

---

2024년도 1분기

# 의료급여 현지조사 부당청구 사례

- 2023년도 4분기 조사분 -

---

2024년 4월



건강보험심사평가원  
급여조사실 조사3부

## 1

## 거짓청구 사례

## □ 거짓청구 개념

- 진료비 청구의 원인이 되는 진료행위가 실제 존재하지 않았으나 관련서류의 위조·변조 등 부정한 방법으로 진료행위가 존재한 것처럼 가장하여 진료비 등을 청구하는 행위를 거짓청구라 하며, 이러한 거짓청구도 부당청구에 포함됩니다.

- 요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형(보건복지부 고시 제 2022-198호, 2022. 8. 25.)

1. 입원일수 또는 내원일수를 부풀려 청구한 경우
2. 비급여대상 비용을 전액 환자에게 부담시킨 후 이를 다시 요양급여대상으로 청구한 경우
3. 실제 실시 또는 투약하지 않은 요양급여행위로, 치료재료비용 및 약제비를 청구한 경우
4. 의료행위 건수를 부풀려 청구한 경우
5. 면허자격증 대여나 위·변조를 통해 요양기관에 실제 근무하지 않은 인력을 근무한 것처럼 꾸며서 청구한 경우
6. 무자격자의 진료나 조제 등으로 발생한 비용을 청구한 경우

## ▶ 관계법령

- 「의료법」 제66조제1항제7조·제3항
- 「약사법」 제79조제2항제2호
- 「형법」 제347조제1항
- 「의료급여법」 제29조의3
- 「국민건강보험법」 제100조제1항

● 「의료법」 제66조(자격정지 등)

- ① 보건복지부장관은 의료인이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 1년의 범위에서 면허자격을 정지시킬 수 있다. 이 경우 의료기술과 관련한 판단이 필요한 사항에 관하여는 관계 전문가의 의견을 들어 결정할 수 있다.
7. 관련 서류를 위조·변조하거나 속임수 등 부정한 방법으로 진료비를 거짓 청구한 때
- ③ 의료기관은 그 의료기관 개설자가 제1항제7호에 따라 자격정지 처분을 받은 경우에는 그 자격정지 기간 중 의료업을 할 수 없다.

● 「약사법」 제79조(약사·한약사 면허의 취소 등)

- ② 보건복지부장관은 약사 또는 한약사가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 면허를

취소하거나 1년 이내의 기간을 정하여 약사 자격 또는 한약사의 자격정지를 명할 수 있다.

2. 관련 서류를 위조·변조하거나 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 약제비를 거짓으로 청구한 경우

● 「형법」 제347조(사기)

- ① 사람을 기망하여 재물의 교부를 받거나 재산상의 이익을 취득한 자는 10년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

● 「의료급여법」 제29조의3(위반사실의 공표)

- ① 보건복지부장관은 관련 서류의 위조·변조로 의료급여비용을 거짓으로 청구하여 제28조 또는 제29조에 따른 행정처분을 받은 의료급여기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 제2항의 의료급여공표심의위원회의 심의를 거쳐 그 위반 행위, 처분 내용, 해당 의료급여기관의 명칭·주소 및 대표자 성명, 그 밖에 다른 의료급여기관과 구별에 필요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항을 공표할 수 있다. 이 경우 공표 여부를 결정할 때에는 그 위반행위의 동기, 정도, 횡수 및 결과 등을 고려하여야 한다.

1. 거짓으로 청구한 금액이 1천500만원 이상인 경우

2. 의료급여비용 총액 중 거짓으로 청구한 금액의 비율이 100분의 20 이상인 경우

- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 공표 여부 등을 심의하기 위하여 의료급여공표심의위원회(이하 이 조에서 “공표심의위원회”라 한다)를 설치·운영하여야 한다.

- ③ 공표심의위원회는 공표 심의 대상자에게 심의 사실 및 내용을 알려 대상자가 소명자료를 제출하거나 출석하여 의견을 진술할 기회를 주어야 하고, 심의과정에서 이를 고려하여야 한다.

