

보도시점 2026. 8. 31.(월) 조간
2026. 8. 30.(일) 12:00

배포 2026. 8. 28.(금)

의료비 부담 완화 위해 226만 명에게 본인부담상한액 초과금 3조 760억 원 환급

- 8.31.(월)부터 본인부담 초과금 지급 대상자에게 안내문 발송,
국민건강보험공단 누리집 등에서 신청가능 -
- ‘지급동의계좌’ 등록하면 신청 없이 자동 지급 -
- 소득 하위 50% 이하 대상자가 89.1%, 65세 이상 대상자가 57.9% -

보건복지부(장관 정은경)와 국민건강보험공단(이사장 강창희, 이하 공단)은 2025년 진료 건에 대한 개인별 본인부담상한액이 확정됨에 따라, 8월 31일(월)부터 본인부담상한액 초과금 지급 절차를 시작한다고 밝혔다.

본인부담상한제는 연간(2025.1.1.~12.31.) 본인일부부담금* 총액이, 개인별 상한금액**을 초과하는 경우 초과 금액을 국민건강보험공단이 부담하여 가입자 및 피부양자에게 돌려주는 제도로 수혜자와 지급액이 꾸준히 증가하고 있다.

* 비급여, 선별급여 등 제외하고 환자 본인이 부담하는 건강보험이 적용된 의료비

** 2025년 기준 89만 ~ 1,074만 원

※ 최근 5년 수혜자 증가 추이(명) : ('21)1,749,831 → ('23)2,011,580 → ('25)2,262,605
최근 5년 지급액 추이(억 원) : ('21)2조 3,860 → ('23)2조 6,278 → ('25)3조 760

이번 개인별 본인부담상한액 확정을 통해 2025년 연간 의료비 총액이 본인부담상한액을 초과하여 지출한 226만 2,605명(2024년도 213만 5,776명 대비 5.9% 증가)에게 3조 760억 원(2024년도 2조 7,920억 원 대비 10.2% 증가)이 지급되며, 1인당 평균 약 136만 원을 돌려받게 된다.

본인부담상한제 지급 대상을 세부적으로 살펴보면, 소득 하위 50% 이하와

65세 이상 고령층이 가장 많은 혜택을 본 것으로 나타났다.

소득 하위 50% 이하 대상자와 지급액이 각각 201만 6,503명, 2조 3,556억 원으로 전체 대상자의 89.1%, 지급액의 76.6%를 차지하여 소득 하위계층의 의료비 부담을 줄여준 것으로 확인되었다.

연령별로는 65세 이상 대상자 131만 761명이 2조 596억 원을 본인부담상한액 초과금으로 지급받아, 전체 대상자의 57.9%, 지급액의 67%를 차지하였다.

국민 2만 7,742명은 ▲동일 요양기관에서 지출한 본인일부부담금이 본인 부담상한액 최고액인 826만 원을 이미 초과했으며, ▲요양기관에서 공단에 본인일부부담금을 직접 청구하여 공단은 요양기관으로 1,846억 원을 미리 지급한 바 있다.

미리 지급한 금액을 제외하고, 상한액 초과금 지급 대상자로 확정된 226만 1,271명 중 지급동의계좌를 신청한 131만 2,819명(58%)은 별도의 신청절차 없이 사전 등록된 계좌로 9월 2일부터 순차적으로 자동 지급될 예정이며 이 외 지급대상자는 지급신청안내문 발송 후 개인별 신청을 받아 지급할 예정이다.

이때 본인부담상한액 초과금 신청서를 받은 경우 신청서에 있는 ‘지급동의 계좌’ 지급신청 항목에 체크하여 공단에 제출하면, 향후 상한액 초과금이 발생했을 때 별도의 지급신청 없이 공단에 등록된 계좌로 자동 지급받을 수 있다. 또한 상한액 초과금이 아직 발생하지 않은 경우에도 ‘지급동의계좌’를 미리 등록할 수 있으며, 본인 명의 계좌는 공단 고객센터(1577-1000)를 통해 신청할 수 있다.

