

복지용구 급여비용 조정신청서

(앞쪽)

신청인	기관(단체)명		사업자등록번호	
	주 소	(전화 :)		
	성 명		생년월일	
신청 제품	품 목 명			
	제 품 명			
	제품코드			
신청 내용	현행금액			
	조정신청금액			
조정신청사유 (구체적으로 기재)				

「복지용구 급여범위 및 급여기준 등에 관한 고시」 제13조제1항에 따라 위와 같이 복지용구의 급여비용 조정을 신청합니다.

년 월 일

신 청 인 : (서명 또는 인)

담 당 자 : (서명 또는 인)

전화번호 :

국민건강보험공단 이사장 귀하

제출서류	1. 조정사유관련 입증자료 2. 기타 소명에 필요한 자료
유의사항	1. 기관(단체)명란에는 제조(수입)업자 상호명을 기재하시기 바랍니다. 2. 성명란에는 대표자 성명을 기재하시기 바랍니다.

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

