 태아일 경우 계약일부터 출생시점까지의 태아보장기간에 태아위험보장을 위한 보장보험료를 적용합니다. 그 보장보험료는 피보험자 남자 기준 보장보험료의 합계액과 피보험자 여자 기준 보장보험료의 합계액 중 높은 보험료를 기준으로 적용합니다.
- ☑ 출생예정일이 도래한 경우 차회 이후의 보장보험료는 보험나이 0세 기준으로 변경하여 적용하며, 성별은 초회보험료 기준의 성별을 적용합니다. 또한 그 보장보험료는 계약체결시의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산합니다.
- ☑ 출생 후 피보험자의 성별 및 출생일이 확정된 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 정산하여 드립니다.
- ☑ 위에 따라 보험료를 정산하는 경우, 회사가 지급해야 할 금액이 있을 때에는 이를 계약자에게 지급하고, 부족한 금액이 있을 때에는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.

4. 기타

- ☑ 보험기간은 1년만기로, 최초가입 후 1년마다 갱신을 통해 보장내용 변경주기(5년)까지 보장받을 수 있습니다.
- ☑ 매년 갱신시 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료 산출에 관한 기초율의 변동, 요율 상대도(할인·할증요율) 적용 등의 사유로 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- ☑ 갱신후 계약의 보험료(요율 상대도(할인·할증요율) 적용을 받는 경우 요율 상대도(할인·할증요율) 적용 전 보험료를 말함)는 매년 「보험업감독규정」에서 정한 범위(나이의 증가로 인한 보험료 증감분은 제외) 내에서 인상 또는 인하될 수 있습니다. 다만, 회사가 금융위원회로부터 경영개선권고, 경영개선요구 또는 경영개선명령을 받은 경우는 예외로 하며, 관계법령의 개정에 따라 변경될 수 있습니다.
- ☑ 매년 보험료가 변동되어 보험료가 인상될 경우, 보험료 인상분은 반드시 추가납입하여야 계약이 정상 유지됩니다.
- ☑ 회사는 피보험자가 3개월 이상 해외에 체류하는 경우 보험료 납입과 관련하여 다음과 같은 제도를 운영하고 있으니 반드시 확인하시기 바랍니다.(단, 동일한 해외체류기간에 대해 아래의 제도는 중복 적용되지 않습니다)
 - 피보험자가 해외여행 실손의료보험(단, 보험기간이 3개월 이상인 경우에 한함)에 가입한 경우 해당 체류기간동안 계약의 보험료 납입중지 신청
 - 피보험자가 연속하여 3개월 이상 해외에 체류한 사실이 확인되고 해당 체류기간동안 이 실손의료보험 계약의 보험료를 납입한 경우 사후에 이 기간에 해당하는 보험료를 환급

II. 해약환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 적립이율이 변동하는 경우 변동이율(공시이율, 보험계약대출이율 등)에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.

[보험금 지급관련 특히 유의할 사항]

1. 실손의료보험

- ☑ 실손의료보험은 발생 의료비 중 국민건강보험법 또는 의료급여법에서 정한 급여의 본인부담금과 비급여를 보장해주는 보험이며, 약관상 보장제외 항목에서 발생한 의료비 및 공제금액은 보장되지 않습니다.

〈실손의료비 범위〉

총 진료비 중에서 국민건강보험법 또는 의료급여법에서 부담한 금액을 제외하고 환자 본인이 부담한 금액 중 공제금액을 뺀 금액

국민건강보험 또는 의료급여 급여항목	비급여항목
국민건강보험 또는 의료급여 부담	환자본인부담
환자본인부담	

- 비급여 의료비는 기본형 실손의료보험에서 보상하지 않으며, 실손의료보험 특별약관을 가입한 경우에만 보상합니다. 특히 아래의 치료는 특약형1(중증 비급여) 실손의료비(갱신형) 특별약관(3대비급여형) 및 특약형2(비중증 비급여) 실손의료비(갱신형) 특별약관(비급여 자기공명영상진단형)을 가입한 경우에만 보장을 받을 수 있으므로 유의하시기 바랍니다.
 1. 근골격계 이학요법치료·체외충격파치료로 인하여 발생한 비급여 의료비
 2. 비급여 주사료(다만, 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품을 위해 사용된 비급여 주사료는 특약형1 실손의료비(갱신형) 특별약관의 상해비급여형 및 질병비급여형에서 보상합니다)
 3. 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생한 비급여 의료비(조영제, 판독료를 포함합니다)
 4. 1.과 2.는 특약형1(중증 비급여) 실손의료비(갱신형) 특별약관에서 정의하는 산정특례 대상 질환의 치료를 목적으로 치료를 받은 경우에만 보장을 받을 수 있습니다.
- 실제 발생한 의료비를 보상하는 다수의 보험을 가입하더라도 실제 발생한 비용만을 보상받게 되므로, 유사한 보험가입여부 및 보상한도를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 다수보험의 경우 각 계약의 보장대상의료비 및 보장책임액에 따라 계산된 각 계약의 비례분담액을 보장책임액으로 지급합니다.
- 각 계약의 보장책임액 합계액이 각 계약의 보장대상의료비 중 최고액에서 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다.

각 계약별 비례분담액 =

$$\left(\frac{\text{각 계약의 보장대상 의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}}{\text{각 계약별 보장책임액}} \right) \times \frac{\text{각 계약별 보장책임액}}{\text{각 계약별 보장책임액을 합한 금액}}$$

〈용어의 정의〉

보장대상의료비 : 실제 부담액 - 보장제외금액*

* 보통약관 제3관. 회사가 보상하지 않는 사항에 따른 금액 및
보장종목별 보상하지 않는 사항에 따른 금액

보장책임액 : (보장대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 보
험가입금액 중 작은 금액

다수보험 : 실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질
병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손
으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으
로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여
각 계약별 보상책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을
말함

연대책임에 관한 사항

- ① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 수익자가 동일한 다수보
험의 경우 수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이
체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고, 청구를 받은 회
사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도 내에서 지급합니
다.
- ② 보험금을 지급한 회사는 수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당
보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 수익자가
다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 수
익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니
다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로
기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을
따릅니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족 되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

- 1) 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 계약의 청약을 철회할 수 있으며 이 경우 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료. 이하 같습니다)를 돌려드립니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 2) 1)에도 불구하고, 청약을 한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 지나면 청약을 철회할 수 없습니다.

3. 계약취소

계약을 체결할 때 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

4. 계약의 무효

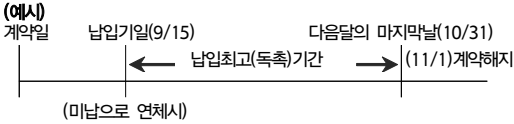
계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 해당 계약은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.

5. 계약의 소멸

이 보험계약은 피보험자의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력이 없습니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

- 1) 계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 경우 회사는 납입최고(독촉)기간(보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날)을 정하여 납입을 유예하며, 해당 기간이 끝나는 날까지 연체보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지됩니다.



- 2) 당사의 납입최고(독촉)기간은 납입기일 다음 날부터 납입기일이 속하는 달의 다음 달 마지막 날까지로 하며, 이는 약관에 정한 범위 내에서 변경될 수 있습니다.

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

- 1) 보험료 납입연체로 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함함) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.
- 2) 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 계약내용의 변경 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

8. 계약 전·후 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자, 피보험자는 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다.(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성 녹음으로 대체합니다)
- 2) 계약 후 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 아래와 같은 경우 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
 - 가) 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - 예) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우, 직업이 없는 자가 취직한 경우, 현재의 직업을 그만둔 경우 등
 - 나) 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
 - 예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
 - 다) 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
 - 예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
 - 라) 이륜자동차(자동차관리법상 이륜차로 분류되는 삼륜 또는 사륜의 자동차를 포함합니다) 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함합니다)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한합니다)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등

보행보조용 의자차는 제외합니다)

- 3) 알릴 의무 위반의 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.
- ※ **계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.**

9. 보험금의 지급절차

- 1) 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우 그 구체적 사유, 지급예정일 및 보험금 가지금제도에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 보험금 청구서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
- 가. 소송제기
 - 나. 분쟁조정 신청
 - 다. 수사기관의 조사
 - 라. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 - 마. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
 - 바. 보험금 지급사유에 대한 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- 2) 위 1)의 가.~바.에 따른 추가적인 조사가 이루어지는 경우 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다. 만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로
기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을
따릅니다.



보험금 청구 구비서류 안내

※ 고객편의를 위하여 비용부담이 없는 서류로 대체가능하며 사고내용이나 특성에 따라 서류를 추가로 요청 할 수 있습니다. 다만, 청구 보험금 200만원 초과 건은 원본(방문 또는 우편) 접수 대상이나, 200만원 이하 건은 사본(팩스 등) 접수 가능합니다.

1. 상해 관련 보험금 청구서류

구분	구비서류		발급기관
공통 서류	필수 서류	① 보험금청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서(반드시 작성) ③ 청구인 신분증 사본 앞면(지문 정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 ①~③ 불필요 ④ 사고입증서류(상해사고일자 및 내용 확인서류) <ul style="list-style-type: none"> • 상해 초진기록지 또는 의무기록사본(병원 발급가능) 및 청구서상 사고내용 6하원칙에 따라 기재 • 교통상해 자동차보험 지급결의서, 교통사고 사실확인원(자보처리회사, 경찰서 발급가능) • 산업재해 최초 요양급여 신청서 및 산재 요양급여 확인원(근로복지공단 발급가능) • 기타입증서류 군인재해(공무상병인증서), 기타재해(공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고 사실 확인서) 	당사 양식
	수익자가 미성년자인 경우	① 가족관계증명서 등 가족관계 확인서류 ② 친권자의 통장 사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본 ※ 이혼 등 기타 사유로 친권자가 1명으로 지정된 경우 : 미성년자 기준의 기본증명서(친권확인서류)	

구분	구비서류		발급기관
공통서류	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필 서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인시), 본인서명사실확인서(자필서명시) 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 ③ 위임 받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증사본, 개인(신용)정보처리동의서	당사양식
입원의료비	① (택1) 입퇴원 확인서 또는 진단서 (진단명, 한국질병분류코드, 입원기간 필수기재) ② 입퇴원 진료비 영수증 (카드전표 처리불가) ③ 진료비 세부내역서		병원
통원의료비	공통서류	① 외래 일자별 진료비 영수증 ② 비급여 금액 발생시 진료비 세부내역서 ③ 외래 일자별 약제비 영수증 ④ 비급여 금액 발생시 약제비 세부내역서	병원
	3만원 이하 (청구금액기준)	① 공통서류 ※ 단, 추가적 심사가 필요한 경우 추가 증빙서류 요청가능	
	3만원 초과 ~10만원 이하 (청구금액기준)	① 공통서류 ② 처방전 (한국질병분류코드 필수기재) ※ 단, 추가적 심사가 필요한 경우 추가 증빙서류 요청가능	
10만원 초과 (청구금액기준)	① 공통서류 ② (택1) 처방전, 진료차트, 통원확인서 또는 소견서, 진단서(한국질병분류코드 필수기재) ※ 단, 추가적 심사가 필요한 경우 추가 증빙서류 요청가능		

2. 질병 관련 보험금 청구서류

구분	구비서류		발급기관
공통 서류	필수 서류	① 보험금청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서(반 드시 작성) ③ 청구인 신분증 사본 앞면(지문정보 가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집 하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 불필요	당사 양식
공통 서류	수익자가 미성년자인 경우	① 가족관계증명서 등 가족관계 확인서 류 ② 친권자의 통장 사본(사전 미등록 계 좌), 신분증 사본 ※ 이혼 등 기타 사유로 친권자가 1명 으로 지정된 경우 : 미성년자 기준 의 기본증명서(친권확인서류)	당사 양식
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장원 수익자 인감날인 또는 본 인 자필 서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명 서(인감 날인시), 본인서명사실확인서 (자필서명시) 또는 안전성과 신뢰성 이 확보된 전자적 수단을 활용한 보 험수익자 의사표시의 확인방법 ③ 위임 받은 자의 통장사본(사전 미등 록 계좌), 신분증사본, 개인(신용)정 보처리동의서	
입원 의료비	① (택1) 입퇴원 확인서 또는 진단서(진단명, 한국질병 분류코드, 입원기간 필수기재) ② 입퇴원 진료비 영수증(카드전표 처리불가) ③ 진료비 세부내역서		병원
통원 의료비	공통서류	① 외래 일자별 진료비 영수증 ② 비급여 금액 발생시 진료비 세부내역 서 ③ 외래 일자별 약제비 영수증 ④ 비급여 금액 발생시 약제비 세부내역 서	병원
	3만원 이하 (청구금액기준)	① 공통서류 ※ 단, 추가적 심사가 필요한 경우 추 가 증빙서류 요청가능	
	3만원 초과 ~10만원 이하 (청구금액기준)	① 공통서류 ② 처방전(한국질병분류코드 필수기재) ※ 단, 추가적 심사가 필요한 경우 추 가 증빙서류 요청가능	

구분	구비서류		발급 기관
	10만원 초과 (청구금액기준)	① 공통서류 ② (택1) 처방전, 진료차트, 통원확인서 또는 소견서, 진단서(한국질병분류코 드 필수기재) ※ 단, 추가적 심사가 필요한 경우 추 가 증빙서류 요청가능	

상기 보장내용별 청구서류는 변경될 수 있으며, 이 경우 회사는 변경된 내용을 적용합니다. 따라서, 실제 보험금을 청구하실 때에는 당사 홈페이지 등을 통해 청구서류를 다시 한 번 확인하여 주시기 바랍니다.

보험금 청구절차 및 알아두실 내용

□ 보험금 청구 관련 안내

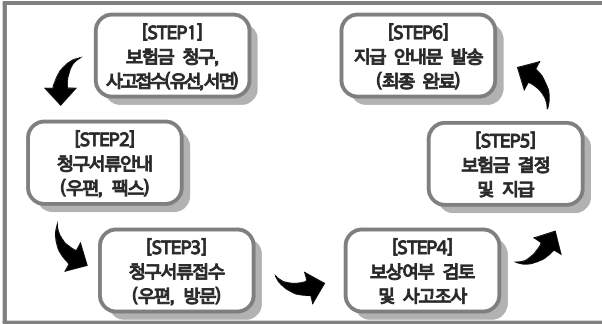
- 보험금을 받으실 통장은 피보험자 본인 명의의 통장이어야 하며 피보험자 외에 제3자 수령 시에는 피보험자의 위임장 및 인감증명서 (또는 본인서명사실확인서나 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법)가 반드시 첨부되어야 합니다. 단, 피보험자가 미성년자인 경우에는 위임장 없이 친권자(부모)계좌로 수령이 가능합니다.
- 금융감독원 보험금 청구서류 표준화 간소화 방안에서의 기본서류 이외에도 사실관계 확인을 위하여 추가서류를 요청드리는 경우가 있을 수 있습니다.
- 경우에 따라 손해사정을 위한 방문조사가 필요할 수 있으며, 이런 경우 담당자가 별도로 연락을 드립니다.

□ 보험금 청구 소멸시효

- 보험금 청구서류를 사고발생일로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다. (「상법」 제662조(소멸시효))(【부록】 참조)

□ 보험금 지급절차 안내

- 발송하여 주신 서류가 한화손해보험주에 접수되는 경우 접수완료와 담당자 사항(이름, 연락처)을 LMS 문자 또는 선택하신 방법으로 각각 안내 드립니다.
- 보상처리 관련 문의 사항 및 서류 발송하기 전 문의 사항이 있으신 경우 해당 담당자에게 연락 주시면 상세히 안내 드리겠습니다.



□ 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고현장조사, 병원 방문조사 등이 필요한 경우 고객님의 개인정보제공 동의를 받아 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인*에 조사업무를 위탁할 수 있습니다.
* 손해사정법인 : 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대해 인가받은 업체
- 당사가 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁하는 경우 비용은 당사가 부담하며, 고객님의 손해사정사를 선임하시는 경우에는 그 비용

은 고객님의께서 부담하셔야 합니다.

□ 장애진단서 제출 시 유의사항

- 장애진단서를 제출 하시는 경우에는 3차 의료기관*에서의 진단을 요청 드리며 병원 진단 전에 보상 담당자와 협의 하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.

* 3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원 및 종합병원

□ 의료심사

- 상해 질병 보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료관련 기록 등 제출하여 주신 서류를 기초로 해당 과별 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있으며, 이 경우 비용은 한화손해보험(주)가 부담합니다.

□ 보험사간 치료비 분담지급(비례보상 적용)

- 상해·질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품에 복수로 가입하신 경우 보험약관에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험계약별로 보험금을 분할하여 지급할 수 있습니다.
- 타 보험사에 가입되어 있는 보험계약은 한국신용정보원을 통해 확인하실 수 있습니다
- 의료비 비례분담과 관련하여 귀하가 원하실 경우 보험금 청구를 위해 다른 보험회사에 제출하는 청구관련 구비서류 제출을 대행해 드립니다. 이 경우 타회사에 자료제공을 위한 “실손의료비 접수대행 서비스 신청서”를 제출하셔야 합니다.

□ 보험금 지급안내 및 절차 조회 방법

- 보험금 심사 및 지급에 관한 사항은 당사 인터넷 홈페이지 (www.hwgeneralins.com)에서 확인 가능합니다.
- 보험금이 지급되는 경우에는 청구 시 선택하신 방법으로 지급금액이 안내 됩니다. 문의사항이 있으시면 지급금 안내 시 통보되는 담당자 전화번호로 문의하시기 바랍니다.

□ 보험금 부지급 결정 및 재심사 청구

- 보험약관에 따라 보험금을 지급하지 않기로 결정되는 경우 구체적인 사유를 유선으로 안내하며, 해당 결정에 동의하지 않는 경우 담당자에게 재문의 또는 소비자보호파트로 통보하시면 재심사를 받으실 수 있습니다.

□ 예상 지급기일 및 지연이자 지급

- 상해·질병 및 비용손해 사고는 최종 서류접수일부터 3영업일, 재물손해 및 배상책임 손해에 대한 보험금은 지체 없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.
- 보험금 지급 지연 시에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대해 안내하여 드립니다. 만일, 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

□ 주소변경 통지

- 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 하고 알리지 않을 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.



보험가입부터 보험금지급까지

[1단계] 보험상품 선택 및 상품설명

고객님의 가입목적에 맞는 보험상품을 선택하신 후, 보험안내자료를 교부받고 주요사항에 대해서 충분한 설명을 들으시기 바랍니다.

☞ 약관 **“약관교부 및 설명의무 등”** 조항 참조

[2단계] 청약서 작성

보험가입을 위해서는 청약서를 작성하여야 합니다. 청약서 작성시에는 계약 전 알릴 의무, 피보험자 서면동의, 자필서명을 반드시 지켜 주셔야 합니다.

✓ 계약 전 알릴 의무

청약서상 피보험자 건강상태, 직업, 운전여부 등을 물어보는 질문란에 대하여 사실대로 기재해주셔야 합니다. 계약 전 알릴 의무를 지키지 않으면 보험금이 지급되지 않을 수 있고, 또한 계약이 해지될 수 있습니다. 이 경우 회사는 납입한 보험료가 아닌 해약환급금을 지급하게 되어 고객님에게 금전적 손실이 발생할 수도 있습니다.

✓ 피보험자 서면동의

계약자 본인이 아닌 다른 분을 피보험자로 하여 보험계약을 체결할 경우에는 반드시 피보험자로부터 청약서상 서면동의를 받아야 합니다. 피보험자 서면동의가 이루어지지 않은 경우 계약이 무효가 될 수 있으며 이 경우에는 보험사고가 발생하여도 보장을 받을 수 없습니다.

☞ 약관 **“계약 전 알릴 의무”, “계약의 무효”** 조항 참조

[3단계] 보험계약 체결(회사의 승낙)

회사가 고객님이 청약하신 사항을 심사하여 보험계약 체결을 승낙하는 절차입니다. 회사는 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약은 진단일(재진단의 경우 최종진단일)부터 30일 이내에 승낙여부를 결정하게 되며, 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙한 것으로 인정됩니다.

☞ 약관 **“보험계약의 성립”** 조항 참조

[4단계] 보험사고 발생 및 보험금 청구

보험계약 유지 중 가입하신 보험상품 약관상의 보험사고가 발생하셨다면 보험금 청구에 필요한 서류를 구비하시고 보험금을 청구하세요. 구비서류 및 청구절차는 고객상담센터(1566-8000) 또는 담당모집인(보험설계사 등)에게 문의하시면 자세히 안내받으실 수 있습니다.

☞ 약관 **“보험금의 지급사유”, “보험금의 청구”** 조항 참조



[5단계] 보험금 지급심사 및 보험금 지급

회사가 고객님의 청구하신 보험금의 지급여부를 심사하는 절차입니다. 회사는 원칙적으로 청구하신 날부터 질병·상해 및 비용손해에 대한 보험금은 3영업일, 배상책임손해 및 재물손해에 대한 보험금은 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내(단, 조사나 확인이 필요한 경우에는 30영업일 이내)에 지급해 드리고 부득이 지급이 어려운 경우에는 그 구체적인 사유에 대하여 알려드립니다.

☞ 약관 “**보험금의 지급절차**” 조항 참조

주요 민원사례 안내

□ 상해급수 변경으로 인한 보험가입금액 변동

[사례] 직무변경(사무직(1급) → 영업용화물차운전(3급)) 되어 보험회사
통지하였으나 보험가입금액을 기존보다 낮춰야 한다고 함

[유의사항]

회사별 인수지침은 직종이나 직무에 따른 위험도를 구분하여 상해
보험에 한해 가입한도를 차등 운영하므로 현재 가입금액이 해당 영
위 직종 가입한도를 초과하는 경우에는 부득이 보험가입금액을 감
액하게 됩니다.

□ 계약 전 알릴의무 I

[사례] 교통사고를 당하여 상대방 자동차보험으로 치료 받은 뒤 별다른
증상이 없어서 보험을 가입하면서 해당 교통사고를 미고지하였
는데 해당 사유를 이유로 보험해지 통보 받음

[유의사항]

현재 증상과 상관없이 청약서의 알릴사항으로 회사가 질문하는 항
목에 대해서는 충실하게 답변해야 미고지로 인한 불이익을 당하지
않습니다.

□ 계약 전 알릴의무 II

[사례] 갱년기 호르몬제 복용 중에 보험가입하였는데 중년 여성 대부분
복용하는 호르몬제이기 때문에 질병이나 약이라고 생각하지 않
아 별도 고지하지 않았는데 해당 사유를 이유로 보험해지 통보
받음

[유의사항]

청약서의 알릴사항으로 회사가 질문하는 항목에 대해서는 충실하게
답변해야 미고지로 인한 불이익을 당하지 않습니다.

□ 알릴의무 위반으로 인한 보험해지

[사례] 알릴의무 위반으로 인해 보험회사로부터 계약해지 통보를 받아
조율하고 있었으나 이후 일방적으로 계약 해지되었음

[유의사항]

회사가 알릴의무 위반 사실을 안 날부터 1개월이 지나면 회사는
계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없으므로 해당 기한 내에 조
율이 완료되지 않으면 알릴의무 위반의 효과로 계약을 해지할 수
있습니다.

□ 모집인에게 구두로 계약 전 알릴사항을 전달한 경우

[사례] 모집인에게 산후우울증 약 복용과 산부인과 진료를 모두 고지하
고 보험가입하였는데 고지된 내용이 없다며 보험해지 통보 받음

[유의사항]

고지 수령권이 없는 모집인에게 구두 통보한 것은 고지한 것이 아니며 청약서에 최종 기재되어야만 고지의무를 이행한 것으로 봅니다. 따라서 보험 가입 시 청약서 기재여부를 반드시 확인한 뒤 서명을 하시기 바랍니다.

□ 미성년자의 보험금 청구

[사례] 이혼 전 가입한 자녀보험으로 사고가 발생한 미성년 자녀의 보험금을 청구하려는데 이혼한 전 배우자의 동의를 있어야 한다고 함

[유의사항]

보험금 수익자를 별도 지정하지 않았다면 미성년 자녀의 보험금 청구는 친권자의 동의가 반드시 있어야 합니다.

□ 보장제한부 인수 특별약관의 설정 해제

[사례] 특정신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관으로 인해 특정 부위에 대하여 전기간 부담보 설정하고 5년 경과하였으나 보험증권 상 해제되지 않음

[유의사항]

보험계약 청약일부터 5년이 지나는 동안 약관에서 정한 조건에 부합하면 보험증권 해제 여부와 상관없이 보장합니다.

□ 계약전환에 관한 사항

[사례] 보험료 인상이 부담스러워 실손보험 전환 요청하였으나 회사로부터 거절 당함

[유의사항]

회사는 전환후 계약이 전환전 계약보다 보장이 강화되는 등 요건이 충족되지 않는 경우에는 회사의 계약인수지침에 따라 심사를 하여 승낙 또는 거절할 수 있으며 별도의 조건을 붙여 승낙할 수 있습니다.

□ 비급여 진료비 상세 내역서 제출

[사례] 실손의료비를 청구하였으나 비급여 치료 항목에 대한 진료비 상세내역서를 추가 요구하여 번거롭게 함

[유의사항]

비급여 치료의 경우 약관에서 정한 일부 비용항목은 보상하지 않고 진료비 영수증만으로는 그 여부를 알 수 없으므로 부득이 정확한 보험금 지급을 위해 세부 내역서를 요청하게 됩니다.

□ 백내장 진단으로 인한 다초점 렌즈 삽입 비용

[사례] 안과에서 백내장 진단을 받고 의사 소견에 따라 다초점 렌즈를 삽입하였는데 비급여 렌즈비용은 보상 받지 못함

[유의사항]

안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력보정술은 보상하지 않는 손해로 분류합니다. 국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 간주하기 때문에 실손의료비 지급대상에서 제외 됩니다.



주요 보험용어 해설

※ 아래 표에 기재되지 않은 사항은 보통약관을 참고하시기 바라며, 해당 용어가 특별약관에서 달리 정의되는 경우는 특별약관을 따릅니다.

보험약관	계약에 관하여 계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 문서
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람
피보험자	상해·질병보장 : 보험사고의 대상이 되는 사람
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람
보험료	계약자가 계약에 따라 회사에 지급하여야 하는 금액
보험금	보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간
보장개시일	회사가 보장을 개시하는 날로, 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말하며, 또한 보장개시일을 계약일로 봄. 단, 피보험자가 태아인 경우 출생전자녀가입 특별약관을 따름.
보험가입금액	보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액
계약자적립액	장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액
태아	계약을 체결할 때 아직 출생하지 않은 자로 출생 후 피보험자가 될 사람



한화실손의료보험
(갱신형) V 무배당
보통약관



실손의료보험은 보험회사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한합니다)를 보상하는 상품입니다.

제1관. 일반사항 및 용어의 정의

제1조(보장종목)

- ① 회사가 판매하는 기본형 실손의료비 보장은 다음과 같이 상해급여형, 질병급여형의 2개 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
상해급여형	피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여 ^{주)} 치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우에 보상
질병급여형	피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여 ^{주)} 치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우에 보상

주) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여

- ② 회사는 이 약관의 명칭에 “급여 실손의료비”라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조(용어의 정의)

이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 “용어의 정의”(【별표1】 참조)와 같습니다.

제2관. 회사가 보상하는 사항

제3조(보장종목별 보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보장종목별로 각각 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

(1) 상해급여형

- ① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여 의료비를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(「민법」 제768조(혈족의 정의)(【부록】 참조)))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.

구분	보상금액						
입원(입원실료, 입원제비용, 입원 수술비)	<p>“「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금”(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액</p>						
통원(외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	<p>통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) “「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금”(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금을 말합니다)에서 <표1>의 “통원항목별 공제금액”을 뺀 금액</p> <p><표1> 통원항목별 공제금액</p> <table border="1" data-bbox="285 634 845 1502"> <thead> <tr> <th data-bbox="285 634 705 675">항목</th> <th data-bbox="705 634 845 675">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="285 675 705 1138"> 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3(종합병원)에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제4호에 의한 보건소·보건의원·보건지소, 동법 제42조(요양기관) 제1항 제5호에 의한 보건진료소에서 의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조(요양기관) 제1항 제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외 지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함) </td> <td data-bbox="705 675 845 1138"> 1만원, 보장대상의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 중 큰 금액 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="285 1138 705 1502"> 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3(종합병원)에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조(요양기관) 제1항 제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제 </td> <td data-bbox="705 1138 845 1502"> 2만원, 보장대상의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 중 큰 금액 </td> </tr> </tbody> </table> <p>(관련법령 【부록】 참조)</p> <p>주) 건강보험 본인부담률은 진료비 및 약제비 계산서·영수증 상 ‘급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금’을 ‘급여 일부 본인부담 항</p>	항목	공제금액	「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3(종합병원)에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제4호에 의한 보건소·보건의원·보건지소, 동법 제42조(요양기관) 제1항 제5호에 의한 보건진료소에서 의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조(요양기관) 제1항 제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외 지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원, 보장대상의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 중 큰 금액	「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3(종합병원)에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조(요양기관) 제1항 제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2만원, 보장대상의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 중 큰 금액
항목	공제금액						
「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3(종합병원)에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제4호에 의한 보건소·보건의원·보건지소, 동법 제42조(요양기관) 제1항 제5호에 의한 보건진료소에서 의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조(요양기관) 제1항 제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외 지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원, 보장대상의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 중 큰 금액						
「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3(종합병원)에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조(요양기관) 제1항 제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2만원, 보장대상의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 중 큰 금액						

구분	보상금액	
	항목	공제금액
	<p>목의 급여 본인부담금' 과 '급여 공단부담금'의 합계액으로 나누어 산출한 값을 말합니다.</p> <p>건강보험 본인부담률 =</p> <p><u>급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계금액</u> <u>급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계 금액 + 급여 공단부담금 합계 금액</u></p> <p>다만, 「국민건강보험법 시행규칙」 제16조(요양급여비용의 본인부담) 및 별표6에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100분의100 및 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담) 및 별표1에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100분의100(전액본인부담)인 경우, 해당 금액은 상기 계산식에 포함되지 않으며 보상하는 대상에서 제외됩니다.(관련법령 【부록】 참조)</p>	

- ② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.
- ③ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조(적용 대상 등), 제53조(급여의 제한), 제54조(급여의 정지)에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조(적용 배제), 제15조(의료급여의 제한), 제17조(의료급여의 중지 등)에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.(관련법령 【부록】 참조)
 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 의료비 항목만 해당한다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 제1항 <표1>의 “통원항목별 공제금액”을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(「민법」 제768조(혈족의 정의)(【부록】 참조)))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
- ④ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다

음날부터 180일까지 보상합니다.

- ⑤ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.

[입원 및 통원 보상기간 예시]

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)
계약일 (2026.1.1.)	계약해당일 (2027.1.1.)	계약해당일 (2028.1.1.)	계약종료일 (2028.12.31.)
			보상종료일 (2029.6.29.)

- ⑥ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제4항과 제5항을 적용하지 않습니다.
- ⑦ 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받은 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용합니다) 통원 1회로 보아 제1항, 제5항 및 제6항을 적용합니다.
- ⑧ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원 치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제5항 및 제6항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.
- ⑨ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조(정의)에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등) 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제8항에 따라 보상합니다.(관련법령 【부록】 참조)
- ⑩ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99) 발생한 의료비를 「모자보건법」에 따라 감면 또는 지원을 받거나 그 외 정부 및 지방자치단체의 지원금을 통해 감면 또는 지원(「국민건강보험법」 제50조(부가급여)에 따른 부가급여도 지원으로 간주합니다)받는 경우에는 감면 또는 지원 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.(관련법령 【부록】 참조)

(2) 질병급여형

- ① 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여 의료비를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자

매(「민법」 제768조(혈족의 정의)(【부록】 참조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.

구분	보상금액						
입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	<p>“「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금”(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액</p>						
통원(외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	<p>통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) “「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금”(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금을 말합니다)에서 <표1>의 “통원항목별 공제금액”을 뺀 금액</p> <p><표1> 통원항목별 공제금액</p> <table border="1" data-bbox="284 767 844 1633"> <thead> <tr> <th data-bbox="284 767 705 809">항목</th> <th data-bbox="705 767 844 809">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="284 809 705 1271"> <p>「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3(종합병원)에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제4호에 의한 보건소·보건의원·보건지소, 동법 제42조(요양기관) 제1항 제5호에 의한 보건진료소에서 의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조(요양기관) 제1항 제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외 지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</p> </td> <td data-bbox="705 809 844 1271"> <p>1만원, 보장대상의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 <small>주) 중 큰 금액</small></p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="284 1271 705 1633"> <p>「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3(종합병원)에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조(요양기관) 제1항 제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</p> </td> <td data-bbox="705 1271 844 1633"> <p>2만원, 보장대상의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 <small>주) 중 큰 금액</small></p> </td> </tr> </tbody> </table>	항목	공제금액	<p>「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3(종합병원)에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제4호에 의한 보건소·보건의원·보건지소, 동법 제42조(요양기관) 제1항 제5호에 의한 보건진료소에서 의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조(요양기관) 제1항 제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외 지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</p>	<p>1만원, 보장대상의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 <small>주) 중 큰 금액</small></p>	<p>「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3(종합병원)에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조(요양기관) 제1항 제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</p>	<p>2만원, 보장대상의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 <small>주) 중 큰 금액</small></p>
항목	공제금액						
<p>「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3(종합병원)에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제4호에 의한 보건소·보건의원·보건지소, 동법 제42조(요양기관) 제1항 제5호에 의한 보건진료소에서 의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조(요양기관) 제1항 제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외 지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</p>	<p>1만원, 보장대상의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 <small>주) 중 큰 금액</small></p>						
<p>「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3(종합병원)에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조(요양기관) 제1항 제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</p>	<p>2만원, 보장대상의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 <small>주) 중 큰 금액</small></p>						

구분	보상금액	
	항목	공제금액
	<p>(관련법령【부록】참조)</p> <p>주) 건강보험 본인부담률은 진료비 및 약제비 계산서·영수증 상 ‘급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금’을 ‘급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금’과 ‘급여 공단부담금’의 합계액으로 나누어 산출한 값을 말합니다.</p> <p>건강보험 본인부담률 =</p> $\frac{\text{급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계금액}}{\text{급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계 금액} + \text{급여 공단부담금 합계 금액}}$ <p>다만, 「국민건강보험법 시행규칙」 제16조(요양급여비용의 본인부담) 및 별표6에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100분의100 및 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담) 및 별표1에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100분의100(전액본인부담)인 경우, 해당 금액은 상기 계산식에 포함되지 않으며 보상하는 대상에서 제외됩니다.(관련법령【부록】참조)</p>	

② 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조(적용 대상 등), 제53조(급여의 제한), 제54조(급여의 정지)에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조(적용 배제), 제15조(의료급여의 제한), 제17조(의료급여의 중지 등)에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.(관련법령【부록】참조)

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 의료비 항목만 해당한다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 제1항 <표1>의 “통원항목별 공제금액”을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(「민법」 제768조(혈족의 정의)(【부록】참조)))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다

음날부터 180일까지 보상합니다.

- ④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.

[입원 및 통원 보상기간 예시]

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)
계약일 (2026.1.1.)	계약해당일 (2027.1.1.)	계약해당일 (2028.1.1.)	계약종료일 (2028.12.31.)
			보상종료일 (2029.6.29.)

- ⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항과 제4항을 적용하지 않습니다.
- ⑥ 하나의 질병으로 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되 (조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용합니다) 통원 1회로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다.
- ⑦ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원 또는 통원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.
- ⑧ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료 (외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복 방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.
- ⑨ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조(정의)에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등) 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제8항에 따라 보상합니다.(관련법령【부록】참조)
- ⑩ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99) 발생한 의료비를 「모자보건법」에 따라 감면 또는 지원을 받거나 그 외 정부 및 지방자치단체의 지원금을 통해 감면 또는 지원(「국민건강보험법」 제50조(부가급여)에 따른 부가급여도 지원으로 간주합니다)받는 경우에는 감면 또는 지원 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.(관련법령【부록】참조)

제3관. 회사가 보상하지 않는 사항

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

(1) 상해급여형

① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)로 발생한 의료비. 다만, 보험가입일이 건강보험 임신출산 진료비 지급신청서(「임신출산 진료비 지급 등에 관한 기준」 별지 제1호서식)상 요양기관이 기재한 분만예정일로부터 280일 이전인 경우에는 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)와 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 일부 본인부담금에 해당하는 의료비를 보상(단체보험 상품은 보험가입일이 분만예정일로부터 280일 이내인 경우에도 보상합니다)합니다.

다만, '26.5.6. 이후 체결된 계약을 같은 회사의 보험상품으로 전환하거나 재가입한 경우에는 종전 계약을 연장하는 것으로 보아 종전 계약의 보험가입일 기준으로 보상여부를 판단합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비
 7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

③ 회사는 다음의 급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본

인부담금 상한제)

3. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담 의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (1) 상해급여형 제1항, 제2항 및 제4항 내지 제8항에 따라 보상합니다.
4. 간병비
5. 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우 발생한 급여의료비 중 「국민건강보험법 시행규칙」 제16조(요양급여비용의 본인부담) 및 별표6에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100분의100(전액본인부담)인 의료비 및 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담) 및 별표1에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100분의 100(전액본인부담)인 의료비(관련법령 【부록】 참조)

(2) 질병급여형

- ① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여 의료비는 보상하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비
 5. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비
- ② 회사는 다음의 급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04~F99). 다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상하며, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 정신발달장애(F80~F89)와 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비도 18세까지 보상합니다.
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)으로 발생한 의료비 중 전액본인부담금 및 보험가입일부터 2년 이내에 발생한 의료비. 다만, '21.7월 이후 체결된 계약을 같은회사의 보험상품으로 전환하거나 재가입한 경우에는 종전 계약을 연장하는 것으로 보아 보험가입일을 적용합니다.
 3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)로 발생한 의료비. 다만, 보험가입일이 건강보험 임신출산 진료비 지급신청서(「임신출산 진료비 지급 등에 관한 기준」 별지 제1호서식)상 요양기관이 기재한 분만예정일로부터 280일

이전인 경우에는 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)와 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 일부 본인부담금에 해당하는 의료비를 보상(단체보험 상품은 보험가입일이 분만에정일로부터 280일 이내인 경우에도 보상합니다)합니다.

