국민건강보험(지역가입자)



법제처
찾기 쉬운 생활법령

이 정보는 2026년 10월 15일 기준으로 작성된 것입니다.

찾기 쉬운 생활법령은 국민이 실생활에 필요한 법령을 쉽게 찾아보고 이해할 수 있도록 관련 법령정보를 국민의 생활중심으로 재분류하여 제공하고 있습니다. 따라서 제공된 법령정보는 법적 효력을 갖는 유권해석(결정, 판단)의 근거가 되지 않고, 각종 신고, 불복 청구 등의 증거자료로서의 효력은 없습니다. 구체적인 법령에 대한 질의는 담당기관이나 국민 신문고에 문의하시기 바랍니다.

공공데이터 정책에 따라 '찾기 쉬운 생활법령'에서 제공하는 생활법령은 누구에게나 개방되어 있으며, 영리 목적의 이용을 포함하여 자유로운 활용이 보장됩니다. 이 경우 출처가 법제처 찾기 쉬운 생활법령(http://www.easylaw.go.kr)임을 명시해 주시고, 단순 인용이 아닌 영리목적의 이용이거나 자료의 상당 부분을 이용하는 경우에는 해당 사항을 법제처 법제정보담당관(044-200-6900)으로 통지하여 주시기 바랍니다.

※ 다만, '찾기 쉬운 생활법령'에서 제공하는 생활법령 중 제3자가 저작권을 갖는 저작물의 경우에는 원 저작자의 저작권 정책 및 「저작권법」에 따릅니다.

찾기 쉬운 생활법령에서 제공하는 자료를 위조 · 변조하거나 생활법령에 포함된 제3자의 저작권을 침해하는 경우에는 관련 법령(「저작권법」 제136조부터 제138조까지)에 따라 처벌을 받을 수 있으니 유의하시기 바랍니다.

[국민건강보험(지역가입자)]

국민건강보험은 강제가입을 통해 의료비의 지출부담을 국민건강보험 가입자 모두에게 분산시켜 국민생활의 안정을 도모하는 사회보험을 말하며, 직장가입자와 그 피부양자를 제외한 가입자는 지역가입자가 됩니다.

이 콘텐츠는 지역가입자의 자격부터 요양급여, 임신·출산 진료비, 건강보험 등 보험급여의 종류 및 건강보험료의 산정·납부에 관한 내용을 소개하고, 보험료 등에 이의가 있을 경우의 해결방법에 이르기까지 국민건강보험에 대한 전반적인 법령정보를 제공합니다.

국민건강보험(지역가입자) 1
1. 국민건강보험 개관 4
1.1. "건강보험"이란? 4
1.1.1. 건강보험의 의의 및 적용 대상자 4
2. 건강보험의 가입 6
2.1. 지역가입자 가입 및 자격유지 6
2.1.1. 지역가입자 가입 자격 6
2.1.2. 자격의 변동 및 상실 6
2.2. 건강보험증 발급 8
2.2.1. 건강보험증 발급 및 부정수급 금지 8
3. 건강보험급여의 수급 11
3.1. 요양급여 11
3.1.1. 요양급여 및 비급여의 범위 11
3.1.2. 본인일부부담금 12
3.2. 요양비 14
3.2.1. 요양비(현금급여) 수급 14
3.3. 부가급여 16
3.3.1. 임신·출산·유산 등 진료비 16
3.4. 장애인 보조기기에 대한 보험급여 17
3.4.1. 장애인 보조기기 지원 17
3.5. 건강검진 18
3.5.1. 건강검진 지원 18
3.6. 건강보험급여의 제한 및 지급정지 20
3.6.1. 보험급여 수급의 제한 및 지급정지 20
4. 건강보험료 22
4.1. 건강보험료의 산정 및 납부 등 22
4.1.1. 보험료 산정 22
4.1.2. 보험료 경감 24
4.1.3. 보험료 납부 25
4.1.4. 보험료 체납 및 독촉 26
5. 건강보험에 관한 분쟁해결 28
5.1. 이의신청 및 심판청구 28
5.1.1. 이의신청 및 심판청구 28

1. 국민건강보험 개관

1.1. "건강보험"이란?

1.1.1. 건강보험의 의의 및 적용 대상자

국민건강보험의 의의

국민건강보험제도의 개념

▪ “국민건강보험제도”란 질병이나 부상으로 인해 발생한 고액의 진료비로 가계에 과도한 부담이 되는 것을 방지하기 위하여, 국민들이 평소에 보험료를 내고 보험자인 국민건강보험공단이 이를 관리·운영하다가 필요시 보험급여를 제공함으로써 국민 상호간 위험을 분담하고 필요한 의료서비스를 받을 수 있도록 하는 사회보장제도를 말합니다(국민건강보험공단 홈페이지 – 정책센터 – 국민건강보험).

국민건강보험의 특성

▪ 의무적인 보험가입 및 보험료 납부

▹ 보험가입을 기피할 수 있도록 제도화될 경우 질병위험이 큰 사람만 보험에 가입하여 국민 상호간 위험분담 및 의료비 공동해결이라는 건강보험제도의 목적을 실현할 수 없기 때문에 일정한 법적요건이 충족되면 본인의 의사와 관계없이 건강보험가입이 강제되며 보험료 납부의무가 부여됩니다(국민건강보험공단 정책센터 국민건강보험).

▪ 부담능력에 따른 보험료 부과

▹ 민간보험은 보장의 범위, 질병위험의 정도, 계약의 내용 등에 따라 보험료를 부담하는데 비해, 사회보험방식으로 운영되는 국민건강보험은 사회적 연대를 기초로 의료비 문제를 해결하는 것을 목적으로 하므로 소득수준 등 보험료 부담능력에 따라서 보험료를 부과합니다(국민건강보험공단 홈페이지 – 정책센터 – 국민건강보험).

▪ 균등한 보장

▪ 민간보험은 보험료 수준과 계약내용에 따라 개인별로 다르게 보장되지만, 사회보험인 국민건강보험은 보험료 부담수준과 관계없이 관계법령에 따라 균등하게 보험급여가 이루어집니다(국민건강보험공단 홈페이지 – 정책센터 – 국민건강보험).

국민건강보험 적용 대상자

적용 대상자

▪ 국내에 거주하는 국민은 다음의 어느 하나에 해당하는 사람을 제외하고는 건강보험의 가입자(이하 “가입자”라 함)가 됩니다(「국민건강보험법」 제5조제1항).

▹ 「의료급여법」에 따라 의료급여를 받는 사람

▹ 「독립유공자예우에 관한 법률」 및 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료보호를 받는 사람(이하 “유공자 등 의료보호대상자”라 함). 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 사람은 가입자 또는 피부양자가 됩니다.

√ 유공자 등 의료보호대상자 중 건강보험의 적용을 보험자에게 신청한 사람

√ 건강보험을 적용받고 있던 사람이 유공자 등 의료보호대상자로 되었으나 건강보험의 적용배제신청을 보험자에게 하지 않은 사람

> ※ “직장가입자” 알아보기
>
> ※ 외국인의 건강보험 가입에 대해 더 알아보기(『결혼이민자』, 『외국인유학생』, 『재외동포』)

2. 건강보험의 가입

2.1. 지역가입자 가입 및 자격유지

2.1.1. 지역가입자 가입 자격

국민건강보험 지역가입자 자격

지역가입자의 범위

▪ 직장가입자와 그 피부양자를 제외한 가입자는 지역가입자가 됩니다(「국민건강보험법」 제6조제3항).

> ※ "직장가입자" 및 "피부양자" 알아보기

지역가입자 자격의 취득

지역가입자 자격 취득 시기

▪ 지역가입자는 국내에 거주하게 된 날에 지역가입자의 자격을 얻습니다. 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 사람은 그 해당되는 날에 각각 자격을 얻습니다(「국민건강보험법」 제8조제1항).

