

붙임1

의원급 의료기관의 비급여 진료비용 표본조사 개요

- 조사목적 : 의원급 의료기관 비급여 진료항목 및 비용현황 조사·분석
- 조사기간 : 2017년 12월 11일 ~ 12월 22일
- 조사항목 : 2017년 병원급 이상 비급여 진료비용 공개대상 107항목
- 조사방법
 - 표본기관에 자료제공 요청서 발송
 - 비급여 진료비용 송·수신 시스템 통해 자료 수집
- * 시스템 사용이 어려운 경우 팩스, 이메일, 우편 등 활용
- 분석기관: 의원급 총 682개 기관(의원 292개, 치과의원 211개, 한의원 179개)

구분	표본설계		분석기관 수 ³⁾	분석항목 수 ⁴⁾
	모집단 ¹⁾	표본 ²⁾		
의원	계	14,651	490	43(행위 17, 제증명 26)
	내과계	2,906	98	
	외과계	2,138	71	
	산소아과계	1,852	60	
	안이비인후과 계	1,983	66	
	기타	5,772	195	
치과의원	8,720	291	211	22(행위 3, 제증명 19)
한의원	6,558	219	179	28(행위 7, 제증명 21)
계	29,929	1,000	682	54(행위 27, 제증명 27)

주 1) '17년 8월 기준

2) 서울·경기 소재 의원급 29,929개 기관을 시도, 진료구분으로 총화한 후 비례배분한 1,000개 기관을 총화 무작위 추출

3) 분석기관 수 = 표본기관 - (미제출 기관 + 분석에 불충분한 기관)

4) 분석항목 수 = 「비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준」(보건복지부 고시 2016-261호, '16.1.28) 별표1 107항목 - (미제출 항목 + 항목별 건수가 11건 미만인 경우)

붙임2

의원급 의료기관의 비급여 진료비용 표본조사 주요 분석 내용

1. 자료제출 및 분석현황

○ 표본조사 대상기관 1,000개 중 689기관(68.9%) 제출

- (제출방법) 팩스(67.9%) ▶비급여 진료비용 송·수신시스템(27.6%) ▶메일·우편 등

<표2. 제출기관 현황>

(단위: 기관수, %)

구 분	총 계	의원						치과 의원	한의원
		계	내과계	외과계	산소아과계	안이비인 후과계	기 타		
계	689 (100.0)	298 (43.3)	61 (8.9)	54 (7.8)	32 (4.6)	44 (6.4)	107 (15.5)	211 (30.6)	180 (26.1)
서울	451 (65.5)	201 (29.2)	42 (6.1)	33 (4.8)	19 (2.8)	30 (4.4)	77 (11.2)	137 (19.9)	113 (16.4)
경기	238 (34.5)	97 (14.1)	19 (2.8)	21 (3.0)	13 (1.9)	14 (2.0)	30 (4.4)	74 (10.7)	67 (9.7)

○ ‘17년 병원급 이상 공개 107항목 중 의원에서 실제 시행하는 항목 74항목(행위 44, 제증명 30)을 제출하였고, 682기관*의 54항목**을 분석함.

* 자료 제출된 689기관 중 분석에 불충분한 7기관 제외

** 자료 제출된 74항목 중 통계적 신뢰성을 고려 11건 미만인 20항목 제외

- 미국 CMS(Center for Medicare and Medicaid services)에서도 각 행위별 건수가 11건 미만이면 평균 진료비 정보공개 제외

<표3. 비급여 진료비용 등 상위 제출항목 현황> (단위: 기관수, %)

구 분	항 목	기관 수	
비급여 진료비용	의원 (292)	인플루엔자A·B바이러스 항원검사	78 (26.7)
		경부초음파(갑상선·부갑상선)	61 (20.9)
		복부초음파(상복부·일반)	52 (17.8)
	치과의원 (211)	광증합형 복합레진 충전	208 (98.6)
		골드크라운(금니)	195 (92.4)
		치과임플란트	194 (91.9)
	한의원 (179)	추나요법(단순)	103 (57.5)
		경피간섭저주파요법	98 (54.7)
		추나요법(복잡)	84 (46.9)
제증명 수수료	의원 (292)	일반진단서	281 (96.2)
		진료기록사본(흑백)	257 (88.0)
		진료확인서	251 (86.0)
	치과의원 (211)	일반진단서	194 (91.9)
		진료확인서	181 (85.8)
		진료기록사본(흑백)	166 (78.7)
	한의원 (179)	일반진단서	174 (97.2)
		진료확인서	162 (90.5)
		진료기록사본(흑백)	152 (84.9)