국민건강보험공단은 지급 대상자에게 8월 31일(월)부터 신청서를 포함하여 본인부담상한액 초과금 지급신청 안내문을 순차적으로 발송할 계획이며, 올해부터는 네이버, KT(PASS앱), 카카오톡 순으로 전자문서를 우선 발송하고 전자문서를 이용하지 않거나 열람하지 않는 경우 우편으로 안내할 예정이다.

안내문을 받은 지급대상자는 공단 누리집·건강보험25시(모바일 앱)·팩스·전화·우편·방문 등 편리한 방법을 통해 본인 명의 계좌로 지급해 줄 것을 국민건강보험공단에 신청하면 된다.

* 신청: 공단 누리집(www.nhis.or.kr), 건강보험25시(모바일 앱), 문의 ☎1577-1000

다만 올해부터는 「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담) 제3항 시행 예정(10.8.)에 따라 시행일 이후부터 공단에서 본인부담상한액 초과금 지급 시 보험료 또는 국민건강보험법에 따른 징수금이 체납된 경우 해당 금액만큼 공제 후 지급할 수 있으니 체납된 금액이 있는 대상자는 이 점에 유의해야 한다.

보건복지부 유주현 건강보험정책국장은 “본인부담상한제는 경제적 취약 계층과 고령층 등 사회적 약자의 의료비 부담을 경감하는 매우 중요한 의료 안전망으로 확고히 자리 잡고 있는 것으로 나타났다”라고 말하며, “앞으로도 국민들이 고액의료비로 인한 경제적 어려움을 겪지 않도록 의료비 부담을 줄이기 위한 제도개선을 지속적으로 추진해 나가겠다”라고 밝혔다.

국민건강보험공단 김남훈 급여상임이사는 “본인부담상한제는 예상치 못한 중증 질환이나 과도한 의료비 지출로 어려움을 겪는 국민들의 의료비 부담을 덜어주는 든든한 버팀목이다”라고 하며, “공단은 의료비 부담으로 의료취약계층이 발생하지 않도록 늘 국민 곁에서 함께 하며 제도 운영에 최선을 다하겠다”라고 밝혔다.

- <붙임> 1. 본인부담상한제 개요
 2. 본인부담상한제 주요 연혁
 3. 2025년 본인부담상한제 관련 통계
 4. 본인부담상한제 초과금 지급 사례

담당 부서 <총괄>	보건복지부 보험급여과	책임자	과 장	유정민 (044-202-2730)
		담당자	주무관	온성하 (044-202-2736)
<제도운영>	국민건강보험공단 재난상한제운영부	책임자	부 장	김미경 (033-736-4601)
		담당자	팀 장	이연호 (033-736-4631)
<전산작업>	국민건강보험공단 급여보장정보부	책임자	부 장	이성욱 (033-736-2101)
		담당자	팀 장	김재천 (033-736-2270)

□ 본인부담상한제란?

- 과도한 의료비로 인한 가계 부담을 덜어주기 위하여 가입자가 부담한 1년간 본인 일부부담금(비급여, 선별급여 등 제외하고 환자 본인이 부담하는 의료비)이 개인별 본인부담상한액을 초과하는 경우 초과금액은 건강보험공단에서 부담(2004년~)

