MARSH

# Adobe Systems Korea
# 2026 임직원 단체보험 매뉴얼



# Contents

1. **단체보험 보장내용** ..... 1

2. **보험금 청구 절차 및 필수 구비서류** ..... 5

3. **보험금 청구 시 유의사항** ..... 6

4. **실손의료비 보상하지 않는 사항(요약)** ..... 7

1

# 단체보험 보장내용

■ **보험기간** **2026 년 08 월 05 일 ~ 2027 년 08 월 05 일**

■ **보 험 사** **교보생명보험**

■ **보장내용**

(단위: 원)

| 구분 | 보장내용 | 보장금액 | 보장대상 |
|---|---|---|---|
| **재해사망** | 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 사망 시 | 연봉 3 배<br>(10 억 한도) | 임직원 |
| **재해장해** | 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 영구적 장해 시<br>▪ 장해등급에 따라 가입금액의 3% ~ 100% 보장 | 연봉 3 배<br>(10 억 한도) | |
| **질병사망 및 고도후유장해** | 보험기간 중 재해 이외의 원인으로 사망 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해율이 80% 이상 영구적 장해 시 | 연봉 3 배<br>(10 억 한도) | |
| **2 대질병진단비** | 보험기간 중 뇌출혈 또는 급성심근경색증으로 진단 확정 시 (각 최초 1 회한) | 2 천만 | 임직원<br>배우자 |
| **암진단비** | 보험기간 중 암으로 진단 확정시 암 종류별로 보장금액 지급 (최초 1 회한)<br>▪ 일반암 100% / 갑상선암, 경계성종양 30% / 제자리암, 기타피부암, 대장점막내암 10%<br>▪ 기존 암 진단 경력자 및 재발, 전이암 제외 | 2 천만 | |
| **수술비** | 보험기간 중 발생한 재해, 질병의 치료를 위해 약관에서 정한 수술 시 보장금액 지급<br>▪ 수술 1 종: 10 만 / 2 종: 30 만 / 3 종: 50 만 / 4 종: 100 만 / 5 종: 300 만<br>▪ 수술: 의료기구를 사용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말함<br>▪ 흡인, 천자 등의 조치 및 신경차단(Nerve Block)은 제외<br>▪ 동시에 두 종류 이상 수술을 받은 경우 가장 높은 급여금에 해당하는 한 수술비만 지급<br>▪ 미용성형상의 수술, 피임 목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술 등 제외 | 10 만 ~ 300 만 | 임직원 |
| **입원급여금** | 보험기간 중 발생한 재해 또는 질병의 치료를 직접적인 목적으로 1 일 이상 입원 시 보장금액 지급 (1 회 입원 당 지급일수 120 일 한도)<br>▪ 임신, 출산 및 산후기(유산 포함) 제외<br>▪ 정신 및 행동장애(F 코드), 선천성 질환(Q 코드) 등 제외<br>▪ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우 제외<br>▪ 치과보철 및 미용상의 처치 등 제외<br>▪ 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우 제외 | 5 만/일 | |
| **간호비** | 보험기간 중에 발생한 재해, 질병, 출산으로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 국민건강보험법이 적용되는 입원 치료 시 입원 1 일부터 보장금액 지급<br>▪ 자동차사고, 산재사고 제외<br>▪ 정신 및 행동장애(F 코드), 선천성 질환(Q 코드) 등 제외<br>▪ 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인(Z 코드) 제외<br>▪ 임신, 출산 및 산후기 관련 질환: 한국표준질병·사인분류 O 코드(O00~O99) 해당 건 보장<br>▪ 최대 365 일(국민건강보험 적용기간) 한도 | 5 만/일 | 임직원<br>배우자<br>자녀 |

