

발급번호		의 료 급 여 기 관 선 택 사 실 통 보 서		
보장기관	기호		기관명	
수급권자	성명		주민등록번호	—
	주소		전화번호	
선택의료 급여기관	기관명		기관기호	
	주소		전화번호	
위 수급권자가 「의료급여법 시행규칙」 별표 1에 따라 귀 의료급여기관을 선택의료급여기관으로 선택하였음을 통보합니다. 200 . . . 의료급여기관장 귀하 (시장·군수·구청장) 인				
※ 참고사항 1. 선택의료급여기관에서는 수급권자의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활 등을 위한 의료급여를 실시함에 있어 수급권자의 건강증진을 위해 최선을 다 해야 합니다. 2. 「의료급여법 시행규칙」 별표 1에 따라 다른 의료급여기관으로 의뢰할 수 있습니다. 다만, 다른 의료급여기관으로 의료급여 의뢰시에는 의뢰사실을 7일 이내에 보장기관에 통보해야 합니다. 3. 선택의료급여기관에서는 다른 제1차의료급여기관으로의 의뢰 및 보장기관에 대한 통보시 진찰료를 지급받으실 수 있습니다.				