< 연도별 본인부담상한액 현황 >

연도	연평균 건강보험료 분위(저소득 → 고소득)						
	1분위	2~3분위	4~5분위	6~7분위	8분위	9분위	10분위
2004년 7월	6개월간 300만 원(제도시행)						
2007년 7월	6개월간 200만 원						
2009년 1월	연간 200만 원(하위 50%)			300만 원(중위 30%)		400만 원(상위 20%)	
2014년	120만 원	150만 원	200만 원	250만 원	300만 원	400만 원	500만 원
2015년	121만 원	151만 원	202만 원	253만 원	303만 원	405만 원	506만 원
2016년	121만 원	152만 원	203만 원	254만 원	305만 원	407만 원	509만 원
2017년	122만 원	153만 원	205만 원	256만 원	308만 원	411만 원	514만 원
2018년	80만 원	100만 원	150만 원	260만 원	313만 원	418만 원	523만 원
요양병원 120일 초과 입원	124만 원	155만 원	208만 원				
2019년	81만 원	101만 원	152만 원	280만 원	350만 원	430만 원	580만 원
요양병원 120일 초과 입원	125만 원	157만 원	211만 원				
2020년	81만 원	101만 원	152만 원	281만 원	351만 원	431만 원	582만 원
요양병원 120일 초과 입원	125만 원	157만 원	211만 원				
2021년	81만 원	101만 원	152만 원	282만 원	352만 원	433만 원	584만 원
요양병원 120일 초과 입원	125만 원	157만 원	212만 원				
2022년	83만 원	103만 원	155만 원	289만 원	360만 원	443만 원	598만 원
요양병원 120일 초과 입원	128만 원	160만 원	217만 원				
2023년	87만 원	108만 원	162만 원	303만 원	414만 원	497만 원	780만 원
요양병원 120일 초과 입원	134만 원	168만 원	227만 원	375만 원	538만 원	646만 원	1,014만 원
2024년	87만 원	108만 원	167만 원	313만 원	428만 원	514만 원	808만 원
요양병원 120일 초과 입원	138만 원	174만 원	235만 원	388만 원	557만 원	669만 원	1,050만 원
2025년	89만 원	110만 원	170만 원	320만 원	437만 원	525만 원	826만 원
요양병원 120일 초과 입원	141만 원	178만 원	240만 원	396만 원	569만 원	684만 원	1,074만 원
2026년	90만 원	112만 원	173만 원	326만 원	446만 원	536만 원	843만 원
요양병원 120일 초과 입원	143만 원	181만 원	245만 원	404만 원	580만 원	698만 원	1,096만 원

※ 2015년부터는 전년도 상한액에 ‘전국소비자물가변동률’을 연계하여 상한액 조정

※ 2024년도 1~3분위자 상한액 동결(그 외 전 분위 전국소비자물가변동률 반영)

- (사전급여) 동일한 요양기관에서 연간 지출한 본인일부부담액이 최고 상한액(25년 기준 826만 원)을 초과할 경우 초과되는 금액은 요양기관이 환자에게 받지 않고 건강보험공단에 직접 청구(당해연도에 지급)
- (사후급여) 개인별 상한액기준보험료 결정 전·후로 나누어 개인별 본인부담상한액을 초과하는 금액을 건강보험공단에서 환자에게 직접 지급(사전급여 적용금액 제외)
 - (개인별 상한액 결정 이전) 개인별로 연간 누적 본인일부부담금이 최고 상한액(25년 기준 1,074만 원)을 초과할 경우 매월 초과금액을 계산하여 지급
 - (개인별 상한액 결정 이후) 개인별 연간 본인부담상한액 초과금을 소득기준별로 정산하여 초과금액 지급(다음해 8월경)

□ 소득분위별 본인부담상한액 및 월별 기준보험료(2025년)

소득분위별 본인부담상한액		본인부담상한액 월별 기준보험료	
소득분위	본인부담상한액	직장가입자	지역가입자
소득 1분위	89만 원 (141만 원)	57,790원 이하	13,850원 이하
소득 2~3분위	110만 원 (178만 원)	57,790원 초과~ 86,290원 이하	13,850원 초과~ 19,780원 이하
소득 4~5분위	170만 원 (240만 원)	86,290원 초과~ 114,100원 이하	19,780원 초과~ 34,520원 이하
소득 6~7분위	320만 원 (396만 원)	114,100원 초과 ~163,860원 이하	34,520원 초과~ 93,970원 이하
소득 8분위	437만 원 (569만 원)	163,860원 초과~ 206,620원 이하	93,970원 초과~ 135,360원 이하
소득 9분위	525만 원 (684만 원)	206,620원 초과~ 282,570원 이하	135,360원 초과~ 217,540원 이하
소득 10분위	826만 원 (1,074만 원)	282,570원 초과	217,540원 초과