<table>
<tr><th>구분</th><th>보장내용 및 보장금액</th><th>보장대상</th></tr>
<tr><td>(실손)<br>상해.질병<br>급여</td><td>
보험기간 중 발생한 상해, 질병(출산포함)으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 치료를 받은 경우에는 본인이 실제로 부담한 급여 의료비를 연간 보험가입금액의 한도 내에서 아래와 같이 보상합니다.
<table>
<tr><th>구분</th><th colspan="2">보상금액</th><th>보상한도</th></tr>
<tr><td>입원</td><td colspan="2">급여 본인부담금의 80%에 해당하는 금액</td><td rowspan="5">입.통원 합산<br>연간 3000 만원 한도<br><br>통원 1 회당<br>15 만원 한도로 지급</td></tr>
<tr><td rowspan="4">통원</td><td colspan="2">통원 1 회당 (외래 및 처방조제 합산) '급여 본인부담금'에서<br>아래 '통원항목별 공제금액'을 공제한 금액</td></tr>
<tr><td>병원구분</td><td>공제금액</td></tr>
<tr><td>의원급/병원급 및 약국</td><td>1 만원, 보장대상의료비 20%,<br>보장대상의료비에 *건강보험 본인부담률을<br>곱한 금액 중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>종합병원/전문요양기관/<br>상급종합병원 및 약국</td><td>2 만원, 보장대상의료비 20%,<br>보장대상의료비에 *건강보험 본인부담률을<br>곱한 금액 중 큰 금액</td></tr>
</table>
*건강보험 본인부담률: 진료비 및 약제비계산서'영수증 상 '급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금'을 '급여 일부본인부담 항목의 급여 본인부담금과' '급여 공단부담금'의 합계액으로 나누어 산출한 값<br><br>
*건강보험 본인부담률 = 급여 의료비 본인부담금 / 급여 의료비 총액 (공단부담금 + 본인부담금)
</td><td></td></tr>
<tr><td>(실손)<br>상해.질병<br>중증비급여</td><td>
보험기간 중 산정특례 대상 질환으로 상해, 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 치료를 받은 경우에는 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비를 연간 보험가입금액의 한도 내에서 아래와 같이 보상합니다. (임신 및 출산 관련 보장 제외)
<table>
<tr><th>구분</th><th colspan="3">보상금액</th><th>보상한도</th></tr>
<tr><td>입원</td><td colspan="3">비급여 의료비의 70%에 해당하는 금액<br>▪ 종합병원, 상급종합병원 입원 시 공제금액 연간 500 만원 상한</td><td rowspan="5">입.통원 합산<br>연간 3000 만원 한도<br><br>통원 1 회당<br>15 만원 한도로 지급<br>(통원 연간 100 회 한도)</td></tr>
<tr><td>상급병실료<br>차액</td><td colspan="3">비급여 병실료의 50% (1 일 평균금액 10 만원 한도)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">통원</td><td colspan="3">통원 1 회당 (외래 및 처방조제 합산) '비급여 의료비'에서 아래<br>'통원항목별 공제금액'을 공제한 금액</td></tr>
<tr><td colspan="2">항목</td><td>공제금액</td></tr>
<tr><td colspan="2">의료기관 및 약국</td><td>3 만원과 보장대상 의료비의 30%<br>중 큰 금액</td></tr>
<tr><td rowspan="5">3 대 비급여</td><td colspan="4">보험기간 중 발생한 상해 및 질병의 치료목적으로 입원 또는 통원하여 아래의 비급여로 치료를<br>받은 경우 본인이 실제로 부담한 비급여의료비에서 공제금액을 차감한 금액을 아래의 보장한도<br>범위 내에서 보상 (임신 및 출산관련 보장 제외)</td></tr>
<tr><td>항목</td><td>공제금액</td><td>보상한도</td></tr>
<tr><td>*근골격계 이학요법·체외충격파</td><td rowspan="3">3 만원과<br>보장대상의료비 30% 중<br>큰 금액</td><td>350 만원 이내 (합산 50 회)</td></tr>
<tr><td>비급여 주사료</td><td>250 만원 이내 (50 회)</td></tr>
<tr><td>자기공명영상진단 (MRI/MRA)</td><td>300 만원 이내</td></tr>
</table>
-산정특례대상질환: 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)」제 4 조부터 제 5 조의 3 까지에 따른 산정특례 대상인 질환주)(암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀질환, 중증난치질환, 중증화상, 중증외상, 결핵, 잠복결핵 등)<br>
-근골격계 이학요법치료·체외충격파치료의 각 치료횟수를 합산하여 최초 10 회 보장하고, 이후 객관적이고 일반적으로 인정되는 검사결과 등을 토대로 증상의 개선, 병변호전 등이 아래의 각 호 기준에 따라 확인된 경우에 한하여 10 회 단위로 연간 50 회까지 보상합니다.<br>
-근골격계이학요법 치료: 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 내 비급여 목록 중 근골격계 질환의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 일체<br>
(예시: FIMS(기능적근육내 자극치료), 신장분사치료, 증식치료, 비침습적 무통증 신호요법 등)<br>
-주사료 : 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료로 사용된 행위, 약제 및 치료재료대<br><br>
<증상의 개선, 병변호전 등은 어떻게 확인하나요?><br>
- 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 체절기능부전등을 평가한 결과로 판단합니다.
</td><td>임직원<br>배우자<br>자녀</td></tr>
</table>

**(실손) 상해.질병 비중증비급여**

보험기간 중 **산정특례 대상 질환 외** 상해, 질병(출산 포함)으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 치료를 받은 경우에는 본인이 실제로 부담한 비급여의료비를 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다.