2. 의원급 의료기관의 비급여 진료비용 등 주요 현황

가. 비급여 진료비용

□ 의원

○ 검체 검사료와 관련하여

- 인플루엔자 A·B바이러스 항원검사(현장검사)는 의원에서 가장 많이 제출한 항목으로 대부분(75.6%) 2만5000원과 3만원에 집중되어 있고, 비교적 비용차이가 적게 나타남.
- HIV 항체(현장검사)의 최저·최고금액 차이는 매우 크며, 이는 검사방법, 시약(키트) 등의 가격과 연관된 것으로 추정됨.

- **체외충격파치료(근골격계질환)의 최빈금액과 중앙금액은 5만원수준이지만, 최저·최고금액 차이는 매우 큼.** 이는 부위·범위·횟수 및 체외충격파 치료기 종류 등에 따라 비용 차이를 보임.

※ 최빈금액: 전체 발생금액 중 가장 많이 받고 있는 금액
 중간금액: 전체 발생금액 중 중간에 위치하는 금액

○ **초음파 검사료와 관련하여**

- 최빈금액은 유방 초음파가 8만원으로 가장 높고 상복부(일반)과 임신부(일반) 초음파는 5만원, 경부(갑상선·부갑상선) 초음파는 4만원으로 나타남.
- 최저·최고금액은 부위별로 3.3~8.0배 차이를 보임.

- ▶ **인플루엔자 A·B바이러스 항원검사(현장검사):** 인플루엔자 A·B바이러스 감염 환자에게 비강 또는 비인두에서 채취한 삼출물을 이용하여 감염여부를 신속하게 진단하는 검사
- ▶ **HIV 항체(현장검사):** 인간결핍바이러스(HIV)감염 의심환자에게 혈액 또는 구강액 등의 검체를 이용하여 감염유무 확인하는 검사
- ▶ **체외충격파치료(근골격계질환):** 상완골내, 외측상과염, 족저근막염, 견관절 석회화 건염 등에 체외에서 충격을 가해 통증의 감소와 기능개선 유도

<표4. 검체검사료 등 비용현황>

(단위: 원)

구분		최저금액	최고금액	중앙금액	최빈금액
검체 검사료	Helicobacter Pylori검사	7,980	35,000	15,000	10,000
	HIV 항체[현장검사]	4,000	70,000	25,000	20,000
	인플루엔자 A·B바이러스 항원검사	15,000	35,000	25,000	30,000
초음파 검사료	경부(갑상선·부갑상선)	20,000	160,000	40,000	40,000
	유방	30,000	160,000	80,000	80,000
	복부(상복부-일반)	25,000	200,000	52,500	50,000
	임산부(제1삼분기-일반)	20,000	100,000	50,000	50,000
	임산부(제2,3삼분기-일반)	30,000	100,000	50,000	50,000
처치 및 수술료	체외충격파치료[근골격계질환]	10,000	300,000	50,000	50,000

□ 치과의원

- 충치면수, 치아부위나 상태(마모, 우식, 파절), 난이도 등 진료의 차이 및 금 함량, 보철물 종류 등에 따라 최저·최고 비용 차이가 큼.

<표5. 충치치료료·보철료·임플란트료 비용 현황>

(단위: 원)

구분	최저금액	최고금액	중앙금액	최빈금액
광중합형 복합레진 충전	10,000	600,000	100,000	100,000
골드크라운(금니)	300,000 ¹⁾	1,400,000 ²⁾	450,000	450,000
치과임플란트	790,000 ³⁾	4,000,000 ⁴⁾	1,300,000	1,200,000

- 주 1) 골드인레이 1면 2) 금함량 80% 3) 국산 Zirconia 혹은 국산 PFM 4) 수입산

- 치과의원은 의원이나 한의원에 비해 항목 당 비급여 진료비용을 다양하게 나누어 적용하고 있는 것으로 확인됨.