다만, '26.5.6. 이후 체결된 계약을 같은 회사의 보험상품으로 전환하거나 재가입한 경우에는 종전 계약을 연장하는 것으로 보아 종전 계약의 보험가입일 기준으로 보상여부를 판단합니다.

4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04). 다만, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 보상합니다.

5. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

③ 회사는 다음의 급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)

2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)

3. 성장호르몬제 투여에 소요된 비용으로 부담한 전액본인부담금

4. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (2) 질병급여형 제1항 및 제3항 내지 제8항에 따라 보상합니다.

5. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)

6. 간병비

7. 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우 발생한 급여의료비 중 「국민건강보험법 시행규칙」 제16조(요양급여비용의 본인부담) 및 별표6에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100분의100(전액본인부담)인 의료비 및 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담) 및 별표1에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100분의 100(전액본인부담)인 의료비(관련법령 【부록】 참조)

제4조의2(특별약관에서 보상하는 사항)

① 제3조(보장종목별 보상내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)에도 불구하고 다음에 해당하는 의료비는 기본형 실손의료비 보장에서 보상하지 않습니다.

1. 비급여 의료비

2. 제1호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비

② 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되어 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 각각의 의료비에 대한 확인을 요청할 수 있습니다.

제4관. 보험금의 지급

제5조(보험가입금액 한도 등)

- ① 이 계약의 연간 보험가입금액은 제3조(보장종목별 보상내용) (1) 상해급여형에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서, (2) 질병급여형에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제3조(보장종목별 보상내용)에 의한 급여 의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다.
- ② 이 계약에서 “연간”이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 또는 통원 치료시 해당일이 속한 보험연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제 또는 「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제 적용항목은 실제 본인이 부담한 금액(「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령에서 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액은 제외한 금액)을 한도로 제3조(보장종목별 보상내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)에 따라 보상합니다.
- ④ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 입원의 경우 급여 의료비 중 보상금액을 제외한 나머지 금액(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 20%에 해당하는 금액)이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 제1항의 한도 내에서 보상합니다.
- ⑤ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 통원의 경우 (1) 상해급여형 또는 (2) 질병급여형 각각에 대하여 통원 1회당 20만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액의 한도 내에서 보상합니다.
- ⑥ 제3조(보장종목별 보상내용) (1) 상해급여형 제4항 또는 제5항 및 (2) 질병급여형 제3항 또는 제4항에 따른 계속중인 입원 또는 통원의 보상한도는 연간 보험가입금액에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다.

제5조의2(보험가입금액 한도 등에 대한 설명 의무)

- ① 회사는 제18조(약관교부 및 설명 의무 등)에 따라 계약자가 청약할 때에 약관의 중요한 내용을 설명할 경우, 제5조(보험가입금액 한도 등)의 내용도 함께 설명하여 드립니다.
- ② 제1항에 따라 보험가입금액 한도 등을 설명할 때에, 회사는 계약자에게 제5조(보험가입금액 한도 등) 제3항의 “본인부담금 상한제” 및 “본인부담금 보상제”에 대한 사항을 구체적으로 설명하여 드립니다.

【「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제】

요양급여비용 중 본인이 부담한 비용의 연간 총액이 일정 상한액(국민건강보험 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준에 따라 국민건강보험법 등 관련 법령에서 정한 금액(90만원~843만원))을 초과하는 경우 그 초과액

을 국민건강보험공단이 부담하는 제도

〔「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제〕

수급권자의 급여대상 본인부담금이 매 30일간 다음 금액을 초과하는 경우, 초과금액의 50%에 해당하는 금액을 의료급여기금 등이 부담하는 제도

1. 1종 수급권자 : 2만원
2. 2종 수급권자 : 20만원

〔「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제〕

본인부담금 보상제에 따라 지급받은 금액을 차감한 급여대상 본인부담금이 다음 금액을 초과하는 경우, 그 초과액 전액을 의료급여기금 등이 부담하는 제도

1. 1종 수급권자 : 매 30일간 5만원
2. 2종 수급권자 : 연간 80만원(다만, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다)

다만, 관련 법령 등이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다. (상기 예시금액은 2026년 기준)

제6조(보험금 지급사유 발생의 통지)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 것을 알았을 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)

1. 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비 계산서·영수증, 진료비 세부산정내역, 한방진료비 계산서·영수증, 한방진료비 세부산정내역, 약제비 계산서·영수증, 약제비 세부산정내역, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정기간에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인 방법 포함)
 4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
2. 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

1. 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
2. 제1항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해

여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 지급하는 제도를 말합니다)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

[분쟁조정 신청]

분쟁조정 신청은 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

- 3 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급 보험금으로 지급합니다.

[가지급보험금]

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 보험수익자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

- 4 회사는 제1항에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때 (제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(【별표2】 참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- 5 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 및 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 회사는 사실 확인이 끝날 때까지 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- 6 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.
- 7 보험수익자와 회사가 제3조(보장종목별 보상내용)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중

에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ⑧ 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제, 「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제 및 보상제와 관련한 확인요청을 할 수 있습니다.
- ⑨ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있으며, 진료비확인요청제도를 활용할 경우 회사는 이를 활용한 사례를 집적하고 먼저 유사 사례가 있는지를 확인하고 이용합니다.
- ⑩ 회사는 보험금 지급시 보험수익자에게 문자메시지, 전자우편 또는 이와 유사한 전자적 장치 등으로 다음 각 호의 사항을 안내하여 드리며, 보험수익자는 안내한 사항과 관련하여 구체적인 계산내역 등에 대하여 회사에 설명을 요청할 수 있습니다.
 1. 보험금 지급일 등 지급절차
 2. 보험금 지급 내역
 3. 보험금 심사 지연 시 지연 사유 및 예상 지급일
 4. 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 아니하는 경우에는 그 사유 등

제9조(보험금을 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자를 말합니다)는 회사의 「사업방법서」에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조(주소변경의 통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법을 통하여 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달한 것으로 봅니다. 단, 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 경우에 한합니다.

제11조(대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 하며, 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여

한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의 무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 계약자들이 연대(連帶)하여 부담합니다.

[연대(連帶)]

2인 이상의 계약자가 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지는 것을 말하며(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 계약자 1인이 책임을 이행하는 경우 나머지 계약자는 책임을 면하게 됩니다.

제5관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단을 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(「상법」에 따른 “고지의무”와 같으며 이하 “계약 전 알릴 의무”라 합니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[「상법」 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)]

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날부터 1월내에, 계약을 체결한 날부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

[「상법」 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)]

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제13조(상해보험계약 후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.
1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - 가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
 - 나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
 - 다. 현재의 직업을 그만둔 경우

[직업]

- 1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안 계속하여 종사하는 일
- 2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에서 따르는 위치나 자리를 말함
예) 학생, 미취학아동, 무직 등

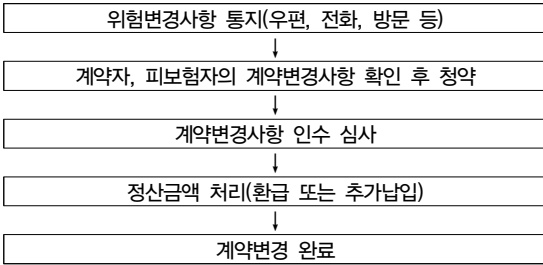
[직무]

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차(자동차관리법상 이륜차로 분류되는 삼륜 또는 사륜의 자동차를 포함합니다) 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함합니다)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한합니다)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다)

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제 20조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]



③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보장보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자 적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보장보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 일시납 또는 잔여 보험료 납입기간과 5년 중 큰 기간(단, 잔여 보험기간을 초과할 수 없습니다) 동안의 분납 중 선택하여 정산금액을 납입하여야 합니다. 다만, 갱신형 계약 등 일부 보험계약의 경우 분납이 제한될 수 있습니다.

④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

[비례보상 예시]

보험기간 중 직업의 변경으로 위험이 증가(상해급수 1급 → 2급)되었으나, 이를 회사에 알리지 않고 변경전 보험료를 계속 납입하던 중 상해사망 사고가 발생한 경우

- 상해사망 가입금액 : 1억원
- 상해사망 보험요율 : 1급 0.3, 2급 0.5

$$\rightarrow \text{고객이 수령하는 상해사망 보험금} = 1\text{억원} \times \frac{0.3}{0.5} = 6\text{천만원}$$

- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제14조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생 여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
1. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제13조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1년)이 지났을 때
 3. 최초계약 체결일부터 3년이 지났을 때
 4. 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등을 말합니다)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
 - 나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
 - 다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때

- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 회사는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 보장을 제한한 경우는 제20조(계약내용의 변경 등)을 따릅니다.
- ④ 제1항 제1호에 따른 계약의 해지 및 보장의 제한이 보험금 지급사유가 발생한 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)과 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 제13조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지, 보장을 제한하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑧ 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

[유의사항]

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 질병(예)고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 질병(예)고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다. 계약 체결 전에 피보험자의 고지사항이 청약서에 제대로 기재되어 있는지 반드시 확인하시기 바랍니다.

제15조(사기에 의한 계약)

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단이나 약물사용을 통하여 진단절차를 통과하거나, 진단서를 위조 또는 변조하거나, 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 회사는 계약일부 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다. 이하 같습니

다)를 돌려 드립니다.

제6관. 보험계약의 성립과 유지

제16조(보험계약의 성립)

- 1 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- 2 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등을 말합니다)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

[보험가입금액 제한]

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

[일부보장 제외]

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

[보험금 삭감]

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

[보험료 할증]

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

- 3 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 보험증권을 드립니다. 이 경우 30일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.
- 4 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균 공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- 5 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- 6 제5항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한

계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ⑦ 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조(청약의 철회)

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약은 철회할 수 없습니다.
1. 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약
 2. 보험기간이 90일 이내인 계약
 3. 전문금융소비자가 체결한 계약

[전문금융소비자]

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호(【부록】 참조)에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

[일반금융소비자]

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 지나면 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 “서면 등”이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체 없이 알려야 합니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- ⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력이 발생하지 않습니다.
- ⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제18조(약관교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한

경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

[약관의 중요한 내용]

「금융소비자 보호에 관한 법률」 제19조(설명 의무) 등에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 청약의 철회에 관한 사항
- 계약의 해지 및 해제
- 분쟁조정 절차에 관한 사항
- 예금자보호법에 따른 보호여부
- 환급금에 관한 사항
- 고지의무 및 통지의무 위반의 효과
- 저축성 보험계약의 경우 적용이율 및 산출기준, 사업비 차감 및 금액에 관한 사항
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

- ② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

[통신판매계약]

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ③ 계약자는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
 2. 회사가 약관의 중요한 내용을 계약자에게 설명하지 않은 경우
 3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

[자필서명의 종류]

1. 사인(signature) 또는 날인(도장을 찍음)
2. 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 규정한 전자서명

- ④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 중 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 회사는 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
 2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다.
- ⑥ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

제19조(계약의 무효)

- ① 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
1. 계약자와 피보험자가 다른 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만 피보험자와 보험수익자가 같은 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.
 2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 해당 계약은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.
- ② 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우 및 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제20조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 받아 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 적어 드립니다.
1. 보험종목 또는 보장종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
 4. 계약자, 보험가입금액 등 그 밖의 계약내용
- ② 계약자가 제1회 보험료를 납입한 날부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 경우, 회사는 회사의 「사업방법서」에서 정하는 방법에 따라 보험종목을 변경하여 드립니다.
- ③ 계약자가 제1항 제4호에 따라 보험가입금액을 감액하려는 경우 회사는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만 변경된 보험수익자가 회사에 권리자로서 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경사실을 회사에 알려야 합니다.

[계약자의 보험수익자 변경 통지]

계약자가 회사에 보험수익자가 변경되었음을 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

- ⑤ 계약자가 제4항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의2(타인의 생명보험)(【부록】 참조)에 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 제1항에 따라 계약자가 변경된 경우 회사는 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제21조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.
- ④ 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전·후의 계약자 적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환받을 금액이 발생할 수 있습니다.

[보험나이의 계산 예시]

생년월일 : 1996년 7월 2일, 계약일 : 2026년 1월 10일
⇒ 2026년 1월 10일 - 1996년 7월 2일
= 29년 6개월 8일 = 30세

제22조(계약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음

날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

- ③ 제1항의 “사망”은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[실종선고]

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

- ④ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제33조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제1항 내지 제4항까지의 규정에 따라 계약이 소멸되는 경우 제34조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

제7관. 보험료의 납입

제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약에 승낙하고 계약자로부터 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에서 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자에게 책임이 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

[보장개시일]

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한 보장개시일을 계약일로 봅니다.

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당되는 경우에는

보장을 하지 않습니다.

1. 제12조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제14조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생 시까지 피보험자가 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장을 합니다.
- ④ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 내지 제3항까지의 규정에 따른 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.
- ⑤ 계약이 재가입되는 경우(최초계약이 재가입되는 경우를 포함합니다)에는 제1항 내지 제3항까지의 규정에 따른 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제24조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 계약자가 보험료를 납입한 경우 회사는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사가 발행한 증명서류를 영수증으로 대신합니다.

[납입기일]

계약자가 제2회부터의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제25조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있습니다. 이 경우 제34조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내용을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항에 따른 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 합산한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항과 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며, 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 이루어진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구하였을 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입을 없었던 것으로 하여 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입

이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음을 포함합니다) 또는 전자문서(문자메시지를 포함합니다) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제26조(해외장기체류자의 보험료 운영에 관한 사항)

- 1 피보험자가 해외여행 실손의료보험(단, 보험기간이 3개월 이상인 경우에 한함)에 가입한 경우 해당 해외체류기간(이하 “납입중지기간”이라 함) 동안 이 계약의 보험료 납입 중지를 신청할 수 있습니다. 이 경우 해당 납입중지기간동안 회사의 보장도 중지됩니다.
- 2 제1항에 따라 납입중지를 신청한 경우에도 보험기간은 납입중지기간만큼 연장되지 않고 동일하게 유지됩니다.
- 3 제1항에 따른 납입중지기간 중 계약의 갱신계약일이 포함되어 있는 경우 납입중지기간 종료 후 계약자는 갱신계약일 현재의 기초율을 적용하여 재산출된 보험료를 납입하여야 합니다.
- 4 피보험자가 연속하여 3개월 이상 해외에 체류한 사실이 확인되고 해당 체류기간동안 이 계약의 보험료를 납입한 경우 체류기간 종료 후 이 기간에 해당하는 보험료를 환급하여 드립니다.
- 5 동일한 해외체류기간에 대해 제1항 및 제4항은 중복하여 적용하지 않습니다.
- 6 제1항에도 불구하고 해외체류기간 중 보장내용 변경주기 종료일이 포함되어 있는 경우에는 보험료 납입중지를 신청할 수 없습니다.

제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- 1 계약자가 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 납입최고(독촉)기간을 정하여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보험금을 지급합니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용. 이 경우 계약이 해지되면 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.

[납입최고(독촉)기간]

보험료의 납입이 연체중인 경우에 회사가 계약자에게 보험료 납입을 요구하는 기간으로 보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.

- 2 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.
- 3 회사는 제2항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전

화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

- ④ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조(통신판매시 준수사항) 제3항(【부록】 참조)에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체이자(평균공시이율+1%로 계산한 금액)를 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제12조(계약 전 알릴 의무), 제14조(알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 및 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제29조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우 회사는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[강제집행과 담보권실행]

강제집행이란, 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다. 담보권실행이란, 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

- 추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차없이 채무자에 갈음하여 직접 추심(받아냄)할 수 있는 권리를 부여하는 집행법원의 결정
- 전부명령 : 채무자가 제3채무자에 대한 채권을 채권자에게 이전시키고 그 대신 채무자에 대한 채권이 소멸되는 집행법원의 결정

[국세 및 지방세 체납처분 절차]

국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제8관. 계약의 해지 및 해약환급금 등

제30조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 계약이 해지된 경우 회사는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제19조(계약의 무효)에 따라 계약자와 피보험자가 다른 계약에서 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호【부록】 참조)에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중 중대한 사정변

경(계약자의 미성년 자녀인 피보험자에 대한 친권 상실, 계약 체결 당시 미성년인 피보험자가 성인이 된 이후 의사변경, 계약자와 피보험자간 연락 두절 등)이 발생하는 등 피보험자의 필요가 발생한 경우에는 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제30조의2(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지) (【부록】 참조) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 「금융소비자 보호에 관한 법률 시행령」 제38조(위법계약의 해지) 제4항의 각 호(【부록】 참조)에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제33조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 「민법」 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

[위법계약]

금융상품판매업자 등이 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)에서 정한 정합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제31조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 적었거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급 사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

[이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급]

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 위조 또는 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 그 사실을 계약자에게 통지하고 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제32조(회사의 파산선고와 해지)

- 1 회사가 파산선고를 받은 경우 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- 2 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지나면 그 효력을 잃습니다.
- 3 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우 회사는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(해약환급금)

- 1 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.
- 2 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(【별표2】 참조)에 따릅니다.
- 3 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- 4 제30조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액과 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제34조(보험계약대출)

- 1 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 다만, 순수보장성 보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- 2 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 이자를 언제든지 상환할 수 있습니다.
- 3 계약자가 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 보험계약대출금과 이자를 상환하지 않은 경우 회사는 그 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- 4 제3항에도 불구하고 회사는 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 경우 회사는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.
- 5 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제35조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제9관. 다수보험의 처리 등

제36조(다수보험의 처리)

- 1 다수보험의 경우 각 계약의 보장대상의료비 및 보장책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.

- ② 각 계약의 보장책임액 합계액이 각 계약의 보장대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \left(\begin{array}{l} \text{각 계약의} \\ \text{보장대상} \\ \text{의료비 중} \\ \text{최고액} \end{array} - \begin{array}{l} \text{각 계약의} \\ \text{피보험자부담} \\ \text{공제금액 중} \\ \text{최소액} \end{array} \right) \times \frac{\text{각 계약별 보장책임액}}{\text{각 계약별 보장책임액을} \\ \text{합한 금액}}$$

제37조(연대책임)

- ① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고, 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도 내에서 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제10관. 자동갱신 및 재가입에 관한 사항 등

제38조(계약의 자동갱신)

- ① 계약이 다음의 조건을 충족하는 경우에는 계약의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 갱신전 계약의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신계약일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
1. 갱신된 계약(이하 “갱신후 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일이 회사가 정한 기간(보장내용 변경주기) 내일 것
 2. 갱신계약일에 피보험자의 나이가 이 계약의 「사업방법서」에서 정한 나이의 범위 내일 것
 3. 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ② 제1항에 따라 갱신전 계약이 갱신후 계약으로 갱신되는 경우, 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

제39조(계약의 보험기간)

- ① 이 계약의 보험기간은 1년으로 합니다.
- ② 갱신후 계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다.

제40조(자동갱신의 적용)

- ① 회사는 갱신후 계약에 대하여 갱신폭 계약의 약관을 적용하며(법령 및 표준약관의 재개정 또는 금융위원회의 명령에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용), 보험요율에 관한 제도 및 보험료 등을 개정된 경우에는 갱신후 계약에 대해서는 갱신폭계약일 현재의 제도 및 보험료 등을 적용합니다.
- ② 회사는 갱신폭 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지, 제38조(계약의 자동갱신)에서 정한 갱신폭 사유 및 제1항의 갱신후 계약 보험료를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 제1항의 법령 및 표준약관의 재개정 또는 금융위원회의 명령으로 약관이 변경된 경우에는 갱신폭 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 변경내용, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.
- ④ 제3항에 따른 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신폭계약일에 변경된 약관을 적용하여 갱신폭됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신폭계약일에 계약은 종료됩니다.
- ⑤ 갱신폭계약일의 전일까지 제4항의 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 변경된 약관을 적용하여 갱신폭됩니다. 다만, 계약자는 갱신폭계약일 현재의 약관에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 갱신폭계약일 이후 납입한 갱신후 계약의 보험료를 돌려드립니다.

제41조(갱신폭 계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신폭 계약의 보험료를 납입완료하고, 갱신폭 계약의 제1회 보험료를 갱신폭계약일까지 납입하지 않은 경우 회사는 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 계약은 해제됩니다.
- ② 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신폭 계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제42조(갱신폭 계약의 보장개시)

제38조(계약의 자동갱신)에 따라 계약이 갱신폭되는 경우, 갱신폭 계약의 보장은 갱신폭계약일부터 개시됩니다.

제43조(갱신폭 계약의 보험료 계산)

- ① 갱신폭 계약의 보험료는 갱신폭계약일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가,

보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상 또는 인하될 수 있습니다.

- ② 갱신후 계약의 보험료는 매년 「보험업감독규정」이 정한 범위(나이의 증가로 인한 보험료 증감분은 제외) 내에서 인상 또는 인하될 수 있습니다. 다만, 회사가 금융위원회로부터 경영개선권고, 경영개선요구 또는 경영개선명령을 받은 경우는 예외로 합니다.

[유의사항]

갱신후 계약의 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등을 반영하므로 계약자가 갱신후 납입해야 하는 보험료는 매년 「보험업감독규정」이 정한 범위를 크게 상회하여 인상될 수 있습니다.

- ③ 이 조항에 따른 보험료 계산 방법은 보장내용 변경주기 및 관계법령의 개정에 따라 변경될 수 있습니다.

[갱신년도별 보험료 적용 예시]

▶ 최초 계약시 40세 남자, 월 14,000원, 매년 보험료* 25% 인상 가정시

* 기본형 실손의료비 보장과 특약형1·2 실손의료비 보장에 함께 가입하였을 경우를 가정하여 산출한 보험료입니다

(단위 : 원)

구분	40세	41세	42세	43세	44세	45세
나이증가분 (A)		560	728	946	1,230	1,599
보험료 산출 기초율 (위험률 등) 증가분 (B=전년도 기준보험료의 25% 가정)		3,640	4,732	6,152	7,997	10,396
기준보험료 (C=전년도 기준보험료 +A+B)	14,000	18,200	23,660 (21,294)*	30,758 (27,682)*	39,985 (35,987)*	51,980 (46,782)*

* ()은 직전 2년 무사고시 보험료 10% 할인 추가 적용 기준

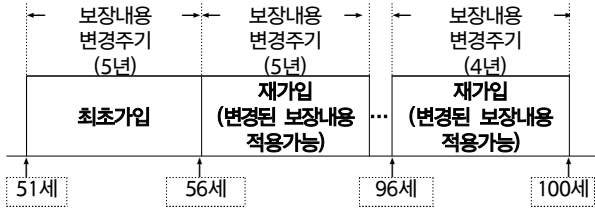
※ 상기 보험료계산 예시는 단순 예시로, 실제로 납입해야하는 보험료와 상이할 수 있습니다.

제44조(보장내용 변경주기)

- ① 이 계약의 보장내용(보장범위 및 자기부담금 등)이 바뀌는 주기(이하 “보장내용 변경주기”라 합니다)는 5년으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 재가입할 때 피보험자의 100세 계약해당일까지 남은 기간이 5년 미만일 경우 그 남은 기간을 보장내용 변경주기로 합니다.
- ③ 보장내용 변경주기 종료일은 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기」세 계약해당일로 합니다.

[보장내용 변경주기 예시]

최초가입당시 나이 : 51세



제45조(계약의 재가입에 관한 사항)

- ① 계약이 다음의 조건을 충족하고 계약자가 제5항에 따라 재가입의사를 표시한 때에는 제16조(보험계약의 성립) 및 제18조(약관교부 및 설명의무 등)를 준용하여 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 기존 계약 종료일의 다음날(이하 “재가입일”이라 합니다) 기존 계약에 이어 재가입 할 수 있으며, 이 경우 회사는 기존 계약의 가입 이후 발생한 상해 또는 질병을 사유로 가입을 거절할 수 없습니다.
 1. 재가입일에 피보험자의 나이가 회사가 최초가입 당시 이 계약의 「사업방법서」에서 정한 나이의 범위 내일 것
 2. 재가입전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ② 이 계약의 자동갱신 종료 후 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에 회사가 판매하는 실손의료보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 회사는 이를 거절할 수 없습니다.
- ③ 회사는 계약자에게 보장내용 변경주기 종료일 이전까지 2회 이상 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 알려드리고, 회사는 계약자의 재가입의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시, 통신판매계약의 경우 통신수단을 통해 확인합니다.
- ④ 회사가 제3항에 의한 안내를 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면, 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신 확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것으로 확인되는 경우에는 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 계약자는 제3항에 따른 재가입안내와 재가입여부 확인 요청을 받은 경우 재가입 의사를 표시하여야 합니다.
- ⑥ 제3항 및 제5항에도 불구하고, 회사가 계약자의 재가입 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와의 연락두절로 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 직전계약과 동일한 조건으로 보험계약을 연장합니다.
- ⑦ 제6항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 계약자는 그 연장된 날부터 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있다.

며, 회사는 연장된 날 이후 계약자가 납입한 보험료 전액을 환급합니다.

- ⑧ 제6항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 보험계약의 연장일은 회사가 계약자의 재가입의사를 확인한 날(계약자 등이 회사에 보험금을 청구함으로써 계약자에게 연락이 닿아 회사가 계약자의 재가입의사를 확인한 날 등) 또는 보험기간이 종료된 날로부터 1년 중 빠른 날까지로 합니다. 계약자의 재가입 의사가 확인된 경우에는 제1항에서 정한 절차에 따라 회사가 재가입의사를 확인한 날에 판매중인 상품으로 다시 재가입하는 것으로 하며, 기존 계약은 해지됩니다. 다만, 계약자가 재가입을 원하지 않는 경우에는 해당 시점부터 계약은 해지되고, 재가입 의사가 확인되지 않는 경우에는 연장일이 종료되는 시점으로부터 계약은 해지됩니다.
- ⑨ 제6항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 계약자는 회사에 재가입 의사를 표시할 수 있습니다. 회사는 계약자의 재가입 의사가 확인되었을 때에는 제1항에서 정한 절차에 따라 회사가 재가입 의사를 확인한 날에 판매중인 상품으로 재가입하는 것으로 하며, 기존 계약은 해지됩니다.
- ⑩ 제8항 또는 제9항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제46조(재가입후 계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간내에 재가입전 계약의 보험료를 납입완료하고, 재가입후 계약의 제1회 보험료를 재가입일까지 납입하지 않은 경우 회사는 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 재가입후 계약은 해제됩니다.
- ② 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 재가입후 계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제47조(재가입후 계약의 보장개시)

제45조(계약의 재가입에 관한 사항)에 따라 계약이 재가입되는 경우, 재가입후 계약의 보장은 재가입일부터 개시됩니다.

제11관. 분쟁의 조정 등

제48조(분쟁의 조정)

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁당사자나 그 밖의 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나

이익의 가액이 「금융소비자보호에 관한 법률」 제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)(【부록】 참조)에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제49조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원이 하는 것으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제50조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액과 미경과보험료 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효의 완성]

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있을 때부터 시작됩니다. 보험금 지급사유가 2026년 1월 1일에 발생하였음에도 2029년 1월 1일까지(3년동안) 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제51조(약관의 해석)

- 1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며, 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- 2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- 3 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용을 확대하여 해석하지 않습니다.

[신의성실의 원칙]

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조(신의성실) 제1항)(【부록】 참조)

제52조(상품설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

- 1 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험 상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 상품설명서를 제공하여야 합니다.
- 2 상품설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사 간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- 3 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사가 제작한 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

[보험안내자료]

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제53조(회사의 손해배상책임)

- 1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 또는 대리점에 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 관계법령 등에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
- 2 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소송을 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- 3 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

[현저하게 공정을 잃은 합의]

회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

- 4 회사가 제18조(약관교부 및 설명의무 등) 제6항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 회사는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다.
- 5 회사가 제4항에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 계약의 최초계약일부터 5년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 계약의 최초계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제54조(개인정보보호)

- 1 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법», 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에서 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
- 2 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제55조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며 약관에서 정하지 않은 사항은 「금융소비자보호에 관한 법률», 「상법», 「민법」 등 관계 법령을 따릅니다.

제56조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

[예금자보호제도]

예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다. 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타 지급금을 합한 금액이 1인당 “1억원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “1억원까지” 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

한화실손의료보험
(갱신형) V 무배당
특별약관



1. 특약형1(중증 비급여) 실손의료비(갱신형) 특별약관

제1조(보장종목)

① 회사가 판매하는 특약형1 실손의료비(이하 “특별약관1”이라 합니다)는 상해비급여형, 질병비급여형, 3대비급여형의 3개의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
상해비급여형	피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환으로 인한 비급여 ^{주)} 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(3대 비급여 제외)
질병비급여형	피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환으로 인한 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(3대 비급여 제외)
3대비급여형	피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환으로 인한 3대비급여 치료를 받은 경우에 보상

주) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)

※ 건강보험심사평가원에서는 국민 알 권리 증진 및 의료기관 선택에 도움이 될 수 있도록 비급여 진료비용을 공개하고 있으며, 의료기관 등에서 진료를 받고 지불한 비급여(전액본인부담금포함) 진료비용이 건강보험(의료급여)에 해당되는지 확인할 수 있도록 비급여 진료비 확인제도를 운영하고 있습니다.

② 회사는 이 특별약관1의 명칭에 “중증 비급여 실손의료비”라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조(용어의 정의)

① 이 특별약관1에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용어	정의
3대 비급여 「근골격계 질환·외상·치과·체외 충격파 치료」	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 내 비급여 목록 중 근골격계 질환의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 일체 ^{주)} (예시 : FIMS(기능적근육내 자극치료), 신장 분사치료, 도수치료, 증식치료, 비침습적 무통증 신호요법 등) 주) 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」가 관련 법령 개정 또는 폐지 등으로 이학요법치료와 관련된 행위 비급여 목록이 삭제될 경우 삭제 전 가장 최근 발간된 내용을 기준

용어		정의
		으로 하며, 보건복지부, 건강보험심사평가원 또는 국민건강보험공단 등에서 이학요법치료를 법령 등에서 별도 정의하는 경우 해당 정의에 따를 수 있습니다.
	체외 충격파 치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위(체외충격파쇄석술은 제외)
	주사료	항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사 치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
	항암제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 “조직세포의 기능용 의약품” 중 “종양용약”과 “조직세포의 치료 및 진단 목적제제”* * 향후 식품의약품안전처 예규인 「의약품등 분류번호에 관한 규정」이 폐지되는 등의 사유가 발생하는 경우 「약사법」에 따른 의약품관리종합정보센터로 지정된 기관(건강보험심사평가원)에서 관리하는 「해부·치료·화학적 분류(ATC)」코드 등을 준용할 수 있으며, 분류기준 등이 변경되는 경우 치료시점의 분류기준에 따릅니다.
	주사료	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 “항병원생물성 의약품” 중 “항생물질제제”, “화학요법제” 및 “기생동물에 대한 의약품 중 항원충제”* * 향후 식품의약품안전처 예규인 「의약품등 분류번호에 관한 규정」이 폐지되는 등의 사유가 발생하는 경우 「약사법」에 따른 의약품관리종합정보센터로 지정된 기관(건강보험심사평가원)에서 관리하는 「해부·치료·화학적 분류(ATC)」코드 등을 준용할 수 있으며, 분류기준 등이 변경되는 경우 치료시점의 분류기준에 따릅니다.
	항생제 (항진균제 포함)	
	희귀 의약품	식품의약품안전처장이 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품* * 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.
	자기공명 영상진단	자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA)* * 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 상의 MRI/MRA 범주에 따름)
	산정특례 대상 질환	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)」 제4조(중증질환자 산정특례대상)부터 제5조의

용어	정의
	<p>3(중증난치질환의 정의)까지에 따른 산정특례 대상인 질환^{주)}(암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀질환, 중증난치질환, 중증화상, 중증외상, 결핵, 잠복결핵 등)</p> <p>주)「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」제4조(중증질환자 산정특례대상)부터 제5조의3(중증난치질환의 정의)이 관련 법규 개정 등으로 삭제될 경우 삭제 전 가장 최근 고시된 내용을 기준으로 하며, 삭제 이후 보건복지부, 건강보험심사평가원 또는 국민건강보험공단 등에서 희귀질환, 중증난치질환 등을 법규 등에서 별도 정의하는 경우 해당 정의에 따를 수 있습니다.</p>
암질환·뇌혈관질환·심장질환·중증화상·중증외상	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조([별표3]중증질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
희귀질환	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조([별표4]희귀질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
중증난치질환	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조([별표4의2]중증난치질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
결핵·잠복결핵	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조의2([별표5]시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵질환의 적용 범위)에 따른 질환
산정특례 대상 질환으로 인한 치료	<p>산정특례 대상 질환에 대한 치료 및 해당 질환과 의학적으로 인과관계가 분명하다고 인정되는 합병증에 대한 치료(다만 산정특례 대상 질환의 치료가 종료된 상태에서 합병증만을 치료중인 경우는 제외합니다.)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>〈산정특례 대상 질환 치료에 미해당하는 치료의 예시〉</p> <ul style="list-style-type: none"> - 항암수술 후에 암 조직이 없는 상태에서 재발방지 목적으로 이루어지는 호르몬 치료 등 (단, 항암목적의 호르몬치료 및 방사능치료는 산정특례 대상 질환 치료에 해당) - 혈액암 환자 중 조혈모세포이식 후 완전관해지만 면역억제제를 복용하고 있는 경우, 간암으로 간이식술 후 재발 없이 외래에서 추적관찰하면서 면역억제제를 복용하고 있는 경우 - 암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀질환, 중증난치질환, 중증화상, 중증외상, 결핵, 잠복결핵 등 치료가 완료된 상태에서 신체 기능회복 및 개선 목적으로 이루어지는 근골격계 이학요법치료 등 </div>
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 비급여 병실료

용어	정의
보장대상의료비	실제 부담액 - 보장제외금액* * 보통약관 제3관. 회사가 보상하지 않는 사항에 따른 금액, 제4조(보상하지 않는 사항) 및 비급여 병실료 중 회사가 보장하지 않는 금액
상급병실료 차액	상급병상을 이용함에 따라 요양급여 대상인 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

(관련법령【부록】 참조)

② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 “용어의 정의”(【별표1】 참조)를 따릅니다.

제3조(보장종목별 보상내용)

회사가 이 특별약관1의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 보장종목별로 다음과 같습니다.

(1) 상해비급여형

① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례 대상 질환에 대한 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3대비급여는 제외합니다)를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(「민법」 제768조(혈족의 정의)(【부록】 참조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.

구분	보상금액	
입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	“비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)”(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액	
상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만 원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.	
통원(외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) “비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)”(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 “통원항목별 공제금액”을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다)	
	<표1> 통원항목별 공제금액	
	항목	공제금액
	「국민건강보험법」 제42조(요양기관)	3 만 원 과

구분	보상금액	
	항목	공제금액
	제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제 (관련법령【부록】참조)	보장대상의 료 비 의 30% 중 큰 금액

- ② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.
- ③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.
- ④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.

[입원 및 통원 보상기간 예시]

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)
계약일 (2026.1.1.)	계약해당일 (2027.1.1.)	계약해당일 (2028.1.1.)	계약종료일 (2028.12.31.)
			보상종료일 (2029.6.29.)

- ⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항과 제4항을 적용하지 않습니다.
- ⑥ 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받은 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용합니다) 통원 1회로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다.
- ⑦ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원 치료(외래 및 처방·조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다.
- ⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조(적용 대상 등), 제53조(급여의 제한), 제54조(급여의 정지)에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조(적용 배제), 제15조(의료급여의 제한), 제17조(의료급여의 중지 등)에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.(관련법령【부록】참조)
 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 제1항 <표1>의 “통원항목별 공제금액”을 뺀 금액)의

40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(「민법」 제768조(혈족의 정의)(【부록】 참조)))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

9. 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조(정의)에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등) 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제8항에 따라 보상합니다.【관련법령 【부록】 참조】

(2) 질병비급여형

1. 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례 대상 질환에 대한 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3대비급여는 제외합니다)를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(「민법」 제768조(혈족의 정의)(【부록】 참조)))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.

구분	보상금액
입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	“비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)”(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액
상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만 원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.

구분	보상금액				
통원(외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	<p>통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) “비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)”(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 “통원항목별 공제금액”을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다)</p> <p><표1> 통원항목별 공제금액</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>항목</th> <th>공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제</td> <td>3 만 원 과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table> <p>(관련법령 【부록】 참조)</p>	항목	공제금액	「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제	3 만 원 과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액
	항목	공제금액			
「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제	3 만 원 과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액				

- 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.
- 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.

[입원 및 통원 보상기간 예시]

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)
계약일 (2026.1.1.)	계약해당일 (2027.1.1.)	계약해당일 (2028.1.1.)	계약종료일 (2028.12.31.)
			보상종료일 (2029.6.29.)

- 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제2항과 제3항을 적용하지 않습니다.
- 하나의 질병으로 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되 (조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용합니다) 통원 1회로 보아 제1항, 제3항 및 제4항을 적용합니다.
- “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.
- 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제3항 및 제4항을 적용합니다.
- 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조(적용 대상 등), 제53조(급여의

제한), 제54조(급여의 정지)에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조(적용 배제), 제15조(의료급여의 제한), 제17조(의료급여의 중지 등)에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.(관련법령【부록】참조)

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 제1항 <표1>의 “통원항목별 공제금액”을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(「민법」 제768조(혈족의 정의)(【부록】참조)))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

⑨ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조(정의)에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등) 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제8항에 따라 보상합니다.(관련법령【부록】참조)

(3) 3대비급여형

① 회사는 피보험자가 이 특별약관1의 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환에 대한 아래의 비급여 의료행위로 치료를 받은 경우에는 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위료, 약제비, 치료재료대, 조영제, 판독료 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 아래의 보장한도 범위 내에서 각각 보상합니다. 다만, 국가 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(「민법」 제768조(혈족의 정의)(【부록】참조)))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.

