

수혈비용청구서

의료기관	명칭			
	주소		전화번호	
무상수혈인원	무상수혈량(ml)	수혈비용	청구금액	헌혈증서매수

혈액관리법시행규칙 제17조제2항에 따라 헌혈증서 소지자에 대한 수혈비용을 위와 같이 청구합니다.

첨부 : 1. 헌혈증서 매
2. 수혈자내역서 부
3. 진료비 영수증 부

년 월 일

의료기관명 :

청구인 : (서명 또는 인)

대한적십자사 회장 귀하