<표6. 광중합형 복합레진충전의 비급여 진료비용 사례>

고 시			AAA 병원			
코드	중분류	소분류	코드	명칭	금액	비고
UZ0050000	충치치료료	광중합형 복합레진 충전	UZ005000001	광중합형복합레진충전	70,000	치경부
			UZ005000002	광중합형복합레진충전	100,000	2면
			UZ005000003	광중합형복합레진충전	150,000	3면
			UZ005000004	광중합형복합레진충전	80,000	1면

□ 한의원

- 물리요법료의 경우 별도 비용을 수납하지 않는 경우도 확인됨.

<표7. 한의원의 물리요법료 비용 현황>

(단위: 원)

구분	최저금액	최고금액	중앙금액	최빈금액
추나요법/단순	0	70,000	20,000	20,000
추나요법/복잡	8,100 ¹⁾	200,000	30,000	30,000
추나요법/특수	15,000	200,000	50,000	50,000
경피적전기자극요법	0	15,000	5,000	5,000
경피간섭저주파요법	0	15,000	5,000	5,000

- 주) 1부위

나. 제증명수수료

- 진단서의 최저·최고 금액의 차이가 비교적 크게 나타남.
- 일반진단서의 경우 의원은 5천원~ 3만원, 치과의원은 무료~10만원, 한의원은 무료~5만원임.
- 확인서, 사본 등 제증명수수료에 대한 비용을 징수하지 않는 경우도 확인됨.

<표8. 의원/치과의원/한의원의 제증명수수료 상위 제출항목 현황>

(단위: 원)

구 분		최저금액	최고금액	중앙금액	최빈금액	상한액 ^주
의원	진료기록사본/흑백	0	20,000	1,000	1,000	1,000
	진단서/일반	5,000	30,000	20,000	20,000	20,000
	확인서/진료확인서	0	20,000	3,000	3,000	3,000
	확인서/통원확인서	0	20,000	3,000	3,000	3,000
	영문진단서/일반	2,000	90,000	20,000	20,000	20,000
치과 의원	진단서/일반	0	100,000	10,000	10,000	20,000
	진료기록사본/흑백	0	10,000	1,000	1,000	1,000
	확인서/진료확인서	0	20,000	3,000	3,000	3,000
	상해진단서/3주미만	10,000	150,000	100,000	100,000	100,000
	상해진단서/3주이상	10,000	200,000	150,000	150,000	150,000
한의원	진단서/일반	0	50,000	10,000	10,000	20,000
	확인서/진료확인서	0	10,000	3,000	3,000	3,000
	진료기록사본/흑백	0	10,000	1,000	1,000	1,000
	확인서/통원확인서	0	10,000	3,000	3,000	3,000
	제증명서사본	0	10,000	1,000	1,000	1,000

- 주: 「의료기관의 제증명수수료 항목 및 금액에 관한 기준(‘17.9.21.시행)」의 상한액

3. 지역별 동일 비급여 항목의 가격차이

- 이번 표본조사의 경우 서울과 경기 지역에 국한되어 실시되긴 했으나, 주요 항목의 지역별 비급여 진료비용을 비교해 보면,
 - 인플루엔자 A·B바이러스 항원검사, 치과 임플란트의 경우 지역별 큰 차이를 보이지 않음.
 - 인플루엔자 A·B바이러스 항원검사는 전체 분석대상 중 98.7%가 1만5천원 초과범위에 집중되어 있음.

<표9. 인플루엔자 A·B바이러스 항원검사의 지역별 금액 구성비율>

(단위: %)

구분	전체	지역	
		서울	경기
1만5천원이하	1.3		3.3
2만5천원이하	59.0	58.3	60.0
2만5천원초과	39.7	41.7	36.7

- 치과 임플란트의 경우 서울과 경기 모두 130만원 이하의 비율이 가장 높으며, 지역 간 큰 차이는 보이지 않음.

