공 개

의안번호	제 201 호
의 결 연 월 일	2026. 4. 29. (제 8 차)

의결사항

보험업감독규정 일부개정고시안

금융위원회회의 안건

제 출 자	위원장 이 억 원
제출 연월일	2026. 4. 29.

금융위원회 고시 제2026- 호

보험업감독규정 일부개정고시안

보험업감독규정 일부를 다음과 같이 개정한다.

제7-54조 제11호를 제12호로 하고, 같은 조에 제11호를 다음과 같이 신설한다.

11. 보험회사가 보험계약자 등에게 요청하여 보험계약을 합의 해지하는 제도를 운영하고자 할 경우 해지 조건, 해지 절차 및 소비자 보호를 위해 준수해야 하는 의무 등에 관한 사항

제7-63조제2항제1호의2 중 “각 목에서 정하는 공제금액보다 높은”을 “각 목에서 정하는 공제금액과 다른”으로 하고, 단서를 다음과 같이 신설한다.

다만, 국민건강보험법 또는 의료급여법에 따른 비급여 부분 중 국민건강보험법 제44조제1항에 따른 산정특례 대상 질환 등으로 인한 비급여(이하 “중증비급여”라고 한다)와 국민건강보험법 제44조제1항에 따른 산정특례 대상 질환 등이 아닌 질환으로 인한 비급여(이하 “비중증비급여”라고 한다)에 대해서는 별도의 특약으로 구분하여 보장할 것

제7-63조제2항제2호 각 목 외의 부분을 다음과 같이 한다.

2. 기본형 실손의료보험의 보험금은 약관에서 보장대상으로 하는 본인부담의료비(공제 전을 말하며, 이하 “보장대상의료비”라 한다)에서 다음 각 목의 금액을 공제한 금액으로 할 것. 단, 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관의 의료비는 공제 대상 의료비에서 제외한다.

제7-63조제2항제2호나목 1) 중 “2만원과 보장대상의료비의 20%”를 “2만원 또는 보장대상의료비의 20% 또는 보장대상의료비의 건강보험 본인부담률(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 합계액 중 본인부담금 합계액의 비율을 말한다)”로 한다.

제7-63조제2항제2호나목 2) 중 “1만원과 보장대상의료비의 20%”를 “1만원 또는 보장대상의료비의 20% 또는 보장대상의료비의 건강보험 본인부담률(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 합계액 중 본인부담금 합계액의 비율을 말한다)”로 한다.

제7-63조제2항제2호의2를 다음과 같이 한다.

2의2. 특약으로 체결한 중증비급여를 보장하는 실손의료보험계약(노후실손의

료보험 및 유병력자실손의료보험은 제외한다)의 보험금은 보장대상의료비에서 다음 각 목의 금액을 공제한 금액으로 할 것. 단, 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관의 의료비는 공제 대상 의료비에서 제외한다.

제7-63조제2항제2호의2가목에 단서를 다음과 같이 신설한다.

단, 의료법 제3조의3에 의한 종합병원 및 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원에서 발생한 의료비에 대해 공제할 금액이 연간 500만원을 초과하는 때에는 500만원까지 공제한다. 이때 근골격계질환이학요법료, 체외충격파치료, 비급여주사제는 공제금액 합산에서 제외하여 별도로 공제한다.

제7-63조제2항에 제2호의3을 다음과 같이 신설한다.

2의3. 특약으로 체결한 비중증비급여를 보장하는 실손의료보험계약(노후실손의료보험 및 유병력자실손의료보험은 제외한다)의 보험금은 보장대상의료비에서 다음 각 목의 금액을 공제한 금액으로 할 것. 단, 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관의 의료비는 공제 대상 의료비에서 제외한다.

가. 입원 : 보장대상의료비의 50%

나. 통원(국민건강보험법 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 국민건강보험법 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제) : 5만원과 보장대상의료비의 50% 중 큰 금액(외래 및 처방·조제비를 합산하여 1일당)

제7-63조제2항제3호의2 중 “특약으로 체결하는 실손의료보험계약(노후실손의료보험, 유병력자실손의료보험, 단체보험상품 및 여행보험상품에 포함된 실손의료보험은 제외한다)의 경우에는”을 “특약으로 체결하는 비중증비급여를 보장하는 실손의료보험계약(노후실손의료보험, 유병력자실손의료보험, 단체보험상품 및 여행보험상품에 포함된 실손의료보험은 제외한다)의 경우에는”으로 한다.

