



[Redacted]

Soongsil Graduate School International Student Insurance

E-mail: master@dbinsu.net

Tel: 02) 2264-4900 fax: 02)6442-4905



2025 Soongsil Graduate School International Student Insurance Coverage



상해사망 후유장애 Accident Death, Disability (伤害死亡, 后遗症): 170,000,000 won (currency: korean won)

질병사망 및 80% 이상 후유장애 Death from Disease and 80% of Disability (疾病死亡, 超过 80% 后遗症): 50,000,000 won

상해 또는 질병 입원의료비 In-patient medical(In korea)(住院医疗费): 50,000,000 won

통원의료비 Out-patient medical(in korea)(不住院医疗费)(一日最高支付金额为): 200,000 won (per day: maximum)

[비급여] 도수치료, 체외충격파, 증식치료 조제비: 3,500,000 won 주사료: 2,500,000 won MRI/MRA : 3,000,000 won (maximum)

일상생활 배상책임 Personal Liability (賠償責任) : 30,000,000 won

특별비용 Rescuer's Expenses (紧急医疗撤离/遣返) : 50,000,000 won (evacuation, repatriation)

해외치료입원비 Overseas In-patient medical Expenses(外国 住院医疗费) : 50,000,000 won (Exclude Korea, native country) ※Overseas In-patient Medical Expenses coverage is only applied to disease and injury which were incurred in Korea.

입원 시 보상 In-patient Insurance money(住院时治疗补偿)



※예시) 입원 시 보상 In-patient Insurance money (住院时治疗补偿示例)

※ 입원 시 국민건강보험법에서 정한 **비급여** 치료비의 **70%**를 보상.

According to the Korean Health Law cover **70%** In-patient Non-benefit medical expenses (**not 100%**) : In-patient (hospital treatment)

住院治疗时, 国民健康保险法规定的非补贴中 **70%** (不是100%)

※ 입원 시 국민건강보험법에서 정한 **요양 급여** 치료비의 **80%**를 보상.

According to the Korean Health Law cover **80%** In-patient Benefit medical expenses (**not 100%**) : In-patient (hospital treatment)

住院治疗时, 国民健康保险法规定的疗养补贴中 **80%** (不是100%)

통원 시 공제금액 Out-patient Deductible (per day: currency korean won) 门诊治疗时控除金表(每天)(以下都为韩币)



-병원 등급별 공제금액과 보상대상의료비의 20%중 큰금액(하루통원한도 200,000원)

The large amount of these two, '20% of the medical expenses' and 'hospital deductible rating' (Per day Max 200,000 won)

医院等级扣除金额和补偿对象医疗费의20%中扣除大的金额 (一天/门诊限额: 最高20万韩币)

- 병원등급별 공제금액: 의원·병원1만원, 상급·종합병원 2만원

Hospital deductible rating: 10,000 won for a clinic and hospital, 20,000won for a general hospital and University hospital

医院等级扣除金额 : 诊所·医院 1万韩币, 高级·综合医院2万韩币

주요 보상하지 아니하는 손해:

Major items which are not covered (主要责任免除條項)



1.	피보험자의 고의. Intention of the insured [被保險人 故意行为]
2.	정신 및 행동장애 (F04-99) . Mental disease of the insured [精神疾患, 行动障碍]
3.	임신, 출산 [제왕절개 포함 Q00-99]. Pregnancy of the insured, birth (including caesarian operation), [怀孕, 分娩 [含剖腹产]
4.	전문등반, 패러글라이딩, 모터 경기 등. Professional climbing, para glider, motor race or show...[专业攀登, 滑翔翼, 汽车或摩托车比赛]
5.	미용상의 치료 . Medical expenses for cosmetic reasons [以改善外貌为目的]
6.	비뇨기관 장애와 비만 [N39, R32. E66] Urinary system disorder. Obesity [泌尿器官障碍, 肥胖]
7.	직장과 항문질환 [I84, K60-62, K64] Rectal and proctological disorders [直肠或肛门障碍]
8.	치과 치료 [K00~08] 및 한방치료 Non-care expenses from dental and herbal remedy that are not included in the care expenses described in the National Health Service Act. [在牙科治疗. 韩方治疗中产生的不属于国民健康保险法中疗养补助的非补助医疗费用]
9.	건강검진. 예방접종 Medical examinations , vaccination [体检,预防接种]