<표10. 치과 임플란트 지역별 금액 구성비율>

(단위: %)

구분	전체	지역	
		서울	경기
130만원 이하	56.3	53.1	62.1
190만원 이하	33.6	35.6	30.0
190만원 초과	10.1	11.3	7.9

- 갑상선·부갑상선 초음파, 골드크라운(금니), 추나요법(단순) 등은 지역별로 비급여 진료비용의 큰 차이를 보였다.

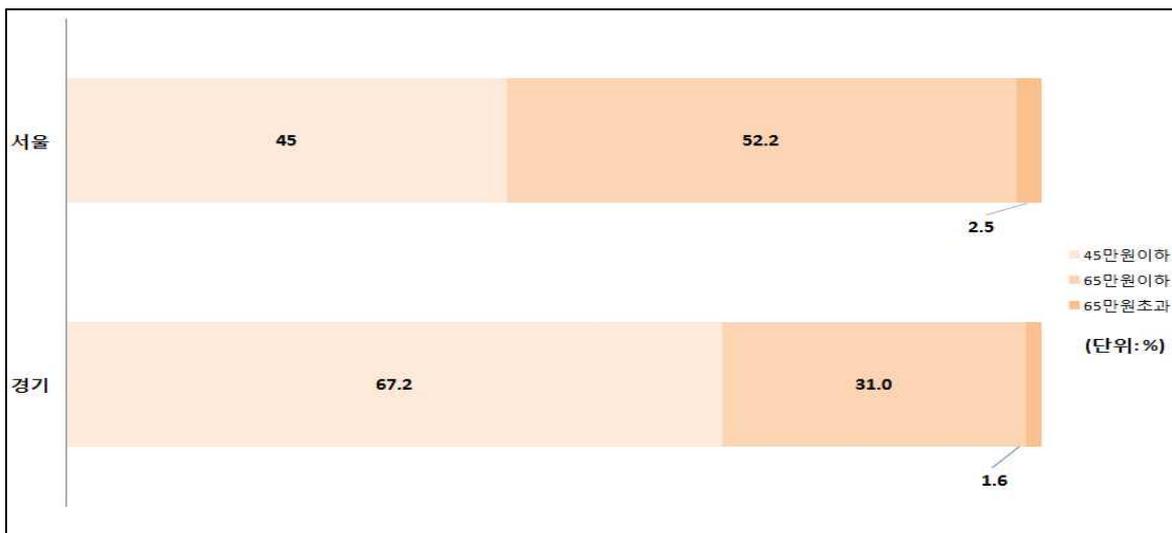
① 갑상선·부갑상선 초음파

- 서울은 4만원 이하 40.0%, 4만원 초과 59.9%인 반면, 경기도는 4만원 이하 77.8%, 4만원 초과가 22.2%를 차지하였다.



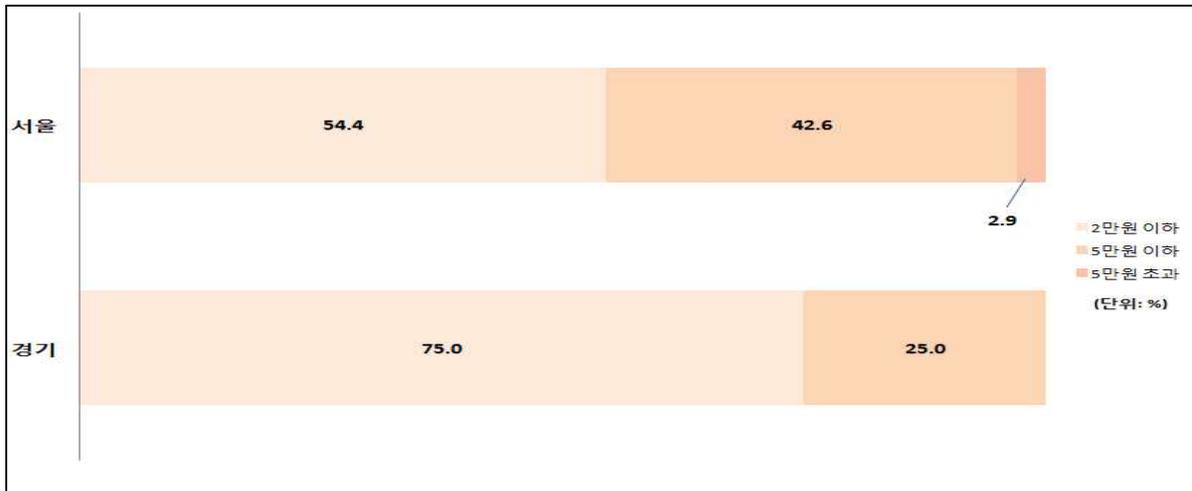
② 골드클라운(금니)

