

검진기관 현황 등 변경신고서

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

(제1쪽)

접수번호	접수일자	처리기간	15일
------	------	------	-----

1. 검진기관 정보 변경사항

검진기관명	변경 전	(검진기관 기호 :)
	변경 후	(검진기관 기호 :)
개설자 (대표자)	변경 전	(생년월일 :)
	변경 후	(생년월일 :)
소재지	변경 전	(전화 :) □□□-□□□(팩스 :)
	변경 후	(전화 :) □□□-□□□(팩스 :)

※ "개설자(대표자)"란의 대표자는 법인의 대표자만 해당합니다.

2. 검진인력 변경사항

변경 사유	구 분	성 명	주민등록번호	면허증(자격증)		변 경 일
				종 별	번 호	
제외						년 월 일
신규						입사일 : 년 월 일 담당일 : 년 월 일

※ "구분"란에는 의사, 치과의사, 간호사, 간호조무사, 임상병리사, 방사선사로 구분하여 적습니다.

3. 검진시설 변경사항

진찰실	검진대기실	탈의실	진단의학검사실	방사선촬영실
m ²	m ²	m ²	m ²	m ²

※ 변경 후 면적을 적습니다.

4. 검진장비 및 암검진장비 변경사항

변경 사유	장비명	수량	모델명	제조번호 (방사선장비)	제 조 국명	구입 년도	제 조 년도	변경일	비고 (차량탑재 시 차량번호 기재)
제외								년 월 일	
신규								년 월 일	

5. 출장검진 차량 변경사항

변경 사유	자동차등 등록번호	최초등록일 (연월일)	차종	용도	차명	연식	차대번호
		소유자 성명 (명칭)	소유자 주민(사업자)등록번호		소유자 주소(소재지)		검사유효기간 (연월일 ~ 연월일)
제외							
신규							

210mm×297mm[일반용지 70g/㎡(재활용품)]

6. 검체검사 위탁 및 장비 공동이용 변경사항(변경 후)

☐ 검체검사 위탁	수탁기관명 (요양기관기호)	()	위탁항목 (아래의 위탁항목 번호 기재)	(, ,)
		()		(, ,)

※검체검사 위탁 항목(해당 항목에 "O" 표기)

1. 혈색소(), 공복혈당(), 총콜레스테롤(), HDL콜레스테롤(), 트리글리세라이드(), AST(SGOT)(), ALT(SGPT)(), 감마지티피(γ -GTP)(), 혈청 크레아티닌 검사()
2. B형 간염표면항원(), B형 간염 표면항체(), C형 간염항체 검사()
3. 병리위조직검사()
4. 혈청알파태아단백검사(간암) ()
5. 대변잠혈반응검사(), 병리대장조직검사()
6. 자궁경부세포검사()
7. 그 외 검체검사 위탁() ← 위탁 검사내용 기술

☐ 장비 공동 이용	의료기관명 (요양기관 기호)	()	대표자 성명	
		()		

7. 공휴일 검진 변경사항(실시주기에 "O"로 표기)

실시 구분	공휴일 검진실시(변경 후)								
일요일	일반()	영유아()	구강()	위암()	대장암()	간암()	유방암()	자궁 경부암()	폐암()
	1주()	1주()	1주()	1주()	1주()	1주()	1주()	1주()	1주()
	2주()	2주()	2주()	2주()	2주()	2주()	2주()	2주()	2주()
	3주()	3주()	3주()	3주()	3주()	3주()	3주()	3주()	3주()
	4주()	4주()	4주()	4주()	4주()	4주()	4주()	4주()	4주()
	5주()	5주()	5주()	5주()	5주()	5주()	5주()	5주()	5주()
	전체()	전체()	전체()	전체()	전체()	전체()	전체()	전체()	전체()
일요일 이외	일반()	영유아()	구강()	위암()	대장암()	간암()	유방암()	자궁 경부암()	폐암()

※ 공휴일은 「관공서의 공휴일에 관한 규정」 제2조에 따른 공휴일을 의미합니다.

8. 행정업무 담당(검진예약, 접수, 청구 등) 변경사항(변경 후)

담당 부서		전화번호	
행정책임자 성명		담당자 성명	

9. 그 밖의 변경사항(실시주기 외 "O/X"로 표기)

항 목	종전	변경	항 목	종전	변경
임상정도관리협회 가입 여부			근무시간 이전 검진		
내부정도관리 실시 여부			자체 검진기관(자체 사업장만 검진)		
내부정도관리 실시 주기	일	일	운전면허 적성검사 실시 여부		
자체 청구프로그램 사용기관					

「건강검진기본법 시행규칙」 제5조제5항에 따라 검진 인력·시설·장비 현황 등의 변경사항을 위와 같이 신고합니다.

년 월 일

신고인

검진기관장(인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

신고인 제출서류	1. 검진인력 자격과 채용관계 증명서류 1부 2. 진단용 방사선 발생장치 검사성적서, 방사선 방어시설 검사성적서, 진단용 방사선 발생장치 신고증명서, 사본 각 1부(해당하는 기관만 제출합니다) 3. 유방촬영용장치 또는 전산화단층촬영장치(CT)에 대한 특수의료장비 등록증명서 및 특수의료장비 품질관리 검사성적서 사본 각 1부(해당하는 기관만 제출합니다) 4. 교육수료증(영유아검진기관, 일반검진기관 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 건강검진을 실시하는 기관, 구강검진기관 또는 폐암검진기관의 지정을 신청하는 경우에만 제출합니다) 5. 「여성전문금융업법」에 따른 사설대여업자와 체결한 자동차 시설대여 계약서 사본 및 자동차등록증 사본 각 1부(자동차를 대여하여출장검진기관의 지정을 신청하는 경우만 제출합니다)	수수료 없 음
담당 공무원 확인 사항	자동차등록증(출장검진기관의 지정을 신청하는 경우로서 자동차를 소유한 경우만 해당합니다)	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인 사항을 확인하는 것에 동의합니다. * 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

신고인

(서명 또는 인)

처 리 절 차

신고서 작성	➔	접 수	➔	검 토·확 인	➔	결과 통보
신고인		처 리 기 관 (국민건강보험공단)		처 리 기 관 (국민건강보험공단)		신고인 및 관할 특별 자치도지사·시장·군수· 구청장