* 임신 및 출산은 입원 치료만 보상 가능 (통원치료는 보상 불가)
* 자녀는 임신 및 출산 보장 제외

<table>
<tr><th>구분</th><th colspan="2">보상금액</th><th>보상한도</th></tr>
<tr><td>입원</td><td colspan="2">비급여 의료비의 50%에 해당하는 금액</td><td rowspan="5">입·통원 합산<br>연간 600 만원 한도<br><br>통원 1 일당<br>15 만원 한도로 지급<br>(통원 연간 100 일 한도)</td></tr>
<tr><td>상급병실료 차액</td><td colspan="2">비급여 병실료의 50% (1 일 평균 10 만원 한도)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">통원</td><td colspan="2">통원 1 일당 (외래 및 처방조제 합산) '비급여 의료비'에서 아래 '통원항목별 공제금액'을 공제한 금액</td></tr>
<tr><td>항목</td><td>공제금액</td></tr>
<tr><td>의료기관 및 약국</td><td>1 일당 5 만원과 보장대상의료비의 50% 중 큰 금액</td></tr>
<tr><td rowspan="3">자기공명 영상진단</td><td colspan="3">보험기간 중 발생한 상해 및 질병의 치료목적으로 입원 또는 통원하여 비급여자기공명영상진단 치료를 받은 경우 본인이 실제로 부담한 비급여의료비에서 공제금액을 차감한 금액을 아래의 보장한도 범위 내에서 보상합니다. (임신 및 출산관련 보장 제외)</td></tr>
<tr><td>항목</td><td>공제금액</td><td>보상한도</td></tr>
<tr><td>자기공명영상진단 (MRI/MRA)</td><td>5 만원과 보장대상의료비의 50% 중 큰 금액</td><td>200 만원 이내</td></tr>
</table>

- '비중증' 비급여 의료비에서 근골격계 이학요법 및 체외충격파 치료, 비급여 주사료는 보장하지 않습니다.

**실손의료비 공통적용사항**

▪ 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.
피보험자가 의료급여를 적용 받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다. 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 보험 가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
▪ 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 "배우자"라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조))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 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
▪ 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 제 50 조에 따른 부가급여도 지원으로 간주합니다)받은 경우에는 감면 또는 지원 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.
▪ 1 회 입원이라 함은 퇴원 없이 계속중인 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 재입원 하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1 회 입원으로 봅니다.
▪ 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.
▪ 하나의 상해 또는 질병으로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되 (조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1 회로 보아 적용합니다. 이 때 공제금액은 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다. (급여의료비/중증 비급여의료비)
▪ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2 회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1 회의 통원으로 보아 적용합니다. 이 때 공제금액은 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다. (급여의료비/중증 비급여의료비)
▪ 의료기관을 1 회 통원(또는 1 회 입원)하여 2 종류(회) 이상 치료를 받거나 동일한 치료를 2 회 이상 받은 경우는 다음과 같이 1 회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.
-근골격계 이학요법치료·체외충격파치료 중 2 종류 이상의 치료를 받거나 동일한 치료를 2 회 이상 받는 경우 각 치료행위를 1 회로 보고 각각 1 회당 공제금액 및 보상한도를 적용(중증 3 대 비급여- 근골격계 이학요법·체외충격파)
-1 회 통원(또는 1 회 입원)하여 치료목적으로 2 회 이상 주사치료를 받더라도 1 회로 보고 공제금액 및 보상한도를 적용(중증 3 대 비급여-비급여 주사)
-1 회 통원(또는 1 회 입원)하여 2 개 이상 부위에 걸쳐 이 특별약관에서 정한 MRI/MRA 진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2 회 이상 이 특별약관에서 정한 MRI/MRA 을 받은 경우 각 진단행위를 1 회로 보아 각각 1 회당 공제금액 및 보장 한도를 적용합니다. (중증 3 대 비급여 자기공명영상진단, 비중증 비급여 자기공명영상진단)
▪ 다수보험의 처리(비례보상)_실손의료비(급여의료비/중증 비급여의료비/비중증 비급여의료비)
① 다수보험의 경우 각 계약의 보장대상의료비 및 보장책임액에 따라 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급
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 계산

$$\text{각 계약별 비례분담액} = (\text{각 계약의 보장대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}) \times \frac{\text{각 계약별 보장책임액}}{\text{각 계약별 보장책임액을 합한 금액}}$$

※ 본 자료는 Adobe Systems Korea 임직원의 이해를 돕기 위해 참고용으로 작성된 자료로 보험 약관의 규정에 따라 보상됩니다.