〈표1〉 공제금액 및 보장한도

구분		공제금액	보장한도
근골격계 이학요법 치료·체외충격파 치료	“근골격계이학요법치료·체외충격파치료”로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위료, 약제비, 치료재료대 포함)	1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 350만원 이내에서 50회까지 보상 ^{주)}
주사료	주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비	1회당 3만원과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 250만원 이내에서 50회까지 보상
자기공명 영상진단	자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)	1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 300만원 이내에서 보상

주) 근골격계 이학요법치료·체외충격파치료를 각 치료횟수를 합산하여 최초 10회 보장하고, 이후 객관적이고 일반적으로 인정되는 검사결과 등을 토대로 증상의 개선, 병변호전 등이 아래의 각 호 기준에 따라 확인된 경우에 한하여 10회 단위로 연간 50회까지 보상합니다.

[증상의 개선, 병변호전 등은 어떻게 확인하나요?]

1. 증상의 개선, 병변호전 등과 관련하여 기능적 회복 및 호전여부는 관절가동(ROM), 통증평가척도, 자세평가 및 근력 검사(MMT)를 포함한 이학적 검사, 초음파 검사 등을 통해 해당 부위의 체절기능부전(Somatic dysfunction) 등을 평가한 결과로 판단합니다.
2. 보험수익자와 회사가 위 제1호의 판단결과를 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있으며 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관) (【부록】 참조)의 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

[근골격계 이학요법치료·체외충격파치료 보상기간 예시]

1. 계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 이내 350만원을 모두 보상한 경우

	예:30회 보장 (예:350만원 보장)	보상제외 (151일)	보상한도 복원
계약일 (2026.4.1.)	보상한도종료일 (2026.10.31.)	계약해당일 (2027.4.1.)	
	2026.11.1.부터 보상제외	보상재개	

2. 계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 이내 지급된 보험금이 350만원 미만이나 50회를 모두 보상한 경우

	예:50회 보장 (예:300만원 보장)	보상제외 (182일)	보상한도 복원
계약일 (2026.4.1.)	보상한도종료일 (2026.9.30.)	계약해당일 (2027.4.1.)	
	2026.10.1.부터 보상제외	보상재개	

- ② 제1항의 주사료에서 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품을 위해 사용된 비급여 주사료는 제3조(보장종목별 보상내용) (1) 상해비급여형 또는 (2) 질병비급여형에서 보상합니다.
- ③ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.
- ④ 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2종류(회) 이상 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받은 경우는 다음과 같이 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.
 1. 이 특별약관1에서 정한 근골격계 이학요법치료·체외충격파치료 중 2종류 이상의 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받은 경우 각 치료행위를 1회로 보고 각각 제1항에서 정한 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.
 2. 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 치료목적으로 2회 이상 주사치료를 받더라도 1회로 보고 제1항에서 정한 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.
 3. 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2개 이상 부위에 걸쳐 이 특별약관1에서 정한 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2회 이상 이 특별약관1에서 정한 자기공명영상진단을 받는 경우 각 진단행위를 1회로 보아 각각 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.
- ⑤ 제4항에서 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원(동일한 상해 또는 질병 치료목적으로 퇴원 당일 다른 의료기관으로 옮겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1회 입원으로 봅니다.
- ⑥ 제1항에서 보상하는 비급여 의료비가 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액

결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제1항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.

- 7 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험계약 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횡수)에서 직전 보험계약 종료일까지 보상한 횡수를 차감한 잔여 횡수를 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

[보상기간 예시]

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)
계약일 (2026.1.1.)	계약해당일 (2027.1.1.)	계약해당일 (2028.1.1.)	보상종료일 (2029.6.29.)

- 8 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조(적용 대상 등), 제53조(급여의 제한), 제54조(급여의 정지)에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조(적용 배제), 제15조(의료급여의 제한), 제17조(의료급여의 중지 등)에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.(관련법령【부록】참조)

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 제1항 <표1>의 “공제금액”을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(「민법」 제768조(혈족의 정의)(【부록】참조)))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

- 9 회사는 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조(정의)에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등) 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목

포함)은 제1항 내지 제8항에 따라 보상합니다.(관련법령 【부록】 참조)

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

(1) 공통(상해비급여형·질병비급여형·3대비급여형)

회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항([별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 아래 각 호의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 다음 각 목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비가. 단순한 피로 또는 권태
나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
다. 발기부전(impotence)·불감증
라. 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다)
마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosiis)
바. 검열반 등 안과질환
사. 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
2. 다음 각 목의 진료로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(용비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건술은 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 치과교정
라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면)교정술
마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장(성장 촉진)을 목적으로 하는 진료
아. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
자. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
3. 다음 각 목의 예방진료로서 질병·상해의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용하여 발생한 비급여 의료비가. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에

따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다)

- 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
 - 다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료
4. 그 밖에 다음 각 목의 진료로 인해 발생한 비급여 의료비
- 가. 친자확인을 위한 진단
 - 나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술
 - 다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다)
 - 라. 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병으로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외)

(2) 상해비급여형

① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다.

- 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다.
- 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 지급합니다.
- 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다.
- 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
- 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비
- 7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.

- 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
- 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)
- 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 치과치료(K00~K08. 다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아 관련 치료를 제외하고 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조(의료인)(【부록】 참조)에 따른 한의사를 제외한 의사의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)
2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약 관상 보상하는 상해를 치료함에 있어 아래 각 목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다.
 - 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우
 - 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우
 - 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우
 - 라. 상기 가목 내지 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제 중 어느 하나라도 상기 가목 내지 다목에 해당하지 않는 경우 제외)
3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다.
5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담 의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (1) 상해비급여형 제1항 내지 제7항에 따라 보상합니다.
7. 「국민건강보험법」 제42조(요양기관)(【부록】 참조)의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
8. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조(권역응급의료센터의 지정)에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료(관련법령 【부록】 참조)
9. 의료법령에 따라 보건복지부장관이 고시한 사용목적, 사용대상, 시술방법 등에 맞지 않게 사용된 다음 각 목의 의료기술
 - 가. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표1] 신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과 고시(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외)
 - 나. 「평가 유예 신의료기술 고시」 [별표] 평가 유예 신의료기술
 - 다. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표2] 제한적 의료기술
 - 라. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표3] 혁신 의료기술

10. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제12조의2(첨단재생의료 치료계획에 대한 심의)(【부록】참조)에 따라 심의위원회에서 적합 통보를 받은 승인 범위를 벗어나 사용된 첨단재생의료 치료
11. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 “임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다” 또는 “권고하지 않음”으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제4장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2개월 이상 경과한 경우

(3) 질병비급여형

① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비
5. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비

② 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99)
4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문질환(K60~K62, K64)

③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조(의료인)(【부록】참조)에 따른 한의사를 제외한 의사의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)
2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 질병을 치료함에 있어 아래 각 목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다.
 - 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우
 - 나. 영양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의

- 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우
- 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우
 - 라. 상기 가목 내지 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제 중 어느 하나라도 상기 가목 내지 다목에 해당하지 않는 경우 제외)
3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이 (Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다.
 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
 6. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (2) 질병비급여형 제1항 내지 제7항에 따라 보상합니다.
 7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)
 8. 「국민건강보험법」 제42조(요양기관)(【부록】 참조)의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
 9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조(권역응급의료센터의 지정)에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료(관련법령 【부록】 참조)
 10. 의료법령에 따라 보건복지부장관이 고시한 사용목적, 사용대상, 시술방법 등에 맞지 않게 사용된 다음 각 목의 의료기술
 - 가. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표1] 신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과 고시(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외)
 - 나. 「평가 유예 신의료기술 고시」 [별표] 평가 유예 신의료기술
 - 다. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표2] 제한적 의료기술
 - 라. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표3] 혁신 의료기술
 11. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제12조의2(첨단재생의료 치료계획에 대한 심의)(【부록】 참조)에 따라 심의위원회에서 적합 통보를 받은 승인 범위를 벗어나 사용된 첨단재생의료 치료
 12. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 “임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다” 또는 “권고하지 않음”으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제4장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지

등을 통해 공개된 지 2개월 이상 경과한 경우

(4) 3대비급여형

- ① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
 5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승
- ③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다.
 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64)
- ④ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 치과치료(K00~K08. 다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치과 관련 치료를 제외하고 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상하며, K00~K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 및 한방치료(다만, 「의료

- 법」 제2조(의료인)(【부록】 참조)에 따른 한의사를 제외한 의사의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)
2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해 또는 질병을 치료함에 있어 아래 각 목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다.
 - 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우
 - 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우
 - 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우
 - 라. 상기 가목 내지 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제 중 어느 하나라도 상기 가목 내지 다목에 해당하지 않는 경우 제외)
 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약품과 관련하여 소요된 비용
 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다.
 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담 의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (3) 3대비급여항 제1항 내지 제7항에 따라 보상합니다.
 7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)
 8. 「국민건강보험법」 제42조(요양기관)(【부록】 참조)의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
 9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조(권역응급의료센터의 지정)에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료(관련법령 【부록】 참조)
 10. 의료법령에 따라 보건복지부장관이 고시한 사용목적, 사용대상, 시술방법 등에 맞지 않게 사용된 다음 각 목의 의료기술
 - 가. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표1] 신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과 고시(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외)
 - 나. 「평가 유예 신의료기술 고시」 [별표] 평가 유예 신의료기술
 - 다. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표2] 제한적 의료기술

라. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표3] 혁신 의료기술

11. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제12조의2(첨단재생의료 치료계획에 대한 심의)(【부록】참조)에 따라 심의위원회에서 적합 통보를 받은 승인 범위를 벗어나 사용된 첨단재생의료 치료
12. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 “임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다” 또는 “권고하지 않음”으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제4장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2개월 이상 경과한 경우

제5조(보험가입금액 한도 등)

- ① 이 계약의 연간 보험가입금액은 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상 해비급여형에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서, (2) 질병비급여형에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제3조(보장종목별 보상내용)에 의한 비급여 의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다.
다만, (3) 3대비급여형의 보험가입금액은 제3조(보장종목별 보상내용) (3) 3대비급여형 제1항에서 정한 연간 보장한도로 합니다.
- ② 이 계약에서 “연간”이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 또는 통원 치료시 해당일이 속한 연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.
- ③ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 통원의 경우 (1) 상해비급여형 또는 (2) 질병비급여형 각각에 대하여 통원 1회당 20만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액으로 하며, (3) 3대비급여형의 경우 제3조(보장종목별 보상내용) (3) 3대비급여형 제1항에서 정한 각 비급여의료비별 보장한도로 합니다.
- ④ 제3조(보장종목별 보상내용) (1) 상해비급여형 제3항 또는 제4항, (2) 질병비급여형 제2항 또는 제3항 및 (3) 3대비급여형 제7항에 따른 계속중인 입원 또는 통원의 보상한도는 연간 보상한도(보험가입금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여금액과 연간 보상한도(회수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 회수를 차감한 잔여 회수를 한도로 적용합니다.
- ⑤ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 입원의 경우 상급종합병원·종합병원의 상해·질병 및 3대 비급여 의료비(3대 비급여 중 근골격계 이학요법치료·체외충격파치료 및 주사료 관련 비급여 의료비는 제외) 중 공제금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 500만원을 초과하는 때에는 500만원까지 공제합니다.

제6조(갱신후 계약의 보험료 계산)

- ① 보험기간이 종료되어 갱신되는 계약(이하 “갱신후 계약”이라 한다)의 보험료는 갱신계약일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상 또는 인하될 수 있습니다.

- ② 갱신후 계약의 보험료는 매년 「보험업감독규정」에서 정한 범위(나이의 증가로 인한 보험료 증감분은 제외) 내에서 인상 또는 인하될 수 있습니다. 다만, 회사가 금융위원회로부터 경영개선권고, 경영개선요구 또는 경영개선명령을 받은 경우는 예외로 합니다.

[유의사항]

갱신후 계약의 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등을 반영하므로 계약자가 갱신후 납입해야 하는 보험료는 매년 「보험업감독규정」에서 정한 범위를 크게 상회하여 인상될 수 있습니다.

- ③ 이 조항에 따른 보험료 계산 방법은 보장내용 변경주기 및 관계법령 개정에 따라 변경될 수 있습니다.

[갱신년도별 보험료 적용 예시]

▶ 최초 계약시 40세 남자, 월 14,000원, 매년 보험료* 25% 인상 가정시

* 기본형 실손의료비 보장과 특약형1 실손의료비 보장에 함께 가입하였을 경우를 가정하여 산출한 보험료입니다

(단위 : 원)

구분	40세	41세	42세	43세	44세	45세
나이증가분(A)		560	728	946	1,230	1,599
보험료 산출 기초율 (위험률 등) 증가분 (B=전년도 보험료의 25% 가정)		3,640	4,732	6,152	7,997	10,396
기준보험료 (C=전년도 기준보험료 +A+B)	14,000	18,200	23,660	30,758	39,985	51,980

※ 상기 보험료계산 예시는 단순 예시로, 실제로 납입해야하는 보험료와 상이할 수 있습니다.

제7조(비급여 진료비용 공개제도 등의 안내)

회사는 계약자가 특별약관을 청약하였을 때 계약자의 알 권리를 증진하고 합리적인 의료이용 선택에 도움이 될 수 있도록 「의료법」 등 관계 법령에 따른 “비급여 진료비용 공개제도”와 “비급여 진료 사전설명제도”에 대해 설명하고 안내합니다.

[비급여 진료비용 공개제도]

국민이 쉽게 이해하고 의료기관을 선택할 때 참고할 수 있도록 건강보험심사평가원이 매년 비급여 진료비용을 조사하여 최저·최고금액 등 비급여 진료비용에 대한 정보를 비교·공개하는 제도

[비급여 진료 사전설명제도]

진료에 필요한 비급여 항목 및 가격을 환자가 사전에 인지하고 선택할 수 있도록 의료기관이 비급여 진료 전에 비급여 제공항목과 가격을 미리 설명하도록 의무화하는 제도

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관1에서 규정하는 보험금 지급 사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관1은 그 때부터 효력이 없습니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관1에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2. 특약형2(비중증 비급여) 실손의료비(갱신형) 특별약관

제1조(보장종목)

① 회사가 판매하는 특약형2 실손의료비(이하 “특별약관2”이라 함)는 상해비급여형, 질병비급여형, 비급여 자기공명영상진단형의 3개의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
상해비급여형	피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환이 아닌 질환으로 비급여 ^{주)} 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(비급여 자기공명영상진단 제외)
질병비급여형	피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환이 아닌 질환으로 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(비급여 자기공명영상진단 제외)
비급여 자기공명영상진단형	피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환이 아닌 질환으로 인한 비급여 치료를 위해 자기공명영상진단을 받은 경우에 보상

주) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)

※ 건강보험심사평가원에서는 국민 알 권리 증진 및 의료기관 선택에 도움이 될 수 있도록 비급여 진료비용을 공개하고 있으며, 의료기관 등에서 진료를 받고 지불한 비급여(전액본인부담금포함) 진료비용이 건강보험(의료급여)에 해당되는지 확인할 수 있도록 비급여 진료비 확인제도를 운영하고 있습니다.

② 회사는 이 특별약관2의 명칭에 “비중증 비급여 실손의료비”라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조(용어의 정의)

① 이 특별약관2에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용어	정의
「근 골격계이학요법 치료	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대 가치점수」 내 비급여 목록 중 근골격계 질환의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위

용어	정의
치료· 체외충격파 치료	<p>일체^{주)}(예시 : FIMS(기능적근육내 자극치료), 신장 분사치료, 도수치료, 증식치료, 비침습적 무통증 신호요법 등)</p> <p>주) 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」가 관련 법령 개정 또는 폐지 등으로 이학요법치료와 관련된 행위 비급여 목록이 삭제될 경우 삭제 전 가장 최근 발간된 내용을 기준으로 하며, 보건복지부, 건강보험심사평가원 또는 국민건강보험공단 등에서 이학요법치료를 법령 등에서 별도 정의하는 경우 해당 정의에 따를 수 있습니다.</p>
	<p>체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위(체외충격파쇄석술은 제외)</p>
주 사 료	<p>주사료</p> <p>항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사 치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대</p>
	<p>항암제</p> <p>식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 “조직세포의 기능용 의약품” 중 “종양용약”과 “조직세포의 치료 및 진단 목적제제”*</p> <p>* 향후 식품의약품안전처 예규인 「의약품등 분류번호에 관한 규정」이 폐지되는 등의 사유가 발생하는 경우 「약사법」에 따른 의약품관리종합정보센터로 지정된 기관(건강보험심사평가원)에서 관리하는 「해부치료·화학적 분류(ATC)코드」등을 준용할 수 있으며, 분류기준 등이 변경되는 경우 치료시점의 분류기준에 따릅니다.</p>
	<p>항생제 (항진균제 포함)</p> <p>식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 “항병원생물성 의약품” 중 “항생물질제제”, “화학요법제” 및 “기생동물에 대한 의약품 중 항원충제”*</p> <p>* 향후 식품의약품안전처 예규인 「의약품등 분류번호에 관한 규정」이 폐지되는 등의 사유가 발생하는 경우 「약사법」에 따른 의약품관리종합정보센터로 지정된 기관(건강보험심사평가원)에서 관리하는 「해부치료·화학적 분류(ATC)코드」등을 준용할 수 있으며, 분류기준 등이 변경되는 경우 치료시점의 분류기준에 따릅니다.</p>
<p>희귀 의약품</p>	<p>식품의약품안전처장이 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품*</p> <p>* 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.</p>
<p>자기공명 영상진단</p>	<p>자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는</p>

용어	정의
	<p>검사(MRI/MRA)*</p> <p>* 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함</p> <p>(보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 상의 MRI/MRA 범주에 따름)</p>
산정특례 대상 질환	<p>「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)」 제4조(중증질환자 산정특례대상)부터 제5조의3(중증난치질환의 정의)까지에 따른 산정특례 대상인 질환^{주)}(암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀질환, 중증난치질환, 중증화상, 중증외상, 결핵, 잠복결핵 등)</p> <p>주) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례대상)부터 제5조의3(중증난치질환의 정의)이 관련 법규 개정 등으로 삭제될 경우 삭제 전 가장 최근 고시된 내용을 기준으로 하며, 삭제 이후 보건복지부, 건강보험심사평가원 또는 국민건강보험공단 등에서 희귀질환, 중증난치질환 등을 법규 등에서 별도 정의하는 경우 해당 정의에 따를 수 있습니다.</p>
암질환·뇌혈관질환·심장질환·중증화상·중증외상	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조([별표3]중증질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
희귀질환	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조([별표4]희귀질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
중증난치질환	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조([별표4의2]중증난치질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
결핵·잠복결핵	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조의2([별표5]시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵질환의 적용 범위에 따른 질환
산정특례 대상 질환으로 인한 치료	<p>산정특례 대상 질환에 대한 치료 및 해당 질환과 의학적으로 인과관계가 분명하다고 인정되는 합병증에 대한 치료(다만 산정특례 대상 질환의 치료가 종료된 상태에서 합병증만을 치료중인 경우는 제외합니다.)</p>

용어	정의
	<p><산정특례 대상 질환 치료에 마해당하는 치료의 예시></p> <ul style="list-style-type: none"> - 항암수술 후에 암 조직이 없는 상태에서 재발방지 목적으로 이루어지는 호르몬 치료 등(단, 항암목적의 호르몬치료 및 방사능치료는 산정특례 대상 질환 치료에 해당) - 혈액암 환자 중 조혈모세포이식 후 완전관해지만 면역억제제를 복용하고 있는 경우, 간암으로 간 이식술 후 재발 없이 외래에서 추적관찰하면서 면역억제제를 복용하고 있는 경우 - 암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀질환, 중증난치질환, 중증화상, 중증외상, 결핵, 잠복결핵 등 치료가 완료된 상태에서 신체 기능회복 및 개선 목적으로 이루어지는 근골격계 이학요법치료 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 비급여 병실료
보장대상의료비	실제 부담액 - 보장제외금액* * 보통약관 제3관. 회사가 보상하지 않는 사항에 따른 금액, 제4조(보상하지 않는 사항) 및 비급여 병실료 중 회사가 보장하지 않는 금액
상급병실료 차액	상급병상을 이용함에 따라 요양급여 대상인 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

(관련법령 【부록】 참조)

② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 “용어의 정의”(【별표1】 참조)를 따릅니다.

제3조(보장종목별 보상내용)

회사가 이 특별약관2의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 보장종목별로 다음과 같습니다.

(1) 상해비급여형

① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례 대상 질환 외 치료를 받은 경우에는 비급여 의료비(비급여 자기공명영상진단은 제외합니다)를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(「민법」 제768조(혈족의 정의)(【부록】 참조)))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.

구분	보상금액
----	------

구분	보상금액				
입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	“비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)”(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 50%에 해당하는 금액. 다만, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3(종합병원)에 의한 종합병원은 제외)에서 발생한 비급여 의료비는 1회당 300만원을 한도로 합니다. (관련법령【부록】참조)				
상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만 원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.				
통원(외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	<p>통원 1일당(외래 및 처방조제 합산) “비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)”(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 “통원항목별 공제금액”을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100일을 한도로 합니다)</p> <p><표1> 통원항목별 공제금액</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>항목</th> <th>공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(3호)에서의 처방·조제</td> <td>5 만 원 과 보장대상의 료 비 의 50% 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table> <p>(관련법령【부록】참조)</p>	항목	공제금액	「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(3호)에서의 처방·조제	5 만 원 과 보장대상의 료 비 의 50% 중 큰 금액
항목	공제금액				
「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(3호)에서의 처방·조제	5 만 원 과 보장대상의 료 비 의 50% 중 큰 금액				

- ② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.
- ③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.
- ④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90일 한도 내에서 보상합니다.

[입원 및 통원 보상기간 예시]

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)
계약일 (2026.1.1.)	계약해당일 (2027.1.1.)	계약해당일 (2028.1.1.)	계약종료일 (2028.12.31.)
			보상종료일 (2029.6.29.)

- ⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는

경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항과 제4항을 적용하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조(적용 대상 등), 제53조(급여의 제한), 제54조(급여의 정지)에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조(적용 배제), 제15조(의료급여의 제한), 제17조(의료급여의 중지 등)에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.(관련법령 【부록】 참조)

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 제1항 <표1>의 “통원항목별 공제금액”을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(「민법」 제768조(혈족의 정의)(【부록】 참조)))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

⑦ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조(정의)에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등) 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제6항에 따라 보상합니다.(관련법령 【부록】 참조)

(2) 질병비급여형

① 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례 대상질환 외 치료를 받은 경우에는 비급여 의료비(비급여 자기공명영상진단은 제외합니다)를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(「민법」 제768조(혈족의 정의)(【부록】 참조)))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자

예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.

구분	보상금액				
입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	“비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)”(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 50%에 해당하는 금액. 다만, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3(종합병원)에 의한 종합병원은 제외)에서 발생한 비급여 의료비는 1회당 300만원을 한도로 합니다. (관련법령【부록】 참조)				
상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.				
통원(외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	<p>통원 1일당(외래 및 처방·조제비 합산) “비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)”(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 “통원항목별 공제금액”을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100일을 한도로 합니다)</p> <p><표1> 통원항목별 공제금액</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>항목</th> <th>공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(3호)에서의 처방·조제</td> <td>5만원과 보장대상의료비의 50% 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table> <p>(관련법령【부록】 참조)</p>	항목	공제금액	「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(3호)에서의 처방·조제	5만원과 보장대상의료비의 50% 중 큰 금액
항목	공제금액				
「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(3호)에서의 처방·조제	5만원과 보장대상의료비의 50% 중 큰 금액				

- 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.
- 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90일 한도 내에서 보상합니다.

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)
계약일 (2026.1.1.)	계약해당일 (2027.1.1.)	계약해당일 (2028.1.1.)	계약종료일 (2028.12.31.)
			보상종료일 (2029.6.29.)

- 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제2항과 제3항을 적용하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조(적용 대상 등), 제53조(급여의 제한), 제54조(급여의 정지)에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조(적용 배제), 제15조(의료급여의 제한), 제17조(의료급여의 중지 등)에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.(관련법령【부록】 참조)

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 제1항 <표1>의 “통원항목별 공제금액”을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(「민법」 제768조(혈족의 정의)(【부록】 참조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

⑥ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조(정의)에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등) 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제5항에 따라 보상합니다.(관련법령【부록】 참조)

(3) 비급여 자기공명영상진단형

① 회사는 피보험자가 이 특별약관2의 보험기간 중 산정특례 대상 질환 외 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 아래의 보장한도 범위 내에서 보상합니다. 다만, 국가 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(「민법」 제768조(혈족의 정의)(【부록】 참조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.

〈표1〉 공제금액 및 보장한도

구분		공제금액	보장한도
비급여 자기공명영상진단	자기공명영상진단을 받아 본인 이 실제로 한 비급여 비(조영제, 료 포함)	1회당 5만원 과 보장대상 의 료 비 의 50%중 큰 금 액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상 해·질병 치료행위 를 합산하여 200 만원 이내에서 보 상

[자기공명영상진단 보상기간 예시]

계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 이내 200만원을 모두 보상한 경우

(예:200만원 보장)		보상제외 (151일)	보상한도 복원
계약일 (2026.4.1.)	보상한도종료일 (2026.10.31.) 2026.11.1.부터 보상제외		계약해당일 (2027.4.1.) 보상재개

- 2 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.
- 3 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2개 이상의 부위에 걸쳐 이 특별약관2에서 정한 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2회 이상 이 특별약관2에서 정한 자기공명영상진단을 받은 경우 각 진단행위를 1회로 보아 각각 1회당 공제금액 및 보장한도를 적용합니다.
- 4 제3항에서 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원(동일한 상해 또는 질병 치료목적으로 퇴원 당일 다른 의료기관으로 옮겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1회 입원으로 봅니다.
- 5 제1항에서 보상하는 비급여 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제1항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.
- 6 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험계약 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

[보상기간 예시]

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)
계약일 (2026.1.1.)	계약해당일 (2027.1.1.)	계약해당일 (2028.1.1.)	계약종료일 (2028.12.31.)
			보상종료일 (2029.6.29.)

7 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조(적용 대상 등), 제53조(급여의 제한), 제54조(급여의 정지)에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조(적용 배제), 제15조(의료급여의 제한), 제17조(의료급여의 중지 등)에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.(관련법령【부록】참조)

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 제1항 <표1>의 “공제금액”을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(「민법」 제768조(혈족의 정의)(【부록】 참조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

8 회사는 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조(정의)에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등) 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제7항에 따라 보상합니다.(관련법령【부록】참조)

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

(1) 공통(상해비급여형·질병비급여형·비급여 자기공명영상진단형)

회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항(【별표2】 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 아래 각 호의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 다음 각 목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증
 - 라. 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다)
 - 마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis)
 - 바. 검열반 등 안과질환
 - 사. 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
2. 다음 각 목의 진료로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건술은 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 치과교정
 - 라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면)교정술
 - 마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
 - 바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장(성장 촉진)을 목적으로 하는 진료
 - 아. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
 - 자. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
3. 다음 각 목의 예방진료로서 질병·상해의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용하여 발생한 비급여 의료비
 - 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다)
 - 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
 - 다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료
4. 그 밖에 다음 각 목의 진료로 인해 발생한 비급여 의료비
 - 가. 친자확인을 위한 진단
 - 나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술

- 다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다)
- 라. 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병으로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외)
- 마. 그 밖에 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조(행위·치료재료에 대한 요양급여의 결정)제1항 또는 제13조(직권결정 및 조정 등)제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되지 않았음에도 불구하고 「국민건강보험법」, 「의료법」, 「약사법」, 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」, 「장기등 이식에 관한 법률」, 「마약류 관리에 관한 법률」, 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」이 아닌 타 법령에 근거하여 「국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙」 별표2에서 비급여대상으로 정하고 있는 치료와 관련하여 소요된 비용(관련법령 【부록】 참조)

(2) 상해비급여형

① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비
7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

- ③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 치과치료(K00~K08. 다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치과 관련 치료를 제외하고 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조(의료인)(【부록】 참조)에 따른 한의사를 제외한 의사의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)
 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약 관상 보상하는 상해를 치료함에 있어 아래 각 목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다(다만, 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용은 보상하지 않습니다).
 - 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우
 - 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우
 - 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우
 - 라. 상기 가목 내지 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제 중 어느 하나라도 상기 가목 내지 다목에 해당하지 않는 경우 제외)
 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다.
 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담 의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (1) 상해비급여형 제1항 내지 제5항에 따라 보상합니다.
 7. 「국민건강보험법」 제42조(요양기관)(【부록】 참조)의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
 8. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조(권역응급의료센터의 지정)에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료(관련법령 【부록】 참조)
 9. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조(신의료기술평가 등의 절차)제13항제1호에 따라 안전성 및 유효성이 있는 신의료기술로서 보건복지부장관이 고시(「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」)하였으나, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조(행위·치료재료에 대한 요양급여의 결정)제1항 또는 제13조(직권결정 및 조정 등)제1항에 따라 요양급여 대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료

- 재료와 관련하여 소요된 비용(관련법령【부록】참조)
10. 「신의료기술평가에 관한 규칙」제3조(신의료기술평가 등의 절차)제13항제2호(【부록】참조)에 따른 제한적 의료기술과 관련하여 소요된 비용
 11. 「신의료기술평가에 관한 규칙」제3조(신의료기술평가 등의 절차)제13항제3호(【부록】참조)에 따른 혁신의료기술과 관련하여 소요된 비용
 12. 「신의료기술평가에 관한 규칙」제2조(신의료기술평가의 대상 등)(【부록】참조)에 따른 평가 유예 신의료기술 및 즉시진입 의료기술 등과 관련하여 소요된 비용
 13. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」제2조(정의)(【부록】참조)에 따른 첨단재생의료와 관련하여 소요된 비용
 14. 「의료법」제53조(신의료기술의 평가)(【부록】참조)에 따른 신의료기술이 관련 법령상 인정 받은 사용대상, 목적 및 시술방법에 맞지 않게 사용된 경우(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외)
 15. 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치로시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용
 16. 근골격계 이학요법 치료행위에 수반된 일체의 의료비(예 : 행위료, 치료재료대, 약제 및 주사비)
 17. 체외충격파 치료행위에 수반된 일체의 의료비(예 : 행위료, 치료재료대, 약제 및 주사비)
 18. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 “임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다” 또는 “권고하지 않음”으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제4장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2개월 이상 경과한 경우

(3) 질병비급여형

- ① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비
 5. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비
- ② 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99)
4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문질환(K60~K62, K64)

③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조(의료인)(【부록】 참조)에 따른 한의사를 제외한 의사의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)
2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 질병을 치료함에 있어 아래 각 목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다(다만, 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용은 보상하지 않습니다).
 - 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우
 - 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우
 - 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우
 - 라. 상기 가목 내지 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제 중 어느 하나라도 상기 가목 내지 다목에 해당하지 않는 경우 제외)
3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다.
5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
6. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (2) 질병비급여형 제1항 내지 제4항에 따라 보상합니다.
7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)
8. 「국민건강보험법」 제42조(요양기관)(【부록】 참조)의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조(권역응급의료센터의 지정)에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4(상급종합병

원 지정)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료(관련법령【부록】참조)

10. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조(신의료기술평가 등의 절차)제13항제1호에 따라 안전성 및 유효성이 있는 신의료기술로서 보건복지부장관이 고시(「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」)하였으나, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조(행위·치료재료에 대한 요양급여의 결정)제1항 또는 제13조(직권결정 및 조정 등)제1항에 따라 요양급여 대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료와 관련하여 소요된 비용(관련법령【부록】참조)
11. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조(신의료기술평가 등의 절차)제13항제2호(【부록】참조)에 따른 제한적 의료기술과 관련하여 소요된 비용
12. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조(신의료기술평가 등의 절차)제13항제3호(【부록】참조)에 따른 혁신의료기술과 관련하여 소요된 비용
13. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조(신의료기술평가의 대상 등)(【부록】참조)에 따른 평가 유예 신의료기술 및 즉시진입 의료기술 등과 관련하여 소요된 비용
14. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제2조(정의)(【부록】참조)에 따른 첨단재생의료와 관련하여 소요된 비용
15. 「의료법」 제53조(신의료기술의 평가)(【부록】참조)에 따른 신의료기술이 관련 법령상 인정 받은 사용대상, 목적 및 시술방법에 맞지 않게 사용된 경우(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외)
16. 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용
17. 근골격계 이학요법치료 치료행위에 수반된 일체의 의료비(행위료, 치료재료대, 약제 및 주사비 등)
18. 체외충격파 치료행위에 수반된 일체의 의료비(행위료, 치료재료대, 약제 및 주사비 등)
19. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 “임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다” 또는 “권고하지 않음”으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제4장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2개월 이상 경과한 경우

(4) 비급여 자기공명영상진단형

① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익

자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
 5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 손해에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승
- ③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보상하는 손해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다.
 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64)
- ④ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 치과치료(K00~K08. 다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치과 관련 치료를 제외하고 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조(의료인)(【부록】참조)에 따른 한의사를 제외한 의사의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)
 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 손해 또는 질병을 치료함에 있어 아래 각 목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다(다만, 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용은 보상하지 않습니다).
 - 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우
 - 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우

- 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우
- 라. 상기 가목 내지 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제 중 어느 하나라도 상기 가목 내지 다목에 해당하지 않는 경우 제외)
3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다.
 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담 의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (3) 비급여 자기공명영상 진단형 제1항 내지 제6항에 따라 보상합니다.
 7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)
 8. 「국민건강보험법」 제42조(요양기관)(【부록】 참조)의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
 9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조(권역응급의료센터의 지정)에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료(관련법령 【부록】 참조)
 10. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조(신의료기술평가 등의 절차)제13항제1호에 따라 안전성 및 유효성이 있는 신의료기술로서 보건복지부장관이 고시(「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」)하였으나, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조(행위·치료재료에 대한 요양급여의 결정)제1항 또는 제13조(직권결정 및 조정 등)제1항에 따라 요양급여 대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료와 관련하여 소요된 비용(관련법령 【부록】 참조)
 11. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조(신의료기술평가 등의 절차)제13항제2호(【부록】 참조)에 따른 제한적 의료기술과 관련하여 소요된 비용
 12. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조(신의료기술평가 등의 절차)제13항제3호(【부록】 참조)에 따른 혁신의료기술과 관련하여 소요된 비용
 13. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조(신의료기술평가의 대상 등)(【부록】 참조)에 따른 평가 유예 신의료기술 및 즉시진입 의료기술 등과 관련하여 소요된 비용
 14. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제2조(정의)(【부록】 참조)에 따른 첨단재생의료와 관련하여

여 소요된 비용

15. 「의료법」 제53조(신의의료기술의 평가)(【부록】 참조)에 따른 신의료기술이 관련 법령상 인정 받은 사용대상, 목적 및 시술방법에 맞지 않게 사용된 경우(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외)
16. 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대와 관련하여 소요된 비용
17. 근골격계 이학요법치료 치료행위에 수반된 일체의 의료비(행위로, 치료재료대, 약제 및 주사비 등)
18. 체외충격파 치료행위에 수반된 일체의 의료비(행위로, 치료재료대, 약제 및 주사비 등)
19. 「신의의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 “임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다” 또는 “권고하지 않음”으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제4장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2개월 이상 경과한 경우

제5조(보험가입금액 한도 등)

① 이 계약의 연간 보험가입금액은 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상 해비급여형에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 1천만원 이내에서, (2) 질병비급여형에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 1천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제3조(보장종목별 보상내용)에 의한 비급여 의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다.

다만, (3) 비급여 자기공명영상진단형의 보험가입금액은 제3조(보장종목별 보상내용) (3) 비급여 자기공명영상진단형 제1항에서 정한 연간 보장한도를 따릅니다.

- ② 이 계약에서 “연간”이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 또는 통원 치료시 해당일이 속한 연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.
- ③ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 통원의 경우 (1) 상해비급여형 또는 (2) 질병비급여형 각각에 대하여 통원 1일당 20만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액으로 하며, (3) 비급여 자기공명영상진단형의 경우 제3조(보장종목별 보상내용) (3) 비급여 자기공명영상진단형 제1항에서 정한 보상한도로 합니다.
- ④ 제3조(보장종목별 보상내용) (1) 상해비급여형 제3항 또는 제4항, (2) 질병비급여형 제2항 또는 제3항 및 (3) 비급여 자기공명영상진단형 제6항에 따른 계속중인 입원 또는 통원의 보상한도는 연간 보상한도(보험가입금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(일수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 일수를 차감한 잔여 일수를 한도로 적용합니다.

제6조(갱신후 계약의 보험료 계산)

① 보험기간이 종료되어 갱신되는 계약(이하 “갱신후 계약”이라 함)의 보험료는 갱신계약일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산

출에 관한 기초율의 변동, 요율 상대도(할인·할증요율) 적용 등의 사유로 인하여 인상 또는 인하될 수 있습니다.

- ② 갱신후 계약의 “요율 상대도(할인·할증요율) 적용 전 보험료”는 매년 「보험업감독규정」에서 정한 범위(나이의 증가로 인한 보험료 증감분은 제외) 내에서 인상 또는 인하될 수 있습니다. 다만, 회사가 금융위원회로부터 경영개선권고, 경영개선요구 또는 경영개선명령을 받은 경우는 예외로 합니다.

[유의사항]

갱신후 계약의 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동, 요율 상대도(할인·할증요율) 적용 등을 반영하므로 계약자가 갱신후 납입해야 하는 보험료는 매년 「보험업감독규정」에서 정한 범위를 크게 상회하여 인상될 수 있습니다.

- ③ 제1항에 따른 요율 상대도(할인·할증요율)는 보험료 갱신 시점 3개월 전 말일부터 직전 12개월 이내 기간 동안(이하 “할인·할증 판정기간”이라 하며, 할인·할증에 관한 세부적인 사항은 이 상품의 사업방법서 별지에서 정한 바를 따릅니다)의 이 특별약관2에 따른 보험금 지급 실적을 고려하여 보험료 갱신시 순보험료(특별약관2의 순보험료 총액을 대상으로 합니다)에 아래와 같이 적용할 수 있습니다. 다만, 「노인장기요양보험법」상 장기요양대상자 중 1등급 또는 2등급으로 판정받은 자에 대한 비급여의료비는 요율 상대도 계산시 보험금 지급실적에서 제외합니다.