- 「의료급여법」에 따라 의료급여를 받는 사람이었던 사람: 그 대상자에서 제외된 날
- 직장가입자의 피부양자(배우자 및 직계존·비속 등을 말함. 이하 같음)이었던 사람: 그 자격을 잃은 날
- 「독립유공자예우에 관한 법률」 및 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료보호를 받는 사람(이하 "유공자 등 의료보호대상자"라 함)이었던 사람: 그 대상자에서 제외된 날
- 보험자에게 건강보험의 적용을 신청한 유공자 등 의료보호대상자: 그 신청한 날

지역가입자 자격 취득 신고

▪ 지역가입자의 세대주는 그 세대의 구성원이 지역가입자의 자격을 취득한 경우에는 자격을 취득한 날부터 14일 이내에 다음의 서류를 국민건강보험공단(이하 "공단"이라 함)에 제출해야 합니다(「국민건강보험법」 제8조제2항 및 「국민건강보험법 시행규칙」 제4조제1항 전단).

- 지역가입자 자격 취득·변동 신고서(「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제5호서식)
- 보험료 감면 증명자료(「국민건강보험법」 제74조 및 제75조에 따라 보험료가 면제되거나 일부를 경감받는 사람만 해당하며, 공단이 국가 등으로부터 제공받은 자료로 보험료 감면 대상자임을 확인할 수 있는 경우 제외)

> ※ "보험료 경감" 더 알아보기

2.1.2. 자격의 변동 및 상실

지역가입자 자격의 변동

지역가입자 자격의 변동 사유

▪ 지역가입자는 다음의 어느 하나에 해당하게 된 날에 그 자격이 변동됩니다(「국민건강보험법」 제9조제1항제1호, 제3호, 제4호, 제5호 및 제7조제2호).

- 지역가입자가 적용대상사업장의 사용자로 되거나, 근로자·공무원 또는 교직원(이하 "근로자 등"이라 함)으로 사용된 날
- 직장가입자인 근로자 등이 그 사용관계가 끝난 날의 다음 날
- 적용대상사업장에 휴업·폐업 등의 사유가 발생한 날의 다음 날
- 지역가입자가 다른 세대로 전입한 날

지역가입자 자격의 변동 신고

▪ 지역가입자의 자격이 변동된 경우 직장가입자의 사용자와 지역가입자의 세대주는 다음의 구분에 따라 각각 그 명세를 자격이 변동된 날부터 14일 이내에 국민건강보험공단(이하 "공단"이라 함)에 신고해야 합니다(「국민건강보험법」 제9조제2항, 「국민건강보험법 시행규칙」 제4조제1항 및 제2항).

자격 변동 사유	변동 신고자	제출 서류
지역가입자가 적용대상사업장의 사용자로 되거나, 근로자 등으로 사용된 경우	직장가입자의 사용자	▪ 직장가입자 자격취득 신고서(「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제6호서식) ▪ 가족관계등록부의 증명서 1부(피부양자 자격의 인정기준 요건을 갖추었는지 여부를 주민등록표 등본으로 확인할 수 없을 경우만 해당)
직장가입자인 근로자 등이 그 사용관계가 종료된 경우	지역가입자의 세대주	▪ 지역가입자 자격 취득·변동 신고서(「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제5호서식) ※ 다만, 사용자가 직장가입자 자격상실 신고서(「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제8호서식)를 공단에 제출한 경우에는 지역가입자 자격 취득·변동 신고서를 제출한 것으로 봅니다. ▪ 보험료 감면 증명자료(보험료가 면제되거나 일부를 경감받는 사람만 해당하며, 공단이 국가 등으로부터 제공받은 자료로 보험료 감면 대상자임을 확인할 수 있는 경우 제외)
적용대상사업장에 휴업·폐업 등의 사유가 발생한 경우		
지역가입자가 다른 세대로 전입한 날		

지역가입자 자격의 상실

지역가입자 자격의 상실 시기

▪ 지역가입자는 다음의 어느 하나에 해당하게 된 날에 그 자격을 상실합니다(「국민건강보험법」 제10조제1항).

- 사망한 날의 다음 날
- 국적을 잃은 날의 다음 날
- 국내에 거주하지 않게 된 날의 다음 날
- 직장가입자의 피부양자가 된 날
- 「의료급여법」에 따라 의료급여를 받는 사람이 된 날
- 건강보험을 적용받고 있던 사람이 「독립유공자예우에 관한 법률」 및 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료보호를 받게 되어 건강보험의 적용배제신청을 한 날

지역가입자 자격의 상실 신고

▪ 지역가입자 자격을 상실한 경우 해당 지역가입자의 세대주는 자격을 상실한 날부터 14일 이내에 지역가입자 자격상실 신고서를 공단에 제출해야 합니다(「국민건강보험법」 제10조제2항, 「국민건강보험법 시행규칙」 제4조제4항제1호 및 별지 제7호서식).

> ※ "실업자의 직장가입자 자격 유지(임의계속가입제도)" 더 알아보기

2.2. 건강보험증 발급

2.2.1. 건강보험증 발급 및 부정수급 금지

건강보험증 발급

건강보험증의 발급

▪ 지역가입자는 건강보험증을 발급받으려면 건강보험증 발급 신청서를 국민건강보험공단(이하 "공단"이라 함)에 제출(「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1항제1호에 따른 정보통신망에 따른 제출 포함)하여야 하며, 공단은 건강보험증의 발급 신청을 받으면 지체 없이 건강보험증을 가입자 또는 세대주에게 발급해야 합니다(「국민건강보험법」 제12조제1항, 「국민건강보험법 시행규칙」 제5조제1항2항, 별지 제10호서식, 제11호서식 및 제11호의2서식).

- 공단은 「국민건강보험법」 제96조에 따라 제공받은 자료를 이용하여 지역가입자의 자격 취득·변동 사실을 확인한 경우에는 가입자의 신청 없이 건강보험증을 발급할 수 있습니다(「국민건강보험법」 제12조제1항, 「국민건강보험법 시행규칙」 제5조제3항 및 별지 제11호서식).
- 건강보험증을 발급받은 지역가입자는 건강보험증에 기재된 내용이 변경된 경우에는 변경된 날부터 30일 이내에 건강보험증 기재사항 변경 신청서를 공단에 제출해야 합니다(「국민건강보험법」 제12조제1항, 「국민건강보험법 시행규칙」 제5조제4항 및 별지 제10호서식).



※ 『모바일 건강보험증의 발급』에 관한 개정규정은 2020년 11월 1일 이후 건강보험증 발급을 신청하는 경우부터 적용합니다(「국민건강보험법 시행규칙」(보건복지부령 제759호, 2020. 10. 30. 개정, 2020. 11. 1. 시행) 부칙 제2조).

건강보험증 제출

건강보험증의 제출

▪ 지역가입자가 요양급여를 받을 때에는 천재지변이나 그 밖의 부득이한 사유가 있는 경우를 제외하고는 건강보험증을 요양기관에 제출해야 합니다(「국민건강보험법」 제12조제2항).

▪ 다만, 지역가입자는 주민등록증(모바일 주민등록증 포함), 운전면허증, 여권이나 다음의 증명서 또는 서류를 신분증명서로 요양기관이 그 자격을 확인할 수 있으면 건강보험증을 제출하지 않을 수 있습니다. 이 경우 그 증명서 또는 서류에 유효기간이 적혀 있는 경우에는 그 유효기간이 지나지 않아야 합니다(「국민건강보험법」 제12조제3항 및 「국민건강보험법 시행규칙」 제7조).

▹ 행정기관이나 공공기관이 발행한 증명서로서 사진이 붙어 있고, 주민등록번호 또는 외국인등록번호가 포함되어 본인임을 확인할 수 있는 국가보훈등록증, 장애인 등록증(모바일 등록증 포함), 외국인 등록증, 그 밖에 신분을 확인할 수 있는 증명서

▹ 행정기관이나 공공기관이 기록·관리하는 것으로서 사진이 붙어 있고, 주민등록번호 또는 외국인등록번호가 포함되어 본인임을 확인할 수 있는 서류

▹ 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말함)이 첨부되어 있거나 본인확인기관이 제공하는 등 본인 여부를 확인할 수 있는 증명서 또는 서류

> ※ "요양급여" 및 "요양기관" 더 알아보기

건강보험급여 부정수급 금지

부정수급의 금지

▪ 지역가입자는 자격을 잃은 후 자격을 증명하던 서류를 사용하여 보험급여를 받아서는 안 됩니다(「국민건강보험법」 제12조제5항).

▪ 누구든지 건강보험증이나 신분증명서를 다른 사람에게 양도하거나 대여하여 보험급여를 받게 해서는 안 되며, 양도 또는 대여를 받거나 그 밖에 이를 부정하게 사용하여 보험급여를 받아서는 안 됩니다(「국민건강보험법」 제12조제6항 및 제7항).