# ※ 실손의료비 개편 안내

**실손의료비 4 세대** → **실손의료비 5 세대**

| 구분 | | 자기부담 | 가입금액 |
|---|---|---|---|
| 급여 | 상해급여 | 입원 : 20%<br>통원 : Max[20%, 1/2 만원] | 연간합산 1 천만<br>(통원 회당 10 만) |
| | 질병급여 | | |
| 비급여 | 상해비급여 | 입원 : 30%<br>통원 : Max[30%, 3 만원] | 연간합산 1 천만<br>(통원 회당 10 만) |
| | 질병비급여 | | |
| | 3 대비급여 | Max[30%, 3 만원] | 도수·체외충격파·증식<br>치료 : 350 만/ 50 회<br>주사료 : 250 만/ 50 회<br>MRI/MRA : 300 만 |

| 구분 | | 자기부담 | 가입금액 |
|---|---|---|---|
| 급여 | 상해급여 | 입원 : 20%<br>통원 : Max[20%, 1/2 만원, 건강보험 본인부담률*] | 연간합산 3 천만<br>(통원 회당 15 만) |
| | 질병급여 | | |
| 중증 비급여 | 상해비급여 | 입원 : 30%<br>통원 : Max[30%, 3 만원] | 연간합산 3 천만<br>(통원 회당 15 만) |
| | 질병비급여 | | |
| | 3 대비급여 | Max[30%, 3 만원] | 근골격계이학요법·체외충격파 : 350 만/ 50 회<br>주사료 : 250 만/ 50 회<br>MRI/MRA : 300 만 |
| 비중증 비급여 | 상해비급여 | 입원 : 50%<br>통원 : Max[50%, 5 만원] | 연간합산 6 백만<br>(통원 일당 15 만)<br>* 병·의원 입원 회당 300 만 한도 |
| | 질병비급여 | | |
| | 자기공명영상진단 | Max[50%, 5 만원] | 200 만 |

금융감독원 실손의료비 개편에 따라, 2026.08.05 부터 단체보험 실손의료비가 5 세대로 변경됩니다.

[주요 변경 사항]

1. 급여 : 통원 자기부담률 계산 시, 건강보험 본인부담률 연동

$$\text{*건강보험 본인부담률} = \frac{\text{급여 의료비 본인부담금}}{\text{급여 의료비 총액 (공단부담금 + 본인부담금)}}$$

2. 4 세대 실손의 비급여가 5 세대에서 중증비급여로 비중증비급여로 나뉨
   중증비급여만 3 대비급여를 가입하며, 비중증비급여는 자기공명영상진단(MRI/MRA)만 가입(근골격계 이학요법 및 체외충격파 치료, 비급여주사료는 가입불가)

3. 중증/비중증의 구분은 '국민건강보험 산정특례'의 대상 여부를 기준으로 함
   (산정특례질환 예시: 암, 뇌혈관질환, 심장질환, 결핵, 중증 외상, 희귀질환/난치질환 등)

4. 근골격계이학요법 치료: 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」내 비급여 목록 중 근골격계 질환의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 일체)
   (예시 : FIMS(기능적근육내 자극치료), 신장분사치료, 증식치료, 비침습적 무통증 신호요법 등)

2

# 보험금 청구 절차 및 필수 구비서류

## ■ 사망, 장해, 진단 보험금을 청구하실 경우 Marsh Korea 담당자에게 구비서류 문의 부탁드립니다.

| 구분 | 구비서류 | 확인사항 | 발행기관 |
|---|---|---|---|
| 공통서류 | 보험금청구서<br>(개인[신용]정보처리에 관한 동의 포함) | 사고내용기재, 자필서명 必 (미성년 자녀의 청구건: 법정대리인 서명 날인 필수)<br>- 상해사고: 사고일시, 장소, 사고경위 등 6 하 원칙에 의거 작성 요망<br>- 질병: 정확한 진단명(병명)을 기재 | 별첨서류 |
| 수술비 | 수술확인서 | 수술확인서에 진단명, 수술명, 수술일자 기재된 것<br>- 진단서 또는 입퇴원확인서에 진단명, 수술명, 수술일자 기재 시 대체 가능 | 병원 |
| 입원 | 진단서 또는<br>입퇴원확인서 | 환자성명, 주민등록번호, 입원사유(병명/진단코드), 입원기간 기재된 것<br>- 입퇴원확인서 상에 병명(진단코드)이 없는 경우 진단서 추가 첨부 | |
| | 진료비 계산서영수증 | 항목별 금액이 보험급여 및 비급여로 구분되고, 수납금액 확인된 전산발행영수증<br>- 소득공제용 납입확인서, 카드영수증, 현금매출영수증, 수기영수증은 접수 및 처리불가<br>- 한방병원 또는 한의원의 경우, 한방진료비 계산서영수증 | |
| | 진료비세부내역서 | 원무과에 별도로 요청하여 발급<br>-한방병원 또는 한의원의 경우, 한방진료비 세부산정내역 | |
| 통원 | 진료비계산서영수증<br>(진료일자 별 각각 발급) | 항목별 금액이 보험급여 및 비급여로 구분되고, 수납금액 확인된 전산발행영수증<br>- 통원(외래) 진료일자 별로 정리하여 제출<br>- 소득공제용 납입확인서, 카드영수증, 현금매출영수증, 수기영수증은 접수 및 처리불가<br>- 한방병원 또는 한의원의 경우, 한방진료비 계산서영수증 | |
| | 병명 확인 서류 | 진료금액 10 만원 초과 시, 처방전, 진료확인서, 진료차트, 진료기록지, 소견서 등<br>병명(질병분류기호)이 포함된 서류 한 가지 제출<br>- 부인과, 항문외과, 비뇨기과, 피부과, 성형외과, 정신건강의학과 청구 시 청구금액 상관없이 병명확인서류 제출 (진단코드 기재된 환자 보관용 처방전으로 대체 가능) | |
| | 진료비세부내역서 | 비급여 금액 발생시 원무과에 별도로 요청하여 발급<br>-한방병원 또는 한의원의 경우, 한방진료비 세부산정내역 | |
| | 의사 처방전 | 환자보관용 의사처방전을 발급받아 제출 | |
| | 약제비계산서영수증 | 약국에서 약제비 계산서영수증 또는 납입확인서 발급받아 제출 | 약국 |
| 기타 | 의료기관<br>직원 할인 의료비 청구시 | 직원복리후생제도에 의해 감면받은 의료비가 본인 또는 배우자, 직계혈족 및 형제자매의 근로소득에 포함되는 경우<br>- 의료기관 재직증명서 / 가족관계증명서 / 근로소득반영자료<br>- 의료비 지원 등 복리후생항목을 확인할 수 있는 취업규칙 | 해당기관 발행 |
| | 산재/자동차 사고 등<br>국민건강보험 미 적용된<br>상해사고의 추가요청서류 | 본인이 부담한 치료비용이 있을 경우 청구 가능<br><재해 입증서류><br>- 교통사고: 지급결의서(자보)+계산서(영수증)+진료비세부내역서<br>- 산재재해: 요양급여확인원(산재)+계산서(영수증)+진료비세부내역서<br>- 기타 재해사고: 공공기관 사고사실확인서+계산서(영수증)+진료비세부내역서<br>- 상황에 따라 진단서, 초진차트 등 추가서류를 요청할 수 있음 | |
| | 의료보험납입증명서 | 본인부담상한액 초과시 요청될 수 있습니다. (초과금액은 보상되지 않습니다.) | |