구분	1단계 (할인)	2단계 (유지)	3단계 (할증)	4단계 (할증)	5단계 (할증)
할인·할증 판정기간 동안 보험금 지급실적(원)	0원 (보험금 지급실적 없음)	0원 초과~100만원 미만	100만원 이상~150만원 미만	150만원 이상~300만원 미만	300만원 이상
요율 상대도	할인 ^{주)}	100%	200%	300%	400%

주) 매년 상대도 적용전·후의 총 보험료 수준이 일치하도록 3~5단계의 할증대상자의 할증재원을 1단계(할인) 대상자들에게 분배할 경우 산출됨

- ④ 제3항에 따른 요율 상대도의 할증은 이 특별약관2에 따른 보험금 지급실적이 연간 100만원 이상인 계약에 한하여 적용하며 매년 상대도 적용 전·후의 총 보험료 수준이 일치하도록 할인요율을 조정함을 원칙으로 합니다.
- ⑤ 이 조항에 따른 보험료 계산 방법은 보장내용 변경주기 및 관계법령 개정에 따라 변경될 수 있습니다.

[의료이용량에 따른 갱신년도별 보험료 적용 예시]

▶ 최초 계약시 40세 남자, 월 14,000원, 매년 보험료* 25% 인상 가정시

* 기본형 실손의료비 보장과 특약형2 실손의료비 보장에 함께 가입하였을 경우를 가정하여 산출한 보험료입니다

(단위 : 원)

구분	40세	41세	42세	43세	44세	45세	
나이증가분(A)		560	728	946	1,230	1,599	
보험료 산출 기초율 (위험률 등) 증가분 (B=전년도 보험료의 25% 가정)		3,640	4,732	6,152	7,997	10,396	
기준보험료 (C=전년도 기준보험료 +A+B)	14,000	18,200	23,660	30,758	39,985	51,980	
의료 이용량에 따른 보 험료 (D=C에 요율상대 도 반영 한 값)	1단계 (요율상대도 95% 가정)		17,756 (23,083 (20,775*))	30,008 (27,007*)	39,011 (35,109*)	50,714 (45,642*)	
	2단계 (요율상대도 100%)		18,200	23,660	30,758	39,985	51,980
	3단계 (요율상대도 200%)		27,073	35,194	45,753	59,478	77,322
	4단계 (요율상대도 300%)		35,945	46,729	60,747	78,971	102,663
	5단계 (요율상대도 400%)		44,818	58,263	75,742	98,464	128,003

* ()은 직전 2년 무사고시 보험료 10%할인 추가 적용 기준

※ 상기 보험료계산 예시는 단순 예시로, 실제로 납입해야하는 보험료와 상이할 수 있습니다.

제7조(비급여 진료비용 공개제도 등의 안내)

회사는 계약자가 특별약관을 청약하였을 때 계약자의 알 권리를 증진하고 합리적인 의료이용 선택에 도움이 될 수 있도록 「의료법」 등 관계 법령에 따른 “비급여 진료비용 공개제도”와 “비급여 진료 사전설명제도”에 대해 설명하고 안내합니다.

[비급여 진료비용 공개제도]

국민이 쉽게 이해하고 의료기관을 선택할 때 참고할 수 있도록 건강보험심사평가원이 매년 비급여 진료비용을 조사하여 최저·최고금액 등 비급여 진료비용에 대한 정보를 비교·공개하는 제도

[비급여 진료 사전설명제도]

진료에 필요한 비급여 항목 및 가격을 환자가 사전에 인지하고 선택할 수 있도록 의료기관이 비급여 진료 전에 비급여 제공항목과 가격을 미리 설명하도록 의무화하는 제도

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관2에서 규정하는 보험금 지급 사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관2는 그 때부터 효력이 없습니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관2에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

한화실손의료보험
(갱신형) V 무배당
제도성 특별약관



1. 이륜자동차운전중상해 부담보 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관의 「제1회 보험료 및 회사의 보장개시」 조항에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 보험계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.
- ④ 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주기적으로 운전하는 경우에만 한하며 일회적인 사용은 제외합니다), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등 주기적으로 운전한 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특별약관에서 “이륜자동차”라 함은 「자동차관리법」(하위법령, 규칙 포함)에서 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차를 말하며, 아래의 장치를 포함합니다. 다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.
 1. 「도로교통법」(하위 법령, 규칙 포함)에서 정한 “원동기장치자전거”
 2. 전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치
- ③ 제2항에서 “그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차”는 아래에 해당하는 자동차를 포함합니다.
 1. 이륜인 자동차에 촉차를 붙인 자동차
 2. 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작 방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
 3. 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차
- ④ 제2항 및 제3항의 경우 「자동차관리법」(하위 법령, 규칙 포함) 및 「도로교통법」(하위 법령, 규칙 포함) 변경시 변경된 내용을 적용합니다.
- ⑤ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인지 아닌지는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보통약관의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 「보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)」 조항에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

2. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 보험계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 제1항에 따라 보장이 제한되는 범위는 회사의 계약사정기준에 따라 피보험자의 과거 병력과 직접 관련이 있는 특정신체부위 또는 특정질병으로 제한하며, 회사는 보장제한 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.
- ③ 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관의 「제1회 보험료 및 회사의 보장개시」 조항에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ④ 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.
- ⑤ 이 특별약관이 부가되는 경우 보통약관 및 특별약관에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 아래의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.
 1. 제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는) 조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 계약을 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
 2. 제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는) 조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 회사가 보험금을 지급하지 않는 조건으로 계약을 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는) 조건의 내용)

- ① 이 특별약관에서 정한 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 질병으로 인하여 사망하거나 또는 진단확정된 질병으로 장해분류표(【별표3】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장애로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이를 적용하지 않습니다.
 1. 【별표4】(특정 신체부위·질병 분류표) “가. 특정 신체부위” 중에

서 회사가 지정한 신체부위(이하 “특정부위”라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 신체부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)

2. 【별표4】(특정 신체부위·질병 분류표) “나. 특정질병” 중에서 회사가 지정한 질병(이하 “특정질병”이라 합니다)

② 제1항의 “보험금을 지급하지 않는 기간”(이하 “부담보 기간”이라 합니다)은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 “1개월부터 5년” 또는 “보통약관의 보험기간”(단, 보통약관이 갱신형 계약인 경우 최초계약일부터 최종 갱신계약의 종료일까지의 기간)으로 합니다. 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 「보험업법」 제97조(보험계약의 체결 또는 모집에 관한 금지행위) 제1항 제5호 및 동법 시행령 제43조의2(보험계약의 체결 또는 모집에 관한 금지행위) 제1항에 따른 보장내용 등이 비슷한 보험계약(이하 “유사계약”이라 합니다)이 계약 청약일 현재 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입연체로 해지된 경우 유사계약에서 정한 부담보 기간 종료일 이내에서 계약의 부담보 기간을 적용하고, 유사계약에서 정한 질병과 동일하거나 축소된 범위로 계약의 부담보 설정 범위를 정하며, 유사계약이 다수인 경우 피보험자에게 가장 유리한 계약조건을 적용합니다. 단, 유사계약 청약일 이후 제1항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병과 관련한 새로운 위험(추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료 등은 해당하지 않습니다)이 발생하거나, 새로운 질병에 대한 보장이 추가입원비, 수술비, 진단비 등 보장 범위의 변경 또는 확대는 해당하지 않습니다)된 경우 이를 적용하지 않을 수 있습니다.

④ 제2항에서 부담보 기간을 “보통약관의 보험기간”으로 지정한 경우 청약일부터 5년(보통약관이 갱신형 계약인 경우 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 제1항 제1호 또는 제2호의 질병으로 인하여 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료를 받은 사실이 없을 경우 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 보장하여 드립니다. 단, 계약 청약일 현재 부담보 기간을 “보통약관의 보험기간”으로 적용한 유사계약이 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약 청약일과 계약 청약일 사이에 제1항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병으로 인하여 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료를 받은 사실이 없다면 계약의 청약일은 유사계약의 청약일로 봅니다.

⑤ 제4항의 추가 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료를 받은 사실이 없는 경우는 다음 각호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않은 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑥ 제4항의 “청약일부터 5년”이라 함은 보통약관의 「보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지」 조항에 따른 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑦ 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 사유로 보험계

약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 신체부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료의 납입면제사유가 발생한 경우
 2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료의 납입면제사유가 발생한 경우
 3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유 또는 보험료의 납입면제사유가 발생한 경우
- ⑧ 피보험자가 회사에서 정한 부담보 기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 부담보 기간 종료일의 다음 날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자에게 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생했을 경우, 그 사유가 특정부위에 발생한 질병 또는 특정질병을 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.
- ⑩ 제1항의 특정부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보통약관의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 「보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)」 조항에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 제1항에 의해 이 특별약관의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 제2조(특별 면책(보험금을 지급하지 않는) 조건의 내용) 제3항 및 제4항의 청약일은 부활(효력회복)을 청약한 날로 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

3. 보험료자동납입 특별약관

제1조(보험료의 납입)

- ① 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 금융회사(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.
- ② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 금융회사 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 책임있는 사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 금융회사의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관의 「보험계약의 성립」 조항을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 계약의 청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴 의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래 정지된 경우에는 그 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

4. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(특별약관의 적용대상)

이 특별약관은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)

- 1 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가됩니다.
- 2 제1조(특별약관의 적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

- 1 계약자는 보통약관 및 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 1인을 보험금의 대리청구인(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록 또는 주민등록에 기재된 배우자
 2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- 2 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(특별약관의 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사 양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

제5조(보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(보험금의 지급절차)

- ① 지정대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(특별약관의 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
 1. 제5조(보험금의 청구)에서 정한 구비서류
 2. 제1조(특별약관의 적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

5. 전자서명 특별약관

제1조(특별약관의 적용대상)

이 특별약관은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전 동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가됩니다.
- ② 이 특별약관을 통하여 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】참조)에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 이 경우 보통약관의 「약관교부 및 설명의무 등」 조항에도 불구하고 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

제3조(약관교부의 특례)

- ① 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 보험약관 및 계약자 보관용

청약서 및 보험증권 등(이하 “보험계약 안내자료”라 합니다)을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고, 계약자 또는 그 대리인이 보험계약 안내자료를 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

- ② 계약자가 보험계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수령을 원하지 않는 경우에는 청약한 날부터 5영업일 이내에 보험계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조(계약자의 알릴 의무)

- ① 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 보험계약 안내자료를 수신하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 보험계약 안내자료를 수신할 전자우편(이메일) 주소를 지정하여 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.
- ③ 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않은 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 주소로 보험계약 안내자료를 송부함으로써 회사의 보험계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않아 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

6. 특별조건부(표준하체보험료할증) 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 표준체보험 가입기준에 적합하지 않은 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 이 특별약관의 적용을 받는 특별약관은 “해당계약”이라 합니다.)
- ② 이 특별약관의 보장개시일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 해당계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제2조(특별약관의 내용)

이 특별약관은 피보험자의 위험도가 높아 계약이 불가능한 경우 이 특별약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 보험기간 중에 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제3조(특별약관의 부가조건(할증보험료법))

- ① 이 특별약관에 의하여 회사가 부가하는 계약조건은 다음과 같습니다.
 1. 회사는 계약을 체결할 때 표준체보험료에 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 회사에서 정한 “특별약관보험료”를 더하여 해당계약의 납입보험료로 합니다. 이 경우 피보험자에게

보험사고가 발생하였을 때에는 해당계약에서 정한 보험금을 지급합니다.

2. 제1호의 “특별약관보험료”라 함은 할증위험률을 적용해 산출한 보험료와 표준체보험료와의 차액을 말합니다. 해당계약이 갱신되는 경우에는 갱신시점의 표준체 보험요율을 기준으로 “특별약관보험료”도 재산출합니다.

[할증위험률을 적용해 산출한 보험료]

피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 부합하지 않아 일반위험률보다 높은 위험률을 적용하여 산출된 보험료를 말합니다.

[표준체보험료]

할증위험률의 가입조건(보험기간, 납입기간, 피보험자의 가입나이 등)과 동일한 기준에서, 일반위험률을 적용하여 산출된 보험료를 말합니다.

- ② 회사는 제1항에 따른 계약체결시 해당계약에 부가된 조건을 보험증권에 기재하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간 및 보험료의 납입)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 해당계약의 보험기간과 동일합니다.
- ② 이 특별약관의 보험료는 해당계약의 납입기간 중에 해당계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 해당계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

7. 법률연계보장의 계약내용 변경 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위)

이 특별약관은 「보험업감독규정」 제7-55조(생명보험의 사업방법서) 제6호 및 제7-57조(손해보험의 사업방법서) 제1항에 따라 다른 법률과 보험금 지급사유가 연계되는 등 보험금 지급사유가 회사의 자체적인 기준이 아닌 보장(이하 “법률연계보장”이라 합니다)에 적용됩니다.

제7-55조(생명보험의 사업방법서)

생명보험회사는 영 별표 7 제3호에 따라 보험종목별 또는 생명보험상품별 사업방법서를 작성하려는 경우 다음 각 호의 사항을 지켜야 한다.

6. 다른 법률과 보험금 지급사유가 연계되는 등 보험금 지급사유가 보험회사의 자체적인 기준이 아닌 경우 향후 법률 개정 등으로 계약유지 필요가 없어지거나 변동될 가능성을 고려하여 계약내용 변경 가능여부, 안내방법 및 계약내용 변경시 보험료와 계약자적립액 정산에 관한 사항을 명기하여야 한다.

제7-57조(손해보험의 사업방법서)

- ① 손해보험회사가 영 별표 7 제3호에 따라 보험종목별 또는 손해보험상품(연금저축손해보험상품 및 퇴직보험상품을 포함한다)별 사업방법서를 작성하려는 경우 지켜야 할 사항은 제7-55조 및 제7-56조를 준용한다. 다만, 일반손해보험(자동차보험을 포함한다)은 제외한다.

제2조(법률연계보장의 계약내용 변경에 관한 사항)

- ① 법률연계보장이 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.
 1. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
 2. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
 3. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약을 유지할 필요가 없어지는 경우
 4. 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우
- ② 제1항에 따라 변경된 보장내용은 개정법률의 시행일 이후 발생한 보험사고에 대하여 적용합니다.
- ③ 회사는 제1항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알려 드립니다.
- ④ 회사는 제1항에 따라 보장내용이 변경되는 경우 최신의 통계를 반영하여 보험료산출 기초율을 재산출할 수 있으며, 계약내용 변경일부터 재산출된 보험료산출 기초율을 적용합니다. 이 경우 계약내용 변경으로 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하며, 해당 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑥ 회사는 계약체결시 제1항에 따라 계약이 변경되는 경우와 관련된 아래의 내용을 계약자에게 안내합니다.
 1. 계약내용 변경으로 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있음

2. 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 계약자적립액 등의 정산으로 계약자가 추가로 납입 또는 반환받을 금액이 발생할 수 있음

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

8. 출생전자녀가입 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

용어	정의
태아	보험계약을 체결 할 때에 아직 출생하지 않은 자로 출생 후 피보험자가 될 자를 말합니다.
임신부	출생 후 피보험자가 될 태아를 임신하고 있는 여성을 말합니다.
출생일	피보험자의 가족관계등록부 또는 주민등록등본에 기재된 출생일로서 주민등록번호 앞의 6자리 숫자를 기준으로 합니다.
출생예정일	계약체결시 청약서에 기재된 출생예정일 또는 임신 주수를 기준으로 계산된 출생예정일을 말합니다.
계약응당일	매월 도래하는 보험계약일과 동일한 날을 말합니다. 다만, 피보험자의 출생일 이후에는 매월 도래하는 출생일과 동일한 날을 말합니다.
태아보장기간	계약체결일부터 태아의 출생시점(출산 또는 분만 과정에서 보험금 지급사유가 발생하는 경우 포함)까지의 기간을 말합니다. 단, 제4조(출생통지)에서 정한 출생통지를 하기 전에는 계약체결일부터 출생예정일까지의 기간을 말합니다.
태아위험보장	계약자가 태아보장기간에 대한 보험료를 추가로 납입하고 회사는 계약일부터 출생시점까지 발생하는 태아의 위험을 보장하는 것을 말합니다. 따라서 태아보장기간 이후에도 태아보장기간 중에 발생한 위험을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보험금을 지급합니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)

- 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.
- 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관의 「제1회 보험료 및 회사의 보장개시」 조항에서 정한 보장개시일에 시작하여 제4조(출생통지)

에서 정한 출생통지를 한 기간까지 적용됩니다.

- ③ 회사는 보통약관의 「보험계약의 성립」 조항 제2항에도 불구하고, 계약자의 청약에 대한 승낙여부를 판단하기 위하여 임신부의 가입 나이, 건강상태 및 직무 등을 확인할 수 있습니다.
- ④ 회사는 계약자의 청약에 대해 승낙을 거절하거나, 별도의 조건(보험가입금액의 제한, 일부보장 제외, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ⑤ 보통약관이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제3조(피보험자의 범위)

- ① 이 특별약관은 보험계약을 체결할 때 피보험자로 될 자가 태아인 계약에 대하여 적용합니다.
- ② 제1항의 태아는 출생을 조건으로 보험계약 체결시점에 소급하여 피보험자가 됩니다.

제4조(출생통지)

- ① 계약자는 태아가 출생한 경우에는 지체없이 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
 - 1. 통지서(회사 양식)
 - 2. 피보험자의 가족관계등록부 또는 주민등록등본
 - 3. 회사가 요구하는 그 밖의 서류
- ② 회사는 제1항의 알림이 있는 경우 아래의 사항을 확정합니다.
 - 1. 피보험자의 성별
 - 2. 피보험자의 출생일
 - 3. 피보험자 출생일 기준의 태아보장기간과 출생일 이후의 보험기간 및 납입기간
- ③ 회사는 제1항의 알림 및 제2항의 확정이 있는 경우에는 그 내용을 보험증권에 기재하여 드립니다.

제5조(유산 또는 사산시 계약의 무효)

- ① 태아가 유산 또는 사산 등에 의해 출생하지 못한 경우에는 이 계약을 무효로 합니다.
- ② 계약자는 제1항의 사실이 발생한 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
 - 1. 통지서(회사 양식)
 - 2. 의사 또는 조산사가 작성한 태아의 유산, 사산 등을 증명하는 서류
 - 3. 회사가 요구하는 그 밖의 서류
- ③ 회사는 제2항의 알림이 있는 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제6조(다태아출생시 피보험자의 지정 및 변경)

- ① 태아가 다태아로 출생한 경우에 계약자는 출생아 중 1인을 피보험자로 지정할 수 있습니다. 다만, 피보험자로 지정된 출생아 이외의 출생아에 대해서는 계약자의 선택에 따라 추가 계약 체결을 통해 각각 피보험자로 지정할 수 있습니다.
- ② 제1항의 피보험자가 출생한 날부터 1년 이내에 사망하고 동시에

출생한 자가 생존하여 있는 경우에는 계약자는 피보험자가 사망한 날부터 1개월 이내에 한하여 동시에 출생한 자 가운데 1인을 피보험자로 변경할 수 있습니다.

- ③ 계약자가 제2항에 따라 피보험자의 변경을 청구할 때에는 회사에 아래의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 피보험자로 변경될 자의 가족관계등록부 또는 주민등록등본
 3. 회사가 요구하는 그 밖의 서류
- ④ 제2항의 피보험자가 변경을 회사가 승인한 때에는 원래의 피보험자의 사망시에 피보험자의 변경이 이루어진 것으로 하며, 회사는 그 때부터 변경후의 피보험자에 대해서 계약상의 책임을 집니다.
- ⑤ 제2항에 따라 피보험자가 변경된 경우 회사는 그 변경사항을 보험증권에 기재하여 드립니다.
- ⑥ 제2항과 관련하여 계약자가 변경전 피보험자를 고의로 사망케 한 경우에는 회사가 피보험자 변경을 승인하지 않으며, 이미 피보험자 변경이 이루어진 경우에도 이를 무효로 합니다.
- ⑦ 제2항에 따라 피보험자가 변경된 경우에는 변경전 피보험자에 대한 보험금이 지급되지 않습니다.

제7조(보험나이 등의 계산 및 특례)

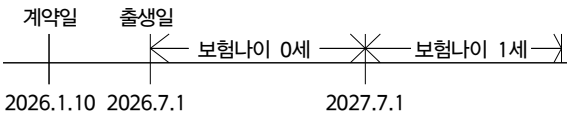
- ① 보통약관의 「보험나이 등」 조항에서 적용하는 피보험자의 보험나이는 출생일에 0세로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 계약자가 태아의 출생예정일 이후에도 제4조(출생통지)에서 정한 출생통지를 하지 않은 경우, 출생예정일에 피보험자의 보험나이를 0세로 하고 그 출생통지에 따른 확정일이 이루어지기 전까지 피보험자의 출생일은 출생예정일로 합니다.
- ③ 이 계약의 계약해당일은 태아보장기간에는 최초계약일, 피보험자의 출생일 이후에는 출생일로 합니다.

[보험나이 및 계약해당일 계산 예시]

• 보험나이 계산

계약일 : 2026년 1월 10일

출생예정일 : 2026년 7월 5일, 출생일 : 2026년 7월 1일



• 계약해당일 계산

출생일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 태아가 출생하기 전에는 최초계약일과 동일한 월, 일을 적용합니다. 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

출생일 : 2026년 7월 1일 ⇒ 계약해당일 : 7월 1일

출생일 : 2026년 2월 29일 ⇒ 계약해당일 : 2월 말일

제8조(보험료의 적용에 관한 사항)

- ① 계약체결시 피보험자가 태아일 경우 계약일부터 출생시점까지의 태아보장기간에 태아위험보장을 위한 보장보험료를 적용합니다. 그

보장보험료는 피보험자 남자 기준 보장보험료의 합계액과 피보험자 여자 기준 보장보험료의 합계액 중 높은 보험료를 기준으로 적용합니다.

- ② 출생예정일이 속한 해당월의 보장보험료는 보험나이 0세 기준으로 변경하여 적용하며, 성별은 제1항 기준의 성별을 적용합니다. 또한 그 보장보험료는 계약체결시의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산합니다.
- ③ 회사는 제2항에 따라 변경되는 보장보험료에 대하여 출생예정일이 도래하기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서로 안내하여 드립니다.
- ④ 제1항 내지 제2항에도 불구하고, 제4조(출생통지) 제2항의 확정이 있는 경우 제9조(보험료 정산에 관한 사항)에 따라 보험료 정산이 발생할 수 있습니다.

제9조(보험료 정산에 관한 사항)

- ① 계약자가 제4조(출생통지) 제2항에서 확정된 내용이 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경된 보험료로 정산합니다.
 1. 계약체결시 적용한 피보험자의 성별과 출생시 성별이 다른 경우
 2. 출생예정일이 속한 해당월의 출생전 계약당일이 피보험자의 출생일과 다른 경우
- ② 제1항에 따라 보험료를 정산하는 경우, 회사가 지급하여야 할 금액이 있을 때에는 이를 계약자에게 지급하고, 부족한 금액이 있을 때에는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.
- ③ 제2항의 회사가 지급하여야 할 금액 또는 계약자가 납입하여야 할 금액은 제1항에 따라 계산된 정산보험료와 이에 대한 이자(정산보험료를 각 보험료납입일부터 정산일까지의 기간에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 더한 금액으로 합니다.
- ④ 제1항에 따라 보험료를 정산한 이후에 성별에 따라 보험료가 변경될 경우 계약자는 변경된 보험료를 납입하여야 합니다.

[보험료 정산 예시]

- 출산예정일 : 계약일 + 6개월
- 태아등록(출생일확정)일 : 계약일 + 1년 (총 12회 납입)
- 보험료(월납) : 태아 100원 / 0세 10,000원

구분	예정일 1개월 전 출산하는 경우	예정일 1개월 후 출산하는 경우
납입 보험료	60,600원 (= 6회×100원 + 6회×10,000원)	
필요 보험료	70,500 (= 5회×100원 + 7회×10,000원)	50,700원 (= 7회×100원 + 5회×10,000원)
정산 보험료	9,900원 계약자가 납입 (= 70,500원 - 60,600원)	9,900원 회사가 계약자에게 지급 (= 50,700원 - 60,600원)

* 상기 예시는 이해를 돕기 위한 것으로 정산보험료에 대한 이자가 포함되지 않았습니다.

제10조(계약자의 임의해지)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 보통약관의 「해약환급금」 조항 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 아래의 조건을 모두 충족하는 경우에는 피보험자의 출생예정일 이후에 해당하는 보험기간에 대해 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.
 1. 계약자의 계약 해지시점이 보험계약 체결시 회사에 통지한 출생 예정일 이후일 것
 2. 계약자의 계약 해지시점이 태아가 출생하기 전일 것
- ③ 제2항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사가 작성한 소견서 등 태아가 출생하기 전임을 입증할 수 있는 서류를 회사에 제출해야 합니다.

제11조(태아의 보장개시)

- ① 계약체결시 피보험자가 태아일 경우 보장개시일은 피보험자의 보험 나이 0세 계약해당일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 계약의 「사업방법서」에서 정한 태아보장용 보장의 경우 계약체결시 보장이 개시됩니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

9. 출산육아휴직 보험료 납입유예 특별약관

제1조(목적)

이 특별약관은 회사가 별도로 정하는 보험상품에 대하여 보험계약(보통약관 및 특별약관을 포함합니다)의 보험료 납입을 유예하는 것을 목적으로 합니다.

제2조(용어의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “해당계약”이라 함은 이 특약이 부가된 보험계약을 말합니다. 이때, 보험계약은 계약에 부가된 모든 보장성보험을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 “해당계약 보험료”라 함은 계속 납입하기로 약정한 해당계약의 보험료(이하 “보험료”라 합니다)를 말합니다. 단, 보험료의 대체납입으로 인하여 적립부분 계약자적립액에서 대체 납입하기로 약정한 보험료는 제외합니다.

제3조(보험료 납입유예 신청대상에 관한 사항)

- ① 이 특별약관은 해당계약의 계약자가 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에 한하여 적용합니다.
 1. 계약자 또는 계약자의 배우자(보험료 납입유예 신청일 기준 가족관계증명서 또는 주민등록등본상의 배우자로 하며, 이하 같습니다)의 출산일로부터 1년 이내인 경우. 이 때, 출산은 유산 및

사산은 포함하지 않습니다.

2. 계약자 또는 계약자의 배우자가 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함) 기간 중인 경우

- ② 제1항 제2호의 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함)은 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 및 「국가공무원법」 등 관계 법령에서 정한 바에 따르며, 해당 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 적용대상의 기준이 변경된 경우에는 보험료 납입유예 신청 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

[육아휴직]

「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제19조(육아휴직), 「국가공무원법」 제71조(휴직) 등에 따라 근로자 또는 공무원이 만8세 이하 또는 초등학교 2학년 이하 자녀를 양육하기 위하여 신청, 사용하는 휴직을 말합니다.

[육아기 근로시간 단축]

「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제19조의2(육아기 근로시간 단축), 「국가공무원법」 제26조의2(근로시간의 단축임용등) 등에 따라 근로자 또는 공무원이 만12세 이하 또는 초등학교 6학년 이하의 자녀를 양육하기 위하여 신청, 사용하는 근로시간 단축을 말합니다.

제4조(보험료 납입유예 신청에 관한 사항)

- ① 계약자는 해당계약 보통약관의 보험료 납입기간 중 1회에 한하여 계약자가 제3조(보험료 납입유예 신청대상에 관한 사항)에 따른 적용대상에 해당하는 경우 회사가 정한 방법에 따라 보험료 납입의 일시중지(이하 “납입유예”라 합니다)를 신청할 수 있습니다. 이때, 계약자는 납입유예 신청 시 보험료 납입이 유예될 기간(이하 “납입유예기간”이라 합니다)을 “6개월 또는 12개월” 중 하나의 기간으로 선택해야 합니다. 이때 납입유예기간은 해당계약 보통약관의 보험료 납입주기 이상으로 선택하여야 합니다.

[보험료 납입주기에 따른 납입유예기간 예시]

보통약관의 보험료 납입주기가 “연납”인 경우에는 납입유예기간은 12개월에 한하여 선택이 가능합니다.

- ② 계약자는 납입유예 신청 시 다음 각 호에 해당하는 서류를 제출하여야 합니다.
1. 보험료 납입유예 신청서(회사 양식)
 2. 출산 또는 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함)을 확인할 수 있는 서류
가. 출산 : 출생증명서, 주민등록등본, 가족관계증명서
나. 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함) : 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함) 확인서, 주민등록등본, 가족관계증명서
 3. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류
- ③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 납입유예를 신청할 수 없습니다.
1. 이미 납입유예를 신청한 경우(제5조(보험료 납입유예에 관한 사항) 제8항에 따라 취소한 경우 및 다른 제도성 특별약관을 통해 납입유예를 신청한 경우를 포함)

2. 해당계약의 보통약관 보험료 납입이 완료된 계약(보통약관의 보험료가 납입면제된 계약 및 보통약관의 보험료 납입기간이 지난 계약을 포함) 또는 보통약관의 보험료 의무납입이 종료된 계약
 3. 납입면제사유 발생 시 보험료 납입기간 일부에 대한 보험료를 납입면제하는 일부기간 납입면제(이하 “단기납입면제”라 합니다) 사유가 발생하고, 그 단기납입면제의 종료 후 보험료납입이 재개된 계약
 4. 보험료 납입연체가 있는 경우. 다만, 연체된 보험료를 모두 납입한 경우 납입유예 신청이 가능합니다.
 5. 보험료 납입 일시중지, 자동대출납입 또는 전액자동대체납입이 적용된 계약
 6. 중도인출 또는 보험계약대출이 적용된 계약
 7. 해당계약 보통약관의 잔여 납입기간(보통약관이 갱신형인 경우 보통약관 갱신일까지의 잔여 납입기간)이 2년 미만인 경우. 단, 보통약관의 잔여 납입기간이 2년 미만이면서 1년 이상인 경우에 해당되는 경우, 6개월 납입유예는 신청이 가능합니다.
 8. 납입유예기간 동안 납입하지 않을 해당계약 보험료(이하 “납입유예 보험료”라 합니다) 총액이 납입유예 신청 시점 해당계약의 해약환급금(단, 보험료의 대체납입으로 인하여 적립부분 계약자 적립액에서 대체납입 예정인 보험료가 있는 경우 해당 금액을 해약환급금에서 차감합니다)을 초과하는 경우. 단, ‘납입유예기간 중 갱신형보험의 갱신일이 도래하여 납입유예기간 동안 납입유예 보험료가 해당계약의 해약환급금을 초과하는지 판단할 수 없는 경우’에는 납입유예 신청일 기준의 갱신형 보험의 요율에서 갱신시 연령증가분만 반영하여 초과 여부를 판단합니다.
 9. 납입유예기간 동안 적립부분 계약자적립액에서 대체납입 예정인 보험료가 적립부분 계약자적립액을 초과하는 날이 있는 경우
- ④ 계약자가 이 특별약관에 따라 해당계약에 대한 납입유예를 신청한 경우(제5조(보험료 납입유예에 관한 사항) 제8항에 따라 취소한 경우 포함) 납입유예를 신청한 날로부터 해당계약의 보험료 납입을 유예하는 다른 제도성 특별약관의 납입유예는 신청할 수 없습니다.

제5조(보험료 납입유예에 관한 사항)

- ① 납입유예를 신청한 경우 계약자는 신청 이후 최초 도래하는 해당계약의 납입기일부터 납입유예기간동안 보험료를 납입하지 않으며 이 경우에도 회사는 보험료의 납입유예기간동안 보험료가 정상적으로 납입된 경우와 동일하게 보장하고, 계약자적립액 등을 계산합니다.
- ② 납입유예기간 직후 최초로 도래하는 납입기일부터 납입유예기간과 동일 기간(이하 ‘납입유예 보험료 납입기간’라 합니다)동안 납입유예 보험료를 납입해야 합니다. 이때, 납입유예 신청 전의 해당기간 납입기일에 정상적으로 납입해야 할 보험료(이하 ‘납입유예 보험료 납입기간 정상보험료’라 합니다)를 함께 납입해야 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 적립보험료의 경우 보험료 납입유예를 적용하지 않습니다. 납입유예기간 동안 적립보험료는 납입을 중지하며, 납입유예기간 직후 최초로 도래하는 납입기일로부터 해당 납입기일에 정상적으로 납입해야 할 적립보험료의 납입을 재개합니다.
- ④ 제2항에서 납입유예기간 중 해당계약 갱신형보험의 갱신일 도래시,

갱신형보험의 납입유예보험료는 갱신일 이전기간에 대해서는 갱신 전 보험료, 갱신일 이후 기간에 대해서는 갱신 후 보험료로 합니다.

[보험료 납입유예 예시]
보통약관(비갱신형), 갱신형 특별약관 갱신주기 1년(전기납), 월납, 적립보험료 없음, 납입기일 매월 1일 기준

(최초) 계약일	납입유예 신청	납입유예기간 (2026.8.1.~ 2027.7.31.)	납입유예 보험료 납입기간 (2027.8.1.~ 2028.7.31.)
2026.1.1.	2026.7.15	2026.8.1	2028.8.1

구분	납입 보험료	납입 유예기간 (1년)	납입유예 보험료 납입기간 (1년)	납입유예 보험료	납입유예 보험료 납입기간 정상보험료
보통약관 및 비갱신형 특별약관	20만원	2026.8.1	2027.8.1. ~ 2028.7.31 (매월 납입기일에 총 12회 납입)	20만원 x 12회	20만원 x 12회
갱신형 특별약관	최초계약: 3만원 1회차 갱신계약: 4만원 2회차 갱신계약: 5만원	2027.7.31 (26.8.1 부터 12회 유예)		최초계약: 3만원x5회 1회차 갱신계약: 4만원x7회	1회차 갱신계약: 4만원 x 5회 2회차 갱신계약: 5만원 x 7회

- 5) 납입유예 보험료 납입기간 동안 납입유예 보험료와 납입유예 보험료 납입기간 정상보험료를 납입하지 않아 보험료의 납입이 연체되는 경우에는 해당계약 보통약관의 '보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지' 조항에 따라 해당 계약은 해지될 수 있습니다. 이때, 해당계약 보통약관의 '보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지' 조항에서의 보험료는 '납입유예 보험료'를 포함하는 것으로 보며, '납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용'에는 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 납입이 완료되지 않은 납입유예 보험료 전액이 차감된다는 내용을 포함합니다.
- 6) 제5항에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 해당계약 보통약관의 '보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)' 조항에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이때, 해당계약 보통약관의 '보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)' 조항에서의 보험료는 '납입유예 보험료'를 포함하는 것으로 봅니다.
- 7) 제1항 내지 제2항에도 불구하고 해당계약 전체 또는 일부의 보험

로 납입면제 사유 발생으로 보험료가 납입면제 된 경우(단기납입면제를 포함합니다), 계약자는 즉시 납입면제 되기 전까지의 해당계약의 납입유예 보험료 전체를 일시 납입하여야 하며, 해당계약 보통약관의 '보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지' 조항에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 납입유예 보험료를 납입하지 않으면 이 계약은 해지될 수 있습니다.

- 8 계약자는 납입유예기간동안 보험료를 납입할 수 없으며, 계약자가 납입유예기간이 종료되기 전에 보험료를 납입하고자 하는 경우에는 회사에 보험료 납입유예 취소 신청을 하고 보험료를 납입할 수 있습니다. 이 경우 납입유예기간은 그 때부터 종료되며, 계약자는 납입유예기간 종료 후 도래하는 해당계약 보험료 납입기일까지 해당계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 또한 납입유예 취소 신청시 납입유예 취소 신청전까지의 납입유예 보험료 전액을 일시에 납입하여야 합니다.
- 9 제2항에도 불구하고 계약자의 선택에 따라 납입유예 보험료 납입기간 중에 납입유예 보험료를 일시에 납입하는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- 10 제2항에도 불구하고 납입유예 보험료 납입기간 정상보험료를 선납하고자 하는 경우에는 납입유예 보험료를 일시에 납입해야 합니다. 이때, 선납 할인이 있는 경우에도 납입유예 보험료는 선납 할인 대상에서 제외합니다.
- 11 제9항 및 제10항에 따라 납입유예 보험료를 일시에 납입하는 경우 납입유예 보험료 납입기간은 종료된 것으로 봅니다.
- 12 계약자는 납입유예기간 및 납입유예 보험료 납입기간 동안 보험가입금액 감액, 계약자, 납입기간 및 기타 계약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- 13 계약자는 납입유예기간 및 납입유예 보험료 납입기간 동안 중도인출 및 보험계약대출을 신청할 수 없습니다.
- 14 회사는 납입유예기간 종료일 1개월 이전까지 계약자에게 납입유예기간의 종료 및 보험료 납입에 관한 사항 및 납입유예 신청 및 처리로 인해 계약에 적용되는 주요사항을 전자문서 등의 방법으로 안내합니다.
- 15 회사는 해당계약의 전부 또는 일부에 대해 해약환급금 또는 보험금 등의 지급사유가 발생하고, 해약환급금 또는 보험금 등을 지급한 후 해당계약의 전부 또는 일부가 소멸되는 경우 지급사유가 발생하기 전까지의 '각 지급금에 해당하는 해당계약의 납입유예 보험료'를 해약환급금 또는 보험금에서 차감하여 지급하거나, 일시 납입을 요구할 수 있으며 이 경우 계약자는 이를 납입하여야 합니다.
- 16 제15항에 따라 '각 지급금에 해당하는 해당계약의 납입유예 보험료'를 해약환급금 또는 보험금에서 차감하여 지급하거나 계약자가 일시 납입한 경우에는 차회 이후의 "납입유예 보험료"는 지급사유가 발생하기 전의 "납입유예 보험료"에서 지급사유가 발생한 지급금에 해당하는 납입유예 보험료를 차감한 금액으로 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

한화실손의료보험
(갱신형) V 무배당
별표 및 부록



【별표1】 용어의 정의

용어	정의
계약	보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	회사가 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
회사	보험회사
연단위복리	<p>회사가 지급할 금전에 대한 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법</p> <p>[연단위 복리 예시] 원금 100원, 연간 10% 이자를 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자금액</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1년차 이자 = 100원 × 10% = 10원 원금 • 2년차 이자 = (100원 + 10원) × 10% = 11원 원금 1년차 이자 <p>→ 2년시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원</p>
평균 공시이율	<p>전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말함</p> <p>[평균공시이율] 「보험업감독규정」 제1-2조(정의) 제13호에서 정하고, 「보험업감독업무시행세칙」 제4-4조(평균공시이율)의 기준에 따라 산출된 값을 적용합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료/보험업무」 내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.(관련법령 【부록】 참조)</p>
해약환급금	<p>계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액</p> <p>[해지] 현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.</p>
보험계약대출	계약자가 체결한 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 받은 대출을 말합니다.