보험금 신청서류 : Claim required documents 保险金申请 提交文件



1. 보험금 신청서: Claim Report (理赔申请书)
2. 외국인 등록증과 본인 통장사본: Alien ID card and copy of bank book(self)
(身份证明/银行存折复印件)
3. 치료비영수증 (약값 처방전 포함)과 진료비 상세내역서: : Medical receipt
(Include prescription expenses), Detail medical receipts, (医院发票, 处方和配
药费用收据, 明细清单跟病历,)

예시:) 약제비 영수증 Sample:) Prescription expenses receipts



KIS정보통신 KIS체크 카드 영수증 인정안됨. Credit card receipt Not accepted

신한체크카드승인 (회원용)
합부: [일시불]

TID: 10888648-3515 [SHINHANLOCAL]
9410-82**-***-5004
거래일시 19/01/07 11:05:09

거래금액 0원
부가세 0원
비과세 5,000원
합계 45,000원

승인번호: ~~XXXXXXXXXX~~ 신한카드
매입사명 [005-DESC 1] 7735719/108-20-79736 신한카드
가맹점/사업자 김민방여성의원 김민방여성의원
김진하 (TEL: 028155331) 김민방여성의원
서울특별시 동작구 상도동 62 (상도동, 3층, 4층)
50,000원 이하는 무서명 거래입니다.

알림 자동이체 KIS로 제출
마이신한잔여457
VANKEY: 0007054399092443
K4r00799-3515-S182 [0001]

약제비 계산서/영수증

카드사명: SCH씨신용
신용카드번호: 536323*****
카드승인번호: [Redacted]
가맹점번호: 708285386
환자성명: [Redacted]
영수증번호: 2019-02-15-16:48
조제일자: 2019-02-15
투약일수: 30일 합부: 개별
진료과: [Redacted]
아간(공휴일)조제:

약제비총액 (1)+(2)+(3):	161,390원
본인부담금 (1):	30,800원
보험자부담금 (2):	72,090원
비급여및전액본인부담(3):	58,500원
총수납금액 (1)+(3)	89,300원

카드: 89,300원
현금영수증: 0원
합계: 89,300원

사업자 번호: 888-41-00344
대표자: 문규성 (문규성인)
상호: 우정약국
전화번호: 02-12-7711

사업장 소재지: 서울 동작구 흑석동 86-117
영수증 발급일: 2019년 02월 15일

* 이 계산서, 영수증은 국민건강보험공단에서 제공하는 의료비 공제신청에 사용할 수 있습니다.

우정약국

810-7900
김경우
2018-12-31

QR서비스업 복약

주 의사항: 약품사진

- 시강계양, 위식도 역류질환 치료제
- 위, 십이지장염 및 궤양 치료제

입니다.

약제비 계산서 영수증 (별지 제1호 서식)

영수증번호: 2018123100135 투약일수: 5
환자성명: 조제일자: 2018-12-31
약제비총액 ①+②+③: 22,300
본인부담금 ①: 22,300
보험자부담금 ②: 7,560
비급여(전액본인) ③: 0
카드: 14,740
총수납금액 현금영수증: 22,300
①+③ 현금: 0
합계: 22,300

현금영수증 신분확인번호
() 현금승인번호

사업자등록번호: 617-03-56297
사업장소재지: 서울시 동작구 양녕로 281 (상도1동 상도빌딩)
상호: 해뜨는약국
성명: 김경우 (김경우인)
발행일: [Redacted]
유지비: [Redacted]

