

재난적의료비 직접 지급 결정 통보서(환자용)

접수번호		신청일자		년	월	일
환자	성명	생년월일				
	질병·부상명	질병분류기호		입원기간		
의료기관	명칭			요양기관기호		
지급신청 결과	지원금액:(원)			지원적용비율		
	지급방법: 재난적의료비 직접 지급요청서에 기재된 의료기관등의 계좌로 지급					

귀하의 재난적의료비 지원금액은 「재난적의료비 지원에 관한 법률 시행규칙」 제6조제3항에 따라 위 의료기관등의 지정계좌로 지급될 예정입니다.

※ 지급결정 등에 관한 공단의 처분에 이의가 있는 경우에는 「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제23조에 따라 처분이 있음을 안 날부터 90일 이내에 문서(전자문서 포함)로 공단에 이의신청을 할 수 있으며, 처분이 있는 날부터 180일이 지나면 이의신청을 제기하지 못함을 알려드립니다. 다만, 정당한 사유로 그 기간에 이의신청을 할 수 없었음을 소명한 경우는 제외됩니다.

년 월 일

담당자 : 지사 급 (전화번호:)

국민건강보험공단 이사장

※ 궁금하신 사항에 대해서는 담당자에게 문의하시면 자세하게 안내해 드리겠습니다.(공단 대표전화 ☎ 1577-1000)