

의료비반환 신청서

(앞 쪽)

접수번호	접수일자	처리일자	처리기간	14일
신 청 인	성명	생년월일 (외국인등록번호)		
	전화번호	의사상자와의 관계		
	주소			
	계좌번호			
의 사 상 자	성명	생년월일 (외국인등록번호)		
	전화번호	직업		
	주소			
의사상행위 일자				
의사상자 인정 결정일				
진료기관				
진료기간				

「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제11조제2항 및 같은 법 시행규칙 제7조제1항에 따라 의사상자 인정결정 전에 지급한 의료비의 반환을 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

시장·군수·구청장 귀하

신청인 제출서류	1. 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행규칙」 제4조에 따른 의사상자 인정결과 통보서 또는 의사상자 증서 사본 1부 2. 의료기관이 발행한 진료비 영수증 사본 1부 3. 신청인과 의사상자의 관계를 증명할 수 있는 가족관계증명서 또는 사실혼관계·친생자관계존재확인 의 소 판결문 등의 서류 1부(주민등록표 등본으로 그 관계를 확인할 수 없는 경우에만 해당합니다)	수수료 없 음
담당 공무원 확인사항	주민등록표 등본	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 담당 공무원이 위의 담당 공무원 확인 사항을 확인하는 것에 동의합니다. * 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

신청인

(서명 또는 인)

처리절차

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.