용어	정의
보험계약대출이율	보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정됩니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 다음 각 호에 해당하는 경우는 제외함 1. 토요일 2. 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일 및 대체공휴일 3. 「노동절 제정에 관한 법률」에 따른 노동절(관련법령【부록】참조)
계약해당일	보험계약일과 동일한 월, 일을 말함. 다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 함
보험연도	해당 연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매1년 단위의 연도. 예를 들어 보험계약일이 2026년 7월 1일인 경우 보험연도는 2026년 7월 1일부터 2027년 6월 30일까지 1년이 됨
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제2조(의료인)(【부록】참조)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 면허를 가진 사람
약사	「약사법」 제2조(정의)(【부록】참조)에서 정한 약사 및 한약사의 면허를 가진 사람
의료기관	다음 각 호의 의료기관을 말함(관련법령【부록】참조) 1. 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원(조산원 제외) 2. 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제4호에 의한 보건소·보건의원·보건지소 및 동법 제42조(요양기관) 제1항 제5호에 의한 보건진료소
약국	「약사법」 제2조(정의) 제3호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외하며 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제3호에 의한 한국 희귀·필수의약품센터를 포함 (관련법령【부록】참조)
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 계속하여 6시간 이상 체류하면서 의사의 관찰 및 관리 하에 치료를 받는 것

용어	정의
입원의 정의 중 “이와 동등하다고 인정되는 의료기관”	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의원, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방받은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 의료기관에 입원하지 않고 의료기관을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 제3호(【부록】 참조)에 따른 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업 예외 지역에서의 약사의 직접조제를 포함
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
처방조제비	의료기관 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비
요양급여	「국민건강보험법」 제41조(요양급여)(【부록】 참조)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 및 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	「의료급여법」 제7조(의료급여의 내용 등)(【부록】 참조)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술과 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송

용어	정의
	8. 그 밖에 의료 목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법 시행령」 [별표3] “본인부담상한액의 산정방법”(【부록】 참조)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담)(【부록】 참조)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보장대상 의료비	실제 부담액 - 보장제외금액* * 보통약관 제3관. 회사가 보상하지 않는 사항에 따른 금액
보장책임액	(보장대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액
다수보험	실손의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사이에 대하여 각 계약별 보장책임액이 있는 여러 개의 실손의료보험계약을 말함
한국 표준질병·사인분류	이 약관에서 한국표준질병·사인분류는 제9차 개정(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행)을 따릅니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 해당 보장 의 약관상 정의된 질병(또는 상병)의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류(또는 상병분류)가 변경되더라도 그 질병(또는 상병)의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다. 또한, 대상질병(또는 대상상병) 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병(또는 대상상병) 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표2】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
보험금	지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약 환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50%
		1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 계산	보험계약대출이율

- 주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다. 단, 보통약관 제50조(소멸시효)에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자를 지급하지 않습니다.
- 주2) 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- 주3) 가산이율 적용시 보통약관 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 주4) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 주5) 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험계약자 또는 그의 대리인이 해지통지를 송달받은 날로 봅니다.

【별표3】 장애분류표

1. 총칙

1. 장애의 정의

- 1) “장애”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정한다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰 방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌

사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.

- 5) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

II. 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장애를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각유”)를 말한다.
- 4) “한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때”라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주2)} 상태를 포함한다.

※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력 상태

주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수

를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

- 5) 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- 6) “안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애”라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) “안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) “뚜렷한 시야 장애”라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
- 12) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장애를 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 $\pm 10\text{dB}$ 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 한다.
- 2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- 3) “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사” 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

- 1) “귓바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.
- 2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로만 평가한다.

라. 평형기능의 장애

- 1) “평형기능에 장애를 남긴 때”라 함은 전정기관 이상으로 보청 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산 점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회 이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회 이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회 이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회 미만)	0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

- 2) 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장애판정기준

- 1) “코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 일상생활에서 구강 호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
- 2) “코의 후각기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 후각신경의 손상으로 인하여 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우
 - 라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - 나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm 이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우
 - 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구장애는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
- 7) “말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 30% 미만인 경우
 - 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 50% 미만인 경우
 - 나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
- 9) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 75% 미만인 경우

- 나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
 - 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
 - 12) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
 - 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
 - 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
 - 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.
 - 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) “추상(추한 모습)장애”라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
- 4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴

- 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
- 나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
- 다) 지름 5cm 이상의 조직함몰
- 라) 코의 1/2 이상 결손

2) 머리

- 가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
- 나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

- 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

- 가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
- 나) 길이 5cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
- 다) 지름 2cm 이상의 조직함몰
- 라) 코의 1/4 이상 결손

2) 머리

- 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
- 나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손

3) 목

- 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장애를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애	10

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기

및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.

나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.

다) 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.

3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.

5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장해로 평가하지 않는다.

6) “심한 운동장해”란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태

7) “뚜렷한 운동장해”란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태

다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추 : 제1, 2경추) 사이에 CT 검사상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치들기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

라) 상위목뼈(상위경추 : 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI : Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

8) “약간의 운동장해”

머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추 : 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

- 9) “심한 기형”이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
- 10) “뚜렷한 기형”이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) “약간의 기형”이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도가벼운 정도의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) “추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 인하여 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) “추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 인하여 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) “추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애”란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

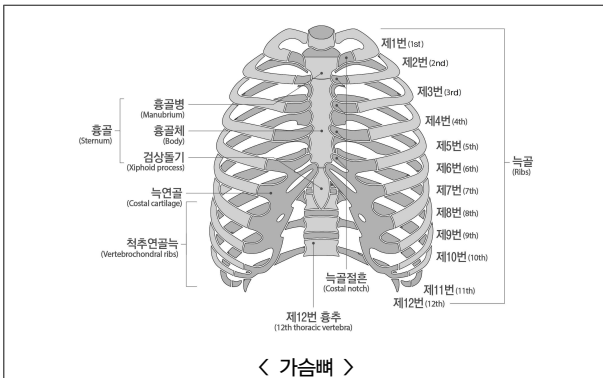
7. 체간골의 장애

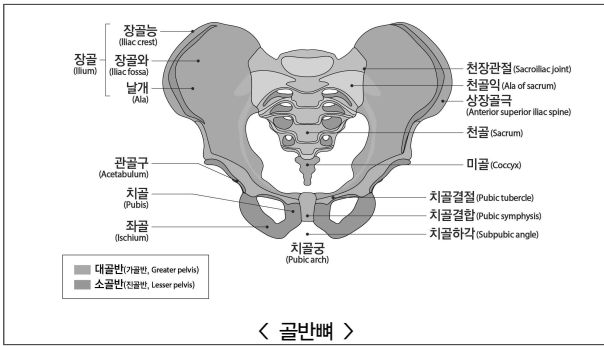
가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) “체간골”이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
- 2) “골반뼈의 뚜렷한 기형”이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태
 - 나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
 - 다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
- 3) “빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.





8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

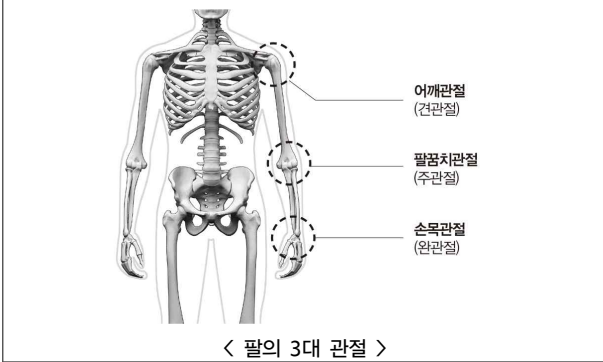
- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) “팔”이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) “팔의 3대 관절”이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) “한 팔의 손목 이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절(완관절)부터 (손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

- 6) 팔의 관절기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
- 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장애의 측정) 제1항 및 제3항(【부록】 참조)의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
- 나) 관절기능장애를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 완전 강직(관절굳음)
- 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “0등급(zero)”인 경우
- 8) “관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
- 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
- 다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “1등급(trace)”인 경우
- 9) “관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
- 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “2등급(poor)”인 경우
- 10) “관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- 나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “3등급(fair)”인 경우
- 11) “가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 “불유합” 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 12) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경

우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.



9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장

해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.

- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) “다리”라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- 4) “다리의 3대 관절”이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- 5) “한 다리의 발목 이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 다리의 관절기능장애 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장애의 측정) 제1항 및 제3항【부록】참조의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “0등급(zero)”인 경우
- 8) “관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “1등급(trace)”인 경우
- 9) “관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “2등급(poor)”인 경우
- 10) “관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로

제한된 경우

나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 “3등급(fair)”인 경우

11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.

12) “가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 “불유합” 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

13) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

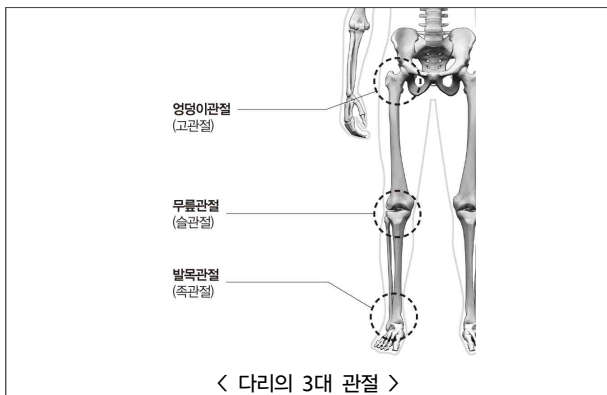
14) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.



10. 손가락의 장애

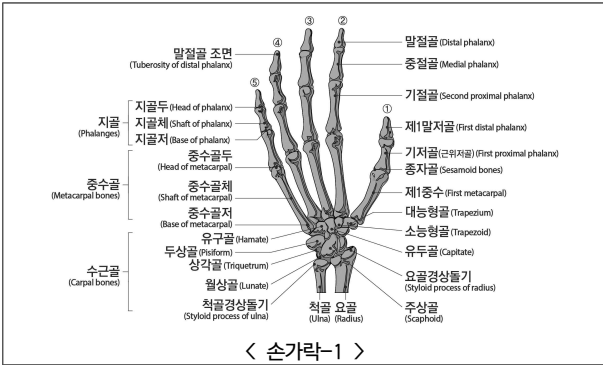
가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때 (손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
- 6) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 7) “손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점

의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장애의 측정) 제1항 및 제3항(【부록】 참조)의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동기능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



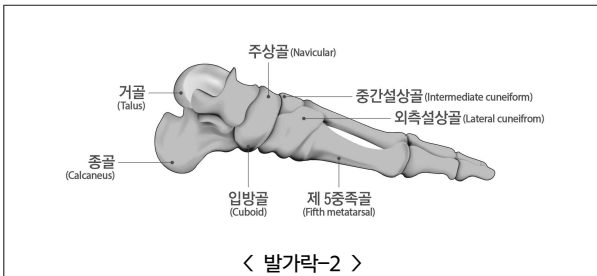
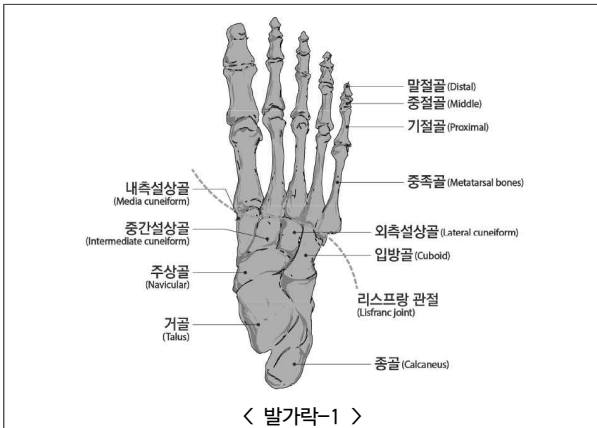
11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때 (발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 4) “리스프랑관절 이상을 잃었을 때”라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 5) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) “발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장애의 측정) 제1항 및 제3항(【부록】 참조)의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	15

나. 장애판정기준

- 1) "심장 기능을 잃었을 때"라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - 나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - 나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 - 다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
 - 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 - 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때

- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 “<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.
- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 뇌전증 발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 뇌전증 발작이 남았을 때	40
13) 약간의 뇌전증 발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- 가) “신경계에 장애를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 “<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- 나) 위 가)의 경우 “<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- 다) 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.

마) 장애인단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장애는 보험기간 중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.

다) “정신행동에 극심한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) “정신행동에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) “정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준”^{주)} 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원·약물복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

바) “정신행동에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준” 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) “정신행동에 경미한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준” 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

- 다.
- 카) 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자 기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정어의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.
- 타) 각종 기질성 정신장애와 외상 후 뇌전증에 한하여 보상한다.
- 파) 외상 후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
- 3) 치매
- 가) “치매”라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.
- 나) 치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.
- 다) 치매의 장애평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.
- 4) 뇌전증
- 가) “뇌전증”이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- 나) 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
- 다) “심한 뇌전증 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- 라) “뚜렷한 뇌전증 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) “약간의 뇌전증 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- 사) “경증발작”이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한 정도	지급률 (%)
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태	40
	- 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태	30
	- 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태	20
	- 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태	10
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태	20
	- 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태	15
	- 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10
	- 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태	5
배변· 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입 상태, 방광루, 요도루, 장루상태	20
	- 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC, 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태)	15
	- 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10
	- 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때	5

유형	제한 정도	지급률 (%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리 시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태	10
	- 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태	5
	- 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태	3
옷 입고 벗기	- 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태	10
	- 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태	5
	- 상·하의 의복 착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태	3

【별표4】 특정 신체부위·질병 분류표

가. 특정 신체부위

특정 신체부위
1. 위, 십이지장
2. 공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
3. 대장(맹장, 직장 제외)
4. 직장
5. 항문
6. 간
7. 담낭(쓸개) 및 담관
8. 췌장
9. 비장
10. 기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11. 코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
12. 인두 및 후두(편도 포함)
13. 식도
14. 구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀 밑샘)
15. 귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
16. 안구 및 안구부속기[안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내조직 포함]
17. 신장
18. 부신
19. 요관, 방광 및 요도
20. 음경
21. 질 및 외음부
22. 전립선
23. 유방(유선 포함)
24. 자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
25. 자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26. 난소 및 난관
27. 고환[고환초막(고환집막) 포함], 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28. 갑상선
29. 부갑상선
30. 서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
31. 피부(두피 및 입술 포함)
32. 경추부(해당신경 포함)
33. 흉추부(해당신경 포함)
34. 요추부(해당신경 포함)
35. 천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
36. 왼쪽 어깨
37. 오른쪽 어깨
38. 왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)

특정 신체부위

39. 오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40. 왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41. 오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42. 왼쪽 고관절
43. 오른쪽 고관절
44. 왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
45. 오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
46. 왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47. 오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48. 상·하악골(위·아래턱뼈)
49. 쇄골
50. 늑골(갈비뼈)

나. 특정 질병

약관에 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준 질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
1. 담석증	·담석증	K80
2. 요로결석증	·신장 및 요관의 결석 ·하부요로의 결석 ·상세불명의 신장 급통증	N20 N21 N23
3. 관절증 및 류마티스관절염	·혈청검사양성 류마티스관절염 ·기타 류마티스관절염 ·연소성 관절염 ·다발관절증 ·고관절증 ·무릎관절증 ·제1수근중수관절의 관절증 ·기타 관절증	M05 M06 M08 M15 M16 M17 M18 M19
4. 척추질환	·척추후만증 및 척추전만증 ·척추측만증 ·척추증 ·경추간판장애 ·기타 추간판장애 ·등통증	M40 M41 M47 M50 M51 M54
5. 심장질환	·심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열 ·심장 침범이 있는 류마티스열 ·류마티스무도병 ·류마티스성 승모판질환 ·류마티스성 대동맥판질환 ·류마티스성 삼첨판질환 ·다발판막질환	I00 I01 I02 I05 I06 I07 I08

대상질병		분류 번호
5. 심장질환	·기타 류마티스심장질환	109
	·협심증	120
	·급성 심근경색증	121
	·후속심근경색증	122
	·급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	123
	·기타 급성 허혈심장질환	124
	·만성 허혈심장병	125
	·폐색전증	126
	·기타 폐성 심장질환	127
	·폐혈관의 기타 질환	128
	·급성 심장막염	130
	·심장막의 기타 질환	131
	·달리 분류된 질환에서의 심장막염	132*
	·급성 및 아급성 심내막염	133
	·비류마티스성 승모판장애	134
	·비류마티스성 대동맥판장애	135
	·비류마티스성 삼첨판장애	136
	·폐동맥판장애	137
	·상세불명 판막의 심내막염	138
	·달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막장애	139*
	·급성 심근염	140
	·달리 분류된 질환에서의 심근염	141*
	·심근병증	142
	·달리 분류된 질환에서의 심근병증	143*
	·방실차단 및 좌각차단	144
	·기타 전도장애	145
	·심장정지	146
·발작성 빈맥	147	
·심방세동 및 조동	148	
·기타 심장부정맥	149	
·심부전	150	
·심장병의 불명확한 기록 및 합병증	151	
·달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	152*	
6. 뇌혈관질환	·거미막하출혈	160
	·뇌내출혈	161
	·기타 비외상성 두개내출혈	162
	·뇌경색증	163
	·출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	164
	·뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
	·뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166
·기타 뇌혈관질환	167	
6. 뇌혈관질환	·달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	168*

대상질병		분류 번호
	·뇌혈관질환의 후유증 ·일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군 ·뇌혈관질환에서의 뇌의 혈관증후군	I69 G45 G46*
7. 고혈압	·본태성(원발성) 고혈압 ·고혈압성 심장병 ·고혈압성 신장병 ·고혈압성 심장 및 신장병 ·이차성 고혈압	I10 I11 I12 I13 I15
8. 당뇨병	·1형 당뇨병 ·2형 당뇨병 ·영양실조-관련 당뇨병 ·기타 명시된 당뇨병 ·상세불명의 당뇨병	E10 E11 E12 E13 E14
9. 결핵	·세균학적 및 조직학적으로 확인된 호흡기결핵 ·세균학적으로나 조직학적으로 확인되지 않은 호흡기결핵 ·신경계통의 결핵 ·기타 기관의 결핵 ·좁쌀결핵	A15 A16 A17† A18 A19
10. 자궁근종	·자궁의 평활근종	D25
11. 자궁내막증	·자궁내막증	N80
12. 난소낭종	·난소의 양성 신생물	D27

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.



【부록】 약관에서 인용된 법령

※ 약관에서 인용된 법령조항은 약관작성일(2026.04.01) 기준으로 작성되었으며, 작성일 이후 해당 법령의 개정 또는 폐지가 있을 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

법령별 목차

관공서의 공휴일에 관한 규정	173
국가공무원법	173
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙	174
국민건강보험법	184
국민건강보험법 시행령 [별표3] 본인부담상한액의	
산정방법(제19조 제4항 관련)	187
국민건강보험법 시행규칙	189
금융소비자 보호에 관한 법률	191
금융소비자 보호에 관한 법률 시행령	193
남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률	194
노동절 제정에 관한 법률	195
농어촌 등 보건요리를 위한 특별조치법	195
도로교통법	196
민법	202
보험업감독규정	203
보험업감독업무시행세칙	203
보험업법	204
보험업법 시행령	205
본인일부부담금 산정특례에 관한 기준	205
산업재해보상보험법 시행규칙	206
상법	209
상법 시행령	210
신의료기술평가에 관한 규칙	210
약사법	213
응급의료에 관한 법률	215
응급의료에 관한 법률 시행규칙	216
의료급여법	217
의료급여법 시행령	218
의료법	228

자동차관리법 시행규칙	231
장기등 이식에 관한 법률	235
전자서명법	236
지역보건법	237
첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률 ...	237

관공서의 공휴일에 관한 규정

제1조(목적)

이 영은 관공서의 공휴일에 관한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(공휴일)

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제 <2005.6.30.>
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)
- 10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

- ① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.
 1. 제2조제2호 · 제6호 · 제7호 또는 제10호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
 2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
 3. 제2조제2호 · 제4호 · 제7호 · 제9호 또는 제10호의 공휴일이 토요일 · 일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우
- ② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

국가공무원법

제26조의2(근무시간의 단축 임용 등)

국가기관의 장은 업무의 특성이나 기관의 사정 등을 고려하여 소속 공무원에 대통령령등으로 정하는 바에 따라 통상적인 근무시간보다 짧게 근무하는 공무원으로 임용 또는 지정할 수 있다.

제71조(휴직)

- ① 공무원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 임용권자는 본인의 의사에도 불구하고 휴직을 명하여야 한다.

1. 신체·정신상의 장애로 장기 요양이 필요할 때
 2. 삭제 <1978. 12. 5.>
 3. 「병역법」에 따른 병역 복무를 마치기 위하여 징집 또는 소집된 때
 4. 천재지변이나 전시·사변, 그 밖의 사유로 생사(生死) 또는 소재(所在)가 불명확하게 된 때
 5. 그 밖에 법률의 규정에 따른 의무를 수행하기 위하여 직무를 이탈하게 된 때
 6. 「공무원의 노동조합 설립 및 운영 등에 관한 법률」 제7조에 따라 노동조합 전임자로 종사하게 된 때
- ② 임용권자는 공무원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 휴직을 원하면 휴직을 명할 수 있다. 다만, 제4호의 경우에는 대통령령으로 정하는 특별한 사정이 없으면 휴직을 명하여야 한다.
1. 국제기구, 외국 기관, 국내외의 대학·연구기관, 다른 국가기관 또는 대통령령으로 정하는 민간기업, 그 밖의 기관에 임시로 채용될 때
 2. 국외 유학을 하게 된 때
 3. 중앙인사관장기관의 장이 지정하는 연구기관이나 교육기관 등에서 연수하게 된 때
 4. 8세 이하 또는 초등학교 2학년 이하의 자녀를 양육하기 위하여 필요하거나 여성공무원이 임신 또는 출산하게 된 때
 5. 조부모, 부모(배우자의 부모를 포함한다), 배우자, 자녀 또는 손자녀를 부양하거나 돌보기 위하여 필요한 경우. 다만, 조부모나 손자녀의 돌봄을 위하여 휴직할 수 있는 경우는 본인 외에 돌볼 사람이 없는 등 대통령령등으로 정하는 요건을 갖춘 경우로 한정한다.
 6. 외국에서 근무·유학 또는 연수하게 되는 배우자를 동반하게 된 때
 7. 대통령령등으로 정하는 기간 동안 재직한 공무원이 직무 관련 연구과제 수행 또는 자기개발을 위하여 학습·연구 등을 하게 된 때
- ③ 임기제공무원에 대하여는 제1항제1호·제3호 및 제2항제4호에 한정하여 제1항 및 제2항을 적용한다.
- ④ 임용권자는 제2항제4호에 따른 휴직을 이유로 인사에 불리한 처우를 하여서는 아니 된다.
- ⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에 따른 휴직 제도 운영에 관하여 필요한 사항은 대통령령등으로 정한다.

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제9조(비급여대상)

- ① 법 제41조제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 “비급여대상”이라 한다)은 별표 2와 같다.
- ② 삭제 <2001. 12. 31.>

제11조(행위·치료재료에 대한 요양급여의 결정)

- ① 제10조에 따라 요양급여대상 여부의 결정신청을 받은 보건복지부장관은 정당한 사유가 없는 한 결정신청일로부터 100일(「신의료기술평

가에 관한 규칙」 제3조제4항에 따라 서류를 송부받은 경우에는 평가결과 고시 이후 30일 이내에 심의위원회의 심의를 거쳐 요양급여대상 또는 비급여대상에의 해당여부를 결정하여 고시해야 한다. 이 경우 요양급여대상으로 결정한 행위·치료재료에 대해서는 상대가치점수 또는 영 제22조제1항에 따른 상한금액(이하 “상한금액”이라 한다)과 법 제41조의4제1항에 따른 선별급여(이하 “선별급여”라 한다) 본인부담률(선별급여의 요양급여비용 중 선별급여를 받는 사람이 부담하는 비율을 말한다. 이하 같다)을 함께 정하여 고시해야 한다.

- ② 보건복지부장관은 행위·치료재료의 경제성 및 급여의 적정성 등에 대하여 제8항에 따른 전문평가위원회(이하 “전문평가위원회”라 한다)의 평가를 거쳐, 행위·치료재료의 요양급여대상 여부를 결정한다. 이 경우 보건복지부장관은 다음 각 호의 사항을 정하는 때에는 전문평가위원회의 평가 외에 제14조의2제1항에 따른 적합성평가위원회(이하 “적합성평가위원회”라 한다)의 평가를 거치도록 할 수 있다.
 1. 법 제41조의4제2항 및 영 제18조의4제2항에 따른 선별급여의 적합성평가의 평가주기, 평가항목 및 평가방법
 2. 법 제42조의2제1항에 따른 선별급여의 실시 조건(이하 “선별급여실시조건”이라 한다)
 3. 법 제44조제1항 후단에 따른 선별급여의 본인일부부담금의 부담률 및 부담액
- ③ 건강보험심사평가원장은 제2항에 따라 전문평가위원회에서 치료재료(인체조직은 제외한다)에 대하여 평가한 경우에 평가가 끝난 날부터 15일 이내에 다음 각 호의 사항을 신청인에게 서면 또는 전자문서로 통보해야 한다.
 1. 평가결과(평가 시 원용된 전문가 의견, 학술연구 내용 등 평가 근거에 관한 정보를 포함한다)
 2. 평가결과에 이견이 있으면 30일 이내에 재평가 또는 제13조의3에 따른 검토(이하 “독립적 검토”라 한다)를 거친 재평가를 신청할 수 있다는 내용
- ④ 제3항에 따른 통보를 받은 신청인은 통보받은 날부터 30일 이내에 재평가 또는 독립적 검토를 거친 재평가를 건강보험심사평가원장에게 신청할 수 있다. 이 경우 재평가(독립적 검토를 거친 재평가는 제외한다)는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에 신청할 수 있다.
 1. 치료재료에 관한 결정신청을 한 자가 전문평가위원회의 평가결과에 이견이 있는 경우로서 제10조제2항제3호 및 제4호에 따른 서류를 보완하여 제출하거나 그 밖의 자료를 제출하는 경우
 2. 직권결정 대상 치료재료의 제조업자·수입업자가 전문평가위원회의 평가결과에 이견이 있는 경우로서 제10조제2항제3호 및 제4호에 따른 서류를 보완하여 제출하거나 그 밖의 자료를 제출하는 경우
- ⑤ 제4항에 따라 재평가의 신청을 받은 건강보험심사평가원장은 신청 받은 날부터 60일 이내에 전문평가위원회의 재심의를 거쳐 재평가하고 재평가가 끝난 날부터 15일 이내에 그 결과를 신청인에게 통보해야 한다.
- ⑥ 제4항에 따라 독립적 검토를 거친 재평가의 신청을 받은 건강보험

심사평가원장은 독립적 검토에 따른 보고서와 신청인의 의견(신청인이 의견을 제출한 경우만 해당한다)을 제출받아 전문평가위원회 의 재심을 거쳐 재평가하고 재평가가 끝난 날부터 15일 이내에 그 결과를 신청인에게 통보해야 한다.

- ⑦ 제2항 후단 및 제3항부터 제6항까지의 절차에 걸리는 기간은 제1항 전단에 따른 처리기한의 산정에 포함하지 않는다.
- ⑧ 제2항에 따른 행위·치료재료에 대한 평가를 효율적으로 수행하기 위하여 건강보험심사평가원에 행위 및 치료재료별로 전문평가위원회를 둔다.
- ⑨ 제1항에 따른 행위·치료재료가 요양급여대상으로 결정되어 고시된 경우에 제10조제1항의 규정에 의한 신청기간 내에 신청하지 않은 요양기관에 대해서는 제10조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 날부터 소급하여 요양급여대상으로 적용한다.
- ⑩ 제1항에도 불구하고 평가 유예 신의료기술의 경우에는 「신의료기술 평가에 관한 규칙」 제3조의4에 따른 신의료기술평가 결과 안전성·유효성을 고시한 이후 행위·치료재료에 대한 요양급여의 결정 절차를 진행한다.

제13조(직권결정 및 조정 등)

- ① 보건복지부장관은 법 제41조의3제4항에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위·치료재료에 대해서는 직권으로 제11조(행위 및 인체조직의 경우에는 제11조제3항부터 제6항까지의 규정은 제외한다)의 절차를 준용하여 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정하여 고시하며, 요양급여대상으로 결정한 경우에는 상대가치점수 또는 상한금액과 선별급여 본인부담률을 함께 정하여 고시해야 한다. 이 경우 결정·고시된 요양급여대상은 제10조제1항 각 호의 어느 하나에 해당되는 날부터 소급하여 요양급여대상으로 적용한다.
 - 1. 대체가능한 진료·치료 방법이 없는 경우
 - 2. 환자의 진료·치료를 위하여 긴급한 도입이 필요한 경우
 - 3. 「의료기기법 시행령」 제13조의2제4항제1호에 따른 의료기기 중 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 의료기기
 - 4. 그 밖에 행위·치료재료의 내용·금액과 환자에 대한 진료·치료의 성격·경위 등에 비추어 보건복지부장관이 직권으로 요양급여대상 여부를 결정하는 것이 필요하다고 인정하는 경우
- ② 보건복지부장관은 법 제41조의3제4항에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 약제에 대해서는 직권으로 제11조의2의 절차를 준용하여 요양급여대상 여부 및 약제의 상한금액을 결정하고 고시한다.
 - 1. 다음 각 목의 요건을 모두 충족하는 경우
 - 가. 대체가능한 다른 약제 또는 치료법이 없는 경우
 - 나. 생명에 심각한 위해를 초래하는 질환에 사용되는 경우
 - 다. 임상적으로 유의미한 치료효과가 입증된 경우
 - 2. 건강보험심사평가원장이 환자의 진료상 반드시 필요하다고 보건복지부장관에게 요청하는 경우
- ③ 보건복지부장관은 이미 고시된 행위 및 치료재료에 대한 상대가치점수·상한금액·선별급여 본인부담률, 요양급여대상·비급여대상에 대해서는 직권으로 제11조(행위 및 인체조직의 경우에는 제11조제

3항부터 제6항까지의 규정은 제외한다)의 절차를 준용하여 조정하여 고시할 수 있다.

- ④ 보건복지부장관은 법 제41조의3제5항에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 이미 고시된 약제의 요양급여대상 여부, 범위 및 요양급여비용 상한금액을 직권으로 조정하여 고시할 수 있다.
1. 협상 결과 합의된 요양급여비용 예상 청구금액을 초과하여 사용된 경우
 2. 직전년도 요양급여비용 청구금액과 비교하여 보건복지부장관이 정하는 비율이나 금액 이상 증가된 경우
 3. 제5조제2항 및 제4항에 따른 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항의 개정 등으로 약제의 사용범위의 확대가 예상되는 경우
 4. 제14조에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제 상한금액의 결정·조정 기준이 변경됨에 따라 보건복지부장관이 상한금액을 재평가할 필요가 있다고 인정하는 경우
 5. 제11조의2에 따라 요양급여대상으로 결정된 약제와 투여경로·성분·제형이 동일한 약제가 제10조의2에 따라 결정신청된 경우
 - 5의2. 제11조의2에 따라 요양급여대상으로 결정된 복합제(해당 복합제와 조성이 유사한 복합제로서 보건복지부장관이 고시하는 약제도 포함한다)의 가격산정의 기준이 되었던 품목(기준이 되었던 품목이 복합제인 경우에는 해당 복합제를 구성하는 개별 약제를 포함한다)과 투여경로·성분·제형이 동일한 약제가 제10조의2에 따라 결정신청된 경우
 6. 제11조의2에 따라 요양급여대상으로 결정된 약제에 대한 개발 목표제품(해당 약제의 품목허가를 위한 시험에서 비교대상으로 선택된 제품 중 주 약리작용을 나타내는 성분이 해당 약제와 같은 제품으로서 그 제품과 투여경로·성분·제형이 동일한 제제 중 가격산정의 기준이 되었던 품목을 말한다)과 투여경로·성분·제형이 동일한 약제가 제10조의2에 따라 결정신청된 경우
 7. 환자의 진료에 반드시 필요하나 경제성이 없어 약제의 제조업자·위탁제조판매업자·수입자가 생산 또는 수입을 기피하는 약제로서 생산 또는 수입 원가의 보전이 필요한 경우
 8. 최근 2년간 보험급여 청구실적이 없는 약제
 - 8의2. 최근 3년간 생산실적 또는 수입실적이 없는 약제로서 그 유효기한 또는 사용기한이 도과된 경우
 9. 건강보험심사평가원장이 경제성 또는 요양급여 적정성이 없거나 현저히 낮은 것으로 평가한 약제에 대하여 보건복지부장관에게 요청하는 경우
 10. 약제의 제조업자·위탁제조판매업자·수입자 또는 한국회귀·필수의약품센터의 장이 급여목록표에서 삭제되기를 희망하는 약제. 다만, 보건복지부장관이 환자의 진료상 반드시 필요하다고 판단하는 약제는 예외로 한다.
 11. 보건복지부장관이 정하여 고시한 바에 따른 약제 실거래가 조사결과 약제 상한금액 조정 대상이 된 약제
 12. 「약사법」 제31조 또는 제41조에 따라 의약품의 품목허가 또는 품목신고를 받은 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행정처분(「약사법」 제76조에 따른 행정처분을 말한다)을 받은 경

우

- 12의2. 「약사법」 제31조 또는 제41조에 따라 의약품의 품목허가 또는 품목신고를 받은 자가 스스로 그 허가증 또는 신고증을 반납한 경우
 13. 약사법령에 따른 일반의약품으로서 건강증진, 건강유지 및 치료를 목적으로 하며, 의사 또는 치과의사의 처방에 의하지 아니 하더라도 인체에 미치는 부작용이 적어 안전성 및 유효성을 기 대할 수 있는 약제
 14. 제11조의2제8항에 따라 약제의 제조업자·위탁제조판매업자·수입자가 공단 이사장과 협상한 조건을 이행하지 아니하는 경우 나 협상한 조건에서 정한 조정사유에 해당하는 경우
 15. 약제의 주성분 등 「약사법」 제31조에 따라 품목허가를 받은 사항이 변경되어 보건복지부장관이 요양급여대상 여부 또는 상한금액을 조정할 필요가 있다고 인정하는 경우
 16. 「약사법」 제31조제9항 및 제42조제1항에 따른 변경허가 또는 변경신고, 같은 법 제50조의6 및 제50조의9에 따른 의약품 판매금지와 관련하여 보건복지부장관이 요양급여대상 여부 및 상한금액을 조정할 필요가 있다고 인정하는 경우
 17. 그 밖에 외국의 의약품 허가사항, 가격 및 보험등재 현황, 임상연구 관련 자료 등을 고려하여 보건복지부장관이 요양급여대 상 여부 및 상한금액을 조정할 필요가 있다고 인정하는 경우
- ⑤ 제4항에 따른 직권 조정에는 다음 각 호의 구분에 따른 절차를 준 용한다.
1. 제4항제1호 및 제2호의 경우: 제11조의2제7항부터 제9항까지 의 절차
 2. 제4항제3호 및 제4호의 경우: 제11조의2제1항부터 제3항까지, 제6항부터 제9항까지의 절차. 다만, 이 조 제4항제3호의 경우로 서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제11조의2제1 항부터 제9항까지의 절차를 준용한다.
 - 가. 제11조의2제8항에 따라 약제의 제조업자·위탁제조판매업자·수입자가 이행할 조건을 고려하여 상한 금액이 정해진 약 제로서 해당 약제의 사용범위가 확대될 것으로 충분히 예상 되는 경우
 - 나. 제4항제3호에 따른 약제의 사용범위 확대 예상에 따른 요양 급여비용 예상 청구금액이 그 사용범위 확대 예상 이전의 요양급여비용 예상 청구금액보다 100억원 이상 증가할 것 으로 예상되는 경우
- 2의2. 제4항제5호, 제5호의2 및 제6호의 경우: 제11조의2제1항부 터 제3항까지, 제6항부터 제9항까지의 절차. 이 경우 제11조의 2제7항 각 호 외의 부분 전단 및 후단 중 “60일”은 각각 “20 일”로 본다.
3. 제4항제7호의 경우: 제11조의2제1항부터 제9항까지의 절차
 4. 제4항제8호, 제8호의2, 제10호부터 제12호까지 및 제12호의2 의 경우: 제11조의2제1항부터 제3항까지, 제6항 및 같은 조 제 9항제1호의 절차
 5. 제4항제9호 및 제13호의 경우: 제11조의2제1항부터 제6항까지 및 같은 조 제9항제1호의 절차
 6. 제4항제14호의 경우: 다음 각 목의 구분에 따른 절차

- 가. 제11조의2제8항에 따라 약제의 제조업자·위탁제조판매업자·수입자가 공단 이사장과 협상한 조건을 이행하지 않은 경우: 제11조의2제1항부터 제3항까지, 제6항 및 같은 조 제9항제1호의 절차
- 나. 제11조의2제8항에 따라 약제의 제조업자·위탁제조판매업자·수입자가 공단 이사장과 협상한 조건에서 정한 조정사유에 해당하는 경우: 제11조의2제1항부터 제3항까지 및 제6항부터 제9항까지의 절차
7. 제4항제15호부터 제17호까지의 경우: 제11조의2제1항부터 제3항까지 및 제6항부터 제9항까지의 절차. 다만, 보건복지부장관이 직권 조정을 하기 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 제11조의2제1항부터 제3항까지, 제6항 및 같은 조 제9항제1호의 절차를 준용한다.
- ⑥ 제5항(같은 항 제4호, 제5호 및 제6호가목은 제외한다)에 따라 준용되는 제11조의2제6항에 따라 건강보험심사평가원장으로부터 평가결과 또는 재평가결과를 통보받은 공단 이사장은 보건복지부장관으로부터 같은 조 제7항에 따른 협상 명령을 받기 전부터 미리 조정 대상 약제의 제조업자·위탁제조판매업자·수입자 또는 한국회귀·필수의약품센터의 장과 같은 항 제4호의 사항에 관하여 협상에 필요한 사항을 협의할 수 있다.
- ⑦ 보건복지부장관은 이미 요양급여대상 여부 및 상한금액이 고시된 약제의 안정적인 공급 등을 위해 필요하다고 인정하는 경우에는 공단 이사장에게 해당 약제의 제조업자·위탁제조판매업자·수입자와 제11조의2제7항제4호의 사항에 대하여 협상하도록 명할 수 있다. 이 경우 제11조의2제7항부터 제9항까지를 준용한다.
- ⑧ 보건복지부장관은 제11조의2제7항제4호의 사항에 관한 협상이 필요한 경우로서 공단 이사장이 조정 대상 약제의 제조업자·위탁제조판매업자·수입자 또는 한국회귀·필수의약품센터의 장과 이미 같은 호의 사항에 관한 합의가 이루어져 있는 경우에는 제5항 및 제7항에도 불구하고 제11조의2제7항 및 제8항의 절차를 생략할 수 있다. 이 경우 제11조의2제9항제1호를 준용한다.
- ⑨ 보건복지부장관은 제5항(제4항제3호, 제5호, 제5호의2, 제6호 및 제7호는 제외한다) 또는 제7항에 따라 준용되는 제11조의2제9항에 따른 조치를 하기 전에 필요하다고 인정되는 경우 1회에 한정하여 공단 이사장에게 같은 조 제7항 및 제8항에 따라 재협상을 하게 할 수 있다.
- ⑩ 보건복지부장관은 제9항에 따라 재협상을 하게 하기 전에 재협상의 필요 여부에 관하여 약제급여평가위원회의 심의를 거칠 수 있다. 이 경우 건강보험심사평가원장은 약제급여평가위원회의 심의 결과를 보건복지부장관에게 보고해야 한다.
- ⑪ 보건복지부장관은 제5항 또는 제7항에 따라 준용되는 제11조의2제8항에 따른 협상(이 조 제9항에 따른 재협상을 한 경우에는 재협상을 말한다)의 결과 합의가 이루어지지 않은 약제 중 환자의 진료에 반드시 필요하다고 인정되는 약제가 아닌 약제에 대해서는 심의위원회의 심의를 거쳐 요양급여대상에서 제외할 수 있다.