기간 : 1년 (2025년1월1일 ~ 12월31일)

* ()은 요양병원 120일 초과 입원한 경우의 본인부담상한액

붙임 2

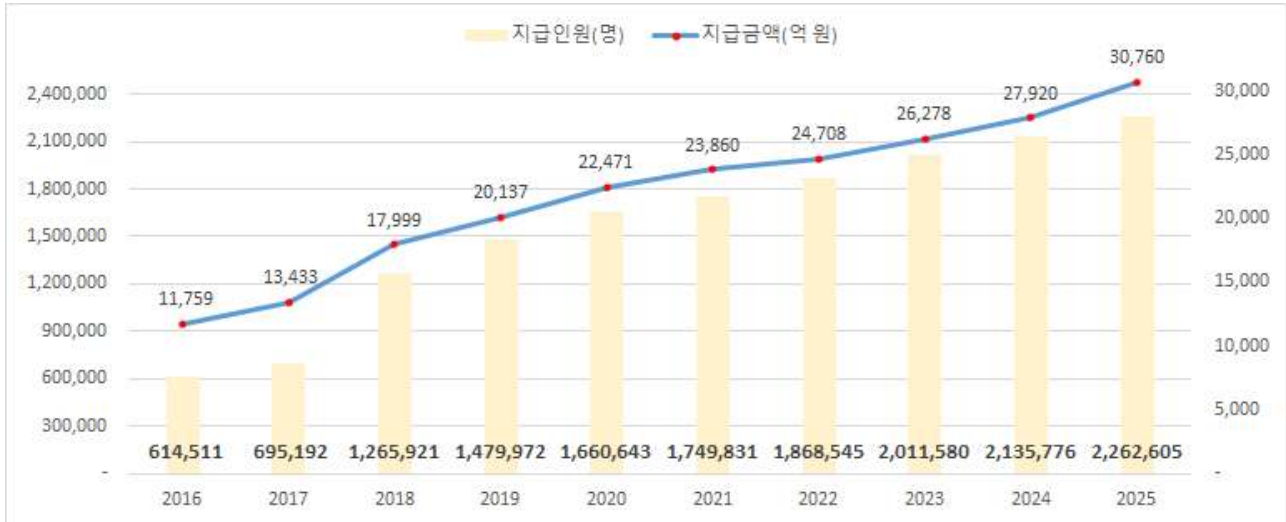
본인부담상한제 주요 연혁

시기	주요 변화	상세 내용																								
2000. 1월	본인부담액 보상금 제도 실시	○ 법정 본인부담금액이 매 30일간 120만 원 초과 시 초과금액의 50% 지급																								
2004. 7월	본인부담상한제 실시	○ 법정본인부담액이 6개월간 300만 원 초과 시 초과금액 지급 * 본인부담액 보상금 제도와 혼용																								
2007. 7월	본인부담액 보상금 제도 폐지 및 본인부담 상한액 인하	○ 본인부담액 보상금 제도 폐지 ○ 본인부담 상한액 인하 : 300만 원 → 200만 원																								
2009. 1월	본인부담상한제 적용기간 변경 및 상한액 차등화 실시	○ 적용기간: 6개월간 → 1년 ○ 상한액 기준 : 1종(200만 원) → 3종(200만 원, 300만 원, 400만 원) - 보험료 수준에 따라 상한액 200만 원(하위 50%), 300만 원(중위 30%), 400만 원(상위 20%)으로 다양화																								
2014. 1월	본인부담상한제 적용기간 변경 및 상한액 차등화 실시	<table><tr><th>소득 분위</th><th>1 분위</th><th>2~3 분위</th><th>4~5 분위</th><th>6~7 분위</th><th>8 분위</th><th>9 분위</th><th>10 분위</th></tr><tr><td>'13년</td><td colspan="3">200만 원 (하위 50%)</td><td colspan="2">300만 원 (중위 30%)</td><td colspan="2">400만 원 (상위 20%)</td></tr><tr><td>'14년</td><td>120 만원</td><td>150 만원</td><td>200 만원</td><td>250 만원</td><td>300 만원</td><td>400 만원</td><td>500 만원</td></tr></table>	소득 분위	1 분위	2~3 분위	4~5 분위	6~7 분위	8 분위	9 분위	10 분위	'13년	200만 원 (하위 50%)			300만 원 (중위 30%)		400만 원 (상위 20%)		'14년	120 만원	150 만원	200 만원	250 만원	300 만원	400 만원	500 만원
소득 분위	1 분위	2~3 분위	4~5 분위	6~7 분위	8 분위	9 분위	10 분위																			
'13년	200만 원 (하위 50%)			300만 원 (중위 30%)		400만 원 (상위 20%)																				
'14년	120 만원	150 만원	200 만원	250 만원	300 만원	400 만원	500 만원																			
2015. 1월	구간별 본인부담 상한액 결정	○ 연도별 본인부담상한액은 통계청에서 매년 12월 발표하는 '전국소비자물가변동률'을 반영하여 결정																								