- 서울은 65만원 이하(52.2%) ▶ 45만원 이하(45.0%) ▶ 65만원 초과 (2.5%) 이며, 경기도는 45만원 이하(67.2%) ▶ 65만원 이하 (31.0%) ▶ 65만원 초과(1.6%)임.



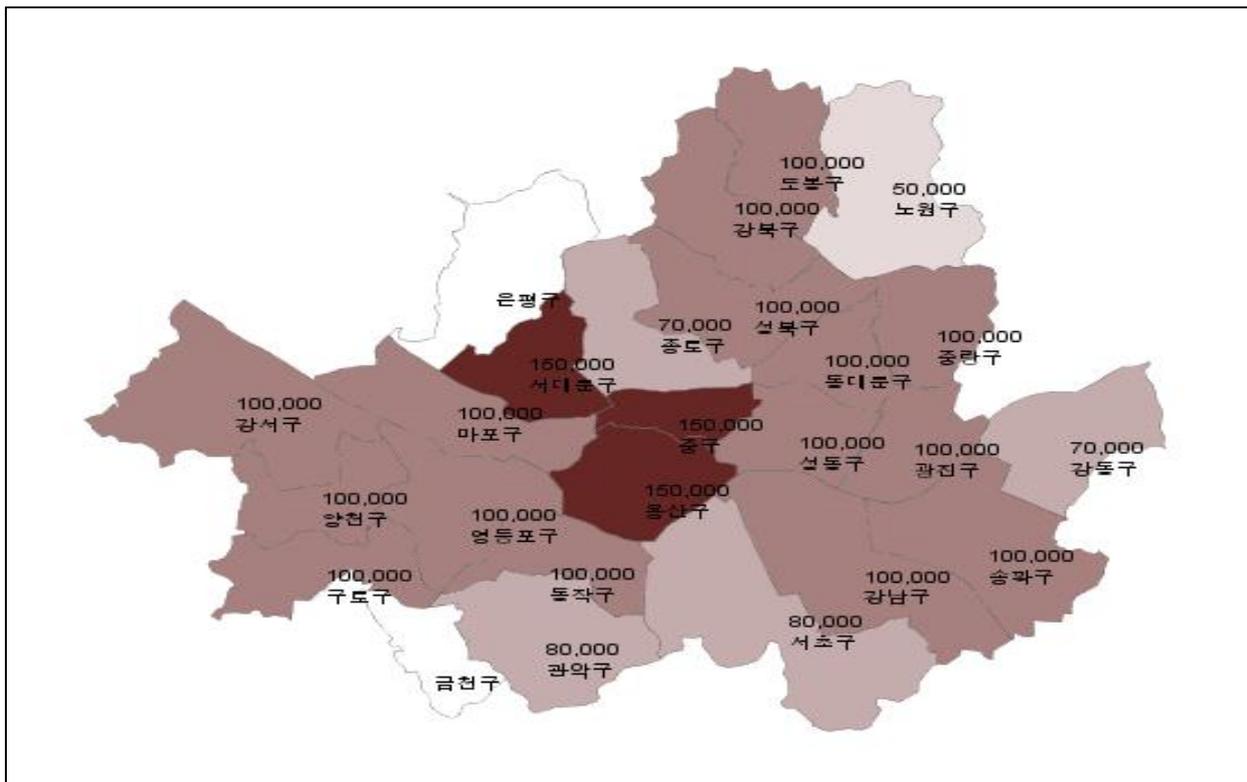
③ 추나요법(단순)

- 서울은 2만원 이하(54.4%) ▶ 2~5만원 이하 (42.6%) ▶ 5만원 초과 2.9%인 반면, 경기도는 2만원 이하(75.0%)에 대부분 집중되어 있음.



