

요양급여비용 중 본인이 부담하는 상한액(제22조제2항 관련)

1. 요양급여비용 중 가입자 또는 피부양자 본인이 부담하는 금액의 상한(이하 “본인부담상한액”이라 한다)은 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준(이하 “상한액기준보험료”라 한다)에 따라 그 금액을 달리한다. 이 경우 상한액기준보험료의 구체적인 산정 기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

2. 가입자 또는 피부양자의 본인부담상한액은 다음 각 목의 구분에 따른다.

가. 지역가입자인 경우

구분	본인부담상한액
1) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 아니하는 경우	200만원
2) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 아니하는 경우	300만원
3) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우	400만원

나. 직장가입자 또는 피부양자인 경우

구분	본인부담상한액
1) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 아니하는 경우	200만원
2) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 아니하는 경우	300만원
3) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의	400만원

80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우	
--	--