

약제비용 지급 신청서

※ 어두운 칸(■)은 신청인이 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

(앞쪽)

접수번호		접수일시		처리기간 7일	
신청인	대상구분	☐ 무공수훈자 ☐ 6·25참전 재일학도의용군인 ☐ 6·25참전유공자 ☐ 월남전참전유공자		보훈번호	
	성명			생년월일	
	주소			전화번호	
보호자	성명	관계		전화번호	
지급방법	계좌입금	☐ 수당입금계좌 ☐ 그 밖의 계좌		☐ 현금지급 ※ 통장개설이 불가능한 경우에만 허용됩니다.	
	은행명	계좌번호		예금주	
연간 지급 금액	연간 약제비용은 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령」 제64조의2제1항제2호나목 본문 및 「참전유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률 시행령」 제9조제6항에 따라 국가보훈부장관이 정하여 고시하는 1인당 연간 지급 금액의 한도에서 약제비용의 감면비율에 해당하는 금액을 지급합니다.				

「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령」 제64조의2제3항, 「참전유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률 시행령」 제9조제7항 및 「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 제19조제1항에 따라 위와 같이 약제비용의 지급을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

지방보훈청장
보훈지청장 귀하
제주특별자치도지사

첨부서류	예금통장 사본(계좌번호가 기록되어 있는 면을 말하며, 수당 입금계좌 외의 예금계좌를 선택하는 경우에만 제출합니다) 1부	수수료 없음
------	--	-----------

☞ 뒤쪽에 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서가 있습니다.

개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

구분	세부내용
제공받는 기관	한국보훈복지의료공단, 국민건강보험공단, 시중은행(위탁), 금융결제원
목적	위탁병원의 진료비용 감면 대상자에 대한 약제비용 지급
항목	성명, 주민등록번호, 위탁요양기관 기관번호, 위탁병원명, 약국명 및 이용일, 본인부담 약제비용 내역, 은행명, 계좌번호
보유 및 이용기간	제공일부터 5년간

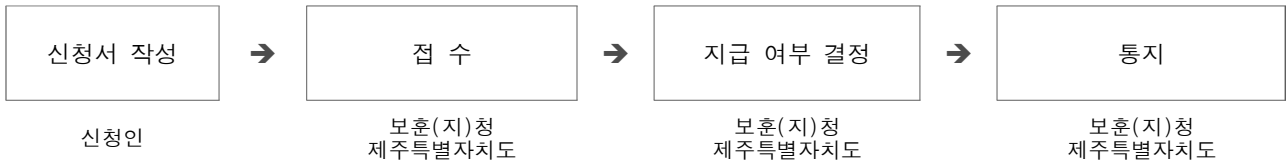
※ 위의 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의를 거부하는 경우 약제비용 지급 불가 등의 불이익이 발생할 수 있습니다.

1. 위 사항과 관련하여 귀하의 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공에 동의하십니까?	[] 동의함 [] 동의하지 않음
2. 위 사항과 관련하여 귀하의 고유식별정보 수집·이용 및 제3자 제공에 동의하십니까? ※ 고유식별정보(주민등록번호)	[] 동의함 [] 동의하지 않음
3. 위 사항과 관련하여 귀하의 민감정보 수집·이용 및 제3자 제공에 동의하십니까?	[] 동의함 [] 동의하지 않음

신청인

(서명 또는 인)

처리절차



유의사항

- 위탁병원 의사가 발행한 처방전에 따라 약국에서 의약품을 조제받아 발생한 약제비용 중 감면비율에 해당하는 금액을 지급합니다.
- 국가보훈부장관이 고시하는 연간 1인당 지급 금액의 한도를 초과하는 약제비용은 지급하지 않으며, 해당 연도의 지급 금액 한도 중 남은 금액은 다음 연도로 이월되지 않습니다.

확 인

담당	주무	과장	(지)청장 또는 제주특별자치도지사
----	----	----	--------------------

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]