- ④ 그 밖에 공표의 절차·방법, 공표심의위원회의 구성·운영 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

● 「국민건강보험법」 제100조(위반사실의 공표)

- ① 보건복지부장관은 관련 서류의 위조·변조로 요양급여비용을 거짓으로 청구하여 제98조 또는 제99조에 따른 행정처분을 받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 위반 행위, 처분 내용, 해당 요양기관의 명칭·주소 및 대표자 성명, 그 밖에 다른 요양기관과의 구별에 필요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항을 공표할 수 있다. 이 경우 공표 여부를 결정할 때에는 그 위반행위의 동기, 정도, 횡수 및 결과 등을 고려하여야 한다.

1. 거짓으로 청구한 금액이 1천 500만원 이상인 경우

2. 요양급여비용 총액 중 거짓으로 청구한 금액의 비율이 100분의 20 이상인 경우

● 관련 사례

- 비급여대상 진료비용 전액 환자부담 후 요양급여대상으로 청구..... 3
- 무자격자가 실시한 진료비용 청구..... 4
- 타 요양기관 입원중 내원일수 증일청구..... 5

## 비급여대상 진료비용 전액 환자부담 후 요양급여대상으로 청구

### 사례 1

- ○의원의 수진자 △△△의 경우 “합병증을 동반하지 않은 전립선증식증(N400), 요로폐색을 동반한 전립선증식증(N401)”의 상병으로 진찰료와 원외처방전을 요양급여로 청구하였으나, 실제로는 대면진료 없이 전화 또는 문자 등으로 탈모관련 사진을 전송받아 진찰료와 관련 원외약제처방비용을 비급여로 징수하였음에도 진찰료를 요양급여비용으로 이중 청구함. 또한, 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 비급여대상 진료 후 비용을 비급여로 별도 징수하고 진찰료를 요양급여비용으로 부당하게 청구하였으며, 원외처방전을 요양급여로 발행하여 의약품비용을 지급받게 함.

### 관련근거

- 「의료급여법」 제11조(급여비용의 청구와 지급)
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등)
  - ③ 의료인은 진료기록부등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가·삭제·수정하여서는 아니 된다.
- 「의료급여법 시행규칙」 제9조(비급여대상)
 

법 제7조제3항의 규정에 의하여 의료급여대상에서 제외되는 사항(이하 “비급여대상”이라 한다)은 「국민건강보험법 요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표2에 규정된 비급여대상으로 한다.
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙」 [별표2] 비급여대상(제9조제1항관련)
  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

.....이하 생략.....

## 무자격자가 실시한 진료비용 청구

### 사례 2-1

- ○○의원의 경우, '요통, 요천부(M5457)'상병으로 내원한 수급권자 △△△에게 단순운동 치료[1일당](사106, MM101)를 물리치료사가 아닌 해당 요양기관의 관리직원이 실시하고 물리치료사가 실시한 것으로 물리치료대장에 기록하고 의료급여비용을 청구 함.

### 사례 2-2

- ○○병원의 경우, '양쪽 원발성 무릎관절증(M170)'으로 입원한 수진자 △△△에게 심전도 검사 - 심전도 기록 및 판독[표준 12유도] (나725가, E6541)를 간호조무사가 실시하고 요양급여비용으로 청구함.

### 관련근거

- 「의료법」 제22조(진료기록부 등)
- 「의료기사 등에 관한 법률」 제3조(업무 범위와 한계)  
의료기사, 보건의료정보관리사 및 안정사(이하 "의료기사등"이라한다)의 구체적인 업무 범위와 한계는 대통령령으로 정한다.
- 「의료기사 등에 관한 법률」 제9조(무면허자의 업무금지 등)
  - ① 의료기사등이 아니면 의료기사등의 업무를 하지 못한다. 다만, 대학등에서 취득하려는 면허에 상응하는 교육과정을 이수하기 위하여 실습 중에 있는 사람의 실습에 필요한 경우에는 그러하지 아니하다.
  - ② 의료기사등이 아니면 의료기사등의 명칭 또는 이와 유사한 명칭을 사용하지 못한다.
  - ③ 의료기사등은 제4조에 따라 받은 면허를 다른 사람에게 대여하여서는 아니 된다.
  - ④ 누구든지 제4조에 따라 받은 면허를 대여 받아서는 아니 되며 면허 대여를 알선하여서도 아니 된다.
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」  
제1편 제2부 제7장 이학요법료 제1절 기본물리치료료  
주1. 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 의사의 처방에 따라 상근하는 물리치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다.