- 이번 표본조사에서 제증명수수료를 제외하고 가장 많은 건이 조사된 항목인 치과의원의 광중합형복합레진충전에 대하여 서울의 25개 자치구별 최빈금액을 위치별로 표시하면 다음과 같다.

< 서울시 25개 자치구별 광중합형 복합레진 충전의 최빈금액 현황 >



4. 병원급 이상 의료기관과의 비교 · 분석

- 의원급은 병원급 이상 의료기관에 비해 비급여 진료비용을 평균적으로 낮게 책정함.
 - 인플루엔자 A·B바이러스 항원검사, 체외충격파치료(근골격계 질환), 유방초음파 등의 경우 의원과 병원급의 평균진료비용은 유사하나,
 - 초음파검사, 체외충격파치료(근골격계 질환)의 경우, 의원급과 상급 종합병원과의 비용차이가 큰 것으로 확인됨.

<표11. 의원급과 병원급 이상의 주요항목 비용 비교>

(단위: 원)

구분		종별	최저금액	최고금액	중앙금액	최빈금액
의원	인플루엔자 A·B바이러스 항원검사	의원	15,000	35,000	25,000	30,000
		병원	6,000	50,000	25,000	30,000
		종합병원	6,000	45,600	30,000	30,000
		상급종합	19,000	48,000	38,110	40,000
	체외충격파치료(근골격계 질환)	의원	10,000	300,000	50,000	50,000
		병원	5,000	300,000	50,000	50,000
		종합병원	10,000	306,000	70,000	50,000
	상급종합	의원	20,000	160,000	40,000	40,000
		병원	10,000	200,000	60,000	50,000
		종합병원	30,000	195,900	90,000	80,000
	상급종합	의원	37,900	204,000	134,500	181,000
		의원	30,000	160,000	80,000	80,000
		병원	10,000	200,000	80,000	80,000
	종합병원	의원	30,000	210,000	100,000	100,000
		상급종합	37,900	224,500	170,000	195,000
		치과의원	치과임플란트	치과의원	790,000	4,000,000
		치과병원	580,000	4,113,800	1,600,000	1,500,000
한의원	추나요법/단순	한의원	0	70,000	20,000	20,000
		한방병원	1,000	80,000	22,375	30,000

5. 제증명 수수료 상한액 준수여부

- 「의료기관의 제증명수수료 항목 및 금액에 관한 기준(‘17.9.21. 시행)」에 의한 상한액을 초과하여 비용을 책정하기도 함.
 - 의원의 사망진단서는 **38.9%**가 상한액보다 높음
 - 의원의 근로능력평가용 진단서는 **22.0%**가 상한액보다 높음
 - 치과의원의 장애진단서(일반장애)는 **38.5%**가 상한액보다 높음
 - 한의원의 사망진단서는 **29.5%**가 상한액보다 높음