2018. 1월	소득 하위 50%이하 가구 상한액 연 소득의 10% 수준으로 인하	○ 상한액: 1분위 122만 원→80만 원, 2~3분위 153만 원→100만 원, 4~5분위 205만 원→150만 원으로 인하 * 요양병원 120일 초과 입원한 경우에는 기존 상한액 기준 적용																								
2019. 1월	소득 6분위 이상 상한액 연소득 10%수준으로 조정	○ 상한액: 6~7분위 260만 원→280만 원, 8분위 313만 원→350만 원, 9분위 418만 원→430만 원, 10분위 523만 원→580만 원으로 조정 ○ 지역가입자 최저보험료 대상자가 상한액 1구간(소득 1분위) 초과시 1구간 적용																								
2020. 1월	요양병원 사전급여 지급방식 변경	○ 사전급여 지급방식 변경 : 요양병원 → 환자																								
2023. 6월	건보지속가능성 제고방안 관련 상한제 개편	○ 요양병원 장기 입원 별도 상한액 전구간 적용 ○ 소득상위(8~10분위) 상한액 연 소득 10% 수준으로 인상 ○ 경증질환 상급종합병원 외래진료시 상한제 적용 제외																								
2024. 1월	1~3분위 대상자 상한액 동결	○ 1~3분위자에 대해 2024년 본인부담상한제 동결 ○ 이 외 4~10분위 및 요양병원에 120일을 초과하여 입원한 경우는 전국소비자물가변동률 3.6% 적용																								
2024. 7월	과다의료이용자 본인부담 차등화 시행	○ 365일 초과 과다의료이용자의 외래 본인부담금에 대하여 사후관리에 따라 상한제 산정 제외																								
2024. 9월	비응급환자 산정제외	○ 응급실에 내원한 경증응급환자 및 비응급환자에게 본인부담금 90% 적용된 경우 상한제 산정 제외																								

붙임 3

2025년(진료연도) 본인부담상한제 관련 통계

□ 진료연도별('16~'25년) 본인부담상한제 지급인원, 금액 현황



□ 소득분위별 지급 현황(2025년 진료 건)

구간	소득분위(상한액)	대상자(명)		지급액(억 원)	
		인원	%	금액	%
	총계	2,262,605	100	30,760	100
소계	1~5분위	2,016,503	89.1	23,556	76.6
1	1분위(89/141만 원)	873,458	38.6	10,786	35.1
2	2~3분위(110/178만 원)	818,513	36.2	8,090	26.3
3	4~5분위(170/240만 원)	324,532	14.3	4,680	15.2
소계	6~10분위	246,102	10.9	7,204	23.4
4	6~7분위(320만 원/396만 원)	143,176	6.3	3,624	11.8
5	8분위(437만 원/569만 원)	44,348	2.0	1,382	4.5
6	9분위(525만 원/684만 원)	39,594	1.8	1,316	4.3
7	10분위(826만 원/1,074만 원)	18,984	0.8	882	2.8