위반 시 제재

▪ 이를 위반하여 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 보험급여를 받거나 타인으로 하여금 보험급여를 받게 한 경우에는 2년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처해집니다(「국민건강보험법」 제115조제4항).

3. 건강보험급여의 수급

3.1. 요양급여

3.1.1. 요양급여 및 비급여의 범위

요양급여

요양급여 대상

▪ 지역가입자는 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음의 요양급여를 받을 수 있습니다(「국민건강보험법」 제41조제1항).

- 진찰·검사
- 약제·치료재료의 지급
- 처치·수술 및 그 밖의 치료
- 예방·재활
- 입원
- 간호
- 이송

※ 요양기관 범위

- 요양급여(간호와 이송은 제외)는 다음의 요양기관에서 실시합니다(「국민건강보험법」 제42조제1항 전단).

  · 「의료법」에 따라 개설된 의료기관

  · 「약사법」에 따라 등록된 약국

  · 「약사법」에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품센터

  · 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소

  · 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소

- 다만, 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 않다고 인정되는 의료기관 등으로서 다음에 해당하는 의료기관 또는 약국은 요양기관에서 제외할 수 있습니다(「국민건강보험법」 제42조제1항 후단 및 「국민건강보험법 시행령」 제18조제1항).

  · 「의료법」에 따라 개설된 부속 의료기관

  · 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설에 수용된 사람의 진료를 주된 목적으로 개설된 의료기관

  · 본인일부부담금을 받지 않거나 경감하여 받는 등의 방법으로 가입자나 피부양자를 유인하는 행위 또는 이와 관련하여 과잉 진료행위를 하거나 부당하게 많은 진료비를 요구하는 행위를 하여 다음의 어느 하나에 해당하는 업무정지 처분 등을 받은 의료기관

    √ 「국민건강보험법」에 따른 업무정지 또는 과징금 처분을 5년 동안 2회 이상 받은 의료기관

    √ 「의료법」에 따른 면허자격정지 처분을 5년 동안 2회 이상 받은 의료인이 개설·운영하는 의료기관

  · 「국민건강보험법」에 따른 업무정지 처분 절차가 진행 중이거나 업무정지 처분을 받은 요양기관의 개설자가 개설한 의료기관 또는 약국

비급여

비급여 대상

▪ 보건복지부장관은 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등은 요양급여대상에서 제외되는 비급여대상으로 정할 수 있습니다(「국민건강보험법」 제41조제4항).

> ※ 비급여대상의 세부 기준은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표 2 에서 확인할 수 있습니다.

3.1.2. 본인일부부담금

본인일부부담금

본인일부부담금의 부담률 예시

▪ 입원진료를 받는 경우

▹ 요양급여비용 총액(보건복지부장관이 정하여 고시하는 식대와 장애인 치과진료에 대한 가산금액은 제외)의 100분의 20에 입원기간 중 식대(입원환자의 식사의 질과 서비스에 영향을 미치는 부가적 요소에 드는 비용에 해당하는 가산금액을 포함)의 100분의 50을 더한 금액을 본인이 부담합니다[「국민건강보험법」 제44조제1항, 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 및 별표 2 제1호가목1)].

▹ 다만, 상급종합병원에서 「국민건강보험법」 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실·4인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실·4인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 각각 100분의 50·100분의 40·100분의 30으로 하고, 종합병원·병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정함)·정신병원에서 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 각각 100분의 40·100분의 30으로 하며, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 격리 입원에 대해서는 그 입원료에 한정하여 100분의 10으로 합니다[「국민건강보험법」 제44조제1항, 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 및 별표 2 제1호가목1)].

▪ 요양시설이나 외래진료를 받는 것이 적합한 경우

▹ 「의료법」에 따른 요양병원에서 입원진료를 받는 사람 중 입원치료보다는 요양시설이나 외래진료를 받는 것이 적합한 환자로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 환자군에 해당하는 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 40에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액을 본인이 부담합니다[「국민건강보험법」 제44조제1항, 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 및 별표 2 제1호가목2)].

▪ 처방전에 따라 의약품을 조제 받은 경우

▹ 진료를 담당한 의사 또는 치과의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 30을 본인이 부담합니다[「국민건강보험법」 제44조제1항, 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 및 별표 2 제1호다목1)].

√ 이 때 65세 이상인 지역가입자가 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우 본인부담액은 다음과

같습니다[「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항, 별표 2 제1호다목1), 「국민건강보험법 시행규칙」 제13조 및 별표 4 제1호].

① 요양급여비용 총액이 10,000원을 넘지 않는 경우: 1,000원

② 요양급여비용 총액이 10,000원을 넘고 12,000원을 넘지 않는 경우: 요양급여비용 총액 X 20/100

※ 그 밖에 본인일부부담금에 대한 자세한 사항은 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 및 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에서 확인할 수 있습니다.

Q. 몸 상태가 좋지 않아 집 근처에 있는 병원에서 진찰을 받았는데, 상급종합병원에서 정밀 진단을 받아보라는 소견을 들었습니다. 상급종합병원이란 어떤 병원을 말하는 건가요?

A. 상급종합병원이란 일정 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 말합니다.

상급종합병원은 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」에서 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두고 인력·시설·장비 등을 갖추는 등 「의료법」에서 정하고 있는 요건을 충족해야 합니다(「의료법」 제3조의4제1항).

납부 방법

▪ 본인일부부담금은 요양기관의 청구에 따라 요양급여를 받는 사람이 요양기관에 납부합니다(「국민건강보험법 시행령」 제19조제2항 전단).

※ 포괄수가제란?

포괄수가제(DRG : Diagnosis Related Group Payment System)는 치료과정이 비슷한 입원환자들을 묶어, 그 일련의 치료행위 전체에 하나의 가격을 매기는 의료비 지급방식을 말하며, 포괄수가제 하에서는 의료 서비스의 종류나 양에 관계없이 어떤 질병의 진료를 위해 입원했는지에 따라 미리 정해진 일정액의 진료비만을 부담하면 됩니다.

포괄수가제는 수정체수술(백내장수술), 편도 및 아데노이드 수술, 항문 및 항문주위수술(치질수술), 서혜 및 대퇴부 탈장수술(신생아 제외), 충수절제술(맹장염수술), 자궁 및 자궁부속기 수술(악성종양제외), 제왕절개분만에 대한 입원진료의 경우 적용됩니다.

- <국민건강보험공단 – 정책센터 – 보험급여 진료내역 포괄수가제>

건강보험공단의 초과 금액 부담

▪ 본인이 연간 부담하는 아래 금액의 합계액이 「국민건강보험법 시행령」 별표 3에 따른 본인부담상한액을 초과한 경우에는 국민건강보험공단이 그 초과 금액을 부담합니다. 이 경우 국민건강보험공단은 당사자에게 그 초과 금액을 통보하고, 이를 지급해야 합니다(「국민건강보험법」 제44조제2항 및 「국민건강보험법 시행령」 제19조제4항).

▹ 본인일부부담금의 총액

▹ 요양이나 출산의 비용으로 부담한 금액(요양이나 출산의 비용으로 부담한 금액이 보건복지부장관이 정하여 고시한 금액보다 큰 경우에는 그 고시한 금액)에서 요양비로 지급받은 금액을 제외한 금액

3.2. 요양비

3.2.1. 요양비(현금급여) 수급

요양비(현금급여)

요양비란?

▪ 지역가입자는 긴급하거나 그 밖의 부득이한 사유로 요양기관과 비슷한 기능을 하는 기관(업무정지기간 중인 요양기관을 포함)에서 질병·부상·출산 등에 대하여 요양을 받거나 요양기관이 아닌 장소에서 출산한 경우에는 그 요양급여에 상당하는 금액을 국민건강보험공단(이하 “공단”이라 함)으로부터 요양비로 지급받을 수 있습니다(「국민건강보험법」 제49조제1항).

요양기관과 비슷한 기능을 하는 기관

▪ 요양기관과 비슷한 기능을 하는 기관은 다음과 같습니다(「국민건강보험법」 제49조제1항 및 「국민건강보험법 시행규칙」 제23조제2항).

