

## 복지용구 급여대상 제외 신청서

(앞쪽)

|                      |          |         |         |  |
|----------------------|----------|---------|---------|--|
| 신청인                  | 기관(단체)명  |         | 사업자등록번호 |  |
|                      | 주 소      | (전화 : ) |         |  |
|                      | 성 명      |         | 생년월일    |  |
| 신청<br>제품             | 품 목 명    |         |         |  |
|                      | 제 품 명    |         |         |  |
|                      | 제품코드     |         |         |  |
|                      | 우수제품지정번호 |         |         |  |
| 제외신청사유<br>(구체적으로 기재) |          |         |         |  |

「복지용구 급여범위 및 급여기준 등에 관한 고시」 제11조의2제1항에 따라 위와 같이 복지용구의 급여  
제품 제외를 신청합니다.

년 월 일

신 청 인 : (서명 또는 인)

담 당 자 : (서명 또는 인)

전화번호 :

국민건강보험공단 이사장 귀하

|      |                                                                         |
|------|-------------------------------------------------------------------------|
| 제출서류 | 제품 유지관리 협약서                                                             |
| 유의사항 | 1. 기관(단체)명란에는 제조(수입)업자 상호명을 기재하시기 바랍니다.<br>2. 성명란에는 대표자 성명을 기재하시기 바랍니다. |

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