* 건강보험 가입자(가구 기준)를 소득수준에 따라 10%씩 10분위로 나눈 지표로, 1분위가 소득수준이 가장 낮으며 위로 올라갈수록 높아짐

** 요양병원 120일 초과 입원 시 별도 상한액 적용

□ 연령별 지급 현황(2025년 진료 건)

구 분	계	0 ~ 18세	19 ~ 39세	40 ~ 64세	65 ~ 89세	90세 이상
대상자 (명)	2,262,605 (100.0%)	26,232 (1.2%)	161,292 (7.1%)	764,320 (33.8%)	1,236,377 (54.6%)	74,384 (3.3%)
지급액 (억 원)	30,760 (100.0%)	262 (0.9%)	1,487 (4.8%)	8,415 (27.4%)	18,718 (60.9%)	1,878 (6.1%)

□ 본인부담상한제 적용 상세 현황(2024년 대비)

○ 소득 수준별

(단위: 명, 억 원, %)

구분 분위	2024년		2025년		증감	
	인원(비율)	금액(비율)	인원(비율)	금액(비율)	인원(비율)	금액(비율)
계	2,135,776 (100.0)	27,920 (100.0)	2,262,605 (100.0)	30,760 (100.0)	126,829 (5.9 ↑)	2,840 (10.2 ↑)
1분위	814,875 (38.2)	9,538 (34.2)	873,458 (38.6)	10,786 (35.1)	58,583 (7.2 ↑)	1,248 (13.1 ↑)
2분위	331,008 (15.6)	3,298 (11.8)	354,238 (15.7)	3,624 (11.8)	23,230 (7.0 ↑)	326 (9.9 ↑)
3분위	457,350 (21.4)	4,377 (15.7)	464,275 (20.5)	4,466 (14.5)	6,925 (1.5 ↑)	89 (2.0 ↑)
4분위	105,465 (4.9)	1,384 (4.9)	162,793 (7.2)	2,342 (7.6)	57,328 (54.4 ↑)	958 (69.2 ↑)
5분위	191,589 (8.9)	2,755 (9.9)	161,739 (7.1)	2,338 (7.6)	△29,850 (15.6 ↓)	△417 (15.1 ↓)
6분위	68,539 (3.2)	1,666 (6.0)	72,080 (3.2)	1,831 (6.0)	3,541 (5.2 ↑)	165 (9.9 ↑)
7분위	69,419 (3.3)	1,693 (6.0)	71,096 (3.1)	1,793 (5.8)	1,677 (2.4 ↑)	100 (5.9 ↑)
8분위	43,424 (2.0)	1,279 (4.6)	44,348 (2.0)	1,382 (4.5)	924 (2.1 ↑)	103 (8.1 ↑)
9분위	36,733 (1.7)	1,159 (4.1)	39,594 (1.8)	1,316 (4.3)	2,861 (7.8 ↑)	157 (13.5 ↑)
10분위	17,374 (0.8)	771 (2.8)	18,984 (0.8)	882 (2.8)	1,610 (9.3 ↑)	111 (14.4 ↑)

○ 연령별

(단위: 명, 억 원, %)

