

(2월 1일)

방문간호지시서 발급비용 청구서

※ 색상이 어두운 란은 청구인이 적지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

(제1쪽)

접수번호		접수일자						
요 양 기 관	기호		명칭		청구 구분	[] 1. 원청구 [] 2. 추가청구 [] 3. 보완청구	전화 번호	- -
	주소 (전자우편 주소)	□□□-□□□ ()						
건수		방문간호지시서 발급비용 총액		본인부담금		청구액		

「노인장기요양보험법」 제42조 및 같은 법 시행규칙 제36조제4항에 따른 방문간호지시서 발급비용 심사를 청구합니다.

- [] 일반대상자(일반, 저소득층·생계곤란 경감대상자)
- [] 의료급여수급권자(「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받는 사람, 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 받는 사람)

첨부: 방문간호지시서 발급비용 청구명세서 매

청구일자 년 월 일

청구인

(서명 또는 인)

작성자

(서명 또는 인)

국민건강보험공단이사장 귀하

[첨부서류]

(제2쪽)

방문간호지시서 발급비용 청구명세서															건강보험 요양기관기호										
															의료기관 명칭										
연번	성명	주민등록 번호	장기요양 인정번호	장기 요양 등급	보장기관		대상자 구분		본인부담경감구분				본 인 부 담 률	발 급 일	유효 기간 *	의사 면허 번호	청구								
					기호	명칭	일반	의료	일반	저소득· 생계곤란	의료 급여 (1호외)	의료 급여 (1호)					코드	명칭	단가	횟수	소계	총액	본인 부담금	청구액	
총액						본인부담금								청구액											
참고																									

* 유효기간은 발급일부터 자동계산되므로 청구 시 기록할 필요 없습니다.

297mm×210mm[백상지 80g/㎡]