▹ 「국민건강보험법」 제42조제1항 후단에 따라 요양기관에서 제외된 의료기관 등

> ※ “요양기관에서 제외된 의료기관” 더 알아보기

▹ 만성신부전증 환자 중 복막투석으로 요양급여를 받고 있는 사람에게 다음의 물품을 판매하는 요양기관 외의 의약품판매업소

√ 복막관류액

√ 자동복막투석에 사용되는 소모성 재료(공단에 등록한 의약품판매업소만 해당)

▹ 산소치료를 필요로 하는 환자에게 의료용 산소발생기 등으로 산소치료 서비스를 제공하는 요양기관 외의 기관으로서 공단에 등록한 기관(해당 환자가 제공받는 경우만 해당)

▹ 당뇨병 환자에게 혈당검사 또는 인슐린주사에 사용되는 소모성 재료나 당뇨병 관리기기를 판매하는 요양기관 외의 의료기기판매업소로서 공단에 등록한 업소

▹ 신경인성 방광환자에게 자가도뇨에 사용되는 소모성 재료를 판매하는 요양기관 외의 의료기기판매업소로서 공단에 등록한 업소

▹ 인공호흡기 또는 기침유발기를 필요로 하는 환자에게 이를 대여하는 요양기관 외의 기관으로서 공단에 등록한 기관

▹ 양압기를 필요로 하는 환자에게 이를 대여하는 요양기관 외의 기관으로서 공단에 등록한 기관

▹ 산소포화도측정기, 기도흡인기 또는 경장영양주입펌프를 판매하는 요양기관 외의 의료기기판매업소로서 공단에 등록한 업소

요양비 수급 사유 및 신청방법

▪ 요양비를 받을 수 있는 사유 및 그 신청방법은 다음과 같습니다(「국민건강보험법 시행규칙」 제23조제1항 및 제3항).

요양비 수급 사유	신청방법
요양기관을 이용할 수 없거나 요양기관이 없어 질병·부상·출산(사산의 경우에는 임신 16주 이상인 경우를 말함)에 대하여 요양을 받은 경우	▪ 요양비 지급청구서(「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제18호서식) ▪ 요양비 명세서(약국의 경우에는 요양비처방전) 또는 세금계산서(전자세금계산서를 포함. 이하 같음)사본 1부 ▪ 요양기관에서 요양을 받을 수 없었던 사유를 증명할 수 있는 서류 1부
만성신부전증 환자가 의사의 요양비처방전(의사의 소견이나 처방기간 등을 적은 서류로서 「요양비의 보험급여 기준 및 방법」에서 정하는 서류를 말함. 이하 같음)에 따라 복막관류액 또는 자동복막투석에 사용되는 소모성 재료를 요양기관 외의 의약품판매업소에서 구입·사용한 경우	▪ 요양비 지급청구서(「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제18호서식) ▪ 의사의 요양비처방전 1부 ▪ 세금계산서, 현금영수증 등 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 각 1부
신경인성 방광환자가 의사의 요양비처방전에 따라 자가도뇨에 사용되는 소모성 재료를 요양기관 외의 의료기기판매업소에서 구입·사용한 경우	
산소치료를 필요로 하는 환자가 의사의 산소치료 요양비처방전에 따라 「요양비의 보험급여 기준 및 방법」에서 정하는 방법으로 산소치료를 받는 경우	▪ 요양비 지급청구서(「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제19호서식) ▪ 의사의 요양비처방전 1부 ▪ 산소치료를 하였음을 증명할 수 있는 서류 1부 ▪ 세금계산서, 현금영수증 등 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 각 1부
당뇨병 환자가 의사의 요양비처방전에 따라 혈당검사 또는 인슐린주사에 사용되는 소모성 재료나 당뇨병 관리기기를 요양기관 외의 의료기기판매업소에서 구입·사용한 경우	▪ 요양비 지급청구서(「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제19호의2서식 또는 별지 제19호의3서식) ▪ 의사의 요양비처방전 1부 ▪ 세금계산서, 현금영수증 등 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 각 1부 ▪ 연속혈당측정용 전극을 구입한 경우에는 해당 전극의 고유식별번호를 확인할 수 있는 서류 1부
「요양비의 보험급여 기준 및 방법」 별표 4의2에서 정하는 상병이 있는 사람으로서 인공호흡기 또는 기침유발기를 필요로 하는 환자가 의사의 요양비처방전에 따라 인공호흡기 또는 기침유발기를 대여받아 사용하는 경우	▪ 요양비 지급청구서(「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제19호의4서식) ▪ 의사의 요양비처방전 1부 ▪ 인공호흡기 또는 기침유발기를 대여하였음을 증명할 수 있는 서류 1부 ▪ 세금계산서, 현금영수증 등 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 각 1부

수면무호흡증 환자가 의사의 요양비처방전에 따라 양압기(수면 중 좁아진 기도에 지속적으로 공기를 불어 넣어 기도를 확보해 주는 기구를 말함)를 대여받아 사용하는 경우	▪ 요양비 지급청구서(「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제19호의5서식) ▪ 의사의 요양비처방전 1부 ▪ 양압기를 대여하였음을 증명할 수 있는 서류 1부 ▪ 세금계산서, 현금영수증 등 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 각 1부
보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증 소아·청소년 환자가 의사의 요양비처방전에 따라 산소포화도측정기, 기도흡인기 또는 경장영양주입펌프를 요양기관 외의 의료기기판매업소에서 구입·사용한 경우	▪ 요양비 지급청구서(「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제19호의6서식) ▪ 의사의 요양비처방전 1부 ▪ 세금계산서, 현금영수증 등 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 각 1부
요양기관 외의 장소에서 출산한 경우	▪ 요양비 지급청구서(「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제18호서식) ▪ 출산 사실을 증명할 수 있는 서류 1부

※ 요양비의 종류에 따른 지급기준 및 금액은 「요양비의 보험급여 기준 및 방법」 별표 6에서 확인할 수 있습니다.

3.3. 부가급여

3.3.1. 임신·출산·유산 등 진료비

임신·출산·유산 등 진료비 이용권 지원대상 및 신청

임신·출산 등 진료비 이용권 지원대상

▪ 요양급여 외에 부가급여로 임신·출산(유산 및 사산을 포함. 이하 같음) 진료비를 지원받을 수 있으며, 임신·출산 진료비 지원 대상은 다음과 같습니다(「국민건강보험법」 제50조, 「국민건강보험법 시행령」 제23조제1항 및 제2항).

- 임신·출산한 가입자 또는 피부양자
- 2세 미만인 가입자 또는 피부양자(이하 “2세 미만 영유아”라 함)의 법정대리인(출산한 가입자 또는 피부양자가 사망한 경우에 한정)

임신·출산 등 진료비 신청방법

▪ 임신·출산 진료비를 신청하려는 임산부 또는 2세 미만 영유아의 법정대리인은 건강보험 임신·출산 진료비 지급 신청서를 국민건강보험공단(이하 “공단”이라 함), 금융기관 또는 체신관서에 제출해야 합니다(「국민건강보험법 시행령」 제23조제4항, 「국민건강보험법 시행규칙」 제24조제1항, 제64조 제3항제1호, 「임신·출산 진료비 지급 등에 관한 기준」 제3조제1항 및 별지 제1호서식).

※ 임신·출산 진료비는 < 국민건강보험공단 홈페이지(www.nhis.or.kr/nhis) >를 통해서도 신청할 수 있습니다.

임신·출산·유산 등 진료비 지원

이용권(국민행복카드)이란?

▪ “이용권”이란 임산부의 진료와 약제·치료재료 구입 비용 및 2세 미만인 영유아의 진료와 처방된 약제·치료재료 구입 등의 비용으로 사용할 수 있도록 그 이용금액을 전자적으로 기록하여 신용카드 또는 체크카드 등의 형태로 제공하는 증표를 말합니다(「임신·출산 진료비 지급 등에 관한 기준」 제2조제2호).

이용권(국민행복카드) 발급

▪ 공단은 이용권의 발급 신청이 있으면 신청인의 임신·출산 진료비 지원 대상 여부에 대한 확인을 거쳐 신청인에게 이용권(국민행복카드)을 발급해야 합니다(「국민건강보험법 시행령」 제23조제5항).