[별표 2] 비급여대상(제9조제1항 관련)

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에

실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료

가. 단순한 피로 또는 권태

나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·탈기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환

라. 단순 코골음

마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)

바. 검열반 등 안과질환

사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환

2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에도 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 고성형수술(윤비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료

나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 치과교정. 다만, 선천성 기형으로 저하된 씹는 기능 및 발음 기능을 개선하기 위한 치과교정으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.

라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면) 교정술

마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술

바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술

사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료

아. 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료

3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료

가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자들에게 실시하는 건강검진 제외)

나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)

다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석 제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전체 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.

라. 불소부분도포, 치면열구전색(치아홈메우기) 등 치아우식증(충치) 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하인 사람의 치아 중 치아우식증(충치)이 생기지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 대한 치면열구전색(치아홈메우기)은 제외한다.

마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료

바. 유전성질환 등 태아 또는 배아의 이상유무를 진단하기 위한 유전학적 검사

사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료

아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관

이 정하여 고시하는 예방진료

4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료

가. 가입자등이 다음 표에 따른 요양기관으로서 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 1인(「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관 및 제3호 나목에 따른 치과병원의 경우 3인 이하)이 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용한 경우에는 다음 표의 구분에 따라 부담하는 비용. 다만, 격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우에는 비급여대상에서 제외한다.

요양기관 구분	비용
「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관	제8조에 따라 고시한 요양급여대상인 입원료(이하 "입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
「의료법」 제3조제2항제3호나목에 따른 치과 병원	
「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원 중 진료과목에 소아청소년과 또는 산부인과를 둔 병원으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건을 갖춘 병원(이하 "아동·분만병원"이라 한다)	
상급종합병원	입원실 이용 비용 전액
「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료 기관(치과병원 및 아동·분만병원은 제외한다)	

(1) 의료법령에 따라 허가를 받거나 신고한 병상 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 다음의 구분에 따라 운영하는 경우. 다만, 건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실, 중환자실 및 임종실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.

(가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상에 분만실이 포함된 경우만 해당한다), 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기(周産期) 전문병원(종합병원은 제외한다), 아동·분만병원(분만병원만 해당한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 1 이상 확보할 것

(나) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상에 분만실

이 포함된 경우는 제외한다), 같은 항 제3호나목의 치과 병원, 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기 전문병원(종합병원만 해당한다) 및 아동·분만병원(아동병원만 해당한다): 일반병상을 총 병상의 2분의 1 이상 확보할 것

(다) 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원을 제외한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 3 이상 확보할 것

(라) 「의료법」 제3조제2항제3호나목의 종합병원 및 같은 법 제3조의4제1항에 따른 지정을 받은 상급종합병원: 일반병상을 총 병상의 5분의 4 이상 확보할 것

(2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우

나. 가목에도 불구하고 다음 각 항목에 해당하는 경우에는 다음의 구분에 따른 비용

(1) 가입자들이 「의료법」 제3조제2항제3호나목에 따른 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다. 이하 같다) 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실, 중환자실 및 임종실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 제외한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우(격리치료 대상인 환자가 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우에는 제외한다): 제8조제4항 전단에 따라 고시한 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

(2) 가입자들이 가목(1)에서 정한 요건을 갖춘 상급종합병원, 종합병원, 병원 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제25조에 따라 호스피스 전문기관으로 지정된 요양기관에서 1인실 병상을 이용하여 같은 법 제28조에 따른 호스피스·완화의료 받는 경우(격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우, 임종실을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다): 제8조제4항 전단에 따라 고시한 호스피스·완화의료 입원실의 입원료 중 4인실 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

다. 선별급여를 받는 사람이 요양급여비용 외에 추가로 부담하는 비용

라. 법 제51조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다.

마. 친자확인을 위한 진단

- 바. 치과의 보철(보철재료 및 가공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 65세 이상인 사람의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.
- 사. 및 아. 삭제 <2002.10.24>
- 자. 제8조에 따라 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제
- 차. 삭제 <2006.12.29>
- 카. 삭제 <2018. 12. 31.>
- 타. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용
- 파. 삭제 <2024. 7. 5.>
- 하. 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함하되, 같은 규칙 제3조제4항에 따라 서류를 송부받은 경우와 같은 규칙 제3조의4에 따른 신의료기술평가 결과 안전성·유효성을 인정받지 못한 경우에는 제외한다). 다만, 제11조제9항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 따라 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함한다)는 제외한다.
- 거. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제13항제2호에 따른 제한적 의료기술
- 너. 「의료기기법 시행규칙」 제32조제1항제6호에 따른 의료기기를 장기이식 또는 조직이식에 사용하는 의료행위
- 더. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제12조의2에 따라 첨단재생의료 치료계획에 대한 첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 심의위원회의 심의 결과 적합 통보를 받은 첨단재생의료 치료
- 러. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료
5. 삭제 <2006.12.29>
6. 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호아목, 제3호아목 및 제4호더목은 다음 각 목에서 정하는 경우에 한정한다.
- 가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료
- 나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제
- 6의2. 영 제21조제3항제3호에 따른 호스피스·완화의료 입원진료의 경우에는 제1호부터 제3호까지, 제4호나목(2)·더목에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호사목, 제3호아목 및 제4호더목은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료에 한정한다.
7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우
- 가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법

- 나. 한약첨약 및 기상한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제
8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제5조제4항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.

국민건강보험법

제5조(적용 대상 등)

- ① 국내에 거주하는 국민은 건강보험의 가입자 또는 피부양자가 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 제외한다.
1. 「의료급여법」에 따라 의료급여를 받는 사람(이하 "수급권자"라 한다)
 2. 「독립유공자예우에 관한 법률」 및 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료보호를 받는 사람(이하 "유공자등 의료보호대상자"라 한다). 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람은 가입자 또는 피부양자가 된다.
 - 가. 유공자등 의료보호대상자 중 건강보험의 적용을 보험자에게 신청한 사람
 - 나. 건강보험을 적용받고 있던 사람이 유공자등 의료보호대상자로 되었으나 건강보험의 적용배제신청을 보험자에게 하지 아니한 사람
- ② 제1항의 피부양자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 중 직장가입자에게 주로 생계를 의존하는 사람으로서 소득 및 재산이 보건복지부령으로 정하는 기준 이하에 해당하는 사람을 말한다.
1. 직장가입자의 배우자
 2. 직장가입자의 직계존속(배우자의 직계존속을 포함한다)
 3. 직장가입자의 직계비속(배우자의 직계비속을 포함한다)과 그 배우자
 4. 직장가입자의 형제·자매
- ③ 제2항에 따른 피부양자 자격의 인정 기준, 취득·상실시기 및 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제41조(요양급여)

- ① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.
1. 진찰·검사
 2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
 3. 처치·수술 및 그 밖의 치료
 4. 예방·재활
 5. 입원
 6. 간호
 7. 이송(移送)
- ② 제1항에 따른 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 범위(이하 "요양급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다.
1. 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다): 제4항

에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것

2. 제1항제2호의 약제: 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것
- ③ 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.
- ④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)으로 정할 수 있다.

제42조(요양기관)

- ① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.
 1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
 2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
 3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국회구·필수의약품센터
 4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
 5. 「농어촌 등 보건요료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소
- ② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.
 1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
 2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우
- ④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제3항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다.
- ⑤ 제1항·제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

제50조(부가급여)

공단은 이 법에서 정한 요양급여 외에 대통령령으로 정하는 바에 따라 임신·출산 진료비, 장제비, 상병수당, 그 밖의 급여를 실시할 수 있다.

제53조(급여의 제한)

- ① 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 보험급여를 하지 아니한다.
 1. 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으킨 경우
 2. 고의 또는 중대한 과실로 공단이나 요양기관의 요양에 관한 지

시에 따르지 아니한 경우

3. 고의 또는 중대한 과실로 제55조에 따른 문서와 그 밖의 물건
의 제출을 거부하거나 질문 또는 진단을 기피한 경우
 4. 업무 또는 공무로 생긴 질병·부상·재해로 다른 법령에 따른
보험급여나 보상(報償) 또는 보상(補償)을 받게 되는 경우
- ② 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다른 법령에 따라 국가나
지방자치단체로부터 보험급여에 상당하는 급여를 받거나 보험급여
에 상당하는 비용을 지급받게 되는 경우에는 그 한도에서 보험급여
를 하지 아니한다.
- ③ 공단은 가입자가 대통령령으로 정하는 기간 이상 다음 각 호의 보
험료를 체납한 경우 그 체납한 보험료를 완납할 때까지 그 가입자
및 피부양자에 대하여 보험급여를 실시하지 아니할 수 있다. 다만,
월별 보험료의 총체납횟수(이미 납부된 체납보험료는 총체납횟수에
서 제외하며, 보험료의 체납기간은 고려하지 아니한다)가 대통령령
으로 정하는 횟수 미만이거나 가입자 및 피부양자의 소득·재산 등
이 대통령령으로 정하는 기준 미만인 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 제69조제4항제2호에 따른 보수 외 소득월액보험료
 2. 제69조제5항에 따른 세대단위의 보험료
- ④ 공단은 제77조제1항제1호에 따라 납부의무를 부담하는 사용자가
제69조제4항제1호에 따른 보수월액보험료를 체납한 경우에는 그
체납에 대하여 직장가입자 본인에게 귀책사유가 있는 경우에 한하
여 제3항의 규정을 적용한다. 이 경우 해당 직장가입자의 피부양자
에게도 제3항의 규정을 적용한다.
- ⑤ 제3항 및 제4항에도 불구하고 제82조에 따라 공단으로부터 분할납
부 승인을 받고 그 승인된 보험료를 1회 이상 낸 경우에는 보험급
여를 할 수 있다. 다만, 제82조에 따른 분할납부 승인을 받은 사람
이 정당한 사유 없이 5회(같은 조 제1항에 따라 승인받은 분할납
부 횟수가 5회 미만인 경우에는 해당 분할납부 횟수를 말한다. 이
하 이 조에서 같다) 이상 그 승인된 보험료를 내지 아니한 경우에
는 그러하지 아니하다.
- ⑥ 제3항 및 제4항에 따라 보험급여를 하지 아니하는 기간(이하 이 항
에서 “급여제한기간”이라 한다)에 받은 보험급여는 다음 각 호의
어느 하나에 해당하는 경우에만 보험급여로 인정한다.
1. 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자
에게 통지한 날부터 2개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이
내에 체납된 보험료를 완납한 경우
 2. 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자
에게 통지한 날부터 2개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이
내에 제82조에 따라 분할납부 승인을 받은 체납보험료를 1회
이상 낸 경우. 다만, 제82조에 따른 분할납부 승인을 받은 사람
이 정당한 사유 없이 5회 이상 그 승인된 보험료를 내지 아니
한 경우에는 그러하지 아니하다.

제54조(급여의 정지)

보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면
그 기간에는 보험급여를 하지 아니한다. 다만, 제3호 및 제4호의 경우
에는 제60조에 따른 요양급여를 실시한다.

1. 삭제 <2020. 4. 7.>

2. 국외에 체류하는 경우
3. 제6조제2항제2호에 해당하게 된 경우
4. 교도소, 그 밖에 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 경우

국민건강보험법 시행령

[별표3] 본인부담상한액의 산정방법(제19조 제4항 관련)

1. 본인부담상한액은 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준(이하 “상한액기준보험료”라 한다)을 구간으로 구분하여 다음 각 목의 구분에 따른 금액으로 한다.

가. 2024년 본인부담상한액: 다음 표에 따른 금액

구분	상한액기준보험료 구간	120일 초과 입원	그 밖의 경우
지역가입자, 직장가입자 및 피부양자	1구간	138만원	87만원
	2구간	174만원	108만원
	3구간	235만원	167만원
	4구간	388만원	313만원
	5구간	557만원	428만원
	6구간	669만원	514만원
	7구간	1,050만원	808만원

비고: 위 표에서 “120일 초과 입원”이란 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다)에 입원한 기간이 같은 연도에 120일을 초과하는 경우를 말한다.

나. 2025년 이후 본인부담상한액: 다음 계산식에 따른 금액

$$\text{해당 연도 본인부담상한액} = \text{전년도 본인부담상한액} \times (1 + \text{전국소비자물가변동률})$$

비고

1. 위 계산식에서 “본인부담상한액”이란 상한액기준보험료 구간별 금액을 말한다.
 2. 위 계산식에서 “전국소비자물가변동률”이란 「통계법」에 따라 통계청장이 매년 고시하는 전전년도와 대비한 전년도 전국소비자물가변동률을 말하며, 전국소비자물가변동률이 100분의 5를 넘는 경우에는 100분의 5로 한다.
 3. 위 계산식에 따라 산정한 금액 중 1만원 미만의 금액은 버린다.
2. 제1호의 상한액기준보험료 구간은 다음 표와 같다. 이 경우 상한액기준보험료의 구체적인 산정 기준·방법 등에 관하여 필요

한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

구분	상한액기준보험료 구간	
지역가입자	1구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	2구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	3구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	4구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	5구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	6구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	7구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우
직장가입자 및 피부양자	1구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	2구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	3구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서

구분	상한액기준보험료 구간	
		보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
4구간		상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
5구간		상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
6구간		상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
7구간		상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

비고: 상한액기준보험료가 제32조제2호나목에 따른 월별 보험료액 하한 금액 이하인 지역가입자는 위 표에도 불구하고 1구간에 해당하는 것으로 본다.

국민건강보험법 시행규칙

제16조(요양급여비용의 본인부담)

영 별표 2 제6호에 따라 본인이 요양급여비용을 부담하는 항목 및 부담률은 별표 6과 같다.

[별표 6] 요양급여비용의 본인부담 항목 및 부담률(제16조 관련)

1. 요양급여비용의 본인부담 항목

가. 다음에 해당하는 경우에는 그에 든 비용 총액(나목 및 라목부터 사목까지의 규정에 해당하는 비용이 있는 경우에는 그 비용을 포함한다)

- 1) 가입자 또는 피부양자가 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제2조에 따른 요양급여의 절차에 따르지 않고 요양기관을 이용한 경우
- 2) 「병역법」에 따른 현역병(지원에 의하지 않고 임용된 하사를 포함한다), 전향복무된 사람 또는 무관후보생으로 군에 복무 중인 가입자 또는 피부양자 및 교도소 또는 그 밖에 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 가입자 또는 피부양자가 요양

기관을 이용한 경우

- 3) 법 제53조제3항 및 제4항에 따라 가입자 또는 피부양자가 보험료 체납으로 급여제한을 받은 기간에 요양기관을 이용한 경우
- 4) 「학교폭력 예방 및 대책에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학교폭력 중 학생 간의 폭행에 의한 부상 또는 질병으로 요양기관을 이용한 경우
- 5) 「의료법」 제3조제2항제3호라목의 요양병원 중 「장애인복지법」 제58조제1항제4호의 장애인 의료재활시설을 제외한 요양병원에서 입원진료를 받는 가입자 또는 피부양자가 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제6조제1항에 따라 요양급여를 의뢰하지 않고 다른 요양기관에서 진료를 받는 경우
- 6) 법 제109조제10항에 따라 보험급여를 하지 않는 기간에 요양기관을 이용한 경우

나. 다음에 해당하는 경우에는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 공단이 부담하는 요양급여비용의 상한금액을 초과하는 비용

- 1) 요양급여의 필요성이 의학적으로 인정되는 약제·치료재료로서 해당 약제·치료재료의 상한금액이 대체 가능한 약제·치료재료의 상한금액의 2배 이상인 경우
- 2) 약제·치료재료에 대한 요양급여비용이 연간 200억원 이상 들어 보험재정에 상당한 부담을 줄 우려가 있는 약제·치료재료의 경우

다. 다음의 어느 하나에 해당하는 보험급여 항목의 경우에는 해당 보험급여 항목의 성격, 유형 및 빈도 등을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 비용

- 1) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 고가의 의료장비 또는 의약품 등을 사용하는 보험급여 항목으로서 해당 항목의 요양급여 비용이 보험재정에 상당한 부담을 준다고 인정되는 경우
- 2) 대체가능한 다른 요양급여 항목에 비하여 상대적으로 보험급여 비용이 높아 보험재정에 상당한 부담을 준다고 인정되는 경우

라. 삭제 <2018. 6. 29.>

마. 혈액성분 채집술을 위한 혈액 제공 적합성 검사에서 부적합으로 판정되어 혈액성분 채집술을 하지 않은 경우 든 검사비용

바. 요양기관의 과실이 없는 상태에서 가입자 또는 피부양자가 기피하여 준비된 혈액을 폐기하였을 경우의 혈액비용과 미리 채혈한 자기혈소판을 수혈하지 못한 경우 이에 든 비용

사. 다음의 어느 하나에 해당하는 비용. 다만, 2) 또는 3)에 해당하는 경우로서 영 별표 2 제1호가목1) 단서에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 격리 입원에 관한 요양급여 또는 같은 별표 제3호타목에 따른 요양급여를 받는 경우에는 제외한다.

- 1) 「응급의료에 관한 법률」에 따라 요양기관의 구급차를 이용하여 이송되었을 경우의 이송치료료
- 2) 「응급의료에 관한 법률」 제31조의4제1항 및 같은 법 시행규칙 제18조의3제2항에 따라 보건복지부장관이 고시하는 한국 응급환자 중증도 분류기준(이하 "한국 응급환자 중증

도 분류기준"이라 한다)에 따른 경증응급환자가 「응급의료에 관한 법률」 제26조에 따른 권역응급의료센터, 같은 법 제29조에 따른 전문응급의료센터 및 같은 법 제30조의2에 따른 권역외상센터(이하 "권역응급의료센터등"이라 한다)를 이용하는 경우 응급실 진료비(「응급의료에 관한 법률」에 따른 응급의료수가 및 그 밖에 응급실에서 실시하는 요양급여의 비용을 말한다. 다만, 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원의 진찰료는 제외한다. 이하 같다)

- 3) 한국 응급환자 중증도 분류기준에 따른 비응급환자가 권역응급의료센터등 또는 「응급의료에 관한 법률」 제30조에 따른 지역응급의료센터를 이용하는 경우 응급실 진료비

아. 삭제 <2016. 12. 30.>

자. 영 별표 2 제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 가목에 해당하는 비용 및 사목 중 이송처치료에 해당하는 비용

차. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제28조에 따라 호스피스전문기관으로 지정된 요양기관에서 호스피스·완화의료의 입원진료를 받는 경우에는 가목에 해당하는 비용 및 사목 중 이송처치료에 해당하는 비용

2. 요양급여비용의 본인부담률: 요양급여비용의 100분의 100. 다만, 다음 각 목의 경우에는 해당 목의 구분에 따른 본인부담률을 적용한다.

가. 제1호다목: 100분의 70에서 100분의 100 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 부담률

나. 제1호사목2)·3): 100분의 90

금융소비자 보호에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

9. "전문금융소비자"란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 "금융상품판매업자등"이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.

가. 국가

나. 「한국은행법」에 따른 한국은행

다. 대통령령으로 정하는 금융회사

라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)

마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

제19조(설명 의무)

① 금융상품판매업자들은 일반금융소비자에게 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 것을 포함한다)하는 경우 및 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우에는 다음 각 호의 금융상품에 관한 중요한 사항(일반금융소비자가 특정 사항에 대한 설명만을 원하는 경우 해당 사항으로 한정한다)을 일반금융소비자가 이해할 수 있도록 설명하여야 한다.

1. 다음 각 목의 구분에 따른 사항

가. 보장성 상품

- 1) 보장성 상품의 내용
- 2) 보험료(공제료를 포함한다. 이하 같다)
- 3) 보험금(공제금을 포함한다. 이하 같다) 지급제한 사유 및 지급절차
- 4) 위험보장의 범위
- 5) 그 밖에 위험보장 기간 등 보장성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

나. 투자성 상품

- 1) 투자성 상품의 내용
- 2) 투자에 따른 위험
- 3) 대통령령으로 정하는 투자성 상품의 경우 대통령령으로 정하는 기준에 따라 금융상품직접판매업자가 정하는 위험 등급
- 4) 그 밖에 금융소비자가 부담해야 하는 수수료 등 투자성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

다. 예금성 상품

- 1) 예금성 상품의 내용
- 2) 그 밖에 이자율, 수익률 등 예금성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

라. 대출성 상품

- 1) 금리 및 변동 여부, 중도상환수수료(금융소비자가 대출만 기일이 도래하기 전 대출금의 전부 또는 일부를 상환하는 경우에 부과하는 수수료를 의미한다. 이하 같다) 부과 여부·기간 및 수수료율 등 대출성 상품의 내용
- 2) 상환방법에 따른 상환금액·이자율·시기
- 3) 저당권 등 담보권 설정에 관한 사항, 담보권 실행사유 및 담보권 실행에 따른 담보목적물의 소유권 상실 등 권리변동에 관한 사항
- 4) 대출원리금, 수수료 등 금융소비자가 대출계약을 체결하는 경우 부담하여야 하는 금액의 총액
- 5) 그 밖에 대출계약의 해지에 관한 사항 등 대출성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

2. 제1호 각 목의 금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등(이하 “연계·제휴서비스등”이라 한다)이 있는 경우 다음 각 목의 사항

가. 연계·제휴서비스등의 내용

나. 연계·제휴서비스등의 이행책임에 관한 사항

- 다. 그 밖에 연계·제휴서비스등의 제공기간 등 연계·제휴서비스 등에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
3. 제46조에 따른 청약 철회의 기한·행사방법·효과에 관한 사항
4. 그 밖에 금융소비자 보호를 위하여 대통령령으로 정하는 사항
- ② 금융상품판매업자들은 제1항에 따른 설명에 필요한 설명서를 일반 금융소비자에게 제공하여야 하며, 설명한 내용을 일반금융소비자가 이해하였음을 서명, 기명날인, 녹취 또는 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아야 한다. 다만, 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 설명서를 제공하지 아니할 수 있다.
- ③ 금융상품판매업자들은 제1항에 따른 설명을 할 때 일반금융소비자의 합리적인 판단 또는 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미칠 수 있는 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항을 거짓으로 또는 왜곡(불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위를 말한다)하여 설명하거나 대통령령으로 정하는 중요한 사항을 빠뜨려서는 아니 된다.
- ④ 제2항에 따른 설명서의 내용 및 제공 방법·절차에 관한 세부내용은 대통령령으로 정한다.

제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)

조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 충족하는 분쟁사건(이하 "소액분쟁사건"이라 한다)에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 제36조제6항에 따라 조정안을 제시받기 전에는 소를 제기할 수 없다. 다만, 제36조제3항에 따라 서면통지를 받거나 제36조제5항에서 정한 기간 내에 조정안을 제시받지 못한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 일반금융소비자가 신청한 사건일 것
2. 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 금액이 2천만원 이내에서 대통령령으로 정하는 금액 이하일 것

제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자들이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자들은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자들이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자들은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

금융소비자 보호에 관한 법률 시행령

제38조(위법계약의 해지)

- ① 법 제47조제1항 전단에서 “대통령령으로 정하는 금융상품”이란 금융소비자와 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자 간 계속적 거래가 이루어지는 금융상품 중 금융위원회가 정하여 고시하는 금융상품을 말한다.
- ② 법 제47조제1항 전단에서 “대통령령으로 정하는 기간”이란 금융소비자가 계약 체결에 대한 위반사항을 안 날부터 1년 이내의 기간을 말한다. 이 경우 해당 기간은 계약체결일부터 5년 이내의 범위에 있어야 한다.
- ③ 금융소비자는 법 제47조제1항 전단에 따라 계약의 해지를 요구하려는 경우 금융위원회가 정하여 고시하는 해지요구서에 위반사항을 증명하는 서류를 첨부하여 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자에게 제출해야 한다. 이 경우 「자동차손해배상 보장법」에 따른 책임보험에 대해 해지 요구를 할 때에는 동종의 다른 책임보험에 가입해 있어야 한다.
- ④ 법 제47조제2항에 따른 정당한 사유의 범위는 다음 각 호와 같다.
 1. 위반사실에 대한 근거를 제시하지 않거나 거짓으로 제시한 경우
 2. 계약 체결 당시에는 위반사항이 없었으나 금융소비자가 계약 체결 이후의 사정변경에 따라 위반사항을 주장하는 경우
 3. 금융소비자의 동의를 받아 위반사항을 시정한 경우
 4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지의 경우에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 경우
- ⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 해지요구권의 행사 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 세부 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다.

남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률

제19조(육아휴직)

- ① 사업주는 임신 중인 여성 근로자가 모성을 보호하거나 근로자가 만 8세 이하 또는 초등학교 2학년 이하의 자녀(입양한 자녀를 포함한다. 이하 같다)를 양육하기 위하여 휴직(이하 “육아휴직”이라 한다)을 신청하는 경우에 이를 허용하여야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.
- ② 육아휴직의 기간은 1년 이내로 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 근로자의 경우 6개월 이내에서 추가로 육아휴직을 사용할 수 있다.
 1. 같은 자녀를 대상으로 부모가 모두 육아휴직을 각각 3개월 이상 사용한 경우의 부 또는 모
 2. 「한부모가족지원법」 제4조제1호의 부 또는 모
 3. 고용노동부령으로 정하는 장애아동의 부 또는 모
- ③ 사업주는 육아휴직을 이유로 해고나 그 밖의 불리한 처우를 하여서는 아니 되며, 육아휴직 기간에는 그 근로자를 해고하지 못한다. 다만, 사업을 계속할 수 없는 경우에는 그러하지 아니하다.
- ④ 사업주는 육아휴직을 마친 후에는 휴직 전과 같은 업무 또는 같은 수준의 임금을 지급하는 직무에 복귀시켜야 한다. 또한 제2항의 육아휴직 기간은 근속기간에 포함한다.

- ⑤ 기간제근로자 또는 파견근로자의 육아휴직 기간은 「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」 제4조에 따른 사용기간 또는 「파견근로자 보호 등에 관한 법률」 제6조에 따른 근로자파견기간에서 제외한다.
- ⑥ 육아휴직의 신청방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제19조의2(육아기 근로시간 단축)

- ① 사업주는 근로자가 만 12세 이하 또는 초등학교 6학년 이하의 자녀를 양육하기 위하여 근로시간의 단축(이하 “육아기 근로시간 단축”이라 한다)을 신청하는 경우에 이를 허용하여야 한다. 다만, 대체인력 채용이 불가능한 경우, 정상적인 사업 운영에 중대한 지장을 초래하는 경우 등 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.
- ② 제1항 단서에 따라 사업주가 육아기 근로시간 단축을 허용하지 아니하는 경우에는 해당 근로자에게 그 사유를 서면으로 통보하고 육아휴직을 사용하게 하거나 출근 및 퇴근 시간 조정 등 다른 조치를 통하여 지원할 수 있는지를 해당 근로자와 협의하여야 한다.
- ③ 사업주가 제1항에 따라 해당 근로자에게 육아기 근로시간 단축을 허용하는 경우 단축 후 근로시간은 주당 15시간 이상이어야 하고 35시간을 넘어서는 아니 된다.
- ④ 육아기 근로시간 단축의 기간은 1년 이내로 한다. 다만, 근로자가 제19조제2항 본문에 따른 육아휴직 기간 중 사용하지 아니한 기간이 있으면 그 기간의 두 배를 가산한 기간 이내로 한다.
- ⑤ 사업주는 육아기 근로시간 단축을 이유로 해당 근로자에게 해고나 그 밖의 불리한 처우를 하여서는 아니 된다.
- ⑥ 사업주는 근로자의 육아기 근로시간 단축기간이 끝난 후에 그 근로자를 육아기 근로시간 단축 전과 같은 업무 또는 같은 수준의 임금을 지급하는 직무에 복귀시켜야 한다.
- ⑦ 육아기 근로시간 단축의 신청방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

노동절 제정에 관한 법률

5월 1일을 노동절로 하고, 이 날을 「근로기준법」에 따른 유급휴일로 한다.

농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법

제15조(보건진료소의 설치·운영)

- ① 시장[도농복합형태(都農複合形態)의 시의 시장을 말하며, 읍·면 지역에서 보건진료소를 설치·운영하는 경우만 해당한다] 또는 군수는 보건의료 취약지역의 주민에게 보건의료를 제공하기 위하여 보건진료소를 설치·운영한다. 다만, 시·구의 관할구역의 도서지역에는 해당 시장·구청장이 보건진료소를 설치·운영할 수 있으며, 군 지역에 있는 보건진료소의 행정구역이 행정구역의 변경 등으로 시 또는 구 지역으로 편입된 경우에는 보건복지부장관이 정하는 바

에 따라 해당 시장 또는 구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다.

- ② 보건진료소에 보건진료소장 1명과 필요한 직원을 두되, 보건진료소장은 보건진료 전담공무원으로 보한다.
- ③ 보건진료소의 설치기준은 보건복지부령으로 정한다.

도로교통법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "도로"란 다음 각 목에 해당하는 곳을 말한다.
 - 가. 「도로법」에 따른 도로
 - 나. 「유료도로법」에 따른 유료도로
 - 다. 「농어촌도로 정비법」에 따른 농어촌도로
 - 라. 그 밖에 현실적으로 불특정 다수의 사람 또는 차마(車馬)가 통행할 수 있도록 공개된 장소로서 안전하고 원활한 교통을 확보할 필요가 있는 장소
2. "자동차전용도로"란 자동차만 다닐 수 있도록 설치된 도로를 말한다.
3. "고속도로"란 자동차의 고속 운행에만 사용하기 위하여 지정된 도로를 말한다.
4. "차도(車道)란 연석선(차도와 보도를 구분하는 돌 등으로 이어진 선을 말한다. 이하 같다), 안전표지 또는 그와 비슷한 인공구조물을 이용하여 경계(境界)를 표시하여 모든 차가 통행할 수 있도록 설치된 도로의 부분을 말한다.
5. "중앙선"이란 차마의 통행 방향을 명확하게 구분하기 위하여 도로에 황색 실선(實線)이나 황색 점선 등의 안전표지로 표시한 선 또는 중앙분리대나 울타리 등으로 설치한 시설물을 말한다. 다만, 제14조제1항 후단에 따라 가변차로(可變車路)가 설치된 경우에는 신호기가 지시하는 진행방향의 가장 왼쪽에 있는 황색 점선을 말한다.
6. "차로"란 차마가 한 줄로 도로의 정하여진 부분을 통행하도록 차선(車線)으로 구분한 차도의 부분을 말한다.
7. "차선"이란 차로와 차로를 구분하기 위하여 그 경계지점을 안전표지로 표시한 선을 말한다.
7의 2. "노면전차 전용로"란 도로에서 궤도를 설치하고, 안전표지 또는 인공구조물로 경계를 표시하여 설치한 「도시철도법」 제18조의2제1항 각 호에 따른 도로 또는 차로를 말한다.
8. "자전거도로"란 안전표지, 위험방지용 울타리나 그와 비슷한 인공구조물로 경계를 표시하여 자전거 및 개인형 이동장치가 통행할 수 있도록 설치된 「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제3조 각 호의 도로를 말한다.
9. "자전거횡단도"란 자전거 및 개인형 이동장치가 일반도로를 횡단할 수 있도록 안전표지로 표시한 도로의 부분을 말한다.
10. "보도(步道)란 연석선, 안전표지나 그와 비슷한 인공구조물로 경계를 표시하여 보행자(유모차, 보행보조용 의자차, 노약자용 보행기 등 행정안전부령으로 정하는 기구·장치를 이용하여 통행하는 사람 및 제21호의3에 따른 실외이동로봇을 포함한다. 이

- 하 같다)가 통행할 수 있도록 한 도로의 부분을 말한다.
11. "길가장자리구역"이란 보도와 차도가 구분되지 아니한 도로에서 보행자의 안전을 확보하기 위하여 안전표지 등으로 경계를 표시한 도로의 가장자리 부분을 말한다.
 12. "횡단보도"란 보행자가 도로를 횡단할 수 있도록 안전표지로 표시한 도로의 부분을 말한다.
 13. "교차로"란 '십'자로, 'T'자로나 그 밖에 둘 이상의 도로(보도와 차도가 구분되어 있는 도로에서는 차도를 말한다)가 교차하는 부분을 말한다.
 - 13의2. "회전교차로"란 교차로 중 차마가 원형의 교통섬(차마의 안전하고 원활한 교통처리나 보행자 도로횡단의 안전을 확보하기 위하여 교차로 또는 차도의 분기점 등에 설치하는 섬 모양의 시설을 말한다)을 중심으로 반시계방향으로 통행하도록 한 원형의 도로를 말한다.
 14. "안전지대"란 도로를 횡단하는 보행자나 통행하는 차마의 안전을 위하여 안전표지나 이와 비슷한 인공구조물로 표시한 도로의 부분을 말한다.
 15. "신호기"란 도로교통에서 문자·기호 또는 등화(燈火)를 사용하여 진행·정지·방향전환·주의 등의 신호를 표시하기 위하여 사람이나 전기의 힘으로 조작하는 장치를 말한다.
 16. "안전표지"란 교통안전에 필요한 주의·규제·지시 등을 표시하는 표지판이나 도로의 바닥에 표시하는 기호·문자 또는 선 등을 말한다.
 17. "차마"란 다음 각 목의 차와 우마를 말한다.
 - 가. "차"란 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
 - 1) 자동차
 - 2) 건설기계
 - 3) 원동기장치자전거
 - 4) 자전거
 - 5) 사람 또는 가축의 힘이나 그 밖의 동력(動力)으로 도로에서 운전되는 것. 다만, 철길이나 가설(架設)된 선을 이용하여 운전되는 것, 유모차, 보행보조용 의자차, 노약자용 보행기, 제21호의3에 따른 실외이동로봇 등 행정안전부령으로 정하는 기구·장치는 제외한다.
 - 나. "우마"란 교통이나 운수(運輸)에 사용되는 가축을 말한다.
 - 17의2. "노면전차"란 「도시철도법」 제2조제2호에 따른 노면전차로서 도로에서 궤도를 이용하여 운행되는 차를 말한다.
 18. "자동차"란 철길이나 가설된 선을 이용하지 아니하고 원동기를 사용하여 운전되는 차(견인되는 자동차도 자동차의 일부로 본다)로서 다음 각 목의 차를 말한다.
 - 가. 「자동차관리법」 제3조에 따른 다음의 자동차. 다만, 원동기장치자전거는 제외한다.
 - 1) 승용자동차
 - 2) 승합자동차
 - 3) 화물자동차
 - 4) 특수자동차
 - 5) 이륜자동차
 - 나. 「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계

