

분류	소분류	진료비용항목	비용(단위:원)	특이사항
검사료	세포검사	인유두종바이러스(HPV)	80,000	급여 인정기준외 실시한경우 비급여
		자궁경부암(액상세포검사)	40,000	급여 인정기준외 실시한 경우 비급여
		자궁경부확대촬영검사(Cervico)	40,000	
	혈액검사	난소암위험도검사(ROMA)	80,000	급여 인정기준외 실시한 경우 비급여
	혈액검사	항물러관호르몬검사(난소나이)	70,000	급여 인정기준외 실시한 경우 비급여
	혈액검사	비타민D검사	25,000	
	혈액검사	BHCG(임신혈액검사)	25,000	
		Wedding 검사	150,000	
		니프티검사	650,000	
초음파		초음파	50,000-80,000	급여 인정기준외 실시한경우 비급여
		유도초음파	150,000	
처치		자궁내장치제거료 (실이 보이는 경우)	20,000	급여 인정기준외 실시한 경우 비급여
		자궁내장치제거료 (실이 보이지 않는 경우)	40,000	급여 인정기준외 실시한 경우 비급여
		미레나	330,000	급여 인정기준외 실시한경우 비급여
		임플라논	350,000	
		구리루프	150,000	
예방접종		가다실9가	240,000	
		백일해주사	50,000	
		풍진주사	30,000	
		B형 간염 백신	30,000	
처방료		사후피임약 처방료	25,000	
		비만약 처방료	25,000	
주사		멀티블루	80,000	
		마늘주사	40,000	
		징코주사	50,000	
		태반주사	30,000	
		입덧주사	50,000	
		철분주사	60,000	
		vit-D 주사	20,000	

제증명수수료	진단서	20,000	
	영문진단서	30,000	
	수술확인서	3,000	
	소견서	10,000	
	통원확인서	3,000	
	의무기록사본	1,000	장당