지원금액

▪ 이용권(국민행복카드)으로 결제할 수 있는 금액의 상한은 다음의 구분에 따릅니다. 다만, 「임신·출산 진료비 지급 등에 관한 기준」 제5조제1항으로 정하는 경우에는 다음의 상한을 초과하여 결제할 수 있습니다(「국민건강보험법 시행령」 제23조제7항).

- 하나의 태아를 임신·출산한 경우 : 100만원
- 둘 이상의 태아를 임신·출산한 경우 : 140만원

이용권(국민행복카드) 사용방법 및 사용기간

▪ 이용권(국민행복카드)을 발급받은 사람이 「국민건강보험법 시행령」 제23조제3항으로 정하는 임신과 출산에 관련된 비용을 결제하려면 요양기관에 이용권(국민행복카드)을 제시해야 합니다(「국민건강보험법 시행규칙」 제24조제2항).

▪ 발급받은 이용권(국민행복카드)을 사용할 수 있는 기간은 이용권(국민행복카드)을 발급받은 날부터 다음의 구분에 따른 날까지로 합니다(「국민건강보험법 시행령」 제23조제6항).

- 임신·출산한 가입자 또는 피부양자: 출산일(유산·사산일)부터 2년이 되는 날까지
- 2세 미만 영유아의 법정대리인: 영유아의 출생일부터 2년이 되는 날까지

3.4. 장애인 보조기기에 대한 보험급여

3.4.1. 장애인 보조기기 지원

장애인 보조기기에 대한 보험급여

보조기기 지원

▪ 국민건강보험공단(이하 “공단”이라 함)은 「장애인복지법」에 따라 등록한 장애인인 지역가입자에게는 보조기기에 대하여 보험급여를 할 수 있습니다(「국민건강보험법」 제51조제1항).

보조기기에 대한 보험급여기준

▪ 보조기기에 대한 보험급여는 다음과 같습니다(「국민건강보험법 시행규칙」 제26조제1항, 별표 7 제2호 및 제3호 본문).

구분	보조기기 보험급여
수동휠체어, 보청기, 전동휠체어, 의료용 스쿠터, 자세보조용구, 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트 및 보행차	▪ 다음 중 가장 낮은 금액(이하 “지급기준금액”이라 함)의 100분의 90에 해당하는 금액 가. 보조기기의 유형·구분별로 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액 나. 보건복지부장관이 제품평가 결과를 고려하여 제품별로 고시하는 금액 다. 지역가입자·피부양자가 해당 보조기기를 구입한 금액
그 밖의 보조기기 (지팡이, 목발, 의안 등)	▪ 다음 중 가장 낮은 금액의 100분의 90에 해당하는 금액 가. 보조기기의 유형·구분별로 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액 나. 지역가입자·피부양자가 해당 보조기기를 구입한 금액

▪ 다만, 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목의 희귀난치성질환 또는 중증질환(이하 "희귀난치성질환등"이라 함)을 가진 사람, 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동(이하 "희귀난치성질환자등"이라 함) 중 소득인정액, 부양의무자 등 기준에 해당하는 경우 및 본인일부부담금 경감 인정을 받은 사람 등의 경우에는 지급기준금액의 100분의 100에 해당하는 금액을 지급합니다(「국민건강보험법 시행규칙」 제26조제1항, 별표 7 제2호 및 제3호 단서).

※ “보조기기에 대한 보험급여” 더 알아보기

3.5. 건강검진

3.5.1. 건강검진 지원

건강검진 지원

건강검진의 실시

▪ 국민건강보험공단(이하 “공단”이라 함)은 지역가입자에 대하여 질병의 조기 발견과 그에 따른 요양급여를 하기 위하여 건강검진을 실시합니다(「국민건강보험법」 제52조제1항).

▪ 건강검진은 「건강검진기본법」에 따라 지정된 건강검진기관(이하 “검진기관”이라 함)에서 실시합니다(「국민건강보험법 시행령」 제25조제2항).

건강검진 종류별 특징

▪ 건강검진의 종류에 따른 검진 대상자, 검진주기 및 건강검진 실시 통보를 받는 사람은 다음과 같습니다(「국민건강보험법」 제52조제2항, 「국민건강보험법 시행령」 제25조 제3항부터 제5항까지,

「암관리법 시행령」 별표 1, 「건강검진 실시기준」 제8조제2항제1호 및 제9조제1항).

건강검진 종류		대상자	검진주기	건강검진 실시 통보
일반건강검진		세대주인 지역가입자 및 20세 이상인 지역가입자	2년마다 1회 이상	검진 당사자에게 통보(각 세대에 통보하는 보험료고지서에 수록하여 안내)
암검진	위암	40세 이상의 남·여	2년	
	간암	40세 이상의 남·여 중 간암 발생 고위험군(간경변증, B형간염 항원 양성, C형간염 항체 양성, B형 또는 C형 간염 바이러스에 의한 만성 간질환 환자)	6개월	
	대장암	50세 이상의 남·여	1년	
	유방암	40세 이상의 여성	2년	
	자궁경부암	20세 이상의 여성	2년	
	폐암	54세 이상 74세 이하의 남·여 중 폐암 발생 고위험군[30갑년(하루 평균 담배소비량 X 흡연기간)이상의 흡연력을 가진 현재 흡연자와 폐암 검진의 필요성이 높은 사람]	2년	

영유아건강검진	6세 미만의 지역가입자	생후 14~35일	검진 시기에 각 1회	해당 세대주에게 통보(각 세대에 통보하는 보험료고지서에 수록하여 안내)
		생후 4~6개월		
		생후 9~12개월		
		생후 18~24개월		
		생후 30~36개월		
		생후 42~48개월		
		생후 54~60개월		
		생후 66~71개월		

건강검진 비용의 부담

▪ 일반건강검진, 의료급여생애전환기검진 및 영유아건강검진에 대한 비용은 공단이 전액 부담합니다(「건강검진 실시기준」 제12조제1항).

▪ 월별 보험료액이 직전년도 11월 기준으로 해당연도 수검예정 건강보험가입자의 하위 50% 이하에 해당하는 지역가입자의 암검진 비용은 국가 및 지방자치단체가 각각 100분의 5(다만, 서울특별시는 국가가 100분의 3, 지방자치단체가 100분의 7)를 부담하고, 공단이 100분의 90을 부담합니다(「암검진 실시기준」 제10조제2호 및 제11조제2항).

▹ 다만, 지역가입자의 자궁경부암 및 대장암 검진비용은 공단이 전액 부담합니다.

3.6. 건강보험급여의 제한 및 지급정지

3.6.1. 보험급여 수급의 제한 및 지급정지

국민건강보험급여의 제한

고의 또는 중과실 등으로 인한 보험급여의 제한

▪ 국민건강보험공단(이하 “공단”이라 함)은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음의 어느 하나에 해당하면 보험급여를 하지 않습니다(「국민건강보험법」 제53조제1항).

▹ 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으킨 경우

▹ 고의 또는 중대한 과실로 공단이나 요양기관의 요양에 관한 지시에 따르지 않은 경우

- 고의 또는 중대한 과실로 「국민건강보험법」 제55조에 따른 문서와 그 밖의 물건의 제출을 거부하거나 질문 또는 진단을 기피한 경우
- 업무 또는 공무로 생긴 질병·부상·재해로 다른 법령에 따른 보험급여나 보상(報償) 또는 보상(補償)을 받게 되는 경우

▪ 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체로부터 보험급여에 상당하는 급여를 받거나 보험급여에 상당하는 비용을 지급받게 되는 경우에는 그 한도에서 보험급여를 하지 않습니다(「국민건강보험법」 제53조제2항).

보험료의 체납에 따른 보험급여의 제한

▪ 공단은 지역가입자가 1개월 이상 세대단위의 보험료를 체납한 경우 그 체납한 보험료를 완납할 때까지 그 지역가입자에 대하여 보험급여를 실시하지 않을 수 있습니다. 다만, 월별 보험료의 총체납횟수(이미 납부된 체납보험료는 총체납횟수에서 제외하며, 보험료의 체납기간은 고려하지 않음)가 6회 미만이거나 지역가입자의 소득·재산 등이 「국민건강보험법 시행령」 제26조제3항에서 정하는 기준 미만인 경우에는 보험급여가 제한되지 않습니다(「국민건강보험법」 제53조제3항제2호 및 제69조제5항).