- 18의2. "자율주행시스템"이란 「자율주행자동차 상용화 촉진 및 지원에 관한 법률」 제2조제1항제2호에 따른 자율주행시스템을 말한다. 이 경우 그 종류는 완전 자율주행시스템, 부분 자율주행시스템 등 행정안전부령으로 정하는 바에 따라 세분할 수 있다.
- 18의3. "자율주행자동차"란 「자동차관리법」 제2조제1호의3에 따른 자율주행자동차로서 자율주행시스템을 갖추고 있는 자동차를 말한다.
19. "원동기장치자전거"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 차를 말한다.
- 가. 「자동차관리법」 제3조에 따른 이륜자동차 가운데 배기량 125cc 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로와트 이하)의 이륜자동차
 - 나. 그 밖에 배기량 125cc 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로와트 이하)의 원동기를 단 차(「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제2조제1호의2에 따른 전기자전거 및 제21호의3에 따른 실외이동로봇은 제외한다)
- 19의2. "개인형 이동장치"란 제19호나목의 원동기장치자전거 중 시속 25킬로미터 이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 아니하고 차체 중량이 30킬로그램 미만인 것으로서 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다.
20. "자전거"란 「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제2조제1호 및 제1호의2에 따른 자전거 및 전기자전거를 말한다.
21. "자동차등"이란 자동차와 원동기장치자전거를 말한다.
- 21의2. "자전거등"이란 자전거와 개인형 이동장치를 말한다.
- 21의3. "실외이동로봇"이란 「지능형 로봇 개발 및 보급 촉진법」 제2조제1호에 따른 지능형 로봇 중 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다.
22. "긴급자동차"란 다음 각 목의 자동차로서 그 본래의 긴급한 용도로 사용되고 있는 자동차를 말한다.
- 가. 소방차
 - 나. 구급차
 - 다. 혈액 공급차량
 - 라. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자동차
23. "어린이통학버스"란 다음 각 목의 시설 가운데 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)를 교육 대상으로 하는 시설에서 어린이의 통학 등(현장체험학습 등 비상사적으로 이루어지는 교육활동을 위한 이동을 제외한다)에 이용되는 자동차와 「여객자동차 운수사업법」 제4조제3항에 따른 여객자동차운송사업의 한정면허를 받아 어린이를 여객대상으로 하여 운행되는 운송사업용 자동차를 말한다.
- 가. 「유아교육법」에 따른 유치원 및 유아교육진흥원, 「초·중등교육법」에 따른 초등학교, 특수학교, 대안학교 및 외국인학교
 - 나. 「영유아보육법」에 따른 어린이집
 - 다. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」에 따라 설립된 학원 및 교습소
 - 라. 「체육시설의 설치·이용에 관한 법률」에 따라 설립된 체육시설

- 마. 「아동복지법」에 따른 아동복지시설(아동보호전문기관은 제외한다)
 - 바. 「청소년활동 진흥법」에 따른 청소년수련시설
 - 사. 「장애인복지법」에 따른 장애인복지시설(장애인 직업재활시설은 제외한다)
 - 아. 「도서관법」에 따른 공공도서관
 - 자. 「평생교육법」에 따른 시·도평생교육진흥원 및 시·군·구평생학습관
 - 차. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설 및 사회복지관
24. "주차"란 운전자가 승객을 기다리거나 화물을 싣거나 차가 고장 나거나 그 밖의 사유로 차를 계속 정지 상태에 두는 것 또는 운전자가 차에서 떠나서 즉시 그 차를 운전할 수 없는 상태에 두는 것을 말한다.
 25. "정차"란 운전자가 5분을 초과하지 아니하고 차를 정지시키는 것으로서 주차 외의 정지 상태를 말한다.
 26. "운전"이란 도로(제27조제6항제3호·제44조·제45조·제54조제1항·제148조·제148조의2 및 제156조제10호의 경우에는 도로 외의 곳을 포함한다)에서 차마 또는 노면전차를 그 본래의 사용 방법에 따라 사용하는 것(조종 또는 자율주행시스템을 사용하는 것을 포함한다)을 말한다.
 27. "초보운전자"란 처음 운전면허를 받은 날(처음 운전면허를 받은 날부터 2년이 지나기 전에 운전면허의 취소처분을 받은 경우에는 그 후 다시 운전면허를 받은 날을 말한다)부터 2년이 지나지 아니한 사람을 말한다. 이 경우 원동기장치자전거면허만 받은 사람이 원동기장치자전거면허 외의 운전면허를 받은 경우에는 처음 운전면허를 받은 것으로 본다.
 28. "서행"(徐行)이란 운전자가 차 또는 노면전차를 즉시 정지시킬 수 있는 정도의 느린 속도로 진행하는 것을 말한다.
 29. "앞지르기"란 차의 운전자가 앞서가는 다른 차의 옆을 지나서 그 차의 앞으로 나가는 것을 말한다.
 30. "일시정지"란 차 또는 노면전차의 운전자가 그 차 또는 노면전차의 바퀴를 일시적으로 완전히 정지시키는 것을 말한다.
 31. "보행자전용도로"란 보행자만 다닐 수 있도록 안전표지나 그와 비슷한 인공구조물로 표시한 도로를 말한다.
 - 31의2. "보행자우선도로"란 「보행안전 및 편의증진에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 보행자우선도로를 말한다.
 32. "자동차운전학원"이란 자동차등의 운전에 관한 지식·기능을 교육하는 시설로서 다음 각 목의 시설 외의 시설을 말한다.
 - 가. 교육 관계 법령에 따른 학교에서 소속 학생 및 교직원의 연수를 위하여 설치한 시설
 - 나. 사업장 등의 시설로서 소속 직원의 연수를 위한 시설
 - 다. 전산장치에 의한 모의운전 연습시설
 - 라. 지방자치단체 등이 신체장애인의 운전교육을 위하여 설치하는 시설 가운데 지방경찰청장이 인정하는 시설
 - 마. 대가(代價)를 받지 아니하고 운전교육을 하는 시설
 - 바. 운전면허를 받은 사람을 대상으로 다양한 운전경험을 체험할 수 있도록 하기 위하여 도로가 아닌 장소에서 운전교육을 하는 시설

33. "모범운전자"란 제146조에 따라 무사고운전자 또는 유공운전자의 표시장을 받거나 2년 이상 사업용 자동차 운전에서 종사하면서 교통사고를 일으킨 전력이 없는 사람으로서 경찰청장이 정하는 바에 따라 선발되어 교통안전 봉사활동에 종사하는 사람을 말한다.
34. "음주운전 방지장치"란 술에 취한 상태에서 자동차등을 운전하려는 경우 시동이 걸리지 아니하도록 하는 것으로서 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다.
35. "약물"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 물질을 말한다.
 - 가. 「마약류 관리에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 마약·향정신성의약품 및 대마
 - 나. 「화학물질관리법」 제22조제1항에 따른 환각물질

제12조(어린이 보호구역의 지정·해제 및 관리)

- ① 시장등은 교통사고의 위험으로부터 어린이를 보호하기 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 시설의 주변도로 가운데 일정 구간을 어린이 보호구역으로 지정하여 자동차등과 노면전차의 통행속도를 시속 30킬로미터 이내로 제한할 수 있다.
 1. 「유아교육법」 제2조에 따른 유치원, 「초·중등교육법」 제38조 및 제55조에 따른 초등학교 또는 특수학교
 2. 「영유아보육법」 제10조에 따른 어린이집 가운데 행정안전부령으로 정하는 어린이집
 3. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조에 따른 학원 가운데 행정안전부령으로 정하는 학원
 4. 「초·중등교육법」 제60조의2 또는 제60조의3에 따른 외국인학교 또는 대안학교, 「대안교육기관에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 대안교육기관, 「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제223조에 따른 국제학교 및 「경제자유구역 및 제주국제자유도시의 외국교육기관 설립·운영에 관한 특별법」 제2조제2호에 따른 외국교육기관 중 유치원·초등학교 교과과정이 있는 학교
 5. 그 밖에 어린이가 자주 왕래하는 곳으로서 조례로 정하는 시설 또는 장소
- ② 제1항에 따른 어린이 보호구역의 지정·해제 절차 및 기준 등에 관하여 필요한 사항은 교육부, 행정안전부 및 국토교통부의 공동부령으로 정한다.
- ③ 차마 또는 노면전차의 운전자는 어린이 보호구역에서 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운행하여야 한다.
- ④ 지방경찰청장, 경찰서장 또는 시장등은 제3항을 위반하는 행위 등의 단속을 위하여 어린이 보호구역의 도로 중에서 행정안전부령으로 정하는 곳에 우선적으로 제4조의2에 따른 무인 교통단속용 장비를 설치하여야 한다.
- ⑤ 시장등은 제1항에 따라 지정한 어린이 보호구역에 어린이의 안전을 위하여 다음 각 호에 따른 시설 또는 장비를 우선적으로 설치하거나 관할 도로관리청에 해당 시설 또는 장비의 설치를 요청하여야 한다.

1. 어린이 보호구역으로 지정한 시설의 주 출입문과 가장 가까운 거리에 있는 간선도로상 횡단보도의 신호기
2. 속도 제한, 횡단보도, 기점(起點) 및 종점(終點)에 관한 안전표지
3. 「도로법」 제2조제2호에 따른 도로의 부속물 중 과속방지시설 및 차마의 미끄럼을 방지하기 위한 시설

3의2. 방호울타리

4. 그 밖에 교육부, 행정안전부 및 국토교통부의 공동부령으로 정하는 시설 또는 장비

제43조(무면허운전 등의 금지)

누구든지 제80조에 따라 지방경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등(개인형 이동장치는 제외한다)을 운전하여서는 아니 된다.

제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

- ① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조 제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제50조의3, 제93조제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다.
- ② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.
- ③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.
- ④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다.
- ⑤ 술에 취한 상태에 있다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 사람은 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전한 후 제2항 또는 제3항에 따른 측정을 곤란하게 할 목적으로 추가로 술을 마시거나 혈중알코올농도에 영향을 줄 수 있는 의약품 등 행정안전부령으로 정하는 물품을 사용하는 행위(이하 “음주측정방해행위”라 한다. 이하 같다)를 하여서는 아니 된다.
- ⑥ 제2항 및 제3항에 따른 측정의 방법, 절차 등 필요한 사항은 행정안전부령으로 정한다.

제73조(교통안전교육)

- ② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 대통령령으로 정하는 바에 따라 특별교통안전 의무교육을 받아야 한다. 이 경우 제2호부터 제5호까지에 해당하는 사람으로서 부득이한 사유가 있으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 의무교육의 연기(延期)를 받을 수 있다.
 1. 운전면허 취소처분을 받은 사람(제93조제1항제9호 또는 제20호에 해당하여 운전면허 취소처분을 받은 사람은 제외한다)으로서 운전면허를 다시 받으려는 사람

2. 제93조제1항제1호·제5호·제5호의2·제10호 및 제10호의2에 해당하여 운전면허효력 정지처분을 받게 되거나 받은 사람으로서 그 정지기간이 끝나지 아니한 사람
 3. 운전면허 취소처분 또는 운전면허효력 정지처분(제93조제1항제1호·제5호·제5호의2·제10호 및 제10호의2에 해당하여 운전면허효력 정지처분 대상인 경우로 한정한다)이 면제된 사람으로서 면제된 날부터 1개월이 지나지 아니한 사람
 4. 운전면허효력 정지처분을 받게 되거나 받은 초보운전자로서 그 정지기간이 끝나지 아니한 사람
 5. 제12조제1항에 따른 어린이 보호구역에서 운전 중 어린이를 사상하는 사고를 유발하여 제93조제2항에 따른 벌점을 받은 날부터 1년 이내의 사람
- ⑥ 제80조의2에 따른 음주운전 방지장치 부착 조건부 운전면허를 받으려는 사람은 대통령령으로 정하는 바에 따라 제83조제1항제2호 및 제3호의 사항에 대한 운전면허시험에 응시하기 전에 음주운전 방지장치의 작동방법 및 음주운전 예방에 관한 교통안전교육을 받아야 한다.

제151조(벌칙)

차 또는 노면전차의 운전자가 업무상 필요한 주의를 게을리하거나 중대한 과실로 다른 사람의 건조물이나 그 밖의 재물을 손괴한 경우에는 2년 이하의 금고나 500만원 이하의 벌금에 처한다.

민법

제2조(신의성실)

- ① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.
- ② 권리는 남용하지 못한다.

제755조(감독자의 책임)

- ① 다른 자에게 손해를 가한 사람이 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 경우에는 그를 감독할 법정 의무가 있는 자가 그 손해를 배상할 책임이 있다. 다만, 감독의무를 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.
- ② 감독의무자를 같음하여 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 사람을 감독하는 자도 제1항의 책임이 있다.

제767조(친족의 정의)

배우자, 혈족 및 인척을 친족으로 한다.

제768조(혈족의 정의)

자기의 직계존속과 직계비속을 직계혈족이라 하고 자기의 형제자매와 형제자매의 직계비속, 직계존속의 형제자매 및 그 형제자매의 직계비속을 방계혈족이라 한다.

제769조(인척의 계원)

혈족의 배우자, 배우자의 혈족, 배우자의 혈족의 배우자를 인척으로 한다.

제777조(친족의 범위)

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌 이내의 혈족
2. 4촌 이내의 인척
3. 배우자

보험업감독규정

제1-2조(정의)

이 규정에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

13. "평균공시이율"이란 금융감독원장(이하 "감독원장"이라 한다)이 정하는 바에 따라 산정한 전체 보험회사 공시이율의 평균을 말한다.

제4-36조(통신판매시 준수사항)

- ③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 "전자적 상품설명장치"라 한다)를 활용할 수 있다.
 1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
 3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 4. 제2호 및 제3호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것

보험업감독업무시행세칙

제4-4조(평균공시이율)

감독규정 제1-2조제13호의 규정에 의한 평균공시이율은 다음 각호의 기준에 따라 매 사업년도말까지 산출하여 다음 사업년도에 적용한다.

1. 평균공시이율은 감독규정 제7-65조 제3항에서 정한 회사별 공시이율의 평균으로 보험계약이 체결되는 연도의 이율을 전보험 기간에 걸쳐 적용하며, 0.25%포인트 단위로 반올림하여 산출한다.
 - 가. 회사별 공시이율은 매월말 계약자적립액 기준으로 가중평균하여 산출한다.
 - 나. 평균공시이율은 회사별 공시이율을 계약자적립액 기준으로 가중평균하여 산출한다.
2. 제1호에 의한 공시이율은 8월말을 기준으로 최근 12개월을 대상으로 한다.

구 분	평균공시이율
2026년	2.5%

보험업법

제97조(보험계약의 체결 또는 모집에 관한 금지행위)

- ① 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자는 그 체결 또는 모집에 관하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하여서는 아니 된다.
1. 삭제 <2020. 3. 24.>
 2. 삭제 <2020. 3. 24.>
 3. 삭제 <2020. 3. 24.>
 4. 삭제 <2020. 3. 24.>
 5. 보험계약자 또는 피보험자로 하여금 이미 성립된 보험계약(이하 이 조에서 “기존보험계약”이라 한다)을 부당하게 소멸시킴으로써 새로운 보험계약(대통령령으로 정하는 바에 따라 기존보험계약과 보장 내용 등이 비슷한 경우만 해당한다. 이하 이 조에서 같다)을 청약하게 하거나 새로운 보험계약을 청약하게 함으로써 기존보험계약을 부당하게 소멸시키거나 그 밖에 부당하게 보험계약을 청약하게 하거나 이러한 것을 권유하는 행위
 6. 실제 명의인이 아닌 자의 보험계약을 모집하거나 실제 명의인의 동의를 얻은 보험계약을 모집하는 행위
 7. 보험계약자 또는 피보험자의 자필서명이 필요한 경우에 보험계약자 또는 피보험자로부터 자필서명을 받지 아니하고 서명을 대신하거나 다른 사람으로 하여금 서명하게 하는 행위
 8. 다른 모집 종사자의 명의를 이용하여 보험계약을 모집하는 행위
 9. 보험계약자 또는 피보험자와의 금전대차의 관계를 이용하여 보험계약자 또는 피보험자로 하여금 보험계약을 청약하게 하거나 이러한 것을 요구하는 행위
 10. 정당한 이유 없이 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」 제2조에 따른 장애인의 보험가입을 거부하는 행위
 11. 보험계약의 청약철회 또는 계약 해지를 방해하는 행위
- ② 삭제 <2020. 3. 24.>
- ③ 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 경우에는 제1항제5호를 위반하여 기존보험계약을 부당하게 소멸시키거나 소멸하게 하는 행위를 한 것으로 본다.
1. 기존보험계약이 소멸된 날부터 1개월 이내에 새로운 보험계약을 청약하게 하거나 새로운 보험계약을 청약하게 한 날부터 1개월 이내에 기존보험계약을 소멸하게 하는 행위. 다만, 보험계약자가 기존 보험계약 소멸 후 새로운 보험계약 체결 시 손해가 발생할 가능성이 있다는 사실을 알고 있음을 자필로 서명하는 등 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인의 의사에 따른 행위임이 명백히 증명되는 경우에는 그러하지 아니하다.
 2. 기존보험계약이 소멸된 날부터 6개월 이내에 새로운 보험계약을 청약하게 하거나 새로운 보험계약을 청약하게 한 날부터 6개월 이내에 기존보험계약을 소멸하게 하는 경우로서 해당 보험계약

자 또는 피보험자에게 기존보험계약과 새로운 보험계약의 보험 기간 및 예정 이자율 등 대통령령으로 정하는 중요한 사항을 비교하여 알리지 아니하는 행위

- ④ 보험계약자는 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자(보험중개사는 제외한다. 이하 이 항에서 같다)가 제1항제5호를 위반하여 기존 보험계약을 소멸시키거나 소멸하게 하였을 때에는 그 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자가 속하거나 모집을 위탁한 보험회사에 대하여 그 보험계약이 소멸한 날부터 6개월 이내에 소멸된 보험계약의 부활을 청구하고 새로운 보험계약은 취소할 수 있다.
- ⑤ 제4항에 따라 보험계약의 부활의 청구를 받은 보험회사는 특별한 사유가 없으면 소멸된 보험계약의 부활을 승낙하여야 한다.
- ⑥ 제4항과 제5항에 따라 보험계약의 부활을 청구하는 절차 및 방법과 그 밖에 보험계약의 부활에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

보험업법 시행령

제43조의2(보험계약의 체결 또는 모집에 관한 금지행위)

- ① 법 제97조제1항제5호에 따라 이미 성립된 보험계약(이하 “기존보험계약”이라 한다)과 보장 내용 등이 비슷한 새로운 보험계약은 다음 각 호의 사항에 모두 해당하여야 한다. 다만, 기존보험계약 또는 새로운 보험계약의 보험기간이 1년 이하인 경우 또는 컴퓨터통신을 이용하여 새로운 보험계약을 체결하는 경우에는 그러하지 아니하다.
 - 1. 기존보험계약과 새로운 보험계약의 피보험자가 같을 것
 - 2. 기존보험계약과 새로운 보험계약의 위험보장의 범위가 법 제2조 제1호 각 목의 생명보험상품, 손해보험상품, 제3보험상품의 구분에 따라 비슷할 것
- ② 법 제97조제3항제1호 단서에 따른 본인 의사의 증명은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 한다.
 - 1. 서명(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명을 포함한다)
 - 2. 기명날인
 - 3. 녹취
 - 4. 그 밖에 금융위원회가 정하는 기준을 준수하는 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 활용하여 보험계약자 본인의 의사에 따른 행위임을 명백히 증명하는 방법
- ③ 보험회사는 제2항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법에 의한 본인 의사 증명 사실을 확인할 수 있는 서류 등을 금융위원회가 정하여 고시하는 방법에 따라 보관·관리하여야 한다.

본인일부부담금 산정특례에 관한 기준

제4조(중증질환자 산정특례 대상)

영 제19조 제1항 [별표2] 제3호 마목에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국회귀·필수의약품센터인 요양기관에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및

고가의료장비 사용의 경우를 포함한다)시 요양급여비용총액의 100분의 5에 해당하는 금액을 부담하는 대상은 별표3과 같다.

제5조(희귀질환 및 중증난치질환자 산정특례 대상)

영 제19조제1항 별표2 제3호 나목2)에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국희귀·필수의약품센터인 요양기관에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의료장비 사용의 경우를 포함한다)시 요양급여비용총액의 100분의 10 또는 영 별표2 제2호 가목의 산식에 따라 계산한 금액의 100분의 10에 해당하는 금액을 부담하는 희귀질환 대상은 별표4와 같고 중증난치질환은 별표4의2와 같다.

제5조의2(결핵질환자 및 잠복결핵감염자의 산정특례 대상)

영 제19조제1항 별표2 제3호 가목3)에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국희귀·필수의약품센터인 요양기관에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의료장비 사용의 경우를 포함한다)시 본인부담의 제외 대상은 별표5와 같다.

제5조의3(중증난치질환의 정의)

중증난치질환이란 치료법이 있으나 완치가 어렵고 지속적인 치료가 필요하며 치료를 중단하는 경우 사망 또는 심각한 장애를 초래하는 수준의 증상을 보이며 진단 및 치료에 드는 사회·경제적 부담이 상당한 수준을 보이는 질환으로 별표4의2에 해당 하는 질환을 말한다.

산업재해보상보험법 시행규칙

제47조(운동기능장애의 측정)

- ① 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다.
- ② 운동기능장애의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표 4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다.
- ③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.
 - 1. 강직, 오그라듐, 신경손상 등 운동기능장애의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
 - 2. 운동기능장애의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

[별표 4] 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역(제47조제1항 관련)

관절명	구분	측정부위	평균 운동가능영역(각도)
-----	----	------	---------------

관절명		구분	측정부위	평균 운동 가능영역 (각도)
척추	목뼈부 (경추부)	후두과(後頭類: 뒤통수 관절용기)- 목뼈1번 분절		13
		목뼈1번-목뼈2번 분절		10
		목뼈2번-목뼈3번 분절		8
		목뼈3번-목뼈4번 분절		13
		목뼈4번-목뼈5번 분절		12
		목뼈5번-목뼈6번 분절		17
		목뼈6번-목뼈7번 분절		16
		목뼈7번-등뼈1번 분절		6
	등뼈부 (흉추부)	등뼈1번-등뼈2번 분절		4
		등뼈2번-등뼈3번 분절		4
		등뼈3번-등뼈4번 분절		4
	등뼈부 (흉추부)	등뼈4번-등뼈5번 분절		4
		등뼈5번-등뼈6번 분절		4
		등뼈6번-등뼈7번 분절		5
		등뼈7번-등뼈8번 분절		6
등뼈8번-등뼈9번 분절			6	
등뼈9번-등뼈10번 분절			6	
등뼈10번-등뼈11번 분절			9	
	등뼈11번-등뼈12번 분절		12	
허리뼈부 (요추부)	등뼈12번-허리뼈1번 분절		12	
	허리뼈1번-허리뼈2번 분절		12	
	허리뼈2번-허리뼈3번 분절		14	
	허리뼈3번-허리뼈4번 분절		15	
	허리뼈4번-허리뼈5번 분절		17	
	허리뼈5번-엉치뼈1번 분절		20	
어깨관절	앞위쪽올리기		150	
	옆위쪽올리기		150	
	뒤쪽올리기		40	
	모으기		30	
	안쪽 돌리기		40	
	바깥쪽 돌리기		90	
팔꿈치관절	펴기		0	
	굽히기		150	
	안쪽 돌리기		80	
	바깥쪽 돌리기		80	
손목관절	손등쪽 굽히기		60	
	손바닥쪽 굽히기		70	
	손목의 요골(橈骨: 노뼈)쪽 굽히기 (요사위)		20	
	손목의 척골(尺骨: 자뼈)쪽 굽히기 (척사위)		30	
손허리손가락관절 (중수지관절)	엄지손가락	펴기	0	
		굽히기	60	

관절명	구분	측정부위		평균 운동 가능영역 (각도)
	둘째 손가락	펴기	굽히기	0 90
	가운데손가락	펴기	굽히기	0 90
	넷째 손가락	펴기	굽히기	0 90
	새끼손가락	펴기	굽히기	0 90
손가락관절	엄지손가락	펴기	굽히기	0 80
제1손가락관절 (몸쪽 손가락뼈 마디관절)	둘째 손가락	펴기	굽히기	0 100
	가운데손가락	펴기	굽히기	0 100
	넷째 손가락	펴기	굽히기	0 100
	새끼손가락	펴기	굽히기	0 100
제2손가락관절 (끝쪽 손가락뼈 마디관절)	둘째 손가락	펴기	굽히기	0 70
	가운데손가락	펴기	굽히기	0 70
	넷째 손가락	펴기	굽히기	0 70
	새끼손가락	펴기	굽히기	0 70
엉덩관절	펴기		30	
	굽히기		100	
	모으기		20	
	벌리기(외전)		40	
	안쪽 돌리기		40	
	바깥쪽 돌리기		50	
무릎관절	펴기		0	
	굽히기		150	
발목관절	발등쪽 굽히기		20	
	발바닥쪽 굽히기		40	
	바깥쪽 뒤집기		20	
	안쪽 뒤집기		30	
발허리 발가락관절 (중족지관절)	엄지발가락	발등쪽 굽히기	50	
		발바닥쪽 굽히기	30	
	둘째 발가락	발등쪽 굽히기	40	
		발바닥쪽 굽히기	30	

관절명	구분	측정부위		평균 운동 가능영역 (각도)
	가운데발가락	발등쪽 굽히기	30	
		발바닥쪽 굽히기	20	
	넷째 발가락	발등쪽 굽히기	20	
		발바닥쪽 굽히기	10	
	새끼발가락	발등쪽 굽히기	10	
		발바닥쪽 굽히기	10	
발가락관절	엄지발가락	펴기	0	
		굽히기	30	
제1발가락관절 (몸쪽 발가락뼈 마디관절)	둘째 발가락	펴기	0	
		굽히기	40	
	가운데발가락	펴기	0	
		굽히기	40	
넷째 발가락	펴기	0		
	굽히기	40		
새끼발가락	펴기	0		
	굽히기	40		

상법

제657조(보험사고발생의 통지의무)

- ① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.
- ② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로써 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다.

제662조(소멸시효)

보험금청구권은 3년간, 보험료 또는 적립금의 반환청구권은 3년간, 보험료청구권은 2년간 행사하지 아니하면 시효의 완성으로 소멸한다.

제682조(제3자에 대한 보험대위)

- ① 손해가 제3자의 행위로 인하여 발생한 경우에 보험금을 지급한 보험자는 그 지급한 금액의 한도에서 그 제3자에 대한 보험계약자 또는 피보험자의 권리를 취득한다. 다만, 보험자가 보상할 보험금의 일부를 지급한 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위에서 그 권리를 행사할 수 있다.
- ② 보험계약자나 피보험자의 제1항에 따른 권리가 그와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우 보험자는 그 권리를 취득하지 못한다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그러하지 아니하다.

제731조(타인의 생명의 보험)

- ① 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에

그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

- ② 보험계약으로 인하여 생긴 권리를 피보험자가 아닌 자에게 양도하는 경우에도 제1항과 같다.

상법 시행령

제44조의2(타인의 생명보험)

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

신의료기술평가에 관한 규칙

제2조(신의료기술평가의 대상 등)

- ① 「의료법」(이하 “법”이라 한다) 제53조에 따른 신의료기술의 안전성·유효성 등에 관한 평가(이하 “신의료기술평가”라 한다)의 대상은 다음 각 호와 같다.
1. 안전성·유효성이 평가되지 않은 의료기술로서 보건복지부장관이 평가가 필요하다고 인정한 의료기술
 2. 제1호에 해당하는 의료기술 중 보건복지부장관이 잠재성의 평가가 필요하다고 인정한 의료기술
 3. 신의료기술로 평가받은 의료기술의 사용목적, 사용대상 및 시술방법 등을 변경한 경우로서 보건복지부장관이 평가가 필요하다고 인정한 의료기술
- ② 보건복지부장관은 제1항에도 불구하고 「의료기기법」 제6조제2항, 「체외진단의료기기법」 제5조제3항 및 「디지털의료제품법」 제8조제3항에 따라 제조허가 또는 제조인증을 받았거나 제조신고된 의료기기·체외진단의료기기·디지털의료기기 또는 「의료기기법」 제15조제2항, 「체외진단의료기기법」 제11조제2항 및 「디지털의료제품법」 제12조제2항에 따라 수입허가 또는 수입인증을 받았거나 수입신고된 의료기기·체외진단의료기기·디지털의료기기(이하 “특정 의료기기”라 한다)를 특정한 목적(대상질환 또는 적응증을 포함한다)으로 사용하는 의료기술로서 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 의료기술(이하 “평가 유예 신의료기술”이라 한다)의 경우에는 2년 이내의 범위에서 보건복지부장관이 고시로 정하는 기간 동안 신

의료기술평가를 유예할 수 있다. 다만, 제4호의 경우에는 3년 이내의 범위에서 보건복지부장관이 고시로 정하는 기간 동안 신의료기술평가를 유예할 수 있다.

1. 제3조제10항에 해당하는 의료기술과 특정 의료기기를 사용하는 의료기술을 비교한 환자를 대상으로 한 임상문헌이 있을 것
 2. 비교할만한 대체 기술이 없는 의료기술이거나 희귀질환 대상인 의료기술 등 비교연구가 불가능한 경우에는 「의료기기법 시행규칙」 제9조제2항제6호에 따른 임상시험에 관한 자료가 있을 것
 3. 체외진단 검사, 유전자 검사나 비침습적 진단 검사에 사용되는 의료기술 또는 안전성을 침해할 우려가 적은 비침습적 의료기술로서 「의료기기법 시행규칙」 제9조제2항제6호 또는 같은 조 제3항제5호나목에 따른 임상시험에 관한 자료나 임상적 성능시험에 관한 자료가 있을 것
 4. 의료기기의 독립적 활용도가 높은 의료기술로서 식품의약품안전처장이 정하여 고시하는 임상평가자료로 허가·인증을 받은 의료기기를 사용하는 의료기술일 것. 이 경우 해당 의료기기는 식품의약품안전처장이 보건복지부장관과 협의하여 공고한다.
- ③ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 신의료기술평가를 유예하지 않는다.
1. 해당 특정 의료기기가 기존의 평가 유예 신의료기술에 사용되는 특정 의료기기와 구조·원리·성능·사용목적 및 사용방법 등이 본질적으로 동등하다고 인정되는 경우
 2. 보건복지부장관이 안전성에 우려가 있다고 판단한 경우
 3. 이미 신의료기술평가가 실시된 경우
- ④ 보건복지부장관은 제2항 각 호 외의 부분 본문에 따라 평가가 유예된 신의료기술에 대하여 2년 이내의 범위에서 그 유예기간을 한 차례에 한정하여 연장할 수 있다. 다만, 제2항제4호의 경우에는 유예기간을 연장할 수 없다.
- ⑤ 제4항 본문에 따라 신의료기술평가의 유예기간을 연장하려는 자는 신의료기술평가 유예가 끝나기 30일 전까지 보건복지부장관에게 유예기간의 연장을 신청해야 한다.

제3조(신의료기술평가 등의 절차)

- ① 신의료기술평가 및 제2조제2항(제4호는 제외한다)에 따른 신의료기술평가의 유예 또는 유예기간의 연장을 신청하려는 자는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조의2제1항에 따른 요양급여대상·비급여대상 여부 확인(유예기간의 연장 신청은 제외한다. 이하 이 항에서 같다)을 거쳐 다음 각 호의 구분에 따라 신청서 및 의견서를 보건복지부장관에게 제출해야 한다. 다만, 신의료기술의 평가를 신청하려는 자가 「의료기기법 시행규칙」 제64조에 따라 식품의약품안전처장 또는 한국의료기기안전정보원의 장에게 제9조에 따라 업무를 위탁받은 기관에 제조허가 등에 관한 자료를 제공해줄 것을 요청한 경우로서 요양급여대상·비급여대상 여부 확인 신청을 한 경우에는 요양급여대상·비급여대상 확인을 거친 것으로 본다.
1. 제2조제1항에 따라 신의료기술평가를 신청하려는 경우: 다음 각 목의 서류
 - 가. 별지 제1호서식에 따른 신의료기술평가 신청서
 - 나. 별지 제1호의2서식에 따른 의료기술의 잠재성에 대한 의견

서(의료기술의 안전성·유효성·잠재성의 평가를 신청하려는 경우로 한정한다)

2. 제2조제2항에 따라 신의료기술평가의 유예를 신청하려는 경우: 별지 제2호서식에 따른 신의료기술평가 유예 신청서
 3. 제2조제5항에 따라 신의료기술평가 유예기간의 연장을 신청하려는 경우: 별지 제2호의2서식의 신의료기술평가 유예기간 연장 신청서
- ② 제2조제2항제4호에 따른 신의료기술평가의 유예를 신청하려는 자는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조의2제1항에 따른 요양급여대상·비급여대상 여부 확인을 보건복지부장관에게 신청해야 한다. 이 경우 해당 의료기술이 기준에 등재된 요양급여대상·비급여대상이 아닌 것으로 확인될 경우 신의료기술평가 유예 신청을 한 것으로 본다.
 - ③ 제1항에 따라 신의료기술평가를 신청하려는 자가 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제10조제2항 각 호의 구분에 따른 평가신청서 및 해당 서류를 함께 제출하는 경우에는 신의료기술평가의 신청과 요양급여대상 여부의 결정신청을 함께 하는 것으로 본다. 다만, 해당 의료기술이 체외진단 검사 또는 유전자 검사가 아닌 경우에는 제1항제1호의 서류를 제출한 날부터 90일 이내에 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제10조제2항 각 호의 구분에 따른 평가신청서 및 해당 서류를 제출할 수 있다.
 - ④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 제출받은 서류를 지체 없이 건강보험심사평가원의 장에게 송부해야 한다.
 - ⑤ 보건복지부장관은 제1항에 따른 신청이 없거나 신의료기술평가의 유예 기간 중이라도 필요하면 직권으로 신의료기술평가를 할 수 있다.
 - ⑥ 보건복지부장관은 제1항에 따라 신의료기술평가의 유예 또는 유예기간의 연장 신청을 받은 경우(제2항 후단에 따라 신의료기술평가 유예 신청을 한 것으로 보게 된 경우를 포함한다)에는 제2조제2항의 요건을 충족하는지 여부를 확인하고, 신청서를 접수한 날부터 30일 이내에 신청인과 건강보험심사평가원의 장에게 그 결과를 통보해야 한다. 이 경우 보건복지부장관은 신청된 의료기술이 제2조제2항의 요건을 충족하는 경우에는 해당 의료기술의 사용목적, 사용대상, 시술방법 및 평가유예기간 등을 고시해야 한다.
 - ⑦ 제6항 전단에 따른 신의료기술평가의 유예 신청 결과 통보 기간에도 불구하고 추가적 검토를 필요로 하는 등 불가피한 사유가 있는 때에는 한 차례만 40일의 범위에서 그 통보 기간을 연장할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관은 그 연장사유 및 연장기간 등을 신청인에게 미리 알려야 한다.
 - ⑧ 보건복지부장관은 제2항 후단에 따라 신의료기술평가의 유예 신청을 받은 것으로 보게 된 때에는 해당 의료기술의 사용목적, 사용대상, 시술방법 및 평가유예기간 등을 고시해야 한다.
 - ⑨ 보건복지부장관은 제1항 및 제2항에 따른 신의료기술평가, 신의료기술평가 유예 또는 유예기간의 연장 신청을 받거나 제5항에 따른 직권평가의 필요가 있는 의료기술을 법 제54조제1항에 따른 신의료기술평가위원회(이하 “평가위원회”라 한다)의 심의에 부쳐야 한다.
 - ⑩ 평가위원회는 제9항에 따라 심의에 부쳐진 의료기술이 「국민건강보

협법」 제41조제2항에 따른 요양급여대상 또는 같은 법 제41조제4항에 따른 비급여대상과 같거나 유사하다고 인정되는 경우에는 평가 대상이 아닌 것으로 의결하고 그 결과를 보건복지부장관에게 보고해야 한다.

1. 삭제 <2019. 3. 15.>

2. 삭제 <2019. 3. 15.>

⑪ 평가위원회는 평가 대상인 신의료기술의 평가방법을 결정하고, 법 제54조제6항에 따른 분야별 전문평가위원회(이하 “전문위원회”라 한다)나 전문위원회 소속 위원으로 구성되는 소위원회(이하 “소위원회”라 한다)에서 신의료기술의 안전성·유효성·잠재성·시급성 및 평가 유예 등에 관한 검토를 하게 할 수 있다.

⑫ 제11항에 따라 검토를 한 전문위원회나 소위원회는 그 검토결과를 평가위원회에 제출해야 한다.

⑬ 평가위원회는 제11항에 따라 전문위원회나 소위원회로부터 제출받은 검토결과를 반영하여 심의한 후 신의료기술평가를 다음 각 호의 구분에 따라 의결하고 그 결과를 보건복지부장관에게 보고해야 한다.

1. 안전성·유효성이 있는 의료기술: 안전성·유효성이 인정되어 임상에서 사용 가능한 의료기술

2. 제한적 의료기술: 안전성·시급성이 인정된 의료기술로서 질환 또는 질병의 치료·검사를 위하여 신속히 임상에 도입할 필요가 있어 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 사용기간, 사용목적, 사용대상 및 시술방법 등에 대한 조건을 충족하는 경우에만 임상에서 사용 가능한 의료기술

가. 삭제 <2022. 1. 28.>

나. 삭제 <2022. 1. 28.>

다. 삭제 <2022. 1. 28.>

라. 삭제 <2022. 1. 28.>

3. 혁신의료기술: 안전성·잠재성이 인정된 의료기술로서 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 사용기간, 사용목적, 사용대상 및 시술방법 등에 대한 조건을 충족하는 경우에만 임상에서 사용 가능한 의료기술

4. 연구단계 의료기술: 안전성 또는 유효성이 확인되지 아니한 의료기술

⑭ 제1항부터 제12항까지에서 규정한 사항 외에 신의료기술평가의 절차·방법·기준, 신의료기술평가 유예, 유예기간의 연장 및 소위원회의 구성·운영 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

약사법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "약사(藥事)"란 의약품·의약외품의 제조·조제·감정(鑑定)·보관·수입·판매[수여(授與)]를 포함한다. 이하 같다]와 그 밖의 약학 기술에 관련된 사항을 말한다.