※ 정확한 보상 범위는 보험금 청구서류와 진료비계산서(영수증)가 있어야 판단이 가능하며, 상기의 서류들이 모두 구비되지 않을 시 보험금 지급에 제한이 있을 수 있습니다. 또한 상황에 따라 상기 서류 이외 재직증명서 등 추가서류 요청 드릴 수 있습니다.
※ 보험금 청구 가능 기간 (상법 제 662 조 소멸시효): 보험대상자로 등재가 되어 있어야 보상 가능하며, 사고 발생일로부터 3 년 이내 청구 가능합니다.

## ■ 의료비 보험금 청구절차 안내

| 보험금 청구서류 준비 | ▶ | Marsh Korea 로 Fax/ Email 발송 or MCare 온라인 (www.mcare.co.kr) or MCare Mobile App 으로 청구 | ▶ | 서류심사 및 지급보험금 산출 | ▶ | 7 일내 보험금 지급 (Working day) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 임직원 | | 임직원 | | 보험사 | | 보험사 |

## ■ 보험금 접수 및 문의 Marsh Korea

| 구분 | 담당자 | 이메일 | 팩스번호 |
|---|---|---|---|
| Claim Advisory | 이현영 님 | mcare.korea@marsh.com | 02) 737-1491 |
| 관련 문의 | 1577-3739 / 평일 09:00 ~ 18:00 *(점심시간: 12:00 ~ 13:00)* | | |
| 주소 | (07326) 서울시 영등포구 국제금융로 10 Three IFC 38 층 Marsh Korea (MMB Claims) | | |

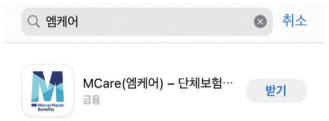
# MCare Mobile : 사용자를 위한 안내 : 보험금 청구

## MCare(엔케어) 서비스 소개

Marsh Korea 고객사 단체상해보험 서비스를 위해 개발된 프로그램으로, 모바일로 간편하게 단체보험의 보장내용을 확인하고 보험금을 청구하실 수 있습니다

### App 설치

아이폰 사용자는 App Store, 안드로이드폰 사용자는 Play Store 또는 Google Store 에서 "엠케어" 를 검색하신 후 앱을 설치할 수 있습니다.




### 사용자 등록

첫 사용자이신 경우 단체보험 가입시 등록된 회사 이메일 주소로 사용자 등록이 가능합니다.



### 기존 사용자 로그인

기존 사용자는 아이디 및 비밀번호 입력 후, 핸드폰 본인인증 성공 시 로그인 됩니다.
*개명/외국인성명자 본인인증 실패 시, 개별 문자안내




## 보험금 청구

### STEP 1. 청구가능 조회




01 치료받은 대상과 사유, 입/통원 여부와 기간을 입력합니다.

가입대상별 보장내용에 따라 가입한 보험사와 청구 가능 여부를 확인하실 수 있습니다.