▪ 위 규정에도 불구하고 공단으로부터 체납보험료의 분할납부 승인을 받고 그 승인된 보험료를 1회 이상 낸 경우에는 보험급여를 할 수 있습니다. 다만, 분할납부 승인을 받은 사람이 정당한 사유 없이 5회(「국민건강보험법」 제82조제1항에 따라 승인받은 분할납부 횟수가 5회 미만인 경우에는 해당 분할납부 횟수를 말함) 이상 그 승인된 보험료를 내지 않은 경우에는 보험급여를 하지 않을 수 있습니다(「국민건강보험법」 제53조제5항).

▪ 보험급여를 하지 않는 기간(이하 “급여제한기간”이라 함)에 받은 보험급여는 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에만 보험급여로 인정합니다(「국민건강보험법」 제53조제6항).

- 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자에게 통지한 날부터 2개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이내에 체납된 보험료를 완납한 경우
- 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자에게 통지한 날부터 2개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이내에 분할납부 승인을 받은 체납보험료를 1회 이상 낸 경우(다만, 체납보험료의 분할납부 승인을 받은 사람이 정당한 사유 없이 5회 이상 그 승인된 보험료를 내지 않은 경우에는 제외함)

국민건강보험급여의 지급 정지

건강보험급여의 지급 정지 사유

▪ 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음의 어느 하나에 해당하면 그 기간에는 보험급여를 하지 않습니다. 다만, 2. 및 3.의 경우에는 「국민건강보험법」 제60조에 따른 요양급여를 실시합니다(「국민건강보험법」 제54조 및 제6조제2항제2호).

1. 국외에 체류하는 경우
2. 「병역법」에 따른 현역병(지원에 의하지 않고 임용된 하사를 포함), 전환복무된 사람 및 군간부후보생에 해당하게 된 경우
3. 교도소나 그 밖에 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 경우

4. 건강보험료

4.1. 건강보험료의 산정 및 납부 등

4.1.1. 보험료 산정

국민건강보험료 산정

월별 보험료 산정

▪ 지역가입자의 월별 보험료액은 세대 단위로 산정합니다(「국민건강보험법」 제69조제5항).

> 지역가입자가 속한 세대의 월별 보험료액 = 소득(지역가입자의 소득월액 X 보험료율)+재산(재산보험료부과점수 X 재산보험료부과점수당 금액)

▹ 보험료율: 지역가입자의 보험료율은 1만분의 719로 합니다(「국민건강보험법 시행령」 제44조제1항).

▹ 재산보험료부과점수: 지역가입자의 재산을 기준으로 산정합니다. 다만, 「국민건강보험법 시행령」 제42조제1항에 따른 지역가입자가 실제 거주를 목적으로 「국민건강보험법 시행령」 제42조제2항에 따른 요건을 충족하는 주택을 구입 또는 임차하기 위하여 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 금융회사등으로부터 대출을 받고 그 사실을 공단에 통보하는 경우에는 해당 대출금액을 「국민건강보험법 시행령」 제42조제3항에 따른 기준으로 평가하여 재산보험료부과점수 산정 시 제외합니다(「국민건강보험법」 제72조제1항, 「국민건강보험법 시행령」 제42조제1항, 제2항 및 제3항).

> ※ 재산보험료부과점수의 구체적인 산정방법은 「국민건강보험법 시행령」 별표 4에서 확인할 수 있습니다.

▹ 재산보험료부과점수당 금액: 지역가입자의 재산보험료부과점수당 금액은 211.5원으로 합니다(「국민건강보험법」 제73조제3항 및 「국민건강보험법 시행령」 제44조제2항).

> **※ "소득" 및 "재산" 의 종류 및 범위**
>
> 소득월액 산정에 포함되는 소득은 다음의 소득(비과세소득은 제외)을 말합니다(「국민건강보험법 시행령」 제41조제1항 및 「소득세법」 제20조제2항).
>
> · 이자소득
>
> · 배당소득
>
> · 사업소득
>
> · 근로소득(다만, 총급여액에서 「소득세법」에 따른 근로소득공제를 적용한 금액으로 함)
>
> · 연금소득(다만, 공적연금소득의 경우에는 「소득세법」 제20조의3제2항을 적용하지 않고 해당 과세기간에 발생한 연금소득 전부를 연금소득으로 함)
>
> · 기타소득

재산보험료부과점수 산정 시 고려하는 재산은 다음과 같습니다(「국민건강보험법 시행령」 제42조제1항).

· 「지방세법」에 따른 재산세의 과세대상이 되는 토지, 건축물, 주택, 선박 및 항공기(다만, 종중재산, 마을 공동재산이나 그 밖에 이에 준하는 공동의 목적으로 사용하는 건축물 및 토지는 제외)

· 주택을 소유하지 않은 지역가입자의 경우에는 임차주택에 대한 보증금 및 월세금액

▪ 월별 보험료액의 상한 및 하한은 다음과 같습니다(「국민건강보험법」 제69조제6항, 「국민건강보험법 시행령」 제32조 및 「월별 건강보험료액의 상한과 하한에 관한 고시」 제2조·제3조).

- 상한: 4,591,740원
- 하한: 20,160원

지역가입자의 세대 분리

▪ 국민건강보험공단은 지역가입자가 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 가입자를 해당 세대에서 분리하여 별도 세대로 구성할 수 있습니다(「국민건강보험법 시행령」 제43조).

- 해당 세대와 가계단위 및 생계를 달리하여 공단에 세대 분리를 신청한 사람
- 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목에 따른 희귀난치성질환자등으로서 본인부담액을 경감받는 사람
- 「병역법」에 따라 소집되어 상근예비역 또는 사회복무요원으로 복무하는 사람
- 「대체역의 편입 및 복무 등에 관한 법률」에 따라 소집되어 대체복무요원으로 복무하는 사람

보험료 징수 기간

▪ 보험료는 지역가입자의 자격을 취득한 날이 속하는 달의 다음 달부터 가입자의 자격을 잃은 날의 전날이 속하는 달까지 징수하되, 가입자의 자격을 매월 1일에 취득한 경우 또는 유공자등 의료보호대상자 중 건강보험 적용 신청(「국민건강보험법」 제5조제1항제2호가목)으로 가입자의 자격을 취득하는 경우에는 그 달부터 징수합니다(「국민건강보험법」 제69조제2항).

국민건강보험료 산정 제외

보험료부과점수 제외

▪ 지역가입자가 다음의 어느 하나에 해당하면 그 가입자가 속한 세대의 보험료를 산정할 때 그 가입자의 소득월액 및 재산보험료부과점수를 제외합니다(「국민건강보험법」 제74조제2항, 제6조제2항제2호 및 제54조제2호·제3호·제4호).

- 국외에서 체류하는 경우
- 「병역법」에 따른 현역병(지원하지 않고 임용된 하사를 포함), 전환복무된 사람 및 군간부후보생
- 교도소나 그 밖에 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 경우

보험료부과점수 제외 기간

▪ 보험료의 면제나 보험료의 산정에서 제외되는 소득월액 및 재산보험료부과점수는 급여정지 사유(「국민건강보험법」 제54조제2호부터 제4호)가 생긴 날이 속하는 달의 다음 달부터 사유가 없어진 날이 속하는 달까지 적용됩니다. 다만, 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 달의 보험료를 면제하지 않거나 보험료의 산정에서 소득월액 및 재산보험료부과점수를 제외하지 않습니다(「국민건강보험법」

제74조제3항).

1. 급여정지 사유가 매월 1일에 없어진 경우

2. 국외에 체류하는 지역가입자가 국내에 입국하여 입국일이 속하는 달에 보험급여를 받고 그 달에 출국하는 경우

4.1.2. 보험료 경감

국민건강보험료 경감 사유 및 경감률

섬·벽지지역 경감

▪ 요양기관까지의 거리가 멀거나 대중교통으로 이동하는 시간이 오래 걸리는 지역으로서 「보험료 경감고시」 별표 1의 섬·벽지 지역에 거주하는 가입자는 그 세대별 또는 가입자 보험료액의 100분의 50을 경감합니다(「국민건강보험법」 제75조제1항제1호, 「국민건강보험법 시행령」 제45조제1호, 「국민건강보험법 시행규칙」 제46조제1호 및 「보험료 경감고시」 제3조제1항).

