■ 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제22호의3서식] <개정 2021. 6. 30.>

보조기기(개인용 음성증폭기·보청기) 처방전

※ 뒤쪽의 유의사항을 읽고 작성해 주시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다. (앞쪽)

[ ] 장애인 등록 전

① 진료받은 사람	성명		주민(외국인)등록번호	
	집 전화번호		휴대전화번호	
② 장애 구분	장애유형(주장애)	장애정도	[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애	
	중복장애유형(부장애)		[ ]심한 장애 [ ]심하지 않은 장애	
③ 처방 보조기기	[ ] 개인용 음성증폭기			
	[ ] 보청기	[ ] 우 [ ] 좌		

	구분			해당 여부	
④ 확인사항	체외용 인공후두		후두 전적출술 여부	[ ]	
	보청기	보청기 사용이 일상생활에 도움이 될 것으로 판단된다.		[ ]	
		고막 및 바깥귀길 상태 검사상 보청기 착용이 가능하다.		우[ ]	좌[ ]
		검사결과	평균 순음청력역치 ※ 6분법[(a+2b+2c+d)/6]에 따라 계산합니다. 이 경우 a는 500Hz, b는 1000Hz, c는 2000Hz, d는 4000Hz입니다.	우[ ]dB	좌[ ]dB
			말소리 명료도(%)	우[ ]%	좌[ ]%
			※ 처방전 발행일 6개월 이내에 시행한 검사를 기준으로 모든 값을 적고, 검사결과지를 첨부해야 합니다.		
		양측 대상 여부	19세 미만으로 양측 급여 대상자에 해당된다. ※ 양측 80dB 미만 난청환자 / 양측 간 순음청력역치 차이 15dB 이하 ※ 양측 말소리명료도 50% 이상 / 양측 간 말소리명료도 차이 20% 이하	[ ]	

⑤ 환자상태 및 진료소견 (처방의견을 포함하여 구체적으로 적습니다)

위와 같이 보조기기를 처방합니다.

※ 처방전은 발행일부터 6개월 동안만 유효합니다.

년 월 일

요양기관 명칭(요양기관 기호)

담당의사 성명 (서명 또는 인)

면허번호

전문과목 전문의 자격번호

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡]

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.
2. 등록된 장애유형과 관련된 보조기기만 처방해야 합니다.
3. 처방전에 따라 구입한 보조기기는 반드시 위 전문과목의 전문의로부터 보조기기 검수확인서를 받아야 합니다.
4. 장애인 등록 전인 사람에게 급여대상 보조기기를 처방하려는 경우에는 「장애인복지법」에 따른 장애유형으로 장애인 등록이 예상되는 경우에만 처방전을 발급해야 하며, 발급 시 "[ ] 장애인 등록 전"의 [ ]에 √ 표시를 합니다.

※ 또한, 장애인 등록 전에 구입한 보조기기(장애인 등록 이전 6개월 이내에 구입한 보조기기만 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 해당 유형의 장애인으로 등록한 경우에만 청구할 수 있습니다.

작성방법

① 진료받은 사람: 실제 급여를 받는 장애인에 대한 인적사항을 적습니다.
② 장애구분: 보조기기별 보험급여 대상에 해당하는 장애유형 및 장애 정도를 적습니다.
③ 처방 보조기기: 해당 보조기기의 품목에 √ 표시를 합니다. 보청기의 경우 착용측을 반드시 표시합니다.
④ 확인사항: 보청기 검사의 경우 고막 및 바깥귀길 상태의 정상 여부 등 검사결과를 기재한 후 처방해야 하며, 만 4세 이하 영유아 등 말소리 명료도의 측정이 불가능한 경우에는 ⑤ 환자상태 및 진료소견란에 그 사유를 적습니다.
⑤ 환자상태 및 진료소견: 보조기기 처방을 위한 장애상태 및 진료소견과 처방품목 내역 등에 대한 소견을 적습니다.