## 타 요양기관 입원 중 내원일수 중일 청구

### 사례 3

- ○한의원의 경우 '상세불명의 무릎관절증(M179)' 등의 상병으로 청구한 수진자 △△△는 타 병원 입원 중으로 실제 내원하지 않았으나 진료기록부에는 "경혈2부위 침술(합곡, 태충), 투자법(양릉천, 음릉천), 직접애주구(양릉천), 경피적적외선조사요법" 등을 기록하고 내원하여 진료받은 것처럼 진료기록부를 거짓으로 작성하여 진찰료, 시술료 등을 요양급여비용으로 (법정본인부담금 미징수) 청구함.

### 관련근거

- 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등)
  - ① 요양기관은 공단에 요양급여비용의 지급을 청구할 수 있다. 이 경우 제2항에 따른 요양급여비용에 대한 심사청구는 공단에 대한 요양급여비용의 청구로 본다.
  - ② 제1항에 따라 요양급여비용을 청구하려는 요양기관은 심사평가원에 요양급여비용의 심사청구를 하여야 하며, 심사청구를 받은 심사평가원은 이를 심사한 후 지체 없이 그 내용을 공단과 요양기관에 알려야 한다.
- 「의료급여법」 제11조(급여비용의 청구와 지급)
  - ① 의료급여기관은 제10조에 따라 의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 지급을 시장·군수·구청장에게 청구할 수 있다. 이 경우 제2항에 따른 심사청구는 시장·군수·구청장에 대한 급여비용의 청구로 본다.
  - ② 제1항에 따라 급여비용을 청구하려는 의료급여기관은 급여비용심사기관에 급여비용의 심사청구를 하여야 하며, 심사청구를 받은 급여비용심사기관은 이를 심사한 후 지체 없이 그 내용을 시장·군수·구청장 및 의료급여기관에 알려야 한다.
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등)
  - ① 의료인은 각각 진료기록부, 조산기록부, 간호기록부, 그 밖의 진료에 관한 기록(이하 "진료기록부등"이라 한다)을 갖추어 두고 환자의 주된 증상, 진단 및 치료 내용 등 보건복지부령으로 정하는 의료행위에 관한 사항과 의견을 상세히 기록하고 서명하여야 한다.
  - ③ 의료인은 진료기록부등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가·삭제·수정하여서는 아니 된다.

## □ 부당청구 개념

- 의료급여법 제23조에는 ‘속임수나 그 밖의 부당한 방법’이라 표현하고 있으며 통상 법령에서 사용하는 ‘부당’의 의미는 속임수를 쓰는 등 적극적으로 법질서를 위반하는 행위뿐만 아니라 소극적으로 법령상의 기준을 위반하는 행위까지 포함하고 있습니다.
- 법령상 기준위반은 의료급여법령에서 정한 의료급여기준, 진료수가기준 등을 위반하여 의료급여를 실시하고 그 비용을 청구하는 것으로, 청구자의 고의·과실 여부는 고려하지 않고 객관적 위반 사실이 있을 경우 부당청구로 인정하고 있습니다.