농어촌지역 경감

▪ 다음의 농어촌지역에 거주하는 지역가입자는 그 세대별 보험료액의 100분의 22를 경감합니다(「국민건강보험법」 제75조제1항제1호, 「국민건강보험법 시행령」 제45조제2호, 「국민건강보험법 시행규칙」 제46조제2호 및 「보험료 경감고시」 제4조).

농어촌지역	지역가입자
▪ 군 및 도농복합 형태 시의 읍·면 지역	▪ 「농어업·농어촌 및 식품산업 기본법」에 따른 농어업인 ▪ 「수산업법」에 따른 어업인 ▪ 「광업법」에 따른 광업에 종사하는 사람 ▪ 「소득세법」에 따른 사업소득이 연간 500만원 이하인 사람
▪ 「지방자치법」에 따른 시와 군의 지역 중 동(洞) 지역으로서 「국토의 계획 및 이용에 관한 법률」에 따라 지정된 주거지역·상업지역 및 공업지역을 제외한 지역 ▪ 「농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법」 제33조에 따른 준농어촌에 해당하는 지역	▪ 「농어업·농어촌 및 식품산업 기본법」에 따른 농어업인 ▪ 「수산업법」에 따른 어업인 ▪ 「광업법」에 따른 광업에 종사하는 사람

세대경감

▪ 지역가입자 세대의 구성요건이 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 「보험료 경감고시」 별표 2의 보험료 경감기준에 따라 그 세대별 보험료액의 일부를 경감할 수 있습니다(「국민건강보험법」 제75조제1항제2호, 제3호, 제4호, 제6호, 「국민건강보험법 시행규칙」 제46조제4호, 제6호 및 「보험료 경감고시」 제6조제1항).

- 가입자 중 65세 이상 노인이 있는 세대
- 70세 이상 노인 가입자만 있는 세대(부부인 경우 배우자가 70세 이하인 경우 포함)
- 한부모가족세대(조손가족세대 포함)로서 직계비속의 연령이 모두 21세 미만이거나 21세 이상인 사람이 있더라도

군복무중(사회복무요원, 상근예비역 포함) 또는 학생(대학원생, 재수생, 직업훈련원생 등 포함)인 세대

- 55세 이상 여자단독세대
- 소년·소녀가정세대로서 세대구성원 모두 21세 미만이거나 21세 이상인 사람이 있더라도 군복무중(사회복무요원, 상근예비역 포함) 또는 학생(대학원생, 재수생, 직업훈련원생 등 포함)인 세대
- 「장애인복지법」상의 등록장애인 또는 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 국가유공자 등(법률 제11041호로 개정되기 전의 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제73조의2에 따른 국가유공자 등을 포함)으로서 상이등급을 받은 사람, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」에 따른 보훈보상대상자로서 상이등급을 판정받은 사람이 있는 세대
- 사업소득이 있는 세대가 사업장의 화재, 부도, 경매 등으로 현재 사업장 운영에 막대한 지장이 있어 실제 생활이 극히 어려운 세대
- 보험료 부과대상이 되는 재산세 과세표준액의 3분의 2 이상에 해당하는 재산이 경매중이거나 전체 보험료부과대상 재산이 압류되어 있고 압류채권액이 전체 보험료부과대상 재산 과세표준액의 3분의 2 이상 세대
- 생계유지에 책임이 있는 가입자가 6개월 이상 장기간 수용시설(교도소 등)에 있거나, 행방불명되어 실제 생활이 극히 어려운 세대
- 가입자가 폐질환, 만성신부전증, 고엽제 후유증 그 밖에 이와 유사한 만성질환이 있어 실제 생활이 극히 어려운 세대

재난경감

- 「재난 및 안전관리 기본법」 제60조에 따라 대통령이 특별재난지역으로 선포한 지역에 거주하는 지역가입자로서 다음 중 어느 하나에 해당하는 지역가입자가 속한 세대의 보험료는 「보험료 경감고시」 별표 3에서 정하는 기준에 따라 경감합니다(「보험료 경감고시」 제7조제1항).
  - 「자연재난 구호 및 복구 비용 부담기준 등에 관한 규정」 제9조에 따른 재난지원금을 지급 받는 지역가입자
  - 「사회재난 구호 및 복구 비용 부담기준 등에 관한 규정」 제3조제1항제1호의 생활안정지원을 받는 지역가입자
  - 「소기업 및 소상공인 지원을 위한 특별조치법」 제2조에 따른 소상공인인 지역가입자
- 재난경감은 재난발생일이 속하는 달의 다음 달(재난발생일이 매월 1일인 경우에는 그 달로 한다)부터 3개월분의 보험료에 대하여 실시합니다. 다만, 인적피해(사망, 실종 또는 부상)와 물적피해가 동시에 발생한 경우에는 6개월분의 보험료를 경감합니다(「보험료 경감고시」 제7조제2항).

계좌이체자 등에 대한 보험료 감액

- 보험료 납부의무자가 전자문서로 납입 고지 또는 독촉을 받거나 계좌 또는 신용카드 자동이체의 방법으로 보험료를 내는 납부의무자에 대해서는 그에 따라 절감되는 우편요금 등 행정비용의 범위에서 보험료를 감액하거나 감액하는 금액에 상당하는 금품을 제공할 수 있습니다(「국민건강보험법」 제75조제2항 및 「국민건강보험법 시행령」 제45조의2).

4.1.3. 보험료 납부

국민건강보험료 납부

보험료 납부의무자

- 지역가입자의 보험료는 그 가입자가 속한 세대의 지역가입자 전원이 연대하여 납부합니다(「국민건강보험법」 제77조제2항 본문).

▪ 다만, 소득 및 재산이 없는 미성년자와 소득 및 재산 등을 고려하여 다음의 기준에 해당하는 미성년자는 납부의무를 부담하지 않습니다(「국민건강보험법」 제77조제2항 단서 및 「국민건강보험법 시행령」 제46조 본문).

▸ 성년자가 포함된 세대의 미성년자로서 다음의 요건을 모두 갖춘 미성년자

√ 「국민건강보험법 시행령」 제41조제1항에 따른 소득의 합이 연간 100만원 이하일 것

√ 「국민건강보험법 시행령」 제42조제1항제1호에 해당하는 재산이 없을 것

▸ 부모가 모두 사망한 미성년자로서 「국민건강보험법 시행령」 제41조제1항에 따른 소득의 합이 연간 100만원 이하일 것

▪ 그러나 「국민건강보험법 시행령」 제41조제1항제2호의 배당소득 또는 같은 항 제3호의 사업소득으로서 「소득세법」 제168조제1항에 따른 사업자등록을 한 사업에서 발생하는 소득이 있는 미성년자는 제외합니다(「국민건강보험법 시행령」 제46조 단서).

※ "소득 및 재산" 더 알아보기

보험료 납부방법

▪ 국민건강보험공단이 납입 고지한 보험료 등을 납부하는 지역가입자는 신용카드, 직불카드 등으로 건강보험료를 납부할 수 있습니다(「국민건강보험법」 제79조의2제1항).

보험료 납부기한

▪ 보험료 납부의무가 있는 지역가입자는 그 달의 보험료를 그 다음 달 10일까지 납부해야 합니다(「국민건강보험법」 제78조제1항 본문).

▪ 다만, 지역가입자는 분기가 시작되는 달의 전달 말일까지 건강보험료 분기납부 신청서를 국민건강보험공단에 제출하면 분기별로 보험료를 납부할 수 있습니다. 이 때 분기별로 납부하는 보험료의 납부기한은 해당 분기가 끝나는 달의 다음 달 10일로 합니다(「국민건강보험법」 제78조제1항 단서, 「국민건강보험법 시행규칙」 제47조제1항, 제2항 및 별지 제28호서식).

4.1.4. 보험료 체납 및 독촉

국민건강보험료 체납

보험료 체납에 따른 연체금

▪ 국민건강보험공단(이하 "공단"이라 함)은 보험료 등(보험료 및 그 밖의 징수금을 말함. 이하 같음)의 납부의무자가 납부기한까지 보험료 등을 내지 않으면 그 납부기한이 지난 날부터 매 1일이 경과할 때마다 다음에 해당하는 연체금을 징수합니다(「국민건강보험법」 제80조제1항).