### STEP 2. 청구사항 입력




02 치료받은 분의 연락처와 치료받은 상세내용을 입력합니다.

### STEP 3. 보험금 지급 계좌 입력




03 보험금을 지급받으실 계좌를 입력합니다.

계좌를 등록해 두시면 다음 청구에서 불러올 수 있습니다.

### STEP 4. 실손의료보험 청구 대행서비스




04 단체 실손 청구 시, 청구대행서비스로 개인 실손도 동시 청구 가능합니다.

*생명/손해보험협회에서 개인 보험사로 청구 대행 접수하여, 보험금 지급이 지연될 수 있습니다.

### STEP 5. 개인정보 동의




05 개인정보 처리 동의 단계로 가입된 보험사별 동의 상세 문구를 확인할 수 있습니다.

### STEP 6. 자필서명




06 청구서 작성을 위해 피보험자의 서명을 입력하십시오.
입력하신 서명은 보험사 청구서 서명란에 자동 기입됩니다.

### STEP 7. 청구서 확인

07 입력한 사항이 적용되어 있는 보험사별 청구서를 확인합니다.

### STEP 8. 증빙서류 첨부




08 청구 내용에 따른 증빙서류를 첨부합니다.
핸드폰으로 직접 촬영하실 수 있고 저장된 사진을 불러올 수 있습니다.

---------- '접수' 버튼을 클릭하셔야 청구가 완료됩니다. ----------

※ 원활한 보험금 청구를 위해 영수증 등 첨부 서류 촬영시 모든 내용이 잘 확인될 수 있도록 사진의 화질에 유의해 주십시오.

보장내용의 확인 : 연도별 전체보장과 피보험자별 보장
Q & A : 업무시간 기준 24시간내에 답변

# MCare Web : 사용자를 위한 안내 : 보험금 청구

### Web 주소

인터넷 주소 - www.mcare.co.kr
첫 사용자이신 경우 좌측 하단의 사용자등록을 클릭하시면 사용자 등록이 시작됩니다.




### 사용자 등록

단체보험 가입시 등록된 회사 이메일 주소로 사용자 등록이 가능합니다.




### 기존 사용자 로그인

기존 사용자는 아이디 및 비밀번호 입력 후, 핸드폰 본인인증 성공 시 로그인 됩니다.
*개명/외국인성명자 본인인증 실패 시, 개별 문자 안내




## 보험금 청구

### '청구시작' 버튼 선택(클릭)하여 보험금 청구를 시작합니다




### STEP 1. 청구가능 조회




01 치료를 받으신 대상을 선택하신 후 원인, 내용, 일자 입력으로

청구가능 여부와 가입하신 보험사를 확인하실 수 있습니다.

### STEP 2. 청구서 작성




02 보험금청구에 필요한 치료의 내용과 보험금을 지급받으실 계좌를 입력합니다.
계좌를 등록해 두시면 다음 청구에서 불러올 수 있습니다.
개인 실손의료보험 중복 가입 시, 청구 대행 서비스 동의하시면 가입된 보험사 동시 청구 가능합니다.

### STEP 3. 청구서 출력과 증빙서류 전송



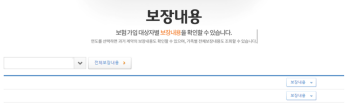

03 청구서를 출력 후 직원과 피보험자의 서명을 해 주십시오.
청구서와 필요서류는 스캔하시어 업로드하시거나 Fax 02)737-1491 로 팩스로 발송하여 주십시오.
파일전송 시작 또는 팩스전송 버튼을 필히 선택해 주십시오.

---------- "청구 완료" 버튼을 클릭하셔야 청구가 완료됩니다. ----------

※ 영수증 등 첨부 서류 촬영하여 사용할 경우 원활한 지급이 이루어질 수 있도록 화질에 유의해 주십시오.

### 보장내용 / 청구내역 확인

「보장내용」에서 가족별 보장내용을 확인할 수 있습니다




「내청구함」에서 청구하신 내역을 확인할 수 있습니다.



3

# 보험금 청구 시 유의사항

**1) 개인(신용)정보의 수집·이용, 조회, 제공 동의 필수 체크**

2011 년 9 월 30 일자로 시행되는『개인(신용)정보의 이용 및 보호에 관한 법률』규제에 따라 보험금 청구 시에도 동의서를 제출하도록 되어 있습니다. 동의 란에 체크 및 서명하지 않을 경우 보험금 지급 업무와 관련한 정상적인 서비스 제공이 불가능할 수 있음을 알려 드립니다.

**2) 실손의료비의 경우 국민건강보험(또는 의료급여법)이 적용된 치료인지 확인해 주십시오.**

급여/비급여 의료비 보험금청구서를 제출하실 때, 주의하실 점은 비급여 항목만 표시된 영수증은 보험금 지급대상이 아니라는 점입니다. 반드시 보험급여 항목에 최소한 건강보험관리공단에서 지원한 비용이 있어야 하며, 공단부담금이 발생하는 경우에 한해 보장 받으실 수 있습니다.

