■ 장기요양급여비용 청구 및 심사지급업무 처리기준 [별지 제22호서식] <개정 2020.2.10.>

(　　년　　월분)
장기요양 계약의사 진찰비용 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	-　　-

건수	진찰비용 총액	본인부담금	청구액

[　] 일반대상자(일반, 저소득층·생계곤란 감경대상자)

[　] 의료급여수급권자(「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받는 사람, 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따라 의료급여를 받는 사람)

첨 부 : 장기요양 계약의사 진찰비용 청구명세서　　매

청구일자　　년　　월　　일

청구인　　(서명 또는 인)

작성인　　(서명 또는 인)

국민건강보험공단이사장 귀하

210㎜×297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]