

재난적의료비 직접 지급요청서

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 하고, 청구 세부내역을 적습니다. (앞쪽)

접수번호		접수일		처리기간	30일
의료기관	명칭		요양기관기호		
	담당자 성명		연락처		
환자	성명		주민등록번호(외국인등록번호)		
	질병분류기호	질병 · 부상명	입원기간		
지급 계좌		「국민건강보험법」 제47조에 따른 귀 기관의 요양급여비용 지급계좌로 지급			

진료비 내역						
진료비총액	환자부담금총액	급여			비급여	
		본인부담금 총액	공단부담금 총액	전액본인부담금 총액	선택진료료 총액	선택진료료 이외 총액

※진료비 영수증의 각 항목 총액을 적습니다. 영수증이 여러 장인 경우 각 항목의 총 합산 금액을 적습니다.

「재난적의료비 지원에 관한 법률 시행규칙」 제6조제1항에 따라 위와 같이 재난적의료비 지급을 요청합니다.

년 월 일

요청인: (서명 또는 인)

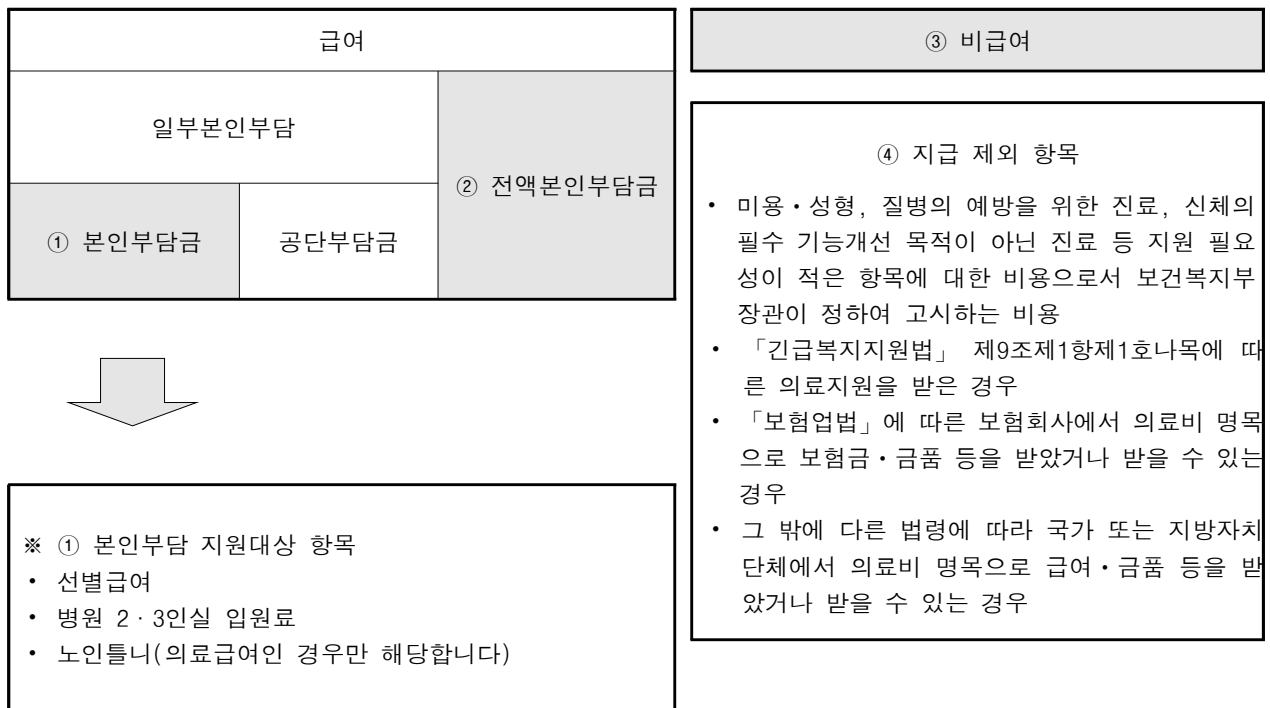
국민건강보험공단 이사장 귀하

첨부서류	1. 의료기관등의 계좌 사본 2. 퇴원 확인서 3. 그 밖에 재난적의료비 지급에 필요하다고 보건복지부장관이 인정하는 서류
------	---

알림사항

재난적의료비 지원금액은 국가·지방자치단체나 「보험업법」에 따른 보험회사 등으로부터 급여·보험금 등을 받을 수 있는 경우에는 그에 상당하는 액수를 제외하고 지급되며, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 비율에 따라 차등 지급됩니다.

재난적의료비 지원 개념



※ 재난적의료비 지원금액:

{① 본인부담금(지원대상 항목) + ② 전액본인부담금 + ③ 비급여 - ④ 지급 제외 항목} × 50~80%

* 보건복지부장관이 정하여 고시하는 비율에 따라 차등 지급됩니다.