제7-63조제2항제3호의3 중 “특약으로 체결하는 실손의료보험계약(노후실손의료보험, 유병력자실손의료보험, 단체보험상품 및 여행보험상품에 포함된 실손의료보험은 제외한다)의 경우”를 “특약으로 체결하는 비중증비급여를 보장하는 실손의료보험계약(노후실손의료보험, 유병력자실손의료보험, 단체보험상품 및 여행보험상품에 포함된 실손의료보험은 제외한다)의 경우”로 한다.

제7-73조제9항 중 “특약으로 체결하는 실손의료보험”을 “특약으로 체결하는 비중증비급여를 보장하는 실손의료보험”으로 한다.

부 칙

제1조(시행일) 이 규정은 2026년 5월 6일부터 시행한다.

제2조(적용례) 제7-63조, 제7-73조의 개정규정은 이 규정 시행 후 최초로 작성·변경되는 기초서류로서 판매개시일이 이 규정 시행일 이후인 보험상품에 관한 기초서류부터 적용한다.

제3조(특례) ① 보험회사는 판매개시일이 이 규정 시행일 이후인 보험상품에 대해서는 2028년 5월 5일까지 이 규정 제7-63조제2항제3호의2 및 제3호의3, 제7-73조제9항을 적용하지 아니한다.

② 보험회사는 단체보험상품 및 해외여행보험상품 중 국내실손의료비보장과 관련하여 이 규정 시행 이후 2026년 6월 5일까지는 제7-63조제2항제1호의2, 제2호, 제2호의2, 제2호의3의 개정규정에도 불구하고 종전의 규정을 적용할 수 있다.

<별 첨>

신·구조문대비표

현 행	개 정 안
제7-54조(사업방법서의 필수기재사항) 1. ~ 10. (생 략) 11. <신 설>	제7-54조(사업방법서의 필수기재사항) 1. ~ 10. (생 략) 11. 보험회사가 보험계약자 등에게 요청하여 보험계약을 합의 해지하는 제도를 운영하고자 할 경우 해지 조건, 해지 절차 및 소비자 보호를 위해 준수해야 하는 의무 등에 관한 사항
11. (생 략)	12. (현행과 같음)
제7-63조(제3보험의 보험상품설계 등) ① (생 략) 1. ~ 2. (생 략) ② (생 략) 1. (생 략) 1의2. 주계약으로 체결하는 실손의료보험계약[제2호 각 목에서 정하는 공제금액보다 높은 공제금액을 적용하고 65세 이상에서 보험가입이 가능한 실손의료보험(이하 “노후실손의료보험”이라 한다)과 감독원장이 정하는 표준사업방법서에 따른 계약 전 알릴의무 사항을 축소한 실손의료보험(이하 “유병력자실손의료보험”이라 한다)은 제외한다. 이하	제7-63조(제3보험의 보험상품설계 등) ① (현행과 같음) 1. ~ 2. (현행과 같음) ② (현행과 같음) 1. (현행과 같음) 1의2.---------- 각 목에서 정하는 공제금액과 다른 ---------- ---------- ---------- ---------- ---------- ---------- ----------

“기본형 실손의료보험”이라 한다.]은 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금 부분을 보장하고, 특약으로 체결하는 실손의료보험계약(노후실손의료보험 및 유병력자실손의료보험은 제외한다)은 국민건강보험법 또는 의료급여법에 따른 비급여 부분을 보장할 것. <단서 신설>	----------. 다만, 국민건강보험법 또는 의료급여법에 따른 비급여 부분 중 국민건강보험법 제44조제1항에 따른 산정특례 대상 질환 등으로 인한 비급여(이하 “중증비급여”라고 한다)와 국민건강보험법 제44조제1항에 따른 산정특례 대상 질환 등이 아닌 질환으로 인한 비급여(이하 “비중증비급여”라고 한다)에 대해서는 별도의 특약으로 구분하여 보장할 것
2. 기본형 실손의료보험의 보험금을 약관에서 보장대상으로 하는 본인부담의료비(공제전을 말하며, 이하 ‘보장대상의료비’라 한다.)에서 다음 각 목의 금액을 공제한 금액으로 할 것. 단, 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관의 의료비는 공제 대상 의료비에서 제외한다.	2. 기본형 실손의료보험의 보험금은 약관에서 보장대상으로 하는 본인부담의료비(공제 전을 말하며, 이하 “보장대상의료비”라 한다)에서 다음 각 목의 금액을 공제한 금액으로 할 것. 단, 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관의 의료비는 공제 대상 의료비에서 제외한다.
가. (생 략)	가. (현행과 같음)
나. 통원(외래 및 처방·조제비를 합	나. (현행과 같음)

