

외래치료 지원 청구서(입원 환자)

※ 해당되는 []에 √표시를 하고, 진하게 칠해진 부분은 적지 않습니다.

접수번호	접수일	접수기관	처리기간	즉시
환자	성명	주민등록번호 (남, 여)	[]급여 1종 []보험 []급여 2종 []기타	
	주소	전화번호		
	진단(ICD-10)	입원 횟수(다른 기관에 입원한 횟수를 포함합니다) 회		
	입원 일자 년 월 일	입원 만료(예정) 일자 년 월 일		
	입원유형	[] 보호입원 [] 행정입원		
	입원 전 자해·타해 행동 여부	[] 있음 [] 없음		
	외래치료기관 추천	[] 청구 정신의료기관 [] 다른 지정정신의료기관		

「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제64조제1항 및 같은 법 시행규칙 제47조제2항에 따라 위와 같이 외래치료 지원을 청구합니다.

년 월 일

정신의료기관의 장 인

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

첨부서류	정신건강의학과전문문의의 소견서 1부
------	---------------------

이 청구서는 아래와 같이 처리됩니다.

처 리 절 차

