



2018년도 실손보험 보장내용 안내

I. 실손보험(舊 입원실손보험) (보험업감독업무시행세칙 개정)

- ① 기본형(입원진료) + ② 특약형(비급여 MRI·주사제 / 입·통원 진료)로 구성

구분	입/통원		자기부담비율		공제금액	보장한도	
	입원	통원	급여	비급여		회수	금액
① 기본형	○		10%	20%	· 급여성 10%, 비급여성 20%	-	1,000만원
② 비급여 특약형	MRI	○	-	30%	· 2만원 또는 1회 비용의 30% 중 높은 금액	-	300만원
	주사제	○				50회	250만원

① 기본형(입원의료비)

[·]외래 [v]입원 [v]퇴원 [·]중간		진료비계산서·영수증		(환자보관용)	
환자등록번호	000045026	진료기간	2012. 11. 29	영수증번호(연월일련번호)	
산경외과	8W/806/05	건강보험(0)	201211000214		
진료비	본인부담금	공단부담금	총액	① 진료비 총액 (①+②+③+④+⑤)	5,530,984
입원료	3,676	14,704		② 환자부담금 총액 (①-②)+③+④+⑤	4,009,653
식대	89,712	358,848	150,000	③ 나머지 불부담 금액	3,500,000
투약 및 행위료	118,910	118,910		④ 감면액	
조제료	6,161	24,645		⑤ 납부할 금액 (①-②-③-④)	609,650
주사로 행위료	14,571	58,553			
주사로 약품비	11,075	44,341			
기타 의료료	18,129	72,621	349,752		
합계	37,512	150,000	31,366		

※ 입원의료비는 입원을 필수조건으로 함. 입원 중 발생하지 않는 치료는 지원대상 제외

- 상해 또는 질병으로 인하여 병(의)원에 입원하여 치료를 받은 경우 사고당 1,000만원 한도로 보상
- 입원실료, 입원제비용, 입원수술비는 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여' 중 본인부담금의 90% 해당액과 '비급여'(상급병실차액 제외)의 80% 해당액의 합계액
 - 본인이 실제로 부담한 금액을 기준으로 하며, 급여의 10% 해당액과 비급여의 20% 해당액을 합산한 금액이 계약일 또는 매년 해당계약일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상함.
- 상급병실료 차액은 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액 (단, 1일당 10만원 한도)
- 국민건강보험법을 적용받지 못하는 경우(산재보험, 자동차보험, 폭행 등)에는 입원의료비 중 본인이 실제 부담한 금액을 보험심사하여 최대 40% 보상

- 과거 병력(기왕증자)도 보상
- 한방, 치과(치과 치료 중 구강, 턱의 질환[K09~K14]에 대한 치료)입원 시 **급여성 본인부담금 지원**
※ 의료보험 적용여부에 따른 면책 또는 보상비율 차이 발생
- 항문관련질환은 국민건강보험법상 요양급여의료비분까지 지급(비급여 항목은 보상 제외)
- 출산 및 치료 목적의 산부인과 보장 (여직원 및 여배우자만 가능)
- 입원치료 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지 보상

② 비급여 특약형(MRI, 주사제 / 입·통원의료비)

구분		입/통원		자기부담비율		상세설명	연간보장한도	
		입원	통원	급여	비급여		회수	금액
비급여 특약형	MRI	○	○	-	30%	• 건강보험공단에서 부담하지 않는 주사제 (주사 치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대 포함)	-	300만원
	주사제					• 건강보험공단에서 부담하지 않는 MRI검사	50회	250만원

주1) 출산관련 비급여 주사제(무통주사 등)는 보상범위에서 제외(면책)

주2) 비급여 특약형은 연간보장한도와 횟수 중 하나 이상 충족되면 보상이 만료

▶ 실손보험의 구체적 보상방법

○ 보상하는 상해 또는 질병의 종류와 보상방법

- 모든 종류의 상해와 질병(출산은 여직원 및 여배우자 限)을 대상
- 서로 다른 상해 또는 질병으로 입원치료를 받았을 경우에는 각 상해 또는 질병별로 1,000만원 한도로 보상

[적용예시]

- 간암 → 폐암으로 전이 : 동일 질병간주
- 급성심근경색증 → 급성심근경색증에 의한 합병증 : 동일 질병간주
- 암 → 뇌졸중 : 서로 다른 질병간주
- 운동 중 상해사고 → 추락사고 : 서로 다른 상해간주