산하여 통원 1회당) 1) 국민건강보험법 제42조제2항에 의한 전문요양기관, 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 국민건강보험법 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제 : 2만원과 보장대상의료비의 20% 중 큰 금액	1)---------- : 2만원 또는 보장대상의료비의 20% 또는 보장대상의료비의 건강보험 본인부담률(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 합계액 중 본인부담금 합계액의 비율을 말한다) ----
2) 의료법 제3조제2항에 의한 의료기관(종합병원은 제외한다), 국민건강보험법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 국민건강보험법 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함) : 1만원과 보장대상의료비의 20% 중 큰 금액	2)---------- 1만원 또는 보장대상의료비의 20% 또는

	보장대상의료비의 건강보험 본인부담률(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 합계액 중 본인부담금 합계액의 비율을 말한다) -----
2의2. 특약으로 체결한 실손의료보험계약(노후실손의료보험 및 유병력자실손의료보험은 제외한다)의 보험금을 약관에서 보장대상으로 하는 본인부담의료비(공제전을 말하며, 이하 '보장대상의료비'라 한다.)에서 다음 각 목의 금액을 공제한 금액으로 할 것. 단, 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관의 의료비는 공제 대상 의료비에서 제외한다.	2의2. 특약으로 체결한 중증비급여를 보장하는 실손의료보험계약(노후실손의료보험 및 유병력자실손의료보험은 제외한다)의 보험금은 보장대상의료비에서 다음 각 목의 금액을 공제한 금액으로 할 것. 단, 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관의 의료비는 공제 대상 의료비에서 제외한다.
가. 입원 : 보장대상의료비의 30%. <단서 신설>	가. 입원 : 보장대상의료비의 30%. 단, 의료법 제3조의3에 의한 종합병원 및 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원에서 발생한 의료비에 대해 공제할 금액이 연간 500만원을 초과하는 때에는 500만원까지 공제한다. 이때 근골격계질환이학요법료, 체외충격파치료, 비급여주사제는 공제금액 합산에서 제외하여 별도로 공제한다.
나. (생 략)	나. (현행과 같음)
<신 설>	2의3. 특약으로 체결한 비중증비급

	여를 보장하는 실손의료보험계약(노후실손의료보험 및 유병력자실손의료보험은 제외한다)의 보험금은 보장대상의료비에서 다음 각 목의 금액을 공제한 금액으로 할 것. 단, 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관의 의료비는 공제 대상 의료비에서 제외한다. 가. 입원 : 보장대상의료비의 50% 나. 통원(국민건강보험법 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 국민건강보험법 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제) : 5만원과 보장대상의료비의 50% 중 큰 금액(외래 및 처방·조제비를 합산하여 1일당)
3. (생 략)	3. (현행과 같음)
3의2. 특약으로 체결하는 실손의료보험계약(노후실손의료보험, 유병력자실손의료보험, 단체보험상품 및 여행보험상품에 포함된 실손의료보험은 제외한다)의 경우에는 제3호의	3의2. 특약으로 체결한 비중증비급여를 보장하는 실손의료보험계약(노후실손의료보험, 유병력자실손의료보험, 단체보험상품 및 여행보험상품에 포함된 실손의료보험은

3에 의한 요율 상대도(할인·할증요율)를 적용하기 전 보험료를 기준으로 제3호를 적용할 것	제외한다)의 경우에는----------
3의3. 특약으로 체결하는 실손의료보험계약(노후실손의료보험, 유병력자실손의료보험, 단체보험상품 및 여행보험상품에 포함된 실손의료보험은 제외한다)의 경우 보험료 갱신 전 12개월 이내 기간 동안의 보험금 지급 실적을 고려하여 보험료 갱신 시 순보험료(특약 순보험료 총액을 대상으로 한다)에 대한 요율 상대도(할인·할증요율)를 적용할 수 있을 것	3의3. 특약으로 체결한 비중증비급여를 보장하는 실손의료보험계약(노후실손의료보험, 유병력자실손의료보험, 단체보험상품 및 여행보험상품에 포함된 실손의료보험은 제외한다)의 경우----------
4. ~ 8. (생 략)	4. ~ 8. (현행과 같음)
③ (생 략)	③ (현행과 같음)
제7-73조(보험요율 산출의 원칙)	제7-73조(보험요율 산출의 원칙)
① (생 략)	① (현행과 같음)
② ~ ⑧ (생 략)	② ~ ⑧ (현행과 같음)
⑨ 보험회사가 제7-63조제2항제3호의3에 따라 특약으로 체결하는 실손의료보험의 요율 상대도(할인·할증요율)를 산출하는 경우에는 상대도 적용 전·후의 총 보험료 수준이 일치하도록 할인요율을 조정함을 원칙으로 한다.	⑨ ---------- 특약으로 체결하는 비중증비급여를 보장하는 실손의료보험---------- .

< 의안 소관 부서명 >

	금융위원회
소관부서	보험과
연 락 처	02-2100-2962