■ 장기요양급여비용 청구 및 심사지급업무 처리기준 [별지 제21호서식] <개정 2020.2.10.>

(년 월분)

장기요양 계약의사 방문비용 청구서

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

접수번호	접수일자

의료기관	기관기호		기관명칭		청구구분	[ ] 1. 원청구 [ ] 2. 추가청구 [ ] 3. 보완청구	직역	[ ] 의과 [ ] 치과 [ ] 한의과
	주소(전자우편)	□□□□□ ( )					전화번호	- -

방문일자	장기요양기관명칭(기호)	계약의사 성명(면허번호)

건수	총 청구액

청구일자 년 월 일

청구인 (서명 또는 인)

작성인 (서명 또는 인)

국민건강보험공단이사장 귀하

210㎜×297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]