붙임3

2017년 병원급이상 비급여진료비용 공개항목

연도	중분류	소분류	상세분류	의원급 제출항목		
				의원	치과 의원	한의원
1	상급병실료차액	1인실				
2	상급병실료차액	2인실		○		
3	상급병실료차액	3인실				
4	교육상담료	당뇨병교육	1회 방문			
5	교육상담료	당뇨병교육	다회 방문			
6	교육상담료	고혈압교육				
7	검체검사료	양수염색체검사				
8	검체검사료	항물러관호르몬(불임, 폐경)				
9	검체검사료	Helicobacter Pylori 검사(내시경하) - CLO Test		○		
10	검체검사료	HIV 항체 [현장검사]		○		
11	검체검사료	인플루엔자 A·B 바이러스 항원검사 [현장검사]		○		
12	검체검사료	폐렴 연쇄상구균 소변항원 [간이검사]				
13	검체검사료	HCV 항체검사[간이검사]				
14	검체검사료	노로바이러스 항원검사[간이검사]				
15	기능검사료	체온열검사료/한방경피온열검사	전신			○
16	기능검사료	체온열검사료/한방경피온열검사	부분			○
17	진정내시경 환자관리료	위		○		
18	진정내시경 환자관리료	대장		○		
19	진정내시경 환자관리료	위·대장 동시		○		
20	초음파검사료	경부초음파	갑상선·부갑상선	○		
21	초음파검사료	경부초음파	갑상선·부갑상선 제외한 경부	○		
22	초음파검사료	유방		○		
23	초음파검사료	복부초음파(간·담낭·담도·비장·췌장)	상복부·일반	○		
24	초음파검사료	복부초음파(간·담낭·담도·비장·췌장)	상복부·정밀	○		
25	초음파검사료	하지정맥류				
26	초음파검사료	임산부초음파	제1삼분기·일반	○		
27	초음파검사료	임산부초음파	제1삼분기·정밀	○		
28	초음파검사료	임산부초음파	제2,3분기·일반	○		
29	초음파검사료	임산부초음파	제2,3분기·정밀	○		
30	MRI진단료	뇌				
31	MRI진단료	뇌혈관				
32	MRI진단료	경추(목부위)				
33	MRI진단료	요천추(허리부위)				
34	지속적통증 자가조절	대퇴신경				
35	지속적통증 자가조절	사각근간 상박신경총				
36	처치 및 수술료	체외충격파치료[근골격계질환]		○		
37	처치 및 수술료 (하지정맥류수술)	고주파정맥내막폐쇄술	교통정맥결찰술을 동반하는 경우			
38	처치 및 수술료	고주파정맥내막폐쇄술	교통정맥결찰술을 동반하지 않는 경우			

연번	중분류	소분류	상세분류	의원급 제출항목		
				의원	치과 의원	한의원
	(하지정맥류수술)					
39	처치 및 수술료 (하지정맥류수술)	광투시정맥흡입제거술	교통정맥결찰술을 동반하는 경우			
40	처치 및 수술료 (하지정맥류수술)	광투시정맥흡입제거술	교통정맥결찰술을 동반하지 않는 경우			
41	처치 및 수술료 (하지정맥류수술)	레이저정맥폐쇄술				
42	처치 및 수술료 (척추시술)	추간판내 고주파 열치료술				
43	처치 및 수술료 (척추시술)	신경성형술	경피적 경막외강 신경성형술			
44	처치 및 수술료 (척추시술)	신경성형술	내시경적 경막외강 신경근성형술			
45	처치 및 수술료 (척추시술)	신경성형술	경피적 풍선확장 경막외강 신경성형			
46	시력교정술료	레이저각막절삭성형술(라식)				
47	시력교정술료	레이저각막상피절삭성형술(라섹)				
48	다빈치로봇수술료	갑상선악성종양근치수술 (갑상선암)				
49	다빈치로봇수술료	근치적전립선적출술 (전립선암)				
50	충치료료	광중합형 복합레진 충전			○	
51	치과보철료	골드크라운(금니)			○	
52	치과임플란트료	치과임플란트			○	
53	한방물리요법료	추나요법	단순			○
54	한방물리요법료	추나요법	복잡			○
55	한방물리요법료	추나요법	특수			○
56	한방물리요법료	경피전기자극요법				○
57	한방물리요법료	경근간섭저주파요법				○
58	지속적통증자가조절 (치료재료)	대퇴신경(지속적 대퇴신경차단술)	PLEXOLONG NANOLINE KIT			
59	지속적통증자가조절 (치료재료)	대퇴신경(지속적 대퇴신경차단술)	STIMULONG NANOLINE KITS			
60	지속적통증자가조절 (치료재료)	대퇴신경(지속적 대퇴신경차단술)	CONTIPLEX TUOHY SET			
61	지속적통증자가조절 (치료재료)	사각근간상박신경총 (지속적사각근간상박신경총통증자가조절법)	STIMULONG NANOLINE SET			
62	지속적통증자가조절 (치료재료)	사각근간상박신경총 (지속적사각근간상박신경총통증자가조절법)	CONTIPLEX TUOHY SET			
63	지속적통증자가조절 (치료재료)	사각근간상박신경총 (지속적사각근간상박신경총통증자가조절법)	PLEXOLONG NANOLINE SET			
64	하지정맥류수술(치료재료)	고주파정맥내막폐쇄술 (고주파정맥내막폐쇄요법용)	VNUS CLOSURE CATHETER			
65	하지정맥류수술(치료재료)	고주파정맥내막폐쇄술 (고주파정맥내막폐쇄요법용)	VNUS CLOSURE FAST			
66	하지정맥류수술(치료재료)	고주파정맥내막폐쇄술 (고주파정맥내막폐쇄요법용)	VEINCLEAR			
67	하지정맥류수술(치료재료)	고주파정맥내막폐쇄술	VNUS CLOSURERFS STYLET			