1회 일부여송투약
량 맞수 합수

에스매츨캡슐 밀리그램 1.0 1 5
글립타이드크 0밀리 1.0 2 5
세카론경 1 2 5
아색경 .00 2 5
원트란세미서방경 1.00 2 5

예시:) 치료비 영수증 : Sample:) Medical receipt



CAU 중앙대학교병원 DONGGANG UNIVERSITY HOSPITAL		☑ 외래 ☐ 입원 (☐ 퇴원 ☐ 중간) 진료비 계산서 · 영수증	
등록번호	01425837	아간(공휴일) 진료	☐ 아간 ☐ 공휴일
환자성명	[REDACTED]	병실번호	
진료과(센터)	피부과	환자유형	일반
진료의사	김명남	보조구분	정상
진료기간	20190215	질병코드	
사업장번호	203-82-03581	사업장소재지	서울 동작구 흑석로 102
대표전화	1800-1114	상호명	중앙대학교병원
대표자	김영하	대표자	김영하
항목	급여		비급여
	일부본인부담	전액본인부담	선택진료료
	본인부담금	공단부담금	선택진료료외
진찰료			22,120
입원료			
식대 및 영양상담			
투약 및 행위료			
주사료			
마취료			
처치 및 수술료			
검사료			
영상진단료			
방사선치료료			
치료재료대			
재활 및 물리치료료			
정신요법료			
전혈 및 혈액성분제료			
C T 진단료			
MRI 진단료			
PET 진단료			
초음파진단료			
보철·교정료			
증명료·기타			
포괄수가진료비(DRG)			
계	①	②	③
상한액 초과금	⑥	⑦	⑧
요양기관종류	☐ 의원급 · 보건기관 ☐ 병원급 ☐ 종합병원 ☑ 상급종합병원		
현금영수증	신분확인번호	현금승인번호	
신용카드	카드종류	카드번호	0650****
승인기간	0	승인번호	(승인) 00368343
승인일시	2019년02월15일 10:00	수납확인	119931
⑦ 진료비 총액 (①+②+③+④+⑤)		45,840	
⑧ 환자 부담 총액 (①-⑥)+③+④+⑤		45,840	
⑨ 부가 가치세		22,120	
⑩ 미납부한 금액			
⑪ 외래 정산액			
⑫ 할인액			
⑬ 헌혈 보상액			
⑭ 건강생활유지비			
⑮ 예약진찰료			
⑯ 납부할 금액 (⑧+⑨+⑫)-(⑩-⑬)		23,720	
⑰ 납부한 금액		23,720	
⑱ 납부하지 않은 금액 (⑯-⑰)		45,840	
⑳ 현재까지 납부한 총금액 (⑯+⑰+⑱)			
미수금(지원금)			
항목별 설명			

예 약 증

진료예약 당일 해당진료센터(과)로 제출바랍니다.

등록번호: [REDACTED]

환자성명: [REDACTED]

진료과(센터): [REDACTED]

진료의사: [REDACTED]

예약일자: [REDACTED]

예약시간: 오전 ☐ 오후 ☐ 시 분

※ 진료예약변경 및 취소는 예약일자 1일전까지 요청하여 주시기 바랍니다.
☞ 진료예약/변경/취소 1800-1114
중앙대학교병원

응원티후엔짱 남께서 가져야 할 곳

01425837

- ### 일반사항안내
- 이 계산서·영수증에 대한 세부사항은 요청시 언제든지 제공받을 수 있습니다.
 - *국민건강보험법, 제48조 또는 의료급여법, 제11조의3에 따라 환자가 잔액 부담한 병원과 비급여로 부담한 내원료의 차이를 단정할 수 있을 경우 건강보험심사평가원(번호 644-2000, 홈페이지: www.hic.or.kr) 확인 요청하실 수 있습니다.
 - 계산서·영수증은 소득세법, 제 68조 의료비 공제신청 또는 조세특례제한법, 제 41조(현금영수증 공제신청) 관련 규정 중 순환변환기 적용 규정에 해당함(소득세)에 사용될 수 있습니다. 다만, 자율현금영수증 발급된 현금영수증(이송중심)은 공제 신청에 사용될 수 없습니다. (현금영수증 문의 120 홈페이지: http://현금영수증.조) * 현금영수증 발급: http://www.hic.or.kr

약 교환권

약국 전광판에 약 번호가 커지면 교환권을 제출하시고 약을 받으시기 바랍니다.