### ▶ 관계법령

- (의료급여법) 제32조(보고 및 검사), 제23조(부당이득의 징수), 28조(의료급여기관의 업무 정지 등), 제29조(과징금 등), 제35조(벌칙), 제37조(과태료)
- (국민건강보험법) 제97조(보고와 검사), 제57조(부당이득의 징수), 제98조(업무정지), 제99조(과징금) 및 동법 시행령 제70조(행정처분기준), 제100조(위반사실의 공표), 제115조(벌칙), 제116조(벌칙), 제119조(과태료)
- \* 세부사항은 각종 고시 등 기준에 따름

### ▶ 관련 사례

- 가족치료 산정기준 위반청구..... 7
- 치료식 영양관리료 산정기준 위반청구..... 8
- 인,후두소작술 산정기준 위반청구..... 9
- 처치료 산정기준 위반청구..... 10
- 의약품 증량 청구..... 11
- 선택의료급여기관 이용 절차규정 위반청구..... 12

## 가족치료 산정기준 위반청구

### 사례 1

- ○ 병원의 경우, '상세불명의 양극성 정동장애(F319)' 상병의 수진자 △△△가 사회복지 시설에 입소해 있는 동안 처방전 대리수령을 목적으로 해당 사회복지시설 직원이 내원 하여 가족치료를 시행한 것으로 가족치료-개인치료(아3가, NN031)을 요양급여비용으로 청구함.

### 관련근거

- 「진료계획 없이 환자와 함께 내원한 가족 면담시 아3가 개인가족치료 인정여부」  
(보건복지부 고시 제2007-46호(행위), 2007. 6 .1.)  
아3 가족치료는 진료계획에 의거 환자(1인 또는 2인 이상)의 가족을 내원케 하여 진료를 행한 경우에 산정함을 원칙으로 하되, 진료 계획 없이 내원하였다 하더라도 환자와 가족 구성원과의 문제 파악과 치료를 위한 진료가 이루어지고 진료기록부에 충분히 기록된 경우에는 인정함.
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제8장 정신요법료 [산정지침]
  - (1) 정신요법료는 정신건강의학과 전문의가 정신건강의학과 환자에게 행한 경우에 산정하되, 반드시 분류항목별 치료행위에 관한 내용을 진료기록부 등에 기록한 경우에 산정할 수 있다.
  - (2) 위 “(1)”의 규정에도 불구하고 다음의 분류항목은 정신건강의학과 전문의 지도하에 정신건강의학과 전공의가 실시한 경우에도 산정할 수 있다. 다만, “(가)”는 3년차 이상 전공의가 실시한 경우에 산정할 수 있다.
    - (가) 개인정신치료Ⅴ(아1-마), 역동상호작용적 집단정신치료(아2-나), 약물이용면담(아5), 인지행동 치료 개인(아6-가)
    - (나) 개인정신치료Ⅰ(아1-가), 개인정신치료Ⅱ(아1-나), 개인정신치료Ⅲ(아1-다), 개인정신치료Ⅳ(아1-라), 가족치료(아3), 전기충격요법(아7), 지속적 수면요법(아8)
  - (3) 위 “(2)”에서 규정한 분류항목 이외는 정신건강의학과 전문의 지도하에 정신건강의학과 전공의 또는 상근하는 정신건강전문요원이 실시한 경우에도 산정할 수 있다. 다만, 정신의학적 사회사업(아11)은 사회복지사가 직접 실시한 경우에만 산정한다.
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제8장 정신요법료  
아3 가족치료 Family Therapy 가. 개인(NN031) Individual  
주 : 한 환자의 가족을 대상으로 치료를 행하는 경우에 산정한다.



## 치료식 영양관리료 산정기준 위반청구

### 사례 2

- ○○병원의 경우, 수진자 △△△에게 치료식 영양관리(치료식을 제공한 후 제공하는 식사의 종류, 제공사유, 주의사항 등에 대하여 환자나 보호자에게 직접 설명하고 그 내용을 작성)를 실시 후 관련 내용을 기록 및 보관하지 않고 치료식 영양관리료(1일당 (파51다, Z0020)를 요양급여비용으로 청구함.