2. "약사(藥師)"란 한약에 관한 사항 외의 약사(藥事)에 관한 업무(한약제제에 관한 사항을 포함한다)를 담당하는 자로서, "한약사

"란 한약과 한약제제에 관한 약사(藥事) 업무를 담당하는 자로서 각각 보건복지부장관의 면허를 받은 자를 말한다.

3. "약국"이란 약사나 한약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무 [약국제제(藥局製劑)를 포함한다]를 하는 장소(그 개설자가 의약품 판매업을 겸하는 경우에는 그 판매업에 필요한 장소를 포함한다)를 말한다. 다만, 의료기관의 조제실은 예외로 한다.
4. "의약품"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 물품을 말한다.
 - 가. 대한민국약전(大韓民國藥典)에 실린 물품 중 의약외품이 아닌 것
 - 나. 사람이나 동물의 질병을 진단·치료·경감·처치 또는 예방할 목적으로 사용하는 물품 중 기구·기계 또는 장치가 아닌 것
 - 다. 사람이나 동물의 구조와 기능에 약리학적(藥理學的) 영향을 줄 목적으로 사용하는 물품 중 기구·기계 또는 장치가 아닌 것
5. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
6. "한약제제(韓藥製劑)"란 한약을 한방원리에 따라 배합하여 제조한 의약품을 말한다.
7. "의약외품(醫藥外品)"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 물품(제4호나목 또는 다목에 따른 목적으로 사용되는 물품은 제외한다)으로서 식품의약품안전처장이 지정하는 것을 말한다.
 - 가. 사람이나 동물의 질병을 치료·경감(輕減)·처치 또는 예방할 목적으로 사용되는 섬유·고무제품 또는 이와 유사한 것
 - 나. 인체에 대한 작용이 약하거나 인체에 직접 작용하지 아니하며, 기구 또는 기계가 아닌 것과 이와 유사한 것
 - 다. 감염병 예방을 위하여 살균·살충 및 이와 유사한 용도로 사용되는 제제
8. "신약"이란 화학구조나 본질 조성이 전혀 새로운 신물질의약품 또는 신물질을 유효성분으로 함유한 복합제제 의약품으로서 식품의약품안전처장이 지정하는 의약품을 말한다.
9. "일반의약품"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것으로서 보건복지부장관과 협의하여 식품의약품안전처장이 정하여 고시하는 기준에 해당하는 의약품을 말한다.
 - 가. 오용·남용될 우려가 적고, 의사나 치과의사의 처방 없이 사용하더라도 안전성 및 유효성을 기대할 수 있는 의약품
 - 나. 질병 치료를 위하여 의사나 치과의사의 전문지식이 없어도 사용할 수 있는 의약품
 - 다. 의약품의 제형(劑型)과 약리작용상 인체에 미치는 부작용이 비교적 적은 의약품
10. "전문의약품"이란 일반의약품이 아닌 의약품을 말한다.
11. "조제"란 일정한 처방에 따라서 두 가지 이상의 의약품을 배합하거나 한 가지 의약품을 그대로 일정한 분량으로 나누어서 특정한 용법에 따라 특정인의 특정된 질병을 치료하거나 예방하는 등의 목적으로 사용하도록 약제를 만드는 것을 말한다.
12. "복약지도(服藥指導)"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
 - 가. 의약품의 명칭, 용법·용량, 효능·효과, 저장 방법, 부작용,

- 상호 작용이나 성상(性狀) 등의 정보를 제공하는 것
 나. 일반의약품을 판매할 때 진단적 판단을 하지 아니하고 구매자가 필요한 의약품을 선택할 수 있도록 도와주는 것
13. "안전용기·포장"이란 5세 미만 어린이가 열기 어렵게 설계·고안된 용기나 포장을 말한다.
 14. "위탁제조판매업"이란 제조시설을 갖추지 아니하고 식품의약품안전처장으로부터 제조판매품목허가를 받은 의약품을 의약품제조업자에게 위탁하여 제조판매하는 영업을 말한다.
 15. "임상시험"이란 의약품 등의 안전성과 유효성을 증명하기 위하여 사람을 대상으로 해당 약물의 약동(藥動)·약력(藥力)·약리·임상적 효과를 확인하고 이상반응을 조사하는 시험(생물학적 동등성시험을 포함한다)을 말한다. 다만, 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 첨단재생의료 임상연구는 제외한다.
 16. "비임상시험"이란 사람의 건강에 영향을 미치는 시험물질의 성질이나 안전성에 관한 각종 자료를 얻기 위하여 실험실과 같은 조건에서 동물·식물·미생물과 물리적·화학적 매체 또는 이들의 구성 성분으로 이루어진 것을 사용하여 실시하는 시험을 말한다.
 17. "생물학적 동등성시험"이란 임상시험 중 생물학적 동등성을 입증하기 위한 생체시험으로서 동일 주성분을 함유한 두 제제의 생체이용률이 통계학적으로 동등하다는 것을 보여주는 시험을 말한다.
 18. "희귀의약품"이란 제4호에 따른 의약품 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 의약품으로서 식품의약품안전처장의 지정을 받은 의약품을 말한다.
 - 가. 「희귀질환관리법」 제2조제1호에 따른 희귀질환을 진단하거나 치료하기 위한 목적으로 사용되는 의약품
 - 나. 적용 대상이 드문 의약품으로서 대체 가능한 의약품이 없거나 대체 가능한 의약품보다 현저히 안전성 또는 유효성이 개선된 의약품
 19. "국가필수의약품"이란 질병 관리, 방사능 방재 등 보건의료상 필수적이나 시장 기능만으로는 안정적 공급이 어려운 의약품으로서 보건복지부장관과 식품의약품안전처장이 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 지정하는 의약품을 말한다.

응급의료에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "응급환자"란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 사람을 말한다.

제26조(권역응급의료센터의 지정)

① 보건복지부장관은 응급의료에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게

하기 위하여 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 또는 같은 법 제3조의3에 따른 300병상을 초과하는 종합병원 중에서 권역응급의료센터를 지정할 수 있다.

1. 중증응급환자 중심의 진료
 2. 재난 대비 및 대응 등을 위한 거점병원으로서 보건복지부령으로 정하는 업무
 3. 권역(圈域) 내에 있는 응급의료종사자에 대한 교육·훈련
 4. 권역 내 다른 의료기관에서 제11조에 따라 이송되는 중증응급환자에 대한 수용
 5. 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 권역 내 응급의료 관련 업무
- ② 권역응급의료센터의 지정 기준·방법·절차 및 업무와 중증응급환자의 기준 등은 권역 내 응급의료 수요와 공급 등을 고려하여 보건복지부령으로 정한다.

응급의료에 관한 법률 시행규칙

제2조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 별표 1의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

[별표 1] 응급증상 및 이에 준하는 증상(제2조제1호관련)

※ 응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상
 - 가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
 - 나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
 - 다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
 - 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성체장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 증상, 다발성 외상
 - 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
 - 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력손실
 - 사. 알리지 : 얼굴 부종을 동반한 알리지 반응
 - 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
 - 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애
2. 응급증상에 준하는 증상

- 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
- 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
- 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
- 라. 출혈 : 혈관손상
- 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38°C 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
- 바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
- 사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

의료급여법

제4조(적용 배제)

- ① 수급권자가 업무 또는 공무로 생긴 질병·부상·재해로 다른 법령에 따른 급여나 보상(報償) 또는 보상(補償)을 받게 되는 경우에는 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다.
- ② 수급권자가 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체 등으로부터 의료급여에 상당하는 급여 또는 비용을 받게 되는 경우에는 그 한도에서 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다.

제7조(의료급여의 내용 등)

- ① 이 법에 따른 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음 각 호와 같다.
 1. 진찰·검사
 2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
 3. 처치·수술과 그 밖의 치료
 4. 예방·재활
 5. 입원
 6. 간호
 7. 이송과 그 밖의 의료목적 달성을 위한 조치
- ② 제1항에 따른 의료급여의 방법·절차·범위·한도 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다.
- ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다.

제15조(의료급여의 제한)

- ① 시장·군수·구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다. 다만, 보건복지부장관이 의료급여를 할 필요가 있다고 인정하는 경우에는 그러하지 아니하다.
 1. 수급권자가 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범칙행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으켜 의료급여가 필요하게

된 경우

2. 수급권자가 정당한 이유 없이 이 법의 규정이나 의료급여기관의 진료에 관한 지시에 따르지 아니한 경우
- ② 의료급여기관은 수급권자가 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 수급권자의 거주지를 관할하는 시장·군수·구청장에게 알려야 한다.

제17조(의료급여의 중지 등)

- ① 시장·군수·구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 의료급여를 중지하여야 한다.
1. 수급권자에 대한 의료급여가 필요 없게 된 경우
 2. 수급권자가 의료급여를 거부한 경우
- ② 시장·군수·구청장은 수급권자가 의료급여를 거부한 경우에는 수급권자가 속한 가구원 전부에 대하여 의료급여를 중지하여야 한다.
- ③ 시장·군수·구청장은 제1항에 따라 의료급여를 중지하였을 때에는 서면으로 그 이유를 밝혀 수급권자에게 알려야 한다.

의료급여법 시행령

제13조(급여비용의 부담)

- ① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다.
1. 삭제 <2005.7.5.>
 2. 삭제 <2005.7.5.>
- ② 삭제 <2005.7.5.>
- ③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 등 보건복지부령으로 정하는 경우 또는 항목에 대해서는 보건복지부령으로 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.
1. 법 제15조제1항에 따라 의료급여가 제한되는 경우
 2. 적정한 급여일수 관리가 필요한 경우
 3. 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우
- ④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.
- ⑤ 제4항에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제1호라목·마목, 같은 표 제2호마목·바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 다음 각 호의 구분에 따른 금액에 해당하는 경우에는 해당 호에서 정하는 금액을 기금에서 부담하고 이를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급해야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.
1. 1종수급권자
 - 가. 급여대상 본인부담금이 매 1개월간 2만원 초과 5만원 이하인 경우: 2만원 초과금액의 100분의 50
 - 나. 급여대상 본인부담금이 매 1개월간 5만원을 초과하는 경우: 초과금액의 100분의 100

2. 2종수급권자

- 가. 급여대상 본인부담금이 매 1개월간 20만원을 초과하는 경우: 초과금액의 100분의 50
- 나. 가목에 따라 지급받은 금액을 차감한 급여대상 본인부담금이 연간 80만원(「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원)을 초과하는 경우: 초과금액의 100분의 100

⑥ 삭제 <2025.10.1.>

⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제5항 본문에 따라 기금에서 부담해야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급해야 한다.

[별표1] 의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 범위(제13조 관련)

- 1. 1종수급권자에 대해서는 다음 각 목의 구분에 따른 부담액 또는 부담률
 - 가. 의료급여기관 및 의료급여의 내용에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위

의료급여 기관	의료급여의 내용	기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
1) 법 제9조제2항제1호가목에 해당하는 제1차의료급여기관 및 같은 호나목의 제1차의료급여기관 중 보건의료원	가) (1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법을 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 95. 다만, 법 제7조제1항 제2호의 약제(이하 "약제"라 한다)는 급여비용총액에서 「국민건강보험법 시행령」 제22조제1항 각 호 외의 부분 후단에 따른 구입금액(이하 "구입금액"이라 한다)의 100분의 5에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
	(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서

			의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		나) 입원진료	급여비용총액 전부
2) 법 제9조제2항제2호에 따른 제2차 의료급여기관	가) 외래진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법을 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 2,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 95. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 5에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		나) 입원진료	급여비용총액 전부
3) 법 제9조제2항제3호에 따른 제3차 의료급여기관	가) 외래진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법을 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 2,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 95. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 5에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회

		방문당 2,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료	급여비용총액 전부
4) 법 제9조제2항제1호의 제1차 의료급여기관 중 보건소·보건지소 및 보건진료소	외래·입원진료	급여비용총액 전부
5) 법 제9조제2항제1호의 제1차 의료급여기관 중 약국 및 한국희귀의약품센터	가) 보건소·보건지소 및 보건진료소가 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우	급여비용총액 전부
	나) 의료기관 및 보건의료원이 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우	급여비용총액에서 처방전 1매당 500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	다) 약사가 「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 약국 1회 방문당 900원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

비 고 : 위 표 1)가)(1), 2)가)(1) 및 3)가)(1)의 경우로서 처방전을 함께 발행하는 경우에는 각각 위 표 1)가)(3), 2)가)(3) 및 3)가)(3)의 급여비용에 해당하는 금액을 기금에서 부담한다.

나. 가목1)가), 2)가), 3)가), 5)나) 및 5)다)를 적용하는 경우 급여비용총액이 해당 규정의 본인부담금보다 적은 경우에는 그 급여비용총액 전부를 본인부담금으로 한다.

다. 가목1)가), 2)가), 3)가), 5)나) 및 5)다)에도 불구하고 1종수급권자 중 다음에 해당하는 사람에 대해서는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다. 다만, 법 제7조제2항에 따른 한도를 초과하여 의료급여를 받은 사람 중 보건복지부령으로 정하는 사람에 대해서는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 급여비용총액의 일부를 부담하게 할 수 있다.

- (1) 18세 미만인 사람
- (2) 임산부
- (3) 제2조제1호에 따른 무연고자로 확인된 사람
- (4) 법 제3조제1항제9호에 따른 노숙인 등
- (5) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환, 희귀난치성질환 또는 중증질환을 가진 사람
- (6) 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사람

라. 가목1)부터 4)까지 및 다목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 틀

니를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

마. 가목1)부터 4)까지 및 다목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 치과임플란트를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 90을 기금에서 부담한다.

바. 가목5)나)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도(重症度)를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈부장관이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원 대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우 및 다목에 해당하는 경우는 제외한다]에는 급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다. 다만, 본인부담금이 500원 미만이면 500원을 본인부담금으로 한다.

사. 가목1)가)(1)·(3), 같은 목 2)가)(1)·(3) 및 같은 목 3)가)(1)·(3)에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항정신병 장기지속형주사제를 의료급여로 실시하는 경우에는 항정신병 장기지속형주사제 급여비용의 100분의 98을 기금에서 부담한다.

아. 가목1)가)(1)·(3), 같은 목 2)가)(1)·(3) 및 같은 목 3)가)(1)·(3)에도 불구하고 다음의 경우에는 해당 급여비용의 100분의 100을 기금에서 부담한다.

1) 「건강검진기본법」에 따른 국가건강검진을 받은 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 확진검사를 의료급여로 실시하는 경우

2) 「의료법」 제34조에 따른 원격의료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우

3) 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관이 수급권자의 상태가 호전됨에 따라 의료급여를 의뢰한 의료기관 등으로 수급권자를 회송(回送)하는 경우로서 해당 수급권자에게 회송과 관련하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우

자. 가목1)가), 2)가), 3)가), 5)나) 및 5)다)에도 불구하고 「결핵예방법」에 따른 잠복결핵감염자의 잠복결핵 치료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.

2. 2종수급권자에 대해서는 다음 각 목의 구분에 따른 부담액 또는 부담률

가. 의료급여기관 및 의료급여의 내용에 따른 기금에서 부담하는
급여비용의 범위

의료급여 기관	의료급여의 내용		기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
1) 법 제9 조제2항제1 호 가 목 에 해 당 하 는 제 1 차 의 료 급 여 기 관 및 같 은 호 나 목 의 제 1 차 의 료 급 여 기 관 중 보 건 의 료 원	가) 외래 진료	(1) 「약사법」 제23조제4항 에 따라 의사 또는 치과의 사가 의약품을 직접 조제하 는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법을 부칙 제8조에 따라 한의사가 한 약 및 한약제제를 직접 조 제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외 한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양 전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 10 0분의 85. 다만, 약제는 급여비용총 액에서 구입금액의 100분의 15에 해 당하는 본인부담금 을 제외한 급여비 용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외 한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액의 10 0분의 90. 다만, 약제는 급여비용총 액에서 구입금액의 100분의 10에 해 당하는 본인부담금 을 제외한 급여비 용 전부로 한다.
2) 법 제9 조제2항제2 호에 따른 제 2 차 의 료 급 여 기 관	가) 보건 복지 부장 관이 정하 여 고시 하는 만성 질환 자에 대한	(1) 「약사법」 제23조제4항 에 따라 의사 또는 치과의 사가 의약품을 직접 조제하 는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법을 부칙 제8조에 따라 한의사가 한 약 및 한약제제를 직접 조 제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외 한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양 전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여	급여비용총액의 10 0분의 85. 다만, 약제는 급여비용총 액에서 구입금액의

	그 질환 의 외래 진료	고시하는 진료	100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 그 밖의 외래진료		급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
	다) 입원진료		급여비용총액의 100분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 10에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
3) 법 제9조제2항제3호에 따른 제3차의료급여기관	가) 외래진료		급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
	나) 입원진료		급여비용총액의 100분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 10에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
4) 법 제9조제2항제1호의 제1차의료급여기관 중 보건	외래·입원 진료		급여비용총액 전부

소·보건지소 및 보건진료소		
5) 법 제9조제2항제1호의 제1차 의료급여기관 중 약국 및 한국희귀의약품센터	가) 보건소·보건지소 및 보건진료소가 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우	급여비용총액 전부
	나) 의료기관 및 보건의료원이 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우	급여비용총액에서 처방전 1매당 500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	다) 약사가 「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 약국 1회 방문당 900원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

비고 : 위 표 1)가)(1) 및 2)가)(1)의 경우로서 처방전을 함께 발행하는 경우에는 각각 위 표 1)가)(3) 및 2)가)(3)의 급여비용에 해당하는 금액을 기금에서 부담한다.

- 나. 가목1)가), 2)가), 3)가), 5)나) 및 5)다)를 적용하는 경우 급여비용총액이 해당 규정의 본인부담금보다 적은 경우에는 그 급여비용총액 전부를 본인부담금으로 한다.
- 다. 가목1)나), 2)다) 및 3)나)에도 불구하고 자연분만 및 제왕절개 분만에 대한 의료급여와 6세 미만의 아동에 대한 입원진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 받은 경우에는 본인부담금을 면제한다.
- 라. 가목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환을 가진 사람에 대해서는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.
- 마. 가목1)부터 4)까지 및 라목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 틀니를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 85를 기금에서 부담한다.
- 바. 가목1)부터 4)까지 및 라목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 치과임플란트를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 80을 기금에서 부담한다.
- 사. 가목1)나), 2)다) 및 3)나)에도 불구하고 고위험 임신부에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 입원진료를 의료급여로 실시한 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 아. 가목5)나)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우 [읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등

예우 및 지원에 관한 법률», 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률», 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률», 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률», 「고엽제후유의증 등환자지원 및 단체설립에 관한 법률», 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈부장관이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원 대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우 및 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 경우는 제외한다.에는 급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다. 다만, 본인부담금이 500원 미만이면 500원을 본인부담금으로 한다.

자. 가목1)가)(2), 같은 목 2)가)(2), 같은 목 2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 임신부의 외래진료(유산·사산으로 인한 외래진료를 포함한다)에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

차. 가목1)가)(2), 같은 목 2)가)(2), 같은 목 2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 조산아(早産兒)와 저체중 출생아의 다음의 구분에 따른 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

1) 조산아: 출생일부터 5년 4개월이 되는 날까지의 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 날까지의 외래진료

2) 저체중 출생아: 출생일부터 5년이 되는 날까지의 외래진료

카. 가목1)가)(1)·(3), 같은 목 2)나), 같은 목 3)가) 및 타목에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항정신병 장기지속형주사제를 의료급여로 실시하는 경우에는 항정신병 장기지속형주사제 급여비용의 100분의 98을 기금에서 부담한다.

타. 가목2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 다음의 기준에 따른다.

1) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 정신질환의 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다. 다만, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료(이하 이 목에서 "전산화단층촬영등"이라 한다)를 실시하는 경우에는 전산화단층촬영등의 사용에 드는 급여비용의 100분의 85를 기금에서 부담한다.

2) 1) 외의 정신질환의 경우에는 급여비용총액의 100분의 90을 기금에서 부담한다. 다만, 전산화단층촬영등을 실시하는 경우에는 전산화단층촬영등의 사용에 드는 급여비용의 100분의 85를 기금에서 부담한다.

파. 삭제 <2025. 9. 30.>

하. 가목1)가)(2), 같은 1) 나), 같은 목 2)나)·다) 및 같은 목 3)가)·나)에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 치매에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100

분의 95를 기금에서 부담한다.

- 거. 가목1)나), 같은 목 2)다) 및 같은 목 3)나)에도 불구하고 6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다.
- 너. 가목1)나), 같은 목 2)다) 및 같은 목 3)나)에도 불구하고 16세 이상 18세 이하인 사람의 치아홈메우기에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 치아홈메우기 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 더. 가목2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 18세 이하인 사람의 치아홈메우기에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 치아홈메우기 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 러. 가목1)가)(1)·(3), 같은 1) 나), 같은 목 2)가)(1)·(3), 같은 2) 나)·다) 및 같은 목 3)가)·나)에도 불구하고 다음의 경우에는 해당 급여비용의 100분의 100을 기금에서 부담한다.
 - 1) 「건강검진기본법」에 따른 국가건강검진을 받은 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 확진검사를 의료급여로 실시하는 경우
 - 2) 「의료법」 제34조에 따른 원격의료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우
 - 3) 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관이 수급권자의 상태가 호전됨에 따라 의료급여를 의뢰한 의료기관 등으로 수급권자를 회송하는 경우로서 해당 수급권자에게 회송과 관련하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우
- 머. 가목1)가), 같은 목 2)가)(1)·(3) 및 차목에도 불구하고 1세 미만인 수급권자의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.
- 버. 가목2)가)(2), 같은 2) 나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 1세 미만인 수급권자의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 서. 가목1)부터 3)까지 및 같은 목 5)나)·다)에도 불구하고 「결핵예방법」에 따른 잠복결핵감염자의 잠복결핵 치료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.

3. 제1호 및 제2호에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 각 목에서 정하는 금액을 기금에서 부담한다.

- 가. 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제4호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여 항목을 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 100 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 기금에서 부담한다.
- 나. 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다. 이하 같다)·정신병원·종합병원 및 같은 법 제3조의4에 따라 지정된 상급종합병원에서 「국민건강보험법」 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실을 이

용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 다음의 기준을 따른다.

- 1) 상급종합병원 2인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 50을, 3인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 60을 각각 의료급여기금에서 부담한다.
 - 2) 병원·한방병원·요양병원·정신병원·종합병원 2인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 60을, 3인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 70을 각각 의료급여기금에서 부담한다.
- 다. 법 제7조제2항에 따라 보건복지부령으로 정하는 상한일수를 초과하여 의료급여를 받은 수급권자로서 보건복지부령으로 정하는 승인을 얻지 않은 수급권자에게 실시하는 의료급여에 대해서는 다음의 구분에 따른 금액을 기금에서 부담한다. 다만, 제1호가목4) 및 제2호가목4)의 의료급여기관에서 받는 외래·입원진료와 제1호가목5)가) 및 제2호가목5)가)에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.
- 1) 외래진료의 경우에는 급여비용총액의 100분의 70
 - 2) 입원진료의 경우에는 급여비용총액의 100분의 80
 - 3) 제1호가목5)나)·다) 및 제2호가목5)나)·다)의 경우에는 급여비용총액의 100분의 70
- 라. 다목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 의료급여를 실시하는 경우에는 다음의 구분에 따른 금액을 기금에서 부담한다.
- 1) 1종수급권자에 대해서는 추나요법 급여비용의 100분의 70
 - 2) 2종수급권자에 대해서는 추나요법 급여비용의 100분의 60
 - 3) 1) 및 2)에도 불구하고 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 추나요법 급여비용의 100분의 20
- 마. 다목에도 불구하고 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 감염병의 발생·유행 상황을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 감염병환자에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목의 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 100 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 기금에서 부담한다.

의료법

제2조(의료인)

- ① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과 의사·한의사·조산사 및 「간호법」에 따른 간호사(이하 "간호사"라 한다)를 말한다.
- ② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.
 1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
 2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
 3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
 4. 조산사는 조산(助産)과 임신부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.

5. 간호사는 「간호법」 제12조의 업무를 임무로 한다.

가. 삭제 <2024.09.20.>

나. 삭제 <2024.09.20.>

다. 삭제 <2024.09.20.>

라. 삭제 <2024.09.20.>

제3조(의료기관)

① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 의원

나. 치과의원

다. 한의원

2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.

3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.

가. 병원

나. 치과병원

다. 한방병원

라. 요양병원(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

④ 삭제 <2009.1.30.>

⑤ 삭제 <2009.1.30.>

⑥ 삭제 <2009.1.30.>

⑦ 삭제 <2009.1.30.>

⑧ 삭제 <2009.1.30.>

제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖춘 것

2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부

인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

- ② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제3조의4(상급종합병원 지정)

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증 질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
 3. 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를

받을 수 있다.

- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

제53조(신의료기술의 평가)

- ① 보건복지부장관은 국민건강을 보호하고 의료기술의 발전을 촉진하기 위하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 제54조에 따른 신의료기술평가위원회의 심의를 거쳐 신의료기술의 안전성·유효성 등에 관한 평가(이하 "신의료기술평가"라 한다)를 하여야 한다.
- ② 제1항에 따른 신의료기술은 새로 개발된 의료기술로서 보건복지부장관이 안전성·유효성을 평가할 필요성이 있다고 인정하는 것을 말한다.
- ③ 보건복지부장관은 신의료기술평가의 결과를 「국민건강보험법」 제64조에 따른 건강보험심사평가원의 장에게 알려야 한다. 이 경우 신의료기술평가의 결과를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 공표할 수 있다.
- ④ 그 밖에 신의료기술평가의 대상 및 절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.
- ② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.
 1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
 2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
 3. 소비자단체에서 추천하는 자
 4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
 5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원
- ④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
- ⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
- ⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.
- ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

자동차관리법 시행규칙

제2조(자동차의 종별 구분)

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준

및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다.

[별표1] 자동차의 종류(제2조관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
승용자동차	배기량이 250cc(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000cc(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트)미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600cc 미만이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600cc 이상 2,000cc 미만이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000cc 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하는 것
승합자동차	배기량이 1,000cc(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트)미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		승차정원이 15인 이하이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하고, 길이가 9미터 이상인 것
화물자동차	배기량이 250cc(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000cc(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트)미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	최대 적재량이 1톤 이하이고, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대 적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대 적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
특수자동차	배기량이 1,000cc (전기자동차의 경우 최고 출력 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000cc (전기자동차의 경우 최고 출력 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것
이륜자동차	배기량이 50cc 미만 (최고출력 4킬로와트 이하)인 것		배기량이 125cc 이하(최고출력 11킬로와트 이하)인 것	배기량이 125cc 초과 260cc 이하 (최고출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것	배기량이 260cc (최고출력 15킬로와트)를 초과하는 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
승합자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(장의·헌혈·구급·보호·캠핑 등)를 가진 것

종 류	유 형 별	세 부 기 준
화물 자동차	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
	특수 용도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
특수 자동차	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인 할 수 있는 구조인 것
	특수 용도형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수용도용인 것
이륜 자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주·오락 또는 운전을 즐기기를 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg 이하인 것

※ 비고

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.

가. 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형·경형화물자동차로서 이동용 음식판매용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 초소형화물차 및 특수용도형의 경형화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차

1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)

2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기 위해 칸막이벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석이 있는 열의 바닥면적을 포함한다)보다 넓은 자동차

3) 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적하 기타 작업을 수행할 수 있는 설비를 함께 갖춘 자동차

나. 법 제3조제1항 제5호에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.

1) 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차

2) 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의

조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차

3) 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차

2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.

가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, 「환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.

나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.

다. 이륜자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

장기등 이식에 관한 법률

제4조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "장기등"이란 사람의 내장이나 그 밖에 손상되거나 정지된 기능을 회복하기 위하여 이식이 필요한 조직으로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.

가. 신장·간장·췌장·심장·폐

나. 말초혈(조혈모세포를 이식할 목적으로 채취하는 경우에 한정한다)·골수·안구

다. 뼈·피부·근육·신경·혈관 등으로 구성된 복합조직으로서의 손·팔 또는 발·다리

라. 제8조제2항제4호에 따라 장기등이식윤리위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 결정·고시한 것

마. 그 밖에 사람의 내장 또는 조직 중 기능회복을 위하여 적출·이식할 수 있는 것으로서 대통령령으로 정하는 것

2. "장기등기증자"란 다른 사람의 장기등의 기능회복을 위하여 대가 없이 자신의 특정한 장기등을 제공하는 사람으로서 제14조에 따라 등록한 사람을 말한다.

3. "장기등기증희망자"란 본인이 장래에 뇌사 또는 사망할 때(말초혈 또는 골수의 경우에는 살아있을 때를 포함한다) 장기등을 기증하겠다는 의사표시를 한 사람으로서 제15조에 따라 등록한 사람을 말한다.

4. "장기등이식대기자"란 자신의 장기등의 기능회복을 목적으로 다른 사람의 장기등을 이식받기 위하여 제14조에 따라 등록한 사람을 말한다.

5. "살아있는 사람"이란 사람 중에서 뇌사자를 제외한 사람을 말하고, "뇌사자"란 이 법에 따른 뇌사판정기준 및 뇌사판정절차에 따라 뇌 전체의 기능이 되살아날 수 없는 상태로 정지되었다고 판정된 사람을 말한다.

6. "가족" 또는 "유족"이란 살아있는 사람·뇌사자 또는 사망한 자

의 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람을 말한다. 다만, 14세 미만인 사람은 제외한다.

- 가. 배우자
- 나. 직계비속
- 다. 직계존속
- 라. 형제자매
- 마. 가목부터 라목까지에 해당하는 가족 또는 유족이 없는 경우에는 4촌 이내의 친족

제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등)

- ① 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용은 해당 장기등을 이식받은 사람이 부담한다. 다만, 이식받은 사람이 부담하는 비용에 대하여 다른 법령에서 따로 정하는 경우에는 해당 법령에서 정하는 바에 따른다.
- ② 제1항에 따른 비용은 「국민건강보험법」에서 정하는 바에 따라 산출한다. 다만, 「국민건강보험법」에서 규정하지 아니한 비용은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 산출한다.

제47조(벌칙)

- ① 제18조제1항에 따른 전문의사 또는 진료담당의사가 업무상 과실로 의사조사서를 사실과 다르게 작성하여 의사자가 아닌 사람에게 뇌사판정을 하게 한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 제1항의 죄를 범하여 사람을 상해에 이르게 한 경우에는 7년 이하의 금고 또는 7천만원 이하의 벌금에 처한다.
- ③ 제1항의 죄를 범하여 사람을 사망에 이르게 한 경우에는 10년 이하의 금고 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다.

전자서명법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

- 1. "전자문서"란 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다.
- 2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
 - 가. 서명자의 신원
 - 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실
- 3. "전자서명생성정보"란 전자서명을 생성하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
- 4. "전자서명수단"이란 전자서명을 하기 위하여 이용하는 전자적 수단을 말한다.
- 5. "전자서명인증"이란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실을 확인하고 이를 증명하는 행위를 말한다.
- 6. "인증서"란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실 등을 확인하고 이를 증명하는 전자적 정보를 말한다.
- 7. "전자서명인증업무"란 전자서명인증, 전자서명인증 관련 기록의

관리 등 전자서명인증서비스를 제공하는 업무를 말한다.

8. "전자서명인증사업자"란 전자서명인증업무를 하는 자를 말한다.
9. "가입자"란 전자서명생성정보에 대하여 전자서명인증사업자로써 전자서명인증을 받은 자를 말한다.
10. "이용자"란 전자서명인증사업자가 제공하는 전자서명인증서비스를 이용하는 자를 말한다.

지역보건법

제10조(보건소의 설치)

- ① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 1개소의 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다. 다만, 시·군·구의 인구가 30만 명을 초과하는 등 지역주민의 보건요리를 위하여 특별히 필요하다고 인정되는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소를 추가로 설치할 수 있다.
- ② 동일한 시·군·구에 2개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

제12조(보건의료원)

보건소 중 「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

제13조(보건지소의 설치)

지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 "보건지소"라 한다)를 설치할 수 있다.

첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "첨단재생의료"란 사람의 신체 구조 또는 기능을 재생, 회복 또는 형성하거나 질병을 치료 또는 예방하기 위하여 인체세포등을 이용하여 실시하는 세포치료, 유전자치료, 조직공학치료 등 대통령령으로 정하는 것을 말한다. 다만, 세포·조직을 생물학적 특성이 유지되는 범위에서 단순분리, 세척, 냉동, 해동 등의 최소한의 조작을 통하여 시술하는 것으로서 대통령령으로 정하는 것은 제외한다.
2. "인체세포등"이란 인체에서 유래한 줄기세포·조혈모세포·체세포·면역세포, 이종세포 등 대통령령으로 정하는 세포, 조직 및 장기를 말한다. 다만, 「인체조직안전 및 관리 등에 관한 법률」 제3조제1호에 따른 인체조직과 「장기등 이식에 관한 법률」 제4조제1호에 따른 장기등은 제외한다.
3. "첨단재생의료 임상연구"란 환자의 삶의 질 향상 및 질병 치료

기회 확대를 목적으로 사람을 대상으로 첨단재생의료에 관하여 실시하는 연구로서 다음 각 목의 구분에 따라 대통령령으로 정하는 연구를 말한다.

- 가. 사람의 생명 및 건강에 미치는 영향이 불확실하거나 그 위험도가 큰 임상연구
 - 나. 사람의 생명 및 건강에 부정적인 영향을 미칠 우려가 있어 상당한 주의를 요하는 임상연구
 - 다. 사람의 생명 및 건강에 미치는 영향이 잘 알려져 있고 그 위험도가 미미한 임상연구
4. “연구대상자”란 첨단재생의료 임상연구의 대상이 되는 사람을 말한다.
5. “첨단재생의료 치료”란 「의료법」 제12조에 따른 의료행위가 이루어지는 과정에서 첨단재생医료를 이용하는 의학적 치료로서 다음 각 목의 구분에 따라 대통령령으로 정하는 치료를 말한다.
- 가. 사람의 생명 및 건강에 미치는 영향이 불확실하거나 그 위험도가 큰 치료
 - 나. 사람의 생명 및 건강에 부정적인 영향을 미칠 우려가 있어 상당한 주의를 요하는 치료
 - 다. 사람의 생명 및 건강에 미치는 영향이 잘 알려져 있고 그 위험도가 미미한 치료
6. “치료대상자”란 대체치료제가 없거나 생명을 위협하는 중대한 질환, 「희귀질환관리법」 제2조제1호에 따른 희귀질환, 그 밖에 난치질환 등을 가진 사람으로서 첨단재생의료 치료의 대상이 되는 사람을 말한다.
7. “첨단바이오의약품”이란 「약사법」 제2조제4호에 따른 의약품으로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
- 가. 세포치료제: 사람 또는 동물의 살아 있는 세포를 체외에서 배양·증식하거나 선별하는 등 물리적, 화학적 또는 생물학적 방법으로 조작하여 제조한 의약품. 다만, 생물학적 특성이 유지되는 범위에서 단순분리, 세척, 냉동, 해동 등의 최소한의 조작을 통하여 제조된 것으로서 총리령으로 정하는 것은 제외한다.
 - 나. 유전자치료제: 유전물질의 발현에 영향을 주기 위하여 투여하는 것으로서 유전물질을 함유한 의약품 또는 유전물질이 변형·도입된 세포를 함유한 의약품
 - 다. 조직공학제제: 조직의 재생, 복원 또는 대체 등을 목적으로 사람 또는 동물의 살아 있는 세포나 조직에 공학기술을 적용하여 제조한 의약품
 - 라. 첨단바이오융복합제제: 세포치료제, 유전자치료제, 조직공학제제와 「의료기기법」 제2조제1항에 따른 의료기기가 물리적·화학적으로 결합(융합, 복합, 조합 등을 포함한다)하여 이루어진 의약품. 다만, 주된 기능이 의료기기에 해당하는 경우는 제외한다.
 - 마. 그 밖에 세포나 조직 또는 유전물질 등을 함유하는 의약품으로서 총리령으로 정하는 의약품

제12조의2(첨단재생의료 치료계획에 대한 심의)

① 재생의료기관이 첨단재생의료 치료를 하기 위하여서는 대통령령으

로 정하는 바에 따라 치료에 관한 실시계획(이하 “첨단재생의료 치료계획”이라 한다)을 작성하여 심의위원회의 심의를 받아야 한다.

- ② 재생의료기관은 동일한 목적 및 내용의 첨단재생의료 임상연구가 사전에 실시되어 완료된 경우에만 제2조제5호가목(동일 기관에서 임상연구를 완료한 경우에 한정한다) 또는 나목(다른 기관에서 임상연구가 완료된 경우를 포함한다)에 해당하는 첨단재생의료 치료를 할 수 있다.
- ③ 재생의료기관은 첨단재생의료 치료계획 적합 통보를 받은 날부터 최대 5년간 첨단재생의료 치료를 제공할 수 있으며, 제공 기간이 종료된 후에도 첨단재생의료 치료를 제공하려는 재생의료기관은 첨단재생의료 치료계획에 대하여 다시 심의를 받아야 한다.
- ④ 첨단재생의료 치료계획 심의 결과의 통보에 관하여는 제12조제2항을 준용한다. 이 경우 “첨단재생의료 연구계획”은 “첨단재생의료 치료계획”으로, “첨단재생의료 임상연구”는 “첨단재생의료 치료”로 본다.
- ⑤ 그 밖에 첨단재생의료 치료계획 심의의 절차 및 방법 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.



가나다순 특별약관 색인

(ㄴ)

법률연계보장의 계약내용 변경 특별약관	122
보험료자동납입 특별약관	118

(ㅇ)

이륜자동차운전중상해 부담보 특별약관	115
---------------------------	-----

(ㅈ)

전자서명 특별약관	120
지정대리청구서비스 특별약관	119

(ㅊ)

출산육아휴직 보험료 납입유예 특별약관	128
출생전자녀가입 특별약관	124

(ㅋ)

특별조건부(표준하체보험료할증) 특별약관	121
특약형1(중증 비급여) 실손의료비(갱신형) 특별약관	71
특약형2(비중증 비급여) 실손의료비(갱신형) 특별약관	91
특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관	116