

의사소견서 발급의뢰서

※ 색상이 어두운 란은 적지 않습니다.

※ []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

발급번호	보완 서류 제출 필요 [] 예 [] 아니오
------	---------------------------

※ 보완 서류: 장기요양인정 신청자에 대하여 국민건강보험공단이 치매진단의 확인이 필요하다고 판단하여 추가로 요청하는 치매진단과 관련된 서류로서, 보건복지부장관이 정하는 양식에 따라 추가로 작성한 서류

발급대상자	생년월일
-------	------

주 소	
-----	--

본인 부담금	[] 일반(20%)
	[] 저소득층·생계곤란자 경감대상자(10%)
	[] 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 받는 사람(10%)
	[] 「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받는 사람(면제)

「노인장기요양보험법」 제13조제1항·제20조제1항 및 같은 법 시행규칙 제2조제3항에 따라 위와 같이 의사소견서 발급을 의뢰합니다.

년 월 일

국민건강보험공단이사장

직인

※ 「노인장기요양보험법 시행규칙」 제4조제4항에 따라 의료기관에서는 상기 발급의뢰서를 지참한 분에 대하여 의사소견서 발급비용 중 본인이 부담하여야 하는 비용은 본인에게 받고, 나머지 비용은 국민건강보험공단에 청구하여야 합니다.