구분 연령	2024년		2025년		증감	
	인원(비율)	금액(비율)	인원(비율)	금액(비율)	인원(비율)	금액(비율)
계	2,135,776 (100.0)	27,920 (100.0)	2,262,605 (100.0)	30,760 (100.0)	126,829 (5.9 ↑)	2,840 (10.2 ↑)
0 ~ 9세	10,179 (0.5)	74 (0.3)	8,783 (0.4)	74 (0.2)	△1,396 (13.7 ↓)	-
10 ~ 19세	19,620 (0.9)	195 (0.7)	20,156 (0.9)	217 (0.7)	536 (2.7 ↑)	22 (11.3 ↑)
20 ~ 29세	55,926 (2.6)	468 (1.7)	56,515 (2.5)	504 (1.6)	589 (1.1 ↑)	36 (7.7 ↑)
30 ~ 39세	95,080 (4.5)	864 (3.1)	102,070 (4.5)	953 (3.1)	6,990 (7.4 ↑)	89 (10.3 ↑)
40 ~ 49세	150,572 (7.0)	1,529 (5.5)	158,674 (7.0)	1,671 (5.4)	8,102 (5.4 ↑)	142 (9.3 ↑)
50 ~ 59세	309,673 (14.5)	3,284 (11.8)	319,945 (14.1)	3,535 (11.5)	10,272 (3.3 ↑)	251 (7.6 ↑)
60 ~ 69세	623,143 (29.2)	6,932 (24.8)	647,933 (28.6)	7,497 (24.4)	24,790 (4.0 ↑)	565 (8.2 ↑)
70 ~ 79세	494,470 (23.2)	6,741 (24.1)	551,518 (24.4)	7,800 (25.4)	57,048 (11.5 ↑)	1,059 (15.7 ↑)
80 ~ 89세	310,882 (14.6)	6,183 (22.1)	322,627 (14.3)	6,631 (21.6)	11,745 (3.8 ↑)	448 (7.2 ↑)
90 ~ 99세	64,653 (3.0)	1,610 (5.8)	72,733 (3.2)	1,834 (6.0)	8,080 (12.5 ↑)	224 (13.9 ↑)
100세 이상	1,578 (0.1)	40 (0.1)	1,651 (0.1)	44 (0.1)	73 (4.6 ↑)	4 (10.0 ↑)

【 실제 사례 1 】

- ◆ 70대 A씨는 2025년 척추가 골절되는 사고를 당하여 대학병원에서 3달 동안 입원치료를 받아 비급여 비용을 제외한 **총 진료비 9,209만 원**이 발생했으며, 7,603만 원의 공단부담금에도 불구하고 **본인부담 의료비 1,606만 원**이 나왔다. 저소득 고령층에 해당하는 A씨는 갑작스러운 의료비가 걱정이 되었으나
 - 입원치료를 하는 동안 **동일 병원**에서 발생한 본인 부담금이 **최고상한액** ('25년 826만원)을 넘어 826만 원까지만 본인이 부담하고, 이를 초과한 본인부담금 780만 원은 공단에서 **요양기관에 지급**하면서 걱정을 한시름 덜 수 있었다.
 - 2026년 8월에 A씨는 본인부담상한제 사후정산에서 **소득 1분위, 본인부담 상한액이 89만 원으로 확정**되어 이미 부담한 826만원에서 본인이 부담하여야 하는 89만원을 제외한 737만원 뿐 아니라 타 요양기관에서 발생한 본인부담금 283만원까지 포함하여 **총 1,020만 원**을 추가로 받을 수 있게 되었다.
 - 이를 통해, A씨는 2025년 1,889만 원 중 **89만 원만 본인이 부담**하고, 나머지 **1,800만 원은 공단이 부담**하여 의료비 부담으로 인한 경제적 어려움을 덜 수 있었다.

【 실제 사례 2 】

- ◆ 20대 B씨는 2025년 중증질환으로 병원에서 관련 치료를 받아 비급여 비용을 제외한 **총 진료비 3억 212만 원**이 발생하였는데, 산정특례 혜택(암 질환 본인부담금 5%, 중증난치질환 본인부담금 10%) 등에 따른 2억 7,985만 원의 공단부담금에도 불구하고 **본인부담 의료비 2,227만 원**이 나왔다.
 - 2026년 8월에 B씨는 본인부담상한제 사후정산에서 **소득 6분위, 본인부담 상한액 320만 원으로 확정**되어, 공단으로부터 상한액 초과금 **1,190만 원**을 받을 수 있게 되었다.
 - 이를 통해, B씨는 2025년도에 발생한 상한제 제외(선별급여, 상급병실 등) 비용 717만 원을 제외한 본인부담의료비 1,510만 원 중 **320만 원만 본인이 부담**하고, 나머지 **1,190만 원은 공단이 부담**함으로써 의료비로 인한 가계 부담을 크게 덜 수 있었다.