

사전검진 진료비 지급신청서

※ 색상이 어두운 란은 신청인이 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

접수번호		접수일		처리기간 30일	
검진자	성명			생년월일	
	주소				
기증희망 장기	[]신장 []간장 []췌장 []폐 []췌도 []소장				
검진한 의료기관					
검진일	년 월 일				
기증 불가 사유					
청구금액					
입금계좌	예금주			금융회사명	
	계좌번호				

「장기등 이식에 관한 법률」 제32조제1항 및 같은 법 시행규칙 제26조제2항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

국립장기이식관리기관장 귀하

첨부서류	1. 영수증 사본 1부 2. 신체검사 결과지(의무기록지) 사본 1부 3. 의사 소견서 1부	수수료 없음
------	--	-----------