### 관련근거

- 「입원환자 식대 세부기준」 (보건복지부 고시 제2019-294호(행위), 2020. 4 .1.)
  1. 일반원칙
    - 가. 입원환자 식대는 요양기관에 입원한 환자에게 의사처방에 의하여 식사를 제공한 경우에 산정함.
    - 나. 입원환자 식대는 1식당 산정하되, 1일 3식 이내만 산정함. 다만, 산모식은 1일 4식 이내로 산정하고, 분유 및 치료식 영양관리료는 1일당으로 산정함.  
(중간생략)
  5. 치료식 영양관리료
    - 가. 당해 요양기관에 소속된 영양사 1인당 1일 40명 이하의 환자에게 치료식(별균식 포함)을 제공한 경우에 산정가능함. 이때 치료식(별균식 포함)을 제공받는 환자(건강보험)에게 영양관리를 실시한 경우에만 산정하며, 제공하는 식사의 종류, 제공사유, 주의사항 등에 대하여 환자나 보호자에게 직접 설명하고 기재하여야 함.
    - 다. 치료식 영양관리료를 산정하는 기관은 별지 제1-1호 치료식 영양관리료[신규변경] 운영현황 통보서를 건강보험심사평가원에 매 분기 말 16일부터 20일까지 제출하여야 하며, 미제출 기관은 치료식 영양관리료를 산정할 수 없음. 다만, 제출 기간을 경과하여 적용분기 전일까지 제출하는 경우 부득이한 사유를 소명하는 경우에 한하여 확인하여 적용함.

## 인,후두소작술 산정기준 위반청구

### 사례 3

- ○○의원의 경우, '재발성으로 명시되어 있지 않은 상세불명의 급성 편도염(J0390)' 상병으로 내원한 수진자 △△△에게 기본진료료(진찰료)에 포함되어 있는 알보칠 도포를 시행 후, 인,후두소작술(자226, Q2260)로 요양급여비용을 청구함.

### 관련근거

- 「자226 인,후두소작술 인정 기준」 (보건복지부 고시 제2007-92호(행위), 2007. 11 .1.)  
자226 인,후두소작술은 국소마취제(리도카인, 테트라카인 등)로 국소마취 후 5% 이상의 AgNO<sub>3</sub> 등으로 소작한 경우에 산정하되, 궤양성, 위막성, 육아종성 변화(granulomatous change) 등이 있는 경우에 실시 시 인정함.

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」

제1편 제2부제9장 처치 및 수술료

자102-1 갑개소작술, 비인강소작술(O1026)

Turbinate Cautery, Nasopharyngeal Cautery

주. 약물소작은 리도카인, 테트라카인 등으로 국소마취 후 5% 이상의 AgNO<sub>3</sub> 등으로 소작한 경우에 산정한다.

자226인,후두소작술(Q2260) Cauterization of Pharynx or Larynx

주. 1. 약물소작은 리도카인, 테트라카인 등으로 국소 마취 후 5% 이상의 AgNO<sub>3</sub> 등으로 소작한 경우에 산정한다.

2. 치료기간 중 2회 이내만 산정한다.

## 흡입배농 및 배액처치 산정기준 위반청구

### 사례 4

- ○○의원은 '상세불명의 급성인두염(J029)' 상병으로 내원한 수진자△△△에게 기본진료료에 포함되어 별도 산정할 수 없는 구강, 비강내 흡입배액처치를 실시하고, 흡입배농 및 배액처치(자2-1라, M0137)로 요양급여비용으로 청구함.

### 관련근거

- 「흡입배액처치 등의 진료수가 산정방법」 (보건복지부 고시 제2023-56호(행위), 2023. 03. 29.)  
기관절개 환자의 드레싱과 흡입배액처치를 동시에 실시한 경우 및 구강, 비강내 흡입배액처치의 수가 산정방법은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

가. 기관절개(Tracheostomy) 부위의 드레싱과 흡입배액처치를 동시에 실시한 경우  
: 자2-1라 흡입배농 및 배액처치와 자2-1가 창상처치는 1일당 수가이며, 행위의 특성상 주로 치료기간 동안 지속적으로 반복하여 시행됨을 감안하여 자2-1라 흡입배농 및 배액처치만 산정함.

