■ 장기요양급여비용 청구 및 심사지급업무 처리기준 [별지 제5호서식] <개정 2023.4.5.>

방문간호 장기요양급여비용 청구명세서

청구 구분	[ ] 1. 원청구 [ ] 2. 추가청구 [ ] 3. 보완청구

기관기호		기관명칭				일련번호	
성명		생년월일				장기요양인정번호	
장기요양등급		보장기관기호				보장기관명칭	
수급자 구분	일반 [ ]	의료급여 [ ]	본인부담 감경구분	일반 [ ]	국민기초 [ ]	본인부담률	
				기타 감경[ ]	의료급여 [ ]		
최초급여 개시일	. . .	당월급여 개시일	. . .	총 급여일수		장기요양인정 유효기간	
원청구내용 ※ 보완· 추가 청구 시에만 기재합니다			접수번호		일련번호		불능사유 코드

장기요양급여내용

코드	명칭	제공일		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	총횟수	단가	계	급여비용 감산비율	급여비용 산정단가	급여비용 산정소계	산정총액
		장기요양요원	A																																						
			B																																						
		간호사 여부																																							
		시작시간																																							
		종료시간																																							
		세부내용 코드																																							
		가족관계																																							
		친족여부																																							

방문간호 지시서	의료기관기호		의료기관명칭		발급일		유효기간		의사면허번호		방문횟수(주,월)	
	의료기관기호		의료기관명칭		발급일		유효기간		의사면허번호		방문횟수(주,월)	

장기요양 급여비용	총액	가산 후 총액	본인부담금	청구액	가산 후 청구액	가산기준금	가산	점수	수급자수	가산금액

특정내용	구분코드	기재내용

유의사항

※ 장기요양요원칸 A : 성명, B : 생년월일을 기재합니다.(2명의 장기요양요원이 급여를 제공한 경우 모두 기재하여야 합니다.)

210㎜×297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]