▸ 「국민건강보험법」 제69조에 따른 보험료 또는 제53조제3항에 따른 보험급여 제한 기간 중 받은 보험급여에 대한 징수금을 체납한 경우 : 해당 체납금액의 1천500분의 1에 해당하는 금액. 이 경우 연체금은 해당 체납금액의 1천분의 20을 넘지 못함

▸ 그 외에 「국민건강보험법」에 따른 징수금을 체납한 경우 : 해당 체납금액의 1천분의 1에 해당하는 금액. 이 경우 연체금은 해당 체납금액의 1천분의 30을 넘지 못함

▪ 공단은 보험료 등의 납부의무자가 체납된 보험료 등을 내지 않으면 납부기한 후 30일이 지난 날부터 매 1일이 경과할 때마다 다음에 해당하는 연체금을 위의 연체금에 더하여 징수합니다(「국민건강보험법」 제80조제2항).

▹ 「국민건강보험법」 제69조에 따른 보험료 또는 제53조제3항에 따른 보험급여 제한 기간 중 받은 보험급여에 대한 징수금을 체납한 경우: 해당 체납금액의 6천분의 1에 해당하는 금액. 이 경우 연체금(「국민건강보험법」 제80조제1항제1호의 연체금을 포함한 금액을 말함)은 해당 체납금액의 1천분의 50을 넘지 못함

▹ 그 외에 「국민건강보험법」에 따른 징수금을 체납한 경우: 해당 체납금액의 3천분의 1에 해당하는 금액. 이 경우 연체금(「국민건강보험법」 제80조제1항제2호의 연체금을 포함한 금액을 말함)은 해당 체납금액의 1천분의 90을 넘지 못함

▪ 다만, 공단은 다음의 어느 하나에 해당하는 사유가 있으면 연체금을 징수하지 않을 수 있습니다(「국민건강보험법」 제80조제3항 및 「국민건강보험법 시행규칙」 제51조).

▹ 천재지변으로 인한 체납

▹ 전쟁 또는 사변으로 인한 체납

▹ 연체금의 금액이 공단의 정관으로 정하는 금액 이하인 경우

▹ 사업장 또는 사립학교의 폐업·폐쇄 또는 폐교로 체납액을 징수할 수 없는 경우

▹ 화재로 피해가 발생해 체납한 경우

▹ 그 밖에 보건복지부장관이 연체금을 징수하기 곤란한 부득이한 사유가 있다고 인정하는 경우

국민건강보험료 납부 독촉

보험료 납부 독촉

▪ 공단은 보험료 등을 내야 하는 자가 보험료 등을 내지 않으면 기한을 정하여 독촉할 수 있습니다(「국민건강보험법」 제81조제1항 전단).

▪ 이 경우 지역가입자의 세대가 2명 이상으로 구성된 경우에는 그 중 1명에게 한 독촉은 세대 구성원인 다른 지역가입자 모두에게 효력이 있는 것으로 봅니다(「국민건강보험법」 제81조제1항 후단).

▪ 공단은 보험료 등의 납부를 독촉할 때에는 10일 이상 15일 이내의 납부기한을 정하여 독촉장을 발부해야 합니다(「국민건강보험법」 제81조제2항).

보험료 납부 독촉의 효력

▪ 공단은 독촉을 받은 사람이 그 납부기한까지 보험료 등을 내지 않으면 보건복지부장관의 승인을 받아 국세 체납처분의 예에 따라 보험료를 징수할 수 있습니다(「국민건강보험법」 제81조제3항).

5. 건강보험에 관한 분쟁해결

5.1. 이의신청 및 심판청구

5.1.1. 이의신청 및 심판청구

이의신청

이의신청 대상

▪ 지역가입자의 자격, 보험료 등(보험료 및 그 밖의 징수금을 말함. 이하 같음), 보험급여, 보험급여 비용에 관한 국민건강보험공단(이하 “공단”이라 함)의 처분에 이의가 있는 사람은 공단에 이의신청을 할 수 있습니다(「국민건강보험법」 제87조제1항).

▪ 지역가입자의 요양급여비용 및 요양급여의 적정성 평가 등에 관한 건강보험심사평가원의 처분에 이의가 있는 공단, 요양기관 또는 그 밖의 사람은 심사평가원에 이의신청을 할 수 있습니다(「국민건강보험법」 제87조제1항).

이의신청 제기기간

▪ 이의신청은 처분이 있음을 안 날부터 90일 이내에 문서(전자문서를 포함)로 하여야 하며 처분이 있은 날부터 180일을 지나면 제기하지 못합니다. 다만, 정당한 사유로 그 기간에 이의신청을 할 수 없었음을 소명한 경우에는 이의신청을 할 수 있습니다(「국민건강보험법」 제87조제3항).

이의신청 방법

▪ 이의신청을 하려는 사람은 이의신청서(「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제32호서식)를 작성하여 국민건강보험공단(공단본부, 지역본부 및 전국 각 지사)에 직접 방문 또는 우편이나 팩스를 통해 이의신청을 할 수 있습니다.

▪ 또한 온라인을 통해 별도의 서식을 다운받을 필요 없이, 공인인증서 로그인 후 바로 이의신청을 할 수 있습니다[국민건강보험공단 홈페이지 – 국민소통·참여 – 권리구제제도 – 이의신청(심사청구) 안내].

이의신청 결정기간

▪ 공단과 건강보험심사평가원은 이의신청을 받은 날부터 60일 이내에 결정을 해야 합니다(「국민건강보험법 시행령」 제58조제1항 본문).

▪ 다만, 부득이한 사정이 있는 경우에는 30일의 범위에서 그 기간을 연장할 수 있으며 이 때 결정기간을 연장하려면 결정기간이 끝나기 7일 전까지 이의신청을 한 사람에게 그 사실을 알려야 합니다(「국민건강보험법 시행령」 제58조제1항 단서 및 제2항).

이의신청 결정의 통지

▪ 공단과 건강보험심사평가원은 이의신청에 대한 결정을 하였을 때에는 지체 없이 신청인에게 결정서의 정본(正本)을 보내고, 이해관계인에게는 그 사본을 보내야 합니다(「국민건강보험법 시행령」 제57조).

심판청구

심판청구의 제기

▪ 이의신청에 대한 결정에 불복하는 사람은 건강보험분쟁조정위원회에 심판청구를 할 수 있습니다(「국민건강보험법」 제88조제1항 전단).

심판청구 제기기간

▪ 심판청구는 공단의 이의신청결정이 있음을 안 날부터 90일 이내에 문서(전자문서를 포함)로 하여야 하며 이의신청결정이 있은 날부터 180일을 지나면 제기하지 못합니다. 다만, 정당한 사유로 그 기간에 심판청구를 할 수 없었음을 소명한 경우에는 심판청구를 할 수 있습니다(「국민건강보험법」 제88조제1항 후단 및 제87조제3항).

심판청구 방법

▪ 심판청구를 하려는 사람은 심판청구서를 공단, 건강보험심사평가원 또는 건강보험분쟁조정위원회에 직접 방문 또는 우편을 통하여 신청할 수 있습니다(「국민건강보험법 시행령」 제59조 및 국민건강보험공단 홈페이지 – 국민소통·참여 – 상담문의 – 자주 묻는 질문).

▪ 심판청구는 보건복지부의 건강보험분쟁조정위원회(https://hi.simpan.go.kr)의 홈페이지에서 온라인으로도 신청할 수 있습니다.

심판청구 결정기간

▪ 건강보험분쟁조정위원회는 심판청구서가 제출된 날부터 60일 이내에 결정을 해야 합니다(「국민건강보험법 시행령」 제61조제1항 본문).

▪ 다만, 부득이한 사정이 있는 경우에는 30일의 범위에서 그 기간을 연장할 수 있으며 이 때 결정기간을 연장하려면 결정기간이 끝나기 7일 전까지 청구인에게 그 사실을 알려야 합니다(「국민건강보험법 시행령」 제61조제1항 단서 및 제2항).

심판청구 결정의 통지

▪ 건강보험분쟁조정위원회의 위원장은 심판청구에 대하여 결정을 하였을 때에는 심판청구의 취지 등을 적은 결정서에 서명 또는 기명날인하여 지체 없이 청구인에게는 결정서의 정본을 보내고, 처분을 한 사람 및 이해관계인에게는 그 사본을 보내야 합니다(「국민건강보험법 시행령」 제60조).

> ※ 그 밖의 구제방법 더 알아보기(『행정소송』 및 『나홀로 민사소송』)