원외처방전 있습니다

등록번호: 01425837

예시:) 치료비 영수증 : Sample:) Medical receipt



진료비(약제비) 납입 확인서

환자 성명				주민등록번호		930203-6*****				
조 제 일 자 (진 료 기 간)	구분 (외래)	진료비(약제비) 내역					소득공제 대상액			
		총 액 (①+②+③)	급 여		비급여	환자 부담총액 (②+③)	카드	현금 영수증	현금	
① 공단 부담액	② 환자 부담액		③ 환자 부담액							
2018-07-27		13,610	0	0	13,610	13,610	0	0	13,610	
2018-09-17		37,220	0	0	37,220	37,220	0	0	37,220	
2018-10-01		43,770	0	0	43,770	43,770	0	0	43,770	
2019-01-16		47,560	0	0	47,560	47,560	0	0	47,560	
계		142,160	0	0	142,160	142,160	0	0	142,160	
소득공제 대상 총액							142,160			
요양기관 종류	<input type="checkbox"/> 의원급/보건기관 <input type="checkbox"/> 병원급 <input type="checkbox"/> 종합병원 <input type="checkbox"/> 상급종합병원 <input type="checkbox"/> 약국/한국회귀의약품센터									
사업자등록번호	206-31-63679	상호	진약국		전화번호	02-2294-2828				
사업장 소재지	서울 성동구 행당동 286-5				대표자	강효진 (인)				
2019년 01월 24일										
※ 「국민건강보험법」 제 43조의2 또는 「의료급여법」 제11조의 3에 따라 환자가 전액 부담한 비용과 비급여로 부담한 비용의 타당성 여부를 건강보험심사평가원 (1644-200), 홈페이지: www.hira.or.kr)에 확인 요청하실 수 있습니다.										
※ 이 납입확인서는 「소득세법」에 따른 의료비 공제신청에 사용할 수 있습니다. 다만, 「소득세법 시행령」 제110조 제2항에 따라 환자부담액 중 2009년 12월 31일까지 지출한 미용/성형수술을 위한 비용 및 건강 증진을 위한 의약품 구입비용은 소득공제 대상에 포함됩니다.										
알림 : 현금영수증 문의 126 인터넷 홈페이지 : http://현금영수증.kr										

예시:) 진료비 상세내역서 Sample:) Detail medical receipt



■ [별지 제1호 서식] 진료비 세부산정내역 서식 (제2조제1항 관련)												
진료비 세부산정내역												
환자등록번호		환자성명		진료기간		병실		환자구분		비고		
[Redacted]		[Redacted]		2019-01-28~2019-02-08		0324		건강보험		[Redacted]		
항목	일자	코드	명칭	금액	횟수	일수	총액	급여			비급여	
								일부본인부담		전액본인부담		
								본인부담금	공단부담금			
검사료	20190129~20190129	D5856003	Blood Culture	18,290	1	2	45,726	9,145	36,581			
검사료	20190128~20190128	D6923003	매독 항체 (정밀)	7,500	1	1	9,375	1,875	7,500			
검사료	20190128~20190128	D7015003	HBs Ag(High Quality)(CLIA)	10,130	1	1	12,663	2,533	10,130			
검사료	20190128~20190128	D7018003	HBs Ab(High Quality)(CLIA)	10,810	1	1	13,513	2,703	10,810			
검사료	20190128~20190128	D7026003	HCV Ab (High Quality)(CLIA)-급	13,170	1	1	16,463	3,293	13,170			
검사료	20190128~20190128	D7212003	HIV(AIDS) Ag/Ab Stimul. Screen	9,360	1	1	11,700	2,340	9,360			
검사료	20190128~20190129	D1850003	ALT(SGPT)	1,560	1	2	3,900	780	3,120			
검사료	20190128~20190129	D1860003	AST(SGOT)	1,600	1	2	4,000	800	3,200			
검사료	20190128~20190129	D1870003	알카리 포스파타제	1,290	1	2	3,226	645	2,581			
검사료	20190128~20190129	D1890003	Gamma GTP	2,890	1	2	7,226	1,445	5,781			
검사료	20190128~20190129	D2510053	LD(LDH)	2,450	1	2	6,126	1,225	4,901			
검사료	20190202~20190202	D2820003	삼투압농도 - urine	3,590	1	1	4,488	898	3,590			
검사료	20190202~20190202	D2820003	삼투압농도	3,590	1	1	4,488	898	3,590			
영상진단료	20190128~20190128	G2101006	흉부1매	6,310	1	1	7,888	1,578	6,310			
영상진단료	20190128~20190128	GB021	FULL PACS 1매	1,080	1	1	1,080	216	864			
식대	20190128~20190208	Y2200	일반식(1식당)-종합병원	4,640	1	29	134,560	67,280	67,280			
식대	20190128~20190208	Z0010	일반식가산-영양사(1식당)	570	1	29	16,530	8,265	8,265			
식대	20190128~20190208	Z0011	일반식가산-조리사(1식당)	520	1	29	15,080	7,540	7,540			
식대	20190128~20190208	Z0030	직영 가산(1식당)	200	1	29	5,800	2,900	2,900			
계							2,789,462	572,457	2,031,853	185,152		
끝수처리 조정금액								-7	9	-2		
합계							2,789,462	572,450	2,031,862	185,150		

