
2026년 (재)화성시문화관광재단 임직원 단체보험
과업지시서

2026. 3.



[경영지원팀]

2026년 (재)화성시문화관광재단 임직원 단체보험 과업지시서

I 계약 일반에 관한 사항

□ 계약 명 : 2026년 (재)화성시문화관광재단 임직원 단체보장보험

□ 보험종류

○ 전 임직원 기본보장사항 : 상해/질병(과로사)사망, 상해/질병(고도)후유장해, 특정질병진단(암, 급성심근경색, 뇌졸중, 정신질환) 보장

○ 선택보장사항

- 정액형 : 입원일당, 수술특약, 골절진단특약, 재해수술특약

- 실손형 : 상해/질병 의료비, 3대비급여

□ 보험기간 : 2026. 4. 22.(수) 00:00 ~ 2027. 4. 21.(수) 24:00 (1년)

□ 보험효력 발생일 : 2026. 4. 22.(수) 00:00

□ 가입대상 : 화성시문화관광재단 맞춤형복지제도 적용대상 임직원 총 392명

구분	계	성별	
		남자	여자
인원	392명	130명	262명
평균연령	43세	44세	42세

※ 인원 수 및 가입자 수 변동 가능

□ 보험가입유형 선택현황

보험종류	인원		
	계	남자	여자
계	392명	130명	262명
정액형	260명	92명	168명
실손형	132명	38명	94명

※ 단체보험 가입제한(인수거부) 없음

□ 보장범위 : 업무 중·업무 외(사생활)에 발생하는 재해 및 질병에 대해 연중 24시간 보장

□ 보험료 적용 : 평균연령 적용한 성별 분리단가 및 선택안에 따른 보험료

□ 보험료 납부 : 보험 계약 체결일에 납부 원칙

※ 보험업 감독규정 제4-33조 제5항 의거 정부(지방자치단체도 포함)와 직접 체결한 보험계약과 정부가 보험료를 부담하는 보험계약에 대해서는 증권 발행 후 1월까지 보험료 영수를 유예할 수 있다는 규정에 따라, 예산 사정에 따라 보험개시일로부터 1개월 이내 납부 가능

□ 계약방법 : 나라장터 소액수의 견적입찰

□ 낙찰방법 : 예정가격 대비 견적가격을 88% 이상으로 제출한 자 중 최저가격을 제출한 자부터 순서대로 배제사유에 해당하지 아니한 자를 계약상대자로 결정

※ 최종납품대상자(최저가 제안업체)로 결정된 입찰자와 보험가입인원 확정 시 체결 및 낙찰

II 보험별 계약조건

□ 보장내용

○ 전직원 기본보장사항

구분	보장항목	보장내용	보장금액
전 직 원	상해사망	상해사고로 인한 사망 시	5천만원
	상해후유장해	상해사고로 인한 후유장애 진단 시(보장금액×지급률)	5천만원
	질병사망	질병(과로사)으로 사망 시	4천만원
	질병 고도후유장해	질병사고로 80% 이상 고도후유장해 판정 시	4천만원
기 본 담 보	암 진단특약	갑상선암(30%), 경계성종양(30%), 기타 상피내암(10%)으로 진단 확정시(보장금액×지급률) (최초 1회限)	1천만원
	정신질환진단특약	정신질환으로 진단 확정 시 (최초 1회限)	200만원
	급성심근경색진단 특약	급성심근경색으로 진단 확정 시 (최초 1회限)	1천만원
	뇌졸중진단특약	뇌졸중으로 진단 확정 시 (최초 1회限)	1천만원

○ 선택보장사항

구분	보장항목	보장내용	보장금액
정 액 형	입원일당	상해/질병으로 입원 시 입원일수 1일부터 180일한도	일당 3만원
	수술특약	수술시, 수술비 정액 지급 (※ 1종 10만원, 2종 30만원, 3종 50만원, 4종 80만원, 5종 100만원, 6종 200만원, 7종 400만원)	400만원
	골절진단특약	골절로 진단 확정시 정액 지급	30만원
	재해수술특약	재해로 수술시 정액 지급	50만원
실 손 형	상해의료비 (급여/비급여)	상해사고로 입원 시	1천만원
		외래진료+처방 (한방, 치과 포함)	10만원
	질병의료비 (급여/비급여)	질병으로 입원 시	1천만원
		외래진료+처방 (출산, 한방, 치과 포함)	10만원
	3대비급여	비급여 도수/체외중격과/증식 치료 실손의료비 70% 보상	350만원 한도
		비급여 주사료 실손의료비 70% 보상	250만원 한도
비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 70% 보상		300만원 한도	

※ 보장한도는 실제 계약 시 변동될 수 있음/계약일(2026. 4. 22.) 이후 신규입사 직원은 실손형으로 일괄 가입

□ 보장범위 및 세부 내용

[상해·질병(과로사) 사망/후유장해]

