

[별지 제11호서식]

(앞 쪽)

기 관 명

우	주소	/전화()	/전송()
과	과장	사무관	담당자

문서번호 :

시행일자 :

수 신 : 건강보험심사평가원장/국민건강보험공단이사장

발 신 :

참 조 :

제 목 : 의료급여기관 개설·폐업·변경내역 통보

()월 개설·폐업 현황

시·도명

구 분 시·군·구	계				1차				2차			
	기 개설	당월		소계	기 개설	당월		소계	기 개설	당월		소계
		개설	폐업			개설	폐업			개설	폐업	
계												

297mm×210mm

(일반용지 60g/m²(재활용품))

(뒤 쪽)

()월 개설·폐업·변경 내역

○지 정

의료급여 기관기호	의료급여 기 관 명	대표자 성 명	주민등록번호	주 소	전화번호	종 별	일 자

○취 소

의료급여 기관기호	의료급여 기 관 명	대표자 성 명	주민등록번호	주 소	전화번호	종 별	일 자

○변 경

구 분	의료급여 기관기호	의료급여 기 관 명	대표자 성 명	주민등록번호	주 소	전화번호	종 별	일 자
종 전								
변 경								

비 고

1. 지정종별란에는 제1차, 제2차의료급여기관여부를 기재하시기 바랍니다.
2. 의료급여기관기호란에는 요양기관기호를 기재하여 주시기 바랍니다.