신청인 [Redacted] (환자와의 관계 : 본인) 의 요청에 따라
 진료비 계산서 · 영수증 세부산정내역을 발급합니다.
 2019년 02월 08일

보험금 청구서 Insurance Claim Report 理赔申请书



잘 작성한 보험금 청구서 **Good Claim Report** 好的理赔申请书

SSU International Student Insurance Claim Form

To : DB Insurance Co. LTD(DB손해보험 귀중)

E-mail: master@dbinsu.net

아래의 내용이 사실과 틀림없음을 확인하고 보험금을 청구합니다.

Info Tel: 02) 2264-4900

1. Name of Claimant(보험금 청구인) NGUYEN M [REDACTED] EN	2. Alien ID Number (외국인 등록 번호) 960123 - [REDACTED] G	3. Occupation (직업) 학 생
4. Tel No. (연락 가능한 전화번호) 010 - 4 [REDACTED] 96	5. E-mail (이메일) [REDACTED]@gmail.com	6. Name of the hospital (치료병원) 동작 내과 의원
7. Address, we can contact (연락 가능한 주소) 서울시 동작구 상도로 369 숭실대학교 신양관 203호		
8. Date & Time of Accident (or Sickness) (사고 일시) 2018년 02월 20일 12시	9. Place of Accident (or Sickness) (사고장소) 학교 (숭실대)	
10. Describe the circumstance of Accident (or Sickness) in detail (사고내용 : 사고발생(질병발병) 경위를 자세히 작성) 수업을 들던 중 갑자기 배가 아파 병원에 내원하여 치료를 받음.		
11. Account No(계좌번호) Name of Bank(은행명) Name of Account (예금주) : 보험금 받을 본인(Self) 은행 계좌		
Account No: [REDACTED]	Name of Bank: 국민	예금주(Name of Account): NGUYEN [REDACTED] EN

보험금 청구서 Insurance Claim Report 理赔申请书



나쁘게 작성한 보험금 청구서 Bad Claim Report 不好的理赔申请书

SSU International Student Insurance Claim Form

To : DB Insurance Co. LTD(DB손해보험 귀중)
 아래의 내용이 사실과 틀림없음을 확인하고 보험금을 청구합니다.

E-mail: master@dbinsu.net
 Info Tel: 02) 2264-4900

1. Name of Claimant(보험금 청구인) NEYEN [REDACTED]	2. Alien ID Number (외국인 등록 번호) [REDACTED]	3. Occupation (직업) 학생
4. Tel No. (연락 가능한 전화번호) 070-[REDACTED]	5. E-mail (이메일) [REDACTED]@gmail.com	6. Name of the hospital (치료병원) 동작 비라병원
7. Address, we can contact (연락 가능한 주소) 서울시 동작구 신대방 3동 신대방 103호		
8. Date & Time of Accident (or Sickness) (사고 일시) 2013년 09월 20일	9. Place of Accident (or Sickness) (사고장소) 학교 (수업내)	
10. Describe the circumstance of Accident (or Sickness) in detail (사고내용 : 사고발생(질병발병) 경위를 자세히 작성) 수업중 원장님 앞에서 배탈이 났고 배변이 불편함.		
11. Account No(계좌번호) Name of Bank(은행명) Name of Account (예금주) : 보험금 받을 본인(Self) 은행 계좌		
Account No: 910001-[REDACTED]	Name of Bank: 국민	예금주(Name of Account): NEYEN [REDACTED]

보험금청구방법: How to claim Insurance, 保险金申请接受



※ E-Mail: master@dbinsu.net (※ Please send the claim file **within 10MB capacity.**)请把保险理赔资料提交到**10 MB以内**)

FAX : 02) 6442-4905

Info Tel: 02) 2264-4900 C.P: 010-3199-6337

※보험금 청구 방법과 서류에 대해 국제처 게시판에 게시하겠습니다.
We will post the insurance claim method and documents on the
International affairs office bulletin.
我们将在国际留学生公告栏上公布申请保险金的方法和文件。

감사합니다. Thank You! (谢谢) *^_^*