- 교통 및 재해사망 또는 과로 및 질병 사망 등 모든 사망 포함
- 장해지급률별 상해보상
- 기왕증 및 현증자 보상 포함(감독관청 규정에 따름)
- 타 제도에 의한 보상과 관계없이 중복 보상

[특정질병진단 보장보험]

- 암 진단시 : 1천만 원 한도(최초 1회限)
 - 갑상선 암, 경계성 종양 진단·확정 시 : 1천만 원의 30%
 - 기타 상피내암 진단·확정 시 : 1천만 원의 10%
- 급성심근경색, 뇌졸중 진단·확정 시 : 1천만 원(최초 1회限)
- 정신질환 진단시 : 200만 원 한도(최초 1회限)
- 기왕증 및 현증자 보상 포함(감독관청 규정에 따름)
- 타 제도에 의한 보상과 관계없이 중복 보상(보험가입 전 진단 제외)
- 최초 가입 시, 면책기간 없음
 - ※ 면책기간 : 계약 이후 암이 발견되어 보험사가 보장하지 않는 기간

[정액형: 입원일당]

- 보험기간 중 발생한 상해 또는 질병으로 1일 이상 계속 입원하여 치료하는 경우, 입원 일당 3만원 지급
- 하나의 사고 당 180일 한도로 지급
- 건강검진 없이 기왕증 및 현증자 모두 포함(감독관청 규정에 따름)
- 타 제도에 의한 보상과 관계없이 중복 보상
- 면책기간 없이 입원 당일부터 지급
- 동일인에게 상이한 지급 사유 발생 시에도 보장

※ 지급제한(면책사항)

- 가. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- 나. 성병, 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- 다. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
- 라. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- 마. 정상 분만, 치과질환

[정액형: 수술 특약]

- 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 종별 정액지급
(※ 1종 10만원, 2종 30만원, 3종 50만원, 4종 80만원, 5종 100만원, 6종 200만원, 7종 400만원)
(보험사의 수술분류표에 따라 지급)
- 수술은 병변부위를 직접 보면서 수술적 조작을 하기위해 피부 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜 수술하는 것(칼로 절개하여 수술하는 것)
- 여러 수술을 하였을 경우라도 동일한 신체부위가 아닐 경우 수술 종류에 따라 중복 지급하나, 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봄), 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봄)으로 두 종류이상의 수술을 받은 경우에는 하나의 수술비만 지급
- 건강검진 없이 기왕증 및 현증자 모두 포함(감독관청 규정에 따름)
- 타 보험 가입여부와 상관없고, 횟수 제한 없이 지급(중복 보상)

※ 지급제한(면책사항) : 미용·정형상의 수술, 질병을 직접 원인으로 하지 않는 불임수술, 진단 검사(생검, 복강경 검사 등)를 위한 수술 등은 제외

[정액형: 골절 진단(치아파절제외)]

- 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「골절(치아파절제외)분류표」에 정한 골절로 진단 확정 시 30만원 정액 지급
- 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취하였을 때에 생긴 중독증상을 포함함. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않음
- 동일한 상해를 직접적인 원인으로 하여 복합골절이 발생한 경우에는 골절 진단비를 1회에 한하여 지급

[정액형: 재해 수술 특약]

- 재해로 인하여 수술을 받았을 경우 50만원 정액 지급
- 수술은 병변부위를 직접 보면서 수술적 조작을 하기위해 피부 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜 수술하는 것(칼로 절개하여 수술하는 것)
- 여러 수술을 하였을 경우라도 동일한 신체부위가 아닐 경우 수술 종류에 따라 중복 지급하나, 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봄), 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봄)으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 하나의 수술비만 지급
- 건강검진 없이 기왕증 및 현증자 모두 포함(감독관청 규정에 따름)

○ 타 보험 가입여부와 상관없고, 횟수 제한 없이 지급(중복 보상)

[실손형: 입원의료비]

- 상해 또는 질병으로 인하여 병(의)원에 입원하여 치료를 받은 경우 1사고 당 1천만원 한도로 보상
- 모든 상해 또는 질병으로 입원하여 입원의료비 발생 시 국민건강보험법상 급여 80% 및 비급여 70%(상급 병실료 차액 제외) 본인부담금 보상
 - ※ 단, 연간 본인 부담액이 200만원 초과하는 경우 초과 금액 보상
 - ※ 상급 병실료 차액은 실제 사용 병실과 기준 병실과의 병실료 차액 중 50% 공제한 후의 금액
- 국민건강보험법을 적용받지 못하는 경우(산재보험, 자동차 보험 처리 시)에는 입원의료비 중 본인이 실제 부담한 금액의 40% 보상
- 개인별 동일 질병, 재해로 입원 시 횟수 관계없이 한도 내 보상
- 기왕증자 및 현증자 보상
- 한방병원, 치과 입원 시 비급여/CT, 초음파 검사료 등 포함
- 직장 및 향문 관련 질환은 국민건강보험법상 요양급여의료비분까지 지급
- 출산 및 치료 목적의 산부인과 분만, 입원의료비 보장
- 입원 치료 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일 다음날부터 180일까지 보상
- 입원의료비 보장급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주