○ 보상하지 아니하는 손해(상세내용은 약관 참조)

- 계약자, 피보험자, 수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- 전쟁, 기타 변란 시 보험금은 금융감독위원회 인가를 거쳐 감액지급
- 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성사고
- 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체 비용
- 단순한 피로 또는 권태
- 주근깨, 다모, 무모, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
- 발기부전, 불감증, 단순 코골음, 단순포경, 검열반라색, 라식안과질환
- 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
- 정신과 질환 및 행동장애(F04~F99) / 비만(E66)

※ 단, 일부 정신질환에 대해서는 보장대상에 포함.

- 뇌손상, 뇌기능 이상에 의한 인격 및 행동장애(F04~F39)
- 정신분열병, 분열형 및 망상성 장애(F20~F29)
- 기분장애(F30~F39), 신경성·스트레스성 장애(F40~F48)
- 소아 및 청소년기의 행동 및 정서장애(F90~F98)

- 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96~N98)
- 선천성 뇌질환(Q00~Q04) / 비뇨기계 장애(R32)
- 인간면역바이러스(HIV)감염 (단, 혈액에 의한 감염일 경우 제외)
- 영양제(종합비타민제), 호르몬투여, 보신용투약, 고단위영양제 투여 등 진료와 무관한 제비용
- 건강진단, 예방접종, 인공유산 등 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사
- 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비
- 직장 및 항문관련질환의 비급여 부분
- 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아서 악화된 부분
- 한방물리요법 (수기요법, 전자요법, 온열요법 등)

- 한방병원에서의 질병 등의 치료목적이 아닌 침술, 투약, 첩약
- 치과 비급여 본인부담금 중 임플란트, 치아교정, 보철(틀니, 브릿지, 레진) 관련
- 전문등반, 글라이더조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범 등
- 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승 시 발생한 사고
- 시력교정을 위한 다초점렌즈삽입술
- 자기부담상한제(국민건강보험법상 사후환급가능금액)
- 본인부담금(건강보험공단에서 주는 혜택) 수혜 시 미수혜 금액에 한하여 보장
 - * 질병이나 상해를 통해 6개월 이상 장기 입원을 한 경우 본인 부담금이 400만원이 넘어가면 건강보험공단에서 환급 처리(소득에 따라 상이)되며 본인 부담금의 기준은 급여항목에 한정

○ 보상기간

- 보험기간 중 변동사항이 없는 직원의 경우 : 보험기간 중 발생한 입원의료비
- 보험기간 중 퇴직 또는 전출시 : 보험기간개시일부터 보험기간 종료시까지 발생한 입원의료비 (보험기간 : 2018.1.1~2018.12.31)

▶ 중복보상 및 비례보상

- 국민건강보험법을 적용받지 못하는 경우(산재보험, 자동차보험, 폭행 등)에는 입원의료비 중 본인이 실제 부담한 금액을 보험심사하여 최대 40% 보상
- 개인적으로 가입한 실손보험이 있는 경우 중복보상 불가, 비례보상 처리
 - 개인이 가입한 보험과 회사에서 가입한 실손보험 모두 보험금 청구
 - 개인보험이 2003년 10월 1일 이전 가입되어 있는 경우
 - : 개인보험이 우선 적용되어 보상이 이루어지며, 개인보험에서 보상이 안 되는 항목 또는 개인보험에서 보상되는 금액을 초과한 금액을 회사 실손보험에서 보장
 - 개인보험이 2003년 10월 1일 이후에 가입되어 있는 경우
 - : 원칙적으로 비례보상, 보험조건이 틀려서 개인보험에서는 보상이 안되고 회사실손 보험에서는 보상이 될 경우 회사 실손보험에서 보상

▶ 기타사항

- 단체보험요건상 중도해지(사망시에도 환급 불가) 불가

II. 입원일당

▶ 보장내용

- 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 병(의)원에 입원하여 치료를 받는 경우 : 입원일당 1일 4만원(입원 1일차부터 보상)
- 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도
- 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 입원일당을 보장

▶ 보상하지 아니하는 손해(상세내역은 약관 참조)

- 출산 관련 사항
- 과거 상해사고로 인한 재입원은 지급불가
 - 상해입원일당은 사고 발생일이 보험 기간 내에 발생한 사고만 가능