연번	증분류	소분류	상세분류	의원급 제출항목		
				의원	치과 의원	한의원
		(고주파정맥내막폐쇄요법용)				
68	하지정맥류수술(치료재료)	레이저정맥폐쇄술(정맥류제거용)	TRIVEX RESECTOR KIT			
69	하지정맥류수술(치료재료)	레이저정맥폐쇄술(정맥류제거용)	ENDOSTAR SHAVER SYSTEM			
70	하지정맥류수술(치료재료)	레이저정맥폐쇄술(정맥류제거용)	광섬유카테타			
71	하지정맥류수술(치료재료)	레이저정맥폐쇄술(정맥류제거용)	MULTIDIODE OPTICAL FIBER DELIVERY			
72	하지정맥류수술(치료재료)	레이저정맥폐쇄술(정맥류제거용)	TRIVEX SYSTEM RESECTOR KIT			
73	하지정맥류수술(치료재료)	레이저정맥폐쇄술(정맥류제거용)	CERALAS BARE FIBER			
74	하지정맥류수술(치료재료)	레이저정맥폐쇄술(정맥류제거용)	광섬유카테타			
75	하지정맥류수술(치료재료)	레이저정맥폐쇄술(정맥류제거용)	OPTICFIBER NT-400/NT-600			
76	하지정맥류수술(치료재료)	레이저정맥폐쇄술(정맥류제거용)	MEDILAS D LIGHT GUIDES			
77	하지정맥류수술(치료재료)	레이저정맥폐쇄술(정맥류제거용)	레이저식혈관성형술용 카테터			
78	제증명수수료	진단서	일반	○	○	○
79	제증명수수료	진단서	건강진단서	○	○	○
80	제증명수수료	진단서	근로능력평가용	○	○	○
81	제증명수수료	사망진단서		○		○
82	제증명수수료	사체검안서				
83	제증명수수료	사산(사태)증명서				
84	제증명수수료	출생증명서				
85	제증명수수료	장애진단서	일반장애	○	○	○
86	제증명수수료	장애진단서	지적장애 및 자폐성장애	○		○
87	제증명수수료	장애진단서	후유장애	○	○	○
88	제증명수수료	병사용진단서		○	○	○
89	제증명수수료	확인서	입퇴원확인서	○		○
90	제증명수수료	확인서	통원확인서	○	○	○
91	제증명수수료	확인서	진료확인서	○	○	○
92	제증명수수료	국민연금 장애 심사용 진단서		○		○
93	제증명수수료	진료기록사본	후백	○	○	○
94	제증명수수료	진료기록사본	컬러	○	○	○
95	제증명수수료	진료기록(영상)	필름	○	○	
96	제증명수수료	진료기록(영상)	CD	○	○	
97	제증명수수료	진료기록(영상)	DVD		○	
98	제증명수수료	입원사실 증명서		○		
99	제증명수수료	장애인증명서		○		○
100	제증명수수료	상해진단서	3주 미만	○	○	○
101	제증명수수료	상해진단서	3주 이상	○	○	○
102	제증명수수료	향후진료비추정서	천만원 미만	○	○	○
103	제증명수수료	향후진료비추정서	천만원 이상	○	○	○
104	제증명수수료	채용신체검사서	공무원	○		
105	제증명수수료	채용신체검사서	일반	○		
106	제증명수수료	제증명서 사본		○	○	○
107	제증명수수료	영문진단서	일반	○	○	○