[실손형: 통원의료비]

- 외래비용 및 처방조제비 1건당 10만원 한도 보상
- 급여항목 연간 365일 및 비급여항목 연간 방문 100회 한도 보상
- 기왕증 보상
- 국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 상해 또는 질병으로 인한 외래 및 처방조제비
- 국민건강보험법상 본인부담금 및 비급여 부분의 합계액에서 보험사 약관에 따른 공제 금액을 차감하고 보험가입 금액을 한도로 보상
- 피보험자가 통원치료 중 보험기간이 만료되는 경우 계속 중인 통원치료에 대하여 보험기간 만료일 다음날로부터 180일 이내의 통원을 최대 90건 한도로 보상
- 국민건강보험법을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비 중 본인이 실제 부담한

금액에서 <항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액 한도 내 보상
<항목별 공제금액>

구분	의료기관	공제금액
기본형 (급여)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제10조, 제12조 및 제13조에 의한 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여 20% 해당액) 중 큰 금액
	의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액
	국민건강보험법 제42조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조 의4에 의한 상급 종합병원	2만원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여 20% 해당액) 중 큰 금액
특약 (비급여)	-	3만원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 비급여 30% 해당액) 중 큰 금액

[실손형: 3대 비급여]

○ 비급여 도수치료/체외충격파치료/증식치료

: 상해 또는 질병의 치료 목적으로 병원에 입·통원하여 비급여 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료를 받은 경우 매년 350만원 이내에서 50회(도수치료, 체외충격파치료, 증식치료의 각 치료 횟수를 합산하여 50회 적용)까지 공제 금액을 뺀 금액을 보상한도내로 보상

※ 공제금액 : 1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액

○ 비급여 주사료

: 상해 또는 질병의 치료 목적으로 병원에 입·통원하여 비급여에 해당하는 주사치료를 받은 경우, 계약일로부터 매년 250만원 이내에서 입·통원 합산하여 50회까지 공제 금액을 뺀 금액을 한도 내에서 보상

※ 공제금액 : 1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액

○ 비급여 MRI/MRA

: 상해 또는 질병의 치료 목적으로 병원에 입·통원하여 비급여 자기공명 영상진단(MRI/MRA)을 받은 경우 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비(조영제, 판독료 포함)에서 공제금액을 제외한 금액을 매년 300만원 이내에서 합산하여 50회까지 한도 내에서 보상

※ 공제금액 : 1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액

※ 지급제한(면책사항)

가. 입원의료비의 보상하지 않는 사항과 동일 적용

나. 출산 및 임신을 위한 산부인과 입·통원의료비 보상하지 않음

다. 기타 보상하지 않는 사항은 보험약관에 따름

III 가입변경자 계약사항

- 신규, 해지, 직종 변경 등 가입자 변경사항 통보 : 월별
- 보험효력 발생일 : 인사 발령 일자
- 보험료 정산 : 인사 발령 일자를 기준으로 소급(일할)정산

IV 입찰참가 자격

- 보험업법 및 기타 특별법에 의거 보험(공제포함)업을 영위하는 업체 (보험회사) 중 보험금 지급여력비율 100%이상 업체
 - ※ 단, 최근 1년 이내 금융감독원 종합검사결과 문책경고업체 제외
- 공동이행 가능(컨소시엄 구성)
 - 2개 업체 이상이 컨소시엄을 구성하여 입찰에 참가할 경우 대표업체를 선정하여 용역참가 신청을 하여야 하며, 참여인력 가운데 서비스 공급 총괄 관리책임 등을 비롯한 50%이상의 인력을 대표업체에서 맡아야 함
 - 계약 시, 공동수급체간 협정서 제출(공동 또는 분담이행방식)

V 기타사항

- 2026년 단체보장보험 서비스공급자 계약 체결 전이라도 보험 개시일 (2026. 4. 22. 00:00)부터 보험효력 소급 발생
- 보험약관은 당해 계약조건을 반영하여 작성
- 보험료 산정은 보험 기간 1년 기준으로 작성
 - ※ 상해/질병 사망 보장보험, 사망, 상해/질병 후유장애 보장보험, 특정질병진단(암, 뇌졸중, 급성심근경색, 정신질환) 보장보험, 입원일당, 수술비, 골절진단, 상해/질병 의료비 보장보험 구분 제출
- 보험 적용인원 변동에 따른 보험료 재조정 : 계약이후
 - ※ 보험료 정산 : 신규, 전입, 전출, 퇴직 등으로 인한 인원 정산은 월별로 하되, 이에 따른 보험료 정산은 2026년도 보험계약 종료 전·후 1개월 이내 일괄 정산
- 계약업체는 보험 가입자의 개인정보유출방지에 필요한 조치를 취하여야 하며, 정보의 유출로 발생한 사고에 대하여 민·형사상 모든 책임이 있음