나. 구강, 비강내 흡입배액처치를 실시한 경우

: 구강, 비강내 흡입배액처치는 기관내 흡입배액처치와 비교시 난이도 및 위험도에 현저한 차이가 있다고 판단되므로 기본진료료에 포함되어 별도 산정하지 않음.

## 의약품 증량 청구

### 사례 5

○○의원의 경우 '상세불명의 망막장애(H359)' 상병으로 안과적 수술 위해 내원한 수진자△△△에게 '131 마이오스타트주사(카바콜)\_(0.15mg/1.5mL)(652400101)'를 실제로는 0.05앰플을 사용하였으나, 의료급여비용 및 요양급여비용 청구 시 1앰플을 사용한 것으로 청구하여 실제 사용량 보다 증량하여 요양급여비용을 청구함.

### 관련근거

- 「의료급여법」 제11조(급여비용의 청구와 지급)
  - ② 제1항에 따라 급여비용을 청구하려는 의료급여기관은 급여비용심사기관에 급여비용의 심사청구를 하여야 하며, 심사청구를 받은 급여비용심사기관은 이를 심사한 후 지체 없이 그 내용을 시장·군수·구청장 및 의료급여기관에 알려야 한다.
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등)
  - ① 의료인은 각각 진료기록부, 조산기록부, 간호기록부, 그 밖의 진료에 관한 기록(이하 "진료기록부등"이라 한다)을 갖추어 두고 환자의 주된 증상, 진단 및 치료 내용 등 보건복지부령으로 정하는 의료행위에 관한 사항과 의견을 상세히 기록하고 서명하여야 한다.
  - ③ 의료인은 진료기록부등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가·삭제·수정하여서는 아니 된다.
- 「의료급여수급자의 기준 및 일반기준」 제25조(다른기준의 준용)
  - ① 이 고시에 규정하지 않은 사항에 대하여는 국민건강보험법령에 의한 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」, 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표」, 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」, 「행위·치료재료 등의 결정 및 조정 기준」, 「약제의 결정 및 조정 기준」을 준용한다.

## 선택의료급여기관 이용 절차규정 위반청구

### 사례 6

○○병원의 수진자 △△△는 선택의료급여 수급권자로 선택의료급여기관이 발급한 의료급여의뢰서 없이 내원하였음에도 그 의료급여비용을 수급권자에게 전액 본인부담하지 않고 의료급여비용으로 청구하였고, 또한 원의처방전을 발행하여 의약품 비용을(약품관리료 등 포함) 의료급여비용으로 청구함.

### 관련근거

- 「의료급여법 시행규칙」 제8조의3(의료급여일수의 상한)
  - ④ 제3항에 따라 수급권자가 선택할 수 있는 의료급여기관(이하“선택의료급여기관”이라 한다)의 범위 및 절차 등은 별표 1과 같다.
- 의료급여법 시행규칙 [별표 1] 선택의료급여기관의 범위 및 의료급여의 절차 등(제8조의3 관련)
  - 1. 수급권자가 선택할 수 있는 의료급여기관의 범위 및 의료급여의 절차
    - 다. 나목에 따라 통보를 받은 선택의료급여기관이 해당 수급권자의 치료를 위하여 다른 의료급여기관(제1차의료급여기관을 포함한다)의 진료が必要하다고 판단하는 경우에는 수급권자에게 별지 제3호서식의 의료급여의뢰서를 발급하고 그 사실을 7일 이내에 보장기관에 통보해야 하며, 의료급여의뢰서를 발급받은 수급권자는 의료급여의뢰서를 7일(공휴일을 제외한다) 이내에 의료급여기관에 제출하여야 한다.
- 「의료급여법 시행규칙」 제19조(급여비용의 본인부담)
  - 제13조제3항의 규정에 의하여 수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목과 부담률은 별표 1의2와 같다.
- 의료급여법 시행규칙 [별표 1의2] 수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목과 부담률(제19조 관련)
  - 1. 수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목의 비용
    - 가. 수급권자가 제3조의 규정에 의한 의료급여의 절차에 의하지 아니하고 의료급여기관을 이용한 경우에 소요된 비용의 총액