■ 장애인보조기기 보험급여 기준 등 세부사항 [별지 제9호서식]

보청기 적합관리 급여 청구서

※ 유의사항 및 작성방법은 뒤쪽을 참고하시기 바라며, 바탕색이 어두운 란은 청구인이 적지 않습니다.

(앞 쪽)

접수번호	접수일	처리기간 7일

본인부담액 경감 대상자	[ ]「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목1)에 해당하는 사람
	[ ]「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목2)에 해당하는 사람

①급여를 받은 사람	성명	주민등록번호	
	전화번호(휴대전화)		
②보청기	모델명(품목관리번호)	제품제조번호	착용 우[ ] 좌[ ]
	구입처	사업자등록번호	구입일
③적합관리 제공업소	명칭	사업자등록번호	대표자
	주소(우편번호)		전화번호
④ 적합관리 차수	[ ] 1차, [ ] 2차, [ ] 3차, [ ] 4차 ※ 내구연한기간을 제품 구입1년 후 부터 1개년으로 나눈 것을 의미하며 동 차수 내 서비스 제공횟수가 아닙니다.		

⑤ 적합관리 업소 변경 [ ] ※ 해당 차수 적합관리 제공업소가 제품 구매 또는 과거 적합관리 업소와 다른 경우 체크합니다.	변경사유	[ ] 휴폐업 등
		[ ] 수급자 이사
		[ ] 서비스 불만족

⑥적합관리일자	⑦ 적합관리 서비스 내용	제공여부 (O, X)	적합관리 제공자 성명	급여받은 사람
	1. 보청기 사용 및 관리에 관한 상담			(서명)
	2. 청각평가			
	3. 보청기 조절			
	4. 청능훈련 (선택)			

⑧서비스 금액	원	⑨본인부담액	원	⑩ 청구금액	원

⑪ 수령 계좌	[ ] 가입자 또는 피부양자 계좌 [ ] 보청기판매업소 계좌 [ ] 급여 받은 사람 본인의 요양비 등 수급계좌 (압류방지 계좌)	금융기관명	계좌번호
		예금주 성명	주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호

「국민건강보험법 시행규칙」 제26조 및 「장애인보조기기 보험급여 기준 등 세부사항」 제3조에 따라 위와 같이 적합관리 급여비의 지급을 청구합니다.

년 월 일

⑫청구인 (서명 또는 인) 주민등록번호

급여를 받은 사람과의 관계 (휴대)전화번호

(변경 후)적합관리 제공 업소 대표자 (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

210㎜×297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

첨부서류	1. 적합관리 증빙서류(청력측정결과지 및 데이터로그기록 등). 2. 별표7 제1호 다목에 따라 공단에 등록한 보조기기 업소에서 발행한 세금계산서 1부. 3. 현금영수증 등 공단이 가입자나 피부양자가 지출한 금액 명세를 확인할 수 있는 서류 1부.

유의사항

적합관리비용의 청구는 보청기를 구입한 날부터 1년이 지난 후부터 적합관리 서비스를 차수별 1회 이상 받은 경우 청구할 수 있습니다.

보청기 적합관리 서비스 참고사항(KS I 0562 보청기적합관리 준용)

1. 청각평가

보청기 선정과 조절을 위한 목적으로 사용하는 것으로, 청력손실의 유형, 정도 및 형태, 의사소통능력의 정도 등을 파악합니다.

2. 보청기 조절

물리적 변형과 전기음향적 조절을 포함한 서비스입니다.

- 물리적 변형: 편안한 착용감을 위하여 필요한 경우 보청기 외형, 귀꽂이, 환기구 등을 변형합니다.
- 전기음향적 조절: 급여받을 사람의 청력도에 근거하여 주파수별 이득, 최대출력, 압축비율 등을 조정합니다.

3. 청능훈련 (선택 사항)

다양한 환경에서 보청기를 통한 의사소통 능력 향상을 위하여 개별화된 훈련 프로그램을 말합니다.

작성방법

① : 보청기에 대한 보험급여를 받은 사람을 적습니다.

② : 급여비를 지급 받은 보청기에 대한 정보를 적습니다.

③ : 적합관리 서비스를 제공받은 업소를 적습니다.

④ : 급여받은 사람의 보청기 적합관리 차수를 적습니다.

<예시> 보청기 구입일: 2020.7.1. ⇒ 1차: 2021.7.1.~2022.6.30.(구입 후 1년 경과 후) / 2차: 2022.7.1.~2023.6.30. (구입 후 2년 경과 후) 3차: 2023.7.1.~2024.6.30.(구입 후 3년 경과 후) / 4차: 2024.7.1.~2025.6.30. (구입 후 4년 경과 후)

⑤ : 적합관리 제공업소가 보청기 제품 구입처 또는 과거 적합관리를 제공받았던 업소와 다른 경우 체크하고, 업소 변경사유에 체크합니다.

⑥ : ⑦의 서비스를 받은 날짜를 기입합니다.

⑦ : 제공받은 적합관리 서비스의 내용에 제공여부를 체크하고, 급여 받은 사람은 서비스 내용을 확인 후 서명합니다. 기입된 사항은 “선택” 사항을 제외하고 필수사항입니다.

⑧ : 제공받은 적합관리 서비스의 실제 서비스 금액을 적습니다. 선택적으로 받은 적합관리서비스가 있을 경우 해당 금액을 포함합니다.

⑨ : 서비스 금액 중 본인이 실제로 부담한 금액을 적습니다. 서비스 금액이 1차수 급여기준액인 50,000원보다 초과하는 경우 급여기준액, 서비스 금액 중 낮은 금액의 10%에 해당하는 금액과 서비스금액과 급여기준액의 차액을 합산한 금액을 적습니다.

⑩ : ⑧ 과 급여기준액인 50,000원 중 낮은 금액의 90%에 해당하는 금액을 적습니다. 다만 「국민건강보험법 시행령」별표2 제3호라목1) · 2)에 해당하는 경감 대상자는 가장 낮은 금액의 100%에 해당하는 금액을 적습니다.

⑪ : 급여비를 수령할 계좌를 선택하여 "✔" 표시를 하고, 금융기관명, 예금계좌번호, 예금주, 주민등록번호(외국인인 경우에는 외국인등록번호)를 적습니다.

※ 예금주는 다음에 해당하는 사람이어야 합니다.

- 가입자 또는 피부양자 계좌: 급여 받은 사람, 급여 받은 사람의 배우자 및 직계존비속, 급여받은 사람과 건강보험증을 같이 하거나 주민등록이 같이 되어 있는 형제자매 또는 직계비속의 배우자
- 보청기 판매업소 계좌: 급여 받은 사람 본인이나 그 가족 등 지급청구자가 보청기 판매업소에 지급하도록 요청하는 경우에는 해당 업소
- 급여 받은 사람 본인의 요양비등수급계좌(압류방지 계좌): 요양비등수급계좌(압류방지 계좌)로 신청 시 급여 받은 사람 본인만 해당

* 계좌는 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금, 가계당좌예금 등 온라인 이체가 가능한 것이어야 합니다.

⑫ : 급여 받은 사람, 급여 받은 사람의 배우자 및 직계비속, 급여 받은 사람과 건강보험증을 함께 하거나 주민등록이 함께 되어 있는 형제자매 또는 직계비속의 배우자여야 합니다. 이 경우 청구인은 본인의 이름을 적은 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 하되, 청구인(급여 받은 사람만 해당합니다)이 제한능력자일 경우 법정대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.