**3) 실손의료비 비례보상 안내**

실손의료비 보장의 경우 본인이 실제로 의료기관에 지불한 치료비만을 보장하는 상품으로 타 보험사에 실손의료비 보장이 가입되어 있는 경우, 중복보장이 불가능하며 비례보상 됩니다. (2003.10.01 개정 보험업법 중 보험업감독규정)
타 보험사에 실손의료비 보장을 가입하고 계신 경우 해당 보험회사에 의료비 보험금을 직접 청구하셔야 합니다.

4

# 실손의료비 보상하지 않는 사항(요약)

## 1. 실손의료비 공통 보상하지 않는 사항 (상해급여, 질병급여, 상해 중증비급여, 질병 중증비급여, 중증 3 대비급여, 상해 비중증비급여, 질병 비중증비급여, 자기공명영상진단)

① 다음의 사유로 인하여 생긴 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 피보험자의 본인이 자의적인 입원하여 발생한 입원의료비
5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비

## 2. 급여의료비 보상하지 않는 사항 (상해·질병급여 공통 적용)

① 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
3. 간병비
4. 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우 발생한 급여의료비 중 「국민건강보험법 시행규칙」 제 16 조에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100 분의 100 및 「의료급여법 시행령」 제 13 조 및 별표 1 에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100 분의 100(전액본인부담)인 의료비

## 3. 상해급여 보상하지 않는 사항

① 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다.

1. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우

② 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 보상합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실 상계 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 상해급여에 따라 보상합니다.

## 4. 질병급여 보상하지 않는 사항

① '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99), 다만 F04 ~ F09, F20 ~ F29, F30 ~ F39, F40 ~ F48, F51, F90 ~ F98 과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)으로 발생한 의료비 중 전액본인부담금
3. 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04)
4. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

② 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 성장호르몬제 투여에 소요된 비용으로 부담한 전액본인부담금
2. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 실제 본인부담의료비는 질병급여에 따라 보상합니다.

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

## 5. 비급여의료비 보상하지 않는 사항 (상해 중증비급여, 질병 중증비급여, 중증 3 대비급여, 상해 비중증비급여, 질병 비중증비급여, 자기공명영상진단)

① 다음의 비급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용.
2. 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 보상합니다.
3. 진료와 무관한 각종 비용(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
4. 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
5. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 권역응급의료센터 또는 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료
6. 「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」 제 4 장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2 개월 이상 경과한 경우

② 아래 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, 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 비급여 대상에 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), 성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건술은 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(성장촉진)을 목적으로 하는 진료
   아. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
   자. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료
3. 다음 각 목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 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. 다음 각 목의 진료로서 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여 원리에 부합하지 아니하는 경우 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 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료
5. 입원 치과(비급여) 치료 중 아래 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
   가. 치아보철, 보존, 금관, 틀니, 의치 및 임플란트로 인한 의료비
6. 입원 한방(비급여) 치료 중 아래 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

가. 한방물리요법(수기요법, 전자요법, 온열요법 등) 및 차멀미, 비만, 금연 등 질병치료 이외의 목적으로 시술한 침술
나. 치료 목적이 아닌 단순한 건강증진을 위한 투약 및 첩약

## 6. 중증비급여 공통 보상하지 않는 사항(상해 중증비급여, 질병 중증비급여, 중증 3 대비급여)

① 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해 또는 질병을 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료목적으로 보아 보상합니다.
   가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)으로 사용된 경우
   나. 요양급여 약제로서 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준에 따라 비급여 약제로 사용된 경우
   다. 요양급여 약제로서 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우
   라. 상기 가목 내지 다목의 어느 하나 이상의 약제를 혼합하여 사용된 경우(혼합된 약제 중 어느 하나라도 위 가목 내지 다목을 충족하지 못한 경우는 제외)
2. 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] 혁신의료기술
3. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제 12 조의 2 에 따라 심의위원회에서 적합 통보를 받은 승인 범위를 벗어나 사용된 첨단재생의료 치료

## 7. 상해 중증비급여 보상하지 않는 사항

① 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우.
2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
3. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자의 본인이 자의적인 입원하여 발생한 입원의료비

② 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 보상합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 다음의 비급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 자동차보험(공제를 포함합니다) 에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 보상합니다.
2. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상) 한방치료(다만, 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비

## 8. 질병 중증비급여 보상하지 않는 사항

① 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자의 본인이 자의적인 입원하여 발생한 입원의료비
2. . 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비

② '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99), 에 해당하는 치료로 인하여 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98) 치료에서 발생한 의료비 중 비급여의료비
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원또는 통원한 경우(O00~O99)
4. 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04) 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
5. 비만(E66) 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문 질환(K60 ~ K62, K64)에 의한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비

③ 다음의 비급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 실제 본인부담의료비는 보상합니다.
2. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제 3 조(보상내용)에 따라 보상합니다)
3. 치과치료(K00~K08) 한방치료(다만, 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비

## 9. 중증 3 대비급여 보상하지 않는 사항

① 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여의료비는 보상하지 않습니다.

1. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우

② 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 보상합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

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 항문 질환에 의한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분 (K60 ~ K62, K64)

④ 다음의 비급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 자동차보험(공제를 포함합니다.)에서 보상받는 치료관계비(과실 상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 실제 본인부담의료비는 보상합니다.
2. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)
3. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상하며, K00 ~ K08 과 무관한 질병으로 인한 의료비는 보상합니다) • 한방치료(다만, 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)

## 10. 비중증 비급여 공통 보상하지 않는 사항(상해 비중증 비급여, 질병 비중증 비급여, 자기공명 영상진단)

① 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해 또는 질병을 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료목적으로 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)으로 사용된 경우
   - 나. 요양급여 약제로서 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준에 따라 비급여 약제로 사용된 경우
   - 다. 요양급여 약제로서 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우
   - 라. 상기 가목 내지 다목의 어느 하나 이상의 약제를 혼합하여 사용된 경우(혼합된 약제 중 어느 하나라도 위 가목 내지 다목을 충족하지 못한 경우는 제외)
2. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제 3 조제 13 항제 1 호에 따라 안전성 및 유효성이 있는 신의료기술로서 보건복지부장관이 고시('신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시')하였으나, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제 11 조제 1 항 또는 제 13 조제 1 항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료와 관련하여 소요된 비용
3. 「신의료기술평가에 관한 규칙」제 3 조제 13 항제 2 호에 따른 제한적 의료기술과 관련하여 소요된 비용
4. 「신의료기술평가에 관한 규칙」제 3 조제 13 항제 3 호에 따른 혁신의료기술과 관련하여 소요된 비용
5. 「신의료기술평가에 관한 규칙」제 2 조에 따른 평가 유예 신의료기술 및 즉시진입의료기술 등과 관련하여 소요된 비용
6. 「의료법」제 53 조에 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)
7. 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용
8. 근골격계 이학요법 치료행위에 수반된 일체의 의료비(예 : 행위료, 치료재료대, 약제 및 주사비)

9. 체외충격파 치료행위에 수반된 일체의 의료비(예 : 행위료, 치료재료대, 약제 및 주사비)

② 다른 다른 약정이 다음의 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 그 밖에 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제 11 조제 1 항 또는 제 13 조제 1 항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되지 않았음에도 불구하고 「국민건강보험법」, 「의료법」, 「약사법」,「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」,

2. 「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 별표 2」에서 비급여대상으로 정하고 있는 치료와 관련하여 소요된 비용

## 11. 상해 비중증비급여 보상하지 않는 사항

① 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우.

2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우

3. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자의 본인이 자의적인 입원하여 발생한 입원의료비

② 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 보상합니다)

3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 다음의 비급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 자동차보험(공제를 포함합니다) 에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 보상합니다.

2. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상) 한방치료(다만, 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비

## 12. 질병 비중증 비급여 보상하지 않는 사항

① 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자의 본인이 자의적인 입원하여 발생한 입원의료비

② '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99),

2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98)

3. 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04)

4. 비만(E66)

5. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

6. 직장 또는 항문 질환(K60 ~ K62, K64)

③ 다음의 비급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 실제 본인부담의료비는 보상합니다.

2. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제 3 조(보상내용)에 따라 보상합니다)

3. 치과치료(K00~K08) 한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비

④ 임신, 출산(제왕절개 포함), 산후기 입원 (비급여) 중 아래 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 통원 치료로 진료받은 경우

2. 불임에 따른 검사 및 시술

3. 출산이전의 양수검사, 기형아검사

4. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

5. 산후조리원에서 발생한 비용

## 13. 비중증 비급여 자기공명 영상진단 보상하지 않는 사항

① 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여의료비는 보상하지 않습니다.

1. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우

② 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 보상합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

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 항문 질환에 의한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분 (K60 ~ K62, K64)

④ 다음의 비급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 자동차보험(공제를 포함합니다.)에서 보상받는 치료관계비(과실 상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 실제 본인부담의료비는 보상합니다.
2. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)
3. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상하며, K00 ~ K08 과 무관한 질병으로 인한 의료비는 보상합니다) · 한방치료(다만, 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)

**※ 본 자료는 Adobe Systems Korea 임직원의 이해를 돕기 위해 참고용으로 작성된 자료로 보험 약관의 규정에 따라 보상됩니다.**



**Marsh Korea, Inc.**
38F Three IFC, 10 Gukjegeumyung-ro,
Yeongdeungpo-gu, Seoul,
Korea 07326
www.marsh.com/kr